Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Enfermería Tesis de Enfermería

2016

Ley de Parto humanizado: problemáticas para su aplicación desde la perspectiva de enfermería en las maternidades de dos nosocomios de la ciudad de Mar del Plata, durante el período 2016.

Pérez Loyza, Paola Andrea

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/71

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social
Departamento Pedagógico de Enfermería
Licenciatura en Enfermería

Asignatura: Taller de Trabajo Final
Docentes: Lic. Esp. Laura Celaya
Dra. Mónica Barg

Título

Ley de Parto humanizado: problemáticas para su aplicación desde la perspectiva de enfermería en las maternidades de dos nosocomios de la ciudad de Mar del Plata, durante el período 2016.

Autores: Paola Andrea Pérez Loyza

Mar del Plata, 2016

Índice

Capítulo 1 Área del problema……...……..3 - 8

Formulación del problema……..8

Objetivos…….9

Justificación de la elección del tema……...9-12

Capítulo 2 Marco referencial…….13 - 42

Capítulo 3 Diseño metodológico...……....43- 46

.

Capítulo 4 Tratamiento y presentación de los datos…….....47 - 62

Conclusiones…….63 - 66

Bibliografía……67 - 69

Anexos……..70 -194

Capítulo I Área problema

Introducción al problema

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad describir las distintas problemáticas para la aplicación de la Ley Nacional Nº 25929/2004, Ley de Parto humanizado, según la perspectiva de los profesionales enfermeros que se desempeñan en el sector de maternidad de dos nosocomios de la ciudad de Mar del Plata, durante el período 2016.

Se ha dicho, el núcleo problemático hace referencia a aquellos enfermeros que trabajan en el servicio de maternidad de dos instituciones una pública y otra privada, de ahí que se haga inevitable reflexionar sobre el parto como proceso, atendiendo a los diferentes conceptos emitidos acerca del mismo; entendido como una experiencia única, que produce profundos cambios en la vida de la mujer y su familia, los cuales se encuentran estrechamente relacionados con determinantes bio-psico-sociales, culturales y espirituales. Desde esta perspectiva, la referida Ley exige a los profesionales enfermeros que participan en el parto, el acompañamiento, el apoyo y la comprensión a la parturienta y su familia, coadyuvando a los mismos enfrentar el trabajo de parto y el parto en sí de la forma más natural posible. Intervención profesional que contribuye a lograr el máximo bienestar físico y emocional tanto de la mujer como del recién nacido, facilitando la participación del padre o un acompañante.

Dado que el objetivo esencial de esta investigación consiste en describir las diferentes problemáticas para la aplicación de la Ley Nacional Nº 25929 según la perspectiva profesional enfermera, en una primera instancia procederemos a interpretar el contenido de la referida Ley, con vistas a relacionar los cambios generados por la aplicación de la misma y las problemáticas para su aplicación en el ejercicio profesional enfermero. Teniendo en cuenta lo reciente que ha sido su reglamentación, y por tanto, la escasa información que hay acerca de la misma, se hace necesario abordar su implementación, procurando describir las diversas problemáticas para su implementación, la naturaleza de las mismas, las relaciones vinculares que se establecen entre los enfermeros, la parturienta y su acompañante durante el proceso de parto. Sin olvidar que la naturaleza social de esta Ley nos exige describir también a este proceso desde una nueva

perspectiva, atendiendo a los principios axiológicos, donde la ética y el respeto por los derechos humanos son premisas fundamentales.

Tanto la naturaleza de las intervenciones, como los principios axiológicos intelectuales y profesionales, están tratados y contenidos en la Ley N° 25.929 y los artículos del Decreto 2035/2015[1], que reglamenta que las obras sociales y las entidades de medicina prepaga deben brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto.

El parto humanizado no sólo implica que las mujeres embarazadas tengan la libertad de elegir a la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto, sino también el poder elegir el lugar donde se va a realizar sus controles, la participación activa en las disposiciones e indicaciones de los profesionales, así como la posición en que desee parir, entre otros, lo que implica que toda madre tenga derecho a estar informada, a recibir un trato digno, respetuoso e individual. Otro de los puntos importantes que resalta la ley es anteponer el parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación.

Desde esta perspectiva uno de los desafíos que tiene el profesional enfermero desde el punto de vista deontológico es conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud, estos principios se rigen bajo el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)[2], conjunto de normas que rigen la profesión, los deberes éticos exigibles a los profesionales enfermeros en el ejercicio de su actividad profesional, que se constituye

[1]En Latinoamérica el movimiento de "parto respetado" es llevado adelante por La Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN), un conjunto de redes nacionales, agrupaciones y personas que proponen mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer. El 25 de agosto de 2004, fue promulgada en la Argentina una ley nacional, la Ley Nacional N° 25.929, conocida también como "ley de parto humanizado", que sanciona los derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento, la cual tiene vigencia en el ámbito público y privado del sistema de salud argentino. No obstante ser decretada en el 2004, la misma se reglamenta el 1° de octubre del 2015 a través de un decreto de la presidenta Cristina Fernández de Kirchner.

[2]El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería, revisado recientemente en el año 2012, es una guía para la acción basada en los valores y necesidades sociales. El mismo ha servido de norma para las enfermeras de todo el mundo desde su adopción en 1953, siendo regularmente revisado, con vista a responder a las realidades de la enfermería y de la atención de salud. Estableciendo claramente que el respeto de los derechos humanos, con inclusión del derecho a la vida, el derecho a la dignidad y el derecho a ser tratado con respeto es inherente a la enfermería.

como un instrumento eficaz para aplicar las reglas generales de la ética al trabajo profesional enfermero.

El parto ha ido evolucionando a lo largo de los años, en los inicios de la humanidad la mujer paría en soledad, como el resto de los mamíferos. Con el paso del tiempo y el establecimiento de las primeras sociedades, la mujer comenzó a parir acompañada de un grupo de mujeres, la mayoría ancianas llamadas sabias o comadronas las cuales les aliviaban el dolor, las aconsejaban en su vida sexual, entre otros aspectos; y estos conocimientos y experiencias eran transmitidos de generación en generación.

El conocimiento concreto de las primeras parteras lo tenemos a través de la Biblia[3] (aproximadamente en el 1700 a. de C.) donde existen citas textuales que hacen referencia al trabajo de la partera. Nos referimos a las comadronas hebreas, mujeres que gozaban de una consideración distinguida y prestigio social. La necesidad de sus servicios en la corte y entre las damas aristocráticas les hacía frecuentar las casas y palacios y el trato con altas dignidades y mandatarios. En igual sentido, la medicina griega, se proveyó también de los conocimientos egipcios sobre embarazo y parto; y las comadronas o "maiai" (partera), gozaban de elevada dignidad y alto reconocimiento social, en estrecha relación con los filósofos, lo mismo que el arte de la Partería, o Mayéutica. "La ley ateniense exigía para ejercer este oficio, haber sido madre y no estar ya en edad de procreación"[4]. Otro tanto sucedió con las matronas romanas. Así que las matronas "monopolizaron la asistencia obstétrica hasta el siglo XVIII"[5].

La irrupción de los hombres en la asistencia del parto en la Inglaterra del siglo XVII que en un principio se llamaron "hombres-parteros" llegó de la mano de William Harvey y de la familia Chamberlain a quienes se les atribuye la invención de los fórceps, invención que guardaron celosamente a expensas de las muertes de muchas madres y recién

[3] La primera cita alude al parto complicado de Raquel, esposa de Jacob, que fallece por las dificultades del parto (Génesis 35:17-19). "Luego de un parto muy difícil, la partera finalmente exclamó: '¡No temas; tienes otro varón!'". (Génesis, XXXV; 17-19).

[4] Conde Fernández, Fernando. Parteras, comadres, matronas evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico. Discurso leído en el acto de su recepción como Académico Numerario por Dr. D. Fernando Conde Fernández el día 13 de diciembre de 2011, p. 9, en http://www.academiadelanzarote.es/Discursos/Discurso%2049.pdf.

[5] Galán, Rocío. Un paseo por la historia del parto: de la soledad del Paleolítico a la medicalización de la actualidad. En http://www.efesalud.com/noticias/ un-paseo-por-la-historia-del-parto-de-la-soledad-del-paleolitico-a-la-medicalizacion-de-la-actualidad/

nacidos. Las matronas empezaron a preocuparse por su formación, conscientes de su ignorancia teórica; esto hizo que solicitaran al rey una reglamentación concreta para la enseñanza y regulación civil de las comadronas. A pesar de tener al colectivo médico en contra, las comadronas londinenses reivindicaban su autonomía profesional que consiguieron gracias al apoyo eclesiástico, pero ya para entonces eran muchas las mujeres que preferían a los comadrones, hombre poseedores de la instrumentación obstétrica para resolver partos difíciles[6].

A partir del siglo XVIII, los médicos comenzaron a interesarse por la obstetricia, de ahí que se comenzara a estudiar el parto desde una perspectiva científica y como derivación de esto, se desarrollan e implementan técnicas que al habitualizarse en la práctica se fueron institucionalizando y por ende reglamentándose a través de diversos protocolos de intervención algunos de los cuales siguen implementándose en la actualidad[7].

Durante todo el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, continúa afianzándose la profesionalización de las matronas cuando se asume que la instrucción y la investigación son partes fundamentales para determinar un nivel de profesión, aflora el interés de las organizaciones profesionales por mantener el nivel educativo y de servicio y se produce el reconocimiento legislativo de la formación y función social.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, en la década del 50 con la irrupción del existencialismo como filosofía de vida, hay una tendencia a la búsqueda de lo "natural", evidenciada por el movimiento contracultural hippie, movimiento pacifista, con un pensamiento liberal y en oposición a las reglas tradicionales y el materialismo occidental. Es a partir de esto conjuntamente con el *New Age* donde se incentiva a las mujeres a parir de forma natural, llegando inclusive a poder ser acompañadas por la gente de su "tribu". Hay una reivindicación de los derechos de hombre y de la mujer.

---

[6] *Óp. Cit.*, pp. 30 y 31.

[7] La llegada del siglo XVIII contribuyó a un cambio, es cuando la obstetricia primero y la ginecología después empiezan a tomar cartas de naturaleza como disciplinas con fundamentación científica. La cirugía, como hermana menor de la medicina, se iguala a ella en dignidad y de ello se nutrirá también la obstetricia en su devenir histórico. El auge de la tocología del siglo XVIII se basará en la difusión del Fórceps de Chamberlain, Smellie y Levret, (que favorecerá de manera extraordinaria el apogeo de los hombres en la asistencia al nacimiento) y las sistemáticas investigaciones sobre la fisiología del parto y sus mecanismos, así como el hecho de fundarse en toda Europa centros donde los cirujanos adquieren una buena preparación en este saber. Véase Cruz y Hermida, J. (2007) Las matronas en la historia. Madrid: SEGO.

A partir de la Revolución industrial y con los avances científico-técnicos, comienzan a llegar a las grandes ciudades, masas de individuos, familias con el afán de conseguir empleo, generándose una gran demanda habitacional la cual no logra satisfacerse debido al flujo migratorio de la superpoblación agraria; razón por la cual se producen grandes hacinamientos poblacionales en la principales ciudades europeas. A todo lo anterior se le suma la falta de infraestructura sanitaria (cloacas, pozo séptico, agua potable, alcantarillas); situación está que generan los frecuentes brotes de enfermedades de tipo gastrointestinales, enfermedades respiratorias, infecciones, peste bubónica, fiebre tifoidea, fiebre amarilla, enfermedades de transmisión sexual, entre otras. A esto debemos sumarle la precariedad que tiene las construcciones habitacionales, las cuales carecen de luz, aire y calor.

Esta situación produce preocupación en la burguesía, ya que el proletariado fuente de su riqueza, se ve recurrentemente afectado por las altas tasas de mortalidad por enfermedades que además de causar la muerte de la población en general, genera cuantiosas pérdidas económicas; pero esto no solo le preocupa a nivel económico sino también a nivel social, debido a que las enfermedades no hacen diferenciación de clase.

Comienza de este modo el movimiento higienista en el siglo XIX nutriéndose de los avances de la microbiología, la anestesia, la profilaxis y la esterilización, entre otro; generan un soporte aséptico que permite no solo el saneamiento de las ciudades sino también el control sistemático de la salud de los sujetos que la habitan. A todo lo anterior se ha considerado pertinente señalar cómo la aplicación de técnicas y procedimientos durante el parto contribuyo a la disminución de los índices de la mortalidad materno infantil.[8]

En el siglo XX, en Argentina con el sanitarismo peronista la institución vuelve a tener el empoderamiento en la mujer. El estado de Bienestar al aplicar un servicio de salud gratuito hace que grandes masas de la población sin cobertura ingresen nuevamente a la institución. Este estado de bienestar se ve interrumpido por la implementación del neoliberalismo dejando fuera del sistema nuevamente a grandes masas de la población que frente a sus necesidades de atención en salud se ven obligados a recurrir al hospital público con sus precariedades tanto en recursos humanos como en insumos y medicamentos,

[8] Cátedra: Historiografía de la Intervención Social. FICHA Nº 5: Estrategia típica de intervención social higienista.AÑO:2013http://www.fts.uner.edu.ar/secretarias/academica/catedras_en_linea/his_interv_social/fichas/2013/ficha_n5.pdf

generando una deshumanización tanto en el trato como en el servicio en cuestión donde comienza a ver una alta tasa de mortalidad, violencia institucional, violencia obstétrica, entre otros.

Debido a esto y acompañado de nuevos movimientos feministas en lucha por los derechos de la mujer, es que en el nuevo gobierno peronista, en este caso los doce años del gobierno kirchnerista, sobre todo en el mandato de la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner se establece la opción de apelar a un parto humanizado, que sea un derecho adquirido y que se encuentre dentro de una agenda de gobierno.

En consonancia a esta vuelta del parto humanizado, sería útil que nos aboquemos a conocer las características principales del perfil del Enfermero e incumbencias profesionales del Licenciado en Enfermería. De acuerdo a lo establecido, en el plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería, perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Entre las cuales plantea que los flamantes profesionales hayan logrado:

- "Una visión totalizadora del hombre y reconocimiento de la salud como hecho social que le permite enfatizar las acciones preventivas sobre las curativas.
- Una formación académica pluralista, actualizada e integrada, que le permita abordar con aceptable nivel de idoneidad el proceso de atención de enfermería.
- Posibilidad de interactuar en grupos de trabajo con otros profesionales del área de la salud e identificar su papel dentro de la política sanitaria general.
- Adoptar una actitud de compromiso con su actividad profesional, que le permita asumir responsablemente su propia capacitación permanente, como condición para la actualización, el crecimiento personal y la adecuación de principios científicos de la enfermería a los progresos de las ciencias sociales, biológicas y educativas.
- La formación de un pensamiento científico que posibilite una visión totalizadora, tanto de la realidad como de las formulaciones científicas existentes.
- Es un profesional que ha adquirido competencia científica y técnica en el área de enfermería, para dar cuidado y ayuda al individuo, familia y comunidad, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal. Adecuados conocimientos en las áreas profesional, biológica, psicosocial y humanística y entrenada en las técnicas específicas en el arco de desarrollo científico.
- Tendrá conocimientos sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje en la educación continua de individuo, familia y grupos comunitarios.
- Tendrá conocimientos sobre la administración de los servicios de enfermería hospitalarios y comunitarios en los distintos niveles de complejidad, tomando decisiones en cualquiera de las áreas de su desempeño profesional, basadas en su capacidad de observación, análisis reflexivo y juicio crítico.

La formación contribuye a revelar y sostener la concepción que tienen los enfermeros de su función social. La interdisciplinariedad les permite desarrollar una experiencia, que se compara al resto del equipo de salud, pero sin alejarse de la esfera de la ciencia enfermera.

Formulación del problema

¿Cuáles son las problemáticas para la aplicación de la Ley Nacional Nº 25929/2004, Ley de Parto humanizado, según la perspectiva de los profesionales de enfermería que se desempeñan en el sector de maternidad de dos nosocomios de la ciudad de Mar del Plata, uno público y otro privado durante el período 2016?

Objetivos

Objetivo General

- Identificar las problemáticas para la implementación de la Ley Nacional Nº 25929/2004, Ley de Parto humanizado según la perspectiva de los profesionales enfermeros que se desempeñan en el sector de maternidad de dos nosocomios, uno público y otro privado, de la ciudad de Mar del Plata, durante el período 2016.

Objetivos específicos

- Describir cuáles son las problemáticas para la implementación de la Ley de Parto Humanizado según la perspectiva de los profesionales de Enfermería.
- Categorizar las problemáticas para la implementación de la Ley de Parto Humanizado según la perspectiva de los profesionales de Enfermería.
- Interpretar como esta implementación replantea la praxis del Profesional Enfermero.

Justificación de la elección del tema

A pesar de la reglamentación de la Ley en la actualidad el parto se ve como algo patológico y medicalizado. Es por esto que el interés centrado en el tema elegido, ya que el enfermero es un profesional que tiene una relación empática, con los sujetos de cuidado. En esta interrelación, las personas y su entorno familiar, requieren contención, acompañamiento, cuidados. Lo que socialmente considera a este profesional, como el indicado para aplicar estas acciones y todas aquellas que estén relacionadas con el cuidado humano, en la salud y enfermedad.

Si bien la Ley de Parto Humanizado es promulgada en el 2004, la misma se reglamenta en el 2015 de ahí que este trabajo inaugura un aspecto que apenas comienza a

implementarse, atendiendo a la gran cantidad de escritos y observaciones sobre el profundo maltrato físico y psíquico que sufre el parto medicalizado. Pretende ser un punto de referencia hacia otras lecturas críticas respecto de la implementación de la Ley. Con las limitaciones que tiene todo acto inaugural.

La presente investigación, será llevada a cabo en dos hospitales de la ciudad de Mar del Plata, uno público y otro privado.

Por lo mencionado anteriormente se ha considerado necesario utilizar las teorías de enfermería que se fundamentan en una visión humanista del cuidado, en nuestra investigación tomaremos como punto de referencia Jean Watson quien incluye el cuidado humanizado en la atención del paciente y refiere que el cuidado es para la enfermera su razón moral, es un procedimiento interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente[9], desde otra perspectiva Madeleine Leininger a través de su estudio transcultural conceptualiza la noción de cuidado como la característica esencial del ejercicio de la enfermería, los cuales permiten mejorar las condiciones y las formas de vida de las personas y también nombraremos a Ramona T. Marcer y su teoría del Rol Maternal quien define a la enfermería como una ciencia en evolución las cuales mantiene una interacción más intensa y sostenida con las mujeres en el ciclo de la maternidad.

Desde la Sociología, en primer lugar hablamos de un sujeto de derecho, sujeto social que legitima el parto desde una mirada weberiana en *Economía y Sociedad* y como esta ley a la que hacemos referencia obliga a dicho parto desde la perspectiva de Durkheim en *Las reglas del método sociológico*, desde otro punto de vista si hablamos de medicalización y de hegemonía médica debemos referirnos al concepto que tienen de estos Marx en El Capital y Gramsci en *Las antinomias de Antonio Gramsci: Estado y revolución en Occidente*, como así también a la noción de producción de Marx como algo esencialmente social y como se entrelaza con el campo de salud.

Desde una perspectiva deontología, hablaremos del concepto de autonomía del paciente en el texto *El utilitarismo* de J. S. Mill y en contraposición a esto el concepto de

[9] Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha. (2011). Jean Watson: Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson, 91 (Ed.), séptima. Modelos y teorías en enfermería. España: Editorial Elsevier ditorial Elsevier.

paternalismo desde la mirada de Culvert y Gert, en "El concepto y la justificación del paternalismo" de Macario Alemany.

La mayor cantidad de artículos de enfermería dentro de Latinoamérica provienen de Brasil, cabe destacar artículos como *"A enfermeira obstetra e a política de humanização do parto: em busca de mudança no modelo asistencial"* de Rangel da Silva, L., De Souza Serrano, N., Moreira Christoffel, M. *"Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto"* de Jamile Claro de CastroI; Maria José ClapisII. *"Centro de parto normal como estrategia de incentivo del parto normal: estudio descriptivo"* de FM. Barbosa da Silva, MD. Koiffman, R. Hitomi Osava, S. M. Junqueira V. de Oliveira, ML. Gonzalez Riesco, *"O significado dado pelo profissional de saude para trabalho de parto e parto humanizado"* de Alessandra dos Santos Mabuchi1, Suzete Maria Fustinoni, entre otros.

En Colombia nos encontramos con artículos pertenecientes a la Facultad de Antioquía como *"Calidad de atención de enfermería en las salas de trabajo de parto"* de Isabel Escobar Saldarriaga, María Consuelo Castrillón Agudelo, Socorro Pulido de Lalinde, *"La enfermera y la humanización de la atención a la salud. Hacia una medicina más humana"* de Castañeda, E, *"Humanización del cuidado de enfermería durante el parto"* de Rosa Coral Ibarra *"Autonomía de la enfermera que asiste el parto normal en Brasil"* de Barros, Lena María; Magalhães da Silva, Raimunda; Ferreira Moura, Escolástica Rejane, entre otros. Mas no así ni en la Argentina, ni en la provincia de Buenos Aires los cuales sólo presentan trabajos desde el punto de vista médico, entre ellos cabe destacar al doctor Burgos con su libro "Parir con pasión", como así también desde el punto de vista sociológico encontrándonos con numeroso artículos de la Licenciada Belén Castrillo como "*Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto", "Parir en casa, parir en el hospital. Algunas dimensiones para el análisis de los lugares del parto",* entre otros.

A nivel Internacional nombraremos a Jerez J. *"Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción"*, Davis Floyd R *"Del médico al sanador", "El tecnocrática, Humanístico y paradigmas holísticos de Parto"* Fornes, V. *"Cuerpos, cicatrices y poder. Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto", "Parirás con poder… (Pero en tu casa). El parto domiciliario como*

experiencia política contemporánea". Michel Odent y sus obras *"Nacimiento Renacido", "El bebé es un mamífero",* entre otros.

Debido a lo novedoso de la reglamentación de la Ley, es que nos interesa identificar las problemáticas para la implementación de la misma en los distintos nosocomios, público y privado, según la visión de los profesionales de enfermería que se desempeñan en dichas instituciones.

Capítulo II Marco referencial

En este capítulo se pretende esbozar, en un primer momento, una breve reseña de la historia del parto. Además de abordar críticamente los diferentes conceptos que van a abonar las teorías desde las cuales realizar el consiguiente proceso de investigación. A tal efecto, y para un mejor abordaje del mismo, se ha considerado pertinente dividir el marco referencial en tres sesiones: la referida a las teorías enfermeras seleccionadas; otro relativo al parto (parto humanizado); así como algunos conceptos de la deontología, y, por último, aquellas referencias que expliquen la coyuntura socio histórica desde ciertas teorías sociológicas.

Breve reseña histórica del parto

Al comienzo de la humanidad, el parto era atendido por el esposo, aunque también en las tribus las mujeres elegían parir en solead, dejándose llevar por su instinto, cortándose ellas misma el cordón umbilical para luego recostarse junto a su cría en un lecho de paja preparado con anterioridad. De esta manera, a la naturaleza biológica del parto se le sumaba otra de carácter social que contribuía al fortalecimiento de la "conciencia colectiva"[10]. En este sentido, semejantes prácticas cuidadoras, desde la perspectiva de Colliere, contribuye a "asegurar la continuidad de la vida, del grupo, de la especie".[11]

Con la evolución de la civilización, las parturientas pasan a ser el centro de atención de la familia y amigos, los cuales acompañaban a la misma durante todo ese proceso; llegando a ser atendidas por las mujeres más experimentadas de las familias. Para lo cual, además de cuidar a la parturienta, era necesario cumplir con ciertas funciones para obtener recursos vitales como alimentos, vestimentas que servían de protección contra el frio y el calor, así como también procurarse un refugio para sobrevivir. Estas funciones, se encontraban a cargo tanto de los hombres como de las mujeres, y la distribución de las mismas garantizaba la supervivencia. No obstante, sería pertinente aclarar que existía una

[10] La noción durkheniana de conciencia colectiva se refiere a las creencias compartidas y a las actitudes morales, que funcionan como una fuerza unificadora dentro de la sociedad. Esta fuerza se encuentra separada y es, generalmente, dominante en comparación con la conciencia individual. Según esta teoría, una sociedad, una nación o un grupo constituyen una entidad que se comporta como un individuo global.

[11] Colliere, M. F. (1993) Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, pp. 6-7.

división sexual del trabajo, donde los hombres se ocupaban de la caza, la pesca y la protección del territorio; mientras que las mujeres se dedicaban al cuidado del fuego, a la recolección, al cuidado de las parturientas, de los niños, de los ancianos, entre otras actividades.

Conforme avanza la civilización, las tribus se convierten en sociedades complejas y conforman estados, los hombres monopolizan el poder militar y religioso, relegando a la mujer a reproductoras, dependientes económicamente del hombre, dando origen a lo que denomina patriarcado. Las mismas comienzan a ser asistidas por comadronas en la casa de la parturienta y utilizaba una silla preparada para que la misma pariera de forma vertical, utilizaba drogas como la Artemisa para acelerar el parto, ejercicios respiratorios para disminuir el dolor, masajes vaginales con aceites para facilitar el alumbramiento, llevaban a cabo técnicas abortivas, entre otros. Si bien existían médicos o sanadores, los mismos consideraban que el parto no era trabajo digno de sus conocimientos.

Al comenzar la era cristiana las sanadoras o comadronas no consagradas ingresan al mundo occidental a través de una mujer convertida al catolicismo llamada Fabiola, considera da una precursora en la profesión de enfermería. La obra de Fabiola se ve amenazada por la propia iglesia, amiga y devota de San Jerónimo quien la elogia, al mismo tiempo escribe: "La mujer es la puerta del demonio, el sendero de la malicia, la cuerda de una serpiente; en una palabra, un objeto peligroso"[12].

Por sus conocimientos en hierbas, las comadronas o sanadoras eran sospechosas de brujería, el siglo XV fue una campaña de terror dirigida a las mujeres acusadas de brujería por mandato del papa Inocencio VIII, donde se las acusaba también de "ayudar y sanar al prójimo"[13] según el siguiente testimonio:

> "*…es preciso recordar en todo momento que por brujas no entendeos solo aquellos matan y atormentan sino todos los adivinos, hechiceros y charlatanes, todos los encantadores comúnmente conocidos como hombres sabios y mujeres sabias… y entre ellos incluimos también a las brujas buenas, que no hacen el mal sino el bien, que no traen ruina y destrucción, sino salvación y auxilio… Sería mil veces mejor que desaparecieran todas las brujas y en particular las brujas benefactoras*"[14].

---

[12] Rovere, M., Sacchetti, L. (2011) Surgimiento de la enfermería moderna: mitos victorianos, tecnologías de poder y estrategias de género. Buenos Aires: El Ágora, p. 22.
[13] Rovere, M., Sacchetti, L. (2011) *Óp. Cit*., p. 29.
[14] *Ibídem*, pp. 29-30.

Como pone en evidencia la anterior cita, durante la edad media, la religión católica prohíbe las participaciones femeninas como sanadoras o comadronas, la pseudociencia le adjudica deficiencia y debilidad en sus capacidades relegándolas a ejercer solo como parteras.[15]

En los siglos XVII y XVIII, los primeros médicos comienzan a interiorizarse en el parto y a estudiarlo. William Smellie y William Hunter (maestro y aprendiz) sentaron las bases de la ginecología y la obstetricia, siendo ambos reconocidos profesionales, los cuales a través de sus precisos dibujos anatómicos sobre la mujer, el feto y la gestación, permitieron conocer con detalle el proceso del parto y revolucionar la historia de la medicina, salvando miles de vidas al elevar la asistencia al parto al rango de especialidad médica. Tanto William Smellie como su colega John Maubray, pensaron que era necesario que las comadronas recibieran enseñanza teórica-práctica en torno a la fisiología de la mujer y demás deberes personales tanto para con la madre como para el hijo después del nacimiento. Razón por la cual, hacia fines de siglo XVIII, las comadronas debían realizar dicha formación y aprobar un examen sobre sus conocimientos, antes de recibir una licencia legal para la realización de dicha práctica profesional. Consolidándose un modelo donde es evidente la hegemonía médica y donde la comadrona queda relegada a las órdenes del médico obstetra.

En la época Victoriana, con el aumento de la población en las ciudades debido al proceso de industrialización, se inicia las prácticas de la caridad, donde las mujeres atendían a pobres, presos y enfermos; prácticas que no sólo eran permitidas, sino que estaba bendecida por las autoridades eclesiásticas, y que durante las epidemias fueron ocupando un lugar en el sistema de salud victoriano. Con el tiempo, el propósito de la caridad se extiende a la enseñanza de buenos hábitos relacionados con la moral y la higiene.

En este contexto, y en particular durante la guerra de Crimea, Florence Nigthingale comienza a sentar las bases de la enfermería moderna y con ella comienza a otorgársele un lugar a la comadrona no sólo como profesional, sino también como alguien

[15] Ana Cristina Romero Cuartero. Comadronas entre las Edades Media y Moderna: La degeneración de un oficio. Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo Diciembre de 2014

que investiga para aprender, defendiendo la atención del parto por comadronas bien instruidas y con un nivel educativo que le permite realizar su labor con cierta autonomía.

A finales del siglo XIX, comienza a desarrollarse el higienismo, corriente médico asistencial derivada del positivismo, derivada de la preocupación de profesionales de la salud y de cierto sector de la burguesía que comienza a preocuparse por las altas tasas de mortalidad que, por diversas enfermedades y epidemias, afectaban a un gran sector de la población, en particular aquellos conformados de más bajos recursos y que eran la principal fuente de fuerza de trabajo vinculada a la producción capitalista. Sectores marginados de la sociedad que se veían afectados por el aumento de la pobreza, el hacinamiento y la desnutrición y que eran fuentes recurrentes y el origen de epidemias que también afectaban a otros sectores de mejores recursos. Motivos más que suficientes para que las corrientes higienistas comenzaran a formar parte de las agendas de los gobiernos burgueses a lo largo y ancho del planeta. Las nuevas teorías sobre los agentes patógenos incidieron directamente sobre la intensificación de la limpieza (desinfección), así como el tratamiento de los de los alimentos (agua, leche). De este modo, la disciplina médica contribuyó a garantizar el poder del Estado, controlando el cuerpo y la mente de los individuos y en este nuevo proyecto social, el higienismo se concibió como una garantía de hegemonía y de continuidad del poder burgués. En este contexto, el parto es llevado a los hospitales donde el sistema médico se apropia de los cuerpos femeninos y de sus funciones, aun cuando no sea necesario, convirtiéndose en una herramienta de control social con la consiguiente pérdida de la autonomía de las comadronas.[16]

El proceso de industrialización vació a la familia de sus funciones productivas, las nuevas concepciones de la maternidad en la sociedad moderna dieron lugar a nuevas identidades femeninas en el contexto de la Modernidad y el desarrollo y auge del sistema capitalista mundial, donde tiene lugar la profundización de la división del trabajo social.

La importancia del trabajo femenino durante el referido proceso, llevó a los empresarios a facilitar el cuidado de los hijos de las obreras madres por ancianas retiradas, habilitando salas de lactancia para los recién nacidos, creando las primeras guarderías infantiles en las fábricas, permitiendo, de esta manera, retener la mano de obra femenina;

[16] Cátedra: Historiografía de la Intervención Social. FICHA Nº 5: Estrategia típica de intervención social higienista. AÑO: 2013.

pero dichas medidas no solucionaban el problema de la extensa jornada laboral de las mujeres obreras, por lo que a raíz de esto se producen movilizaciones de las mujeres para el acortamiento de la jornada laboral, las cuales fueron apoyadas por asociaciones obreras masculinas. El problema traspasa el ámbito familiar, llegando al ámbito público en forma de reivindicaciones laborales y de políticas públicas que mejoraran las condiciones de los cuidados de los menores: leyes de maternidad (bajas, permisos, seguros), subsidios y sistema de protección de la infancia.

De esta manera, se constituye un nexo entre el ámbito doméstico y la producción del mercado, situación está estrechamente vinculada con la reproducción de la fuerza de trabajo y el mantenimiento de la población. La existencia del trabajo familiar doméstico disminuye el costo de la fuerza de trabajo para la empresa, aumentando así la tasa de ganancia.

Luego de la Segunda guerra mundial, con la aparición del Estado Benefactor, el trabajador logra alcanzar una serie de beneficios que contribuyen a garantizar la atención sanitaria, solucionar los problemas de salud derivados de la actividad laboral, dar cobertura y atención a la mujer embarazada, el derecho al trabajo, las paritarias laborales, un salario digno, el derecho al descanso (vacaciones), entre otros.

Desde otra perspectiva, pero con un impacto muy fuerte en la historia del género femenino y de la sociedad de posguerra en su conjunto, se afianza el feminismo, grandes masas de mujeres a lo largo y ancho del planeta consiguen el derecho al voto y se comienzan a plantear diferentes temas como la redefinición del concepto de patriarcado, el rol de la familia, la división sexual del trabajo y el trabajo doméstico, la sexualidad, la reformulación de la separación del espacio público y privado. Manifestándose abiertamente y exigiéndose que no puede haber un cambio social en las estructuras económicas, si no hay una transformación de las relaciones entre hombres y mujeres. Se comienza a cuestionar el por qué la mujer debe asumir como mandato biológico la crianza de los hijos y el cuidado de la familia, sólo por su capacidad de reproducirse. Se plantea romper con las ataduras ligadas a la reproducción y a la maternidad como institución, y se involucran en la lucha por la defensa de la libre elección de maternidad, la violencia doméstica, entre otros tantos cuestionamientos.

Se retoma la tendencia al parto natural, donde la mujer debe seguir sus propios instintos, lejos de la intervención del sistema médico hegemónico, se ponen en marcha acciones comunitarias y colectivas de empoderamiento de las mujeres, promoviendo acciones solidarias entre ellas.

Sobre las bases y condiciones favorables que ofrecía el mercado mundial, los gobiernos del período consolidaron el Estado, dictaron leyes de carácter liberal y aplicaron políticas que promovieron la modernización económica y social, el liberalismo económico significó la no-intervención del estado en las cuestiones sociales, financieras y empresariales.

El gobierno kirchnerista hizo hincapié en la promoción de los Derechos Humanos, la problemática de la violencia contra las mujeres formó parte activa de su agenda de gobierno logrando en el año 2009 promulgar la Ley N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales. Esta norma amplía los tipos y modalidades de violencia contra las mujeres, considerándolas no sólo una problemática privada, sino también de orden público. En este sentido, quedan establecidos como tipos de violencia: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, y simbólica, las cuales se pueden dar en los ámbitos doméstico, institucional, mediático, laboral, y obstétrico y contra la libertad reproductiva. Según la OMS:

> "…Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada"[17].

Esta ley enumera como específica manifestación de agresión hacia el género femenino la Violencia Obstétrica, debido al alto número de casos denunciados se establece la Ley de Parto Humanizado Nº 25.929 y su reglamentación (decreto 2035/2015) promueven que se respete a la familia en sus particularidades –raza, religión, nacionalidad- y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas.

[17] Centro de prensa d la OMS. Violencia contra la mujer. Nota descriptiva, septiembre de 2016. En http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/

El término parto hace referencia al término fisiológico del embarazo, donde se comienza con el proceso mediante el cual la madre expulsa al feto y placenta. El inicio del mismo se produce cuando el feto tiene la madurez para afrontar las condiciones extrauterinas, sin ocasionar dificultades mecánicas durante la expulsión. Según las complicaciones o normalidad del mismo podemos clasificarlo en[18]:

- Parto Eutócico: parto que se desarrolla con total normalidad, por las vías naturales y sin exigir intervención instrumental.
- Parto Distócico: parto anormalmente lento o laborioso por causa fetal o materna.

Dentro del parto eutócico se encuentra:

- Parto natural vaginal: donde él bebe se presenta en posición cefálica y no hay intervención médica.
- Parto Leboyer: también llamado el "parto sin violencia" es un tipo de parto en donde se intenta no estresar al bebé, convirtiendo su primera experiencia fuera del útero menos "traumática". La idea es que el nacimiento sea hecho en un ambiente tranquilo, y lo más parecido posible al útero de la madre. Para ello, es utilizado poca luz (para no molestar al bebé); silencio (especialmente después del nacimiento); ambiente caliente (como el abdomen de la madre) con el fin de mitigar el impacto de la diferencia entre el mundo intrauterino y extrauterino entre otros.
- Parto Humanizado: hace referencia a una modalidad de atención del parto "centrada en las mujeres", es decir, que se tenga en cuenta principalmente las necesidades de las mujeres en lugar de las necesidades de las instituciones que las reciben, generar un espacio de contención en el que la mujer sea la protagonista y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más armónica posible. La Ley Nº 25.929 conocida como "de parto humanizado" o "parto respetado", promueve que se respete a la mujer en sus particularidades –raza, religión, nacionalidad- y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas.

Dentro del parto distócico nos encontramos con:

[18] Reeder, Sharon J., Martin, Leonide y Koniak, D. (1995) Enfermería materno infantil. Madrid: Mc Grew-Hill/ Interamericana, p. 630.

- Parto intervenido: el bebé se presenta en posición cefálica pero se producen dificultades en la salida del bebé y en estos casos, una episiotomía puede ser realizada, que es una incisión quirúrgica hecha en el perineo, la región del músculo que se encuentra entre la vagina y el ano. Dentro de estos tipos de parto también se produce la utilización de fórceps.
- Parto inducido: en ausencia de contracciones el parto en inducido a través de medicación o bien a través de la maniobra de Hamilton, la cual consiste en despegar del útero el polo inferior de la bolsa amniótica.
- Parto medicalizado: se utiliza anestesia epidural o raquídea para un parto sin dolor.
- Parto abdominal o cesárea: se realizan quirúrgicamente mediante una operación abdominal donde se realiza una incisión en varias capas hasta llegar al feto dentro del útero y retirarlo, con utilización de anestesia epidural o general. No todas las cesáreas son por indicación médica en casos de partos de alto riesgo, un porcentaje de ellos son electivos, cuando la madre elige por preferencia que su bebé no nazca vaginal.

Teorías de la enfermería

Atendiendo a la necesidad de abordar los principales conceptos teóricos de la Enfermería como ciencia. En este sentido, se ha creído pertinente comenzar con los conceptos referidos a las teorías de enfermería que se fundamentan en una visión humanista del cuidado. De manera tal que para esta investigación se ha tomado como punto de referencia a Jean Watson[19] quien incluye el cuidado humanizado en la atención del paciente y refiere que el cuidado es para la enfermera su razón moral, constituyendo un procedimiento interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y los sujetos de cuidado. Desde otra perspectiva, Madeleine Leininger[20] a través

[19]Enfermera estadounidense nacida en Virginia Occidental y una destacada teórica de la enfermería. Máster en Salud Mental y Psiquiatría (1966) y Doctora en Psicología Educativa y Asistencial (1973). Fundó el *Center for Human Caring* en Colorado y fue Fellow de la *American Academy of Nursing*. En su "Teoría del Cuidado Humano", sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

[20] Madeleine Leininger (1925 - 2012) fue una teórica de enfermería, profesora de enfermería y desarrolladora del concepto de enfermería transcultural. Publicó en 1961 sus contribuciones a la

de su estudio transcultural conceptualiza la noción de cuidado como la característica esencial del ejercicio de la enfermería, los cuales permiten mejorar las condiciones y las formas de vida de las personas. Además, se ha tenido en cuenta a Ramona T. Marcer[21] y su teoría del Rol Maternal quien define a la enfermería como una ciencia en evolución las cuales mantiene una interacción más intensa y sostenida con las mujeres en el ciclo de la maternidad.

Otro marco referencial que se ha tenido en cuenta es el relacionado con el punto de vista deontológico por considerar que uno de los desafíos que tiene el profesional enfermero consiste en conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud, principios éstos que se rigen bajo el Código Deontológico del CIE. De igual interés para esta investigación es el concepto de autonomía del paciente del texto El utilitarismo de J. S. Mill y en contraposición a esto, el concepto paternalismo, desde la mirada de Culvert y Gert, en "El concepto y la justificación del paternalismo" de Macario Alemany.

Teoría del cuidado humanizado en la atención del "paciente"[22]

Ahora bien, una vez realizada la presentación de estas referencias teórico-conceptuales, se ha considerado prudente comenzar por la teoría de Jean Watson a través de la cual la autora propone una filosofía y una ciencia de la asistencia, concepto en el que cifraba la esencia del ejercicio profesional de la enfermería. La asistencia de enfermería profesional se desarrolla a través del estudio combinado de las ciencias y las humanidades y culminan en un proceso de atención humana entre la enfermera y el "paciente" que transciende el marco espacial y temporal y adquiere dimensiones espirituales.

Según Watson, el objeto de la enfermería consiste en facilitar la consecución por la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma que engendre un proceso de autoconocimiento, respeto a uno mismo, autocuración y autocuidados al tiempo que alienta un aumento de las diversidades. Sostiene que este objetivo se alcanza a través del proceso de asistencia de persona a persona y de las transacciones que dicho

---

teoría de enfermería que implican la discusión de lo que es cuidar. Obtuvo una Maestría de Ciencias en Enfermería, más tarde estudió antropología social y cultural de la Universidad de Washington, obteniendo un doctorado en 1966.

[21] Graduada en 1950 de la escuela de Enfermería en Montgomery Alabama. Después del doctorado en 1973 se fue a la Universidad de California como profesora del departamento de Enfermería del cuidado de la salud familiar.

[22] El entrecomillado es nuestro (los autores) y se utiliza con el propósito de recordar que si bien no adscribimos a ese término, lo respetamos porque así es utilizado por Jean Watson en su teoría.

proceso genera. Opina que en el proceso de asistencia integral de los pacientes es esencial también un sólido sustrato de conocimiento de las "artes liberales"[23]. Cree además que el estudio de las ciencias humanas sirve para ampliar las perspectivas teórico-metodológicas de los profesionales y favorece la reflexión y el desarrollo profesional de los mismos en otras áreas del saber. Comparando el estado actual de la enfermería con el de las divinidades mitológicas que llenaban continuamente con agua una jarra cuarteada sin poder evitar que se escapara el preciado líquido por sus fisuras. Por lo que la autora considera que hasta que la enfermería no se constituya en una combinación de teorías y prácticas mediantes el estudio conjunto tanto de las Ciencias Naturales y Exactas y las Ciencias Humanas y del Espíritu, seguirían apreciándose grietas en la base científica del conocimiento de esta disciplina.

Para Watson, la enfermería debe interesarse por comprender a la salud, la enfermedad y la experiencia humana dentro del marco filosófico y científico de la asistencia humana. De ahí que intente definir el resultado de la actividad científica en función de los aspectos humanísticos de la vida y en este intento, define la enfermería como una disciplina interrelacionada con la calidad de vida, la prolongación de la existencia, incluida la muerte como proceso fuertemente vinculado a la existencia humana. Desde esta mirada integradora, esta teórica sostiene que la enfermería debe preocuparse tanto de la promoción de la salud como de la prevención de la enfermedad. Por tanto, el sistema conceptual que propone, se presenta en una forma lógica, con ideas generales y referencias a muchas situaciones dentro del *continuum* salud-enfermedad. En este contexto, la definición de Watson de asistencia como concepto opuesto a curación señala una frontera entre enfermería y medicina. Este concepto resulta útil en la clasificación de la doctrina de conocimiento de la enfermería considerada como una ciencia independiente.

Desde el punto de vista de la Teoría del Cuidado Humano, Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial - fenomenológico) con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería. En otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es

[23] Es la expresión de un concepto medieval, heredado de la antigüedad clásica, que hace referencia a las artes (disciplinas, oficios o profesiones) cultivadas por hombres libres, en oposición a las artes serviles propias de los siervos o esclavos. A saber: gramática, dialéctica, retórica, aritmética, geometría, astronomía, Bellas Artes, en fin, se refiere a las Ciencias Humanas o del espíritu, como también comenzaron a llamárseles para diferenciarlas de las Ciencias Exactas y Naturales.

relacional, transpersonal e intersubjetivo. Semejante perspectiva le permitió a dicha autora la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería.

Las premisas básicas son un reflejo de los aspectos interpersonales - transpersonales - espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.[24]

Conceptos de metaparadigma de Enfermería en la Teoría del Cuidado Humano

- Persona. Desde la mirada existencialista, considera la persona como "un ser en el mundo", como una unidad de mente - cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente la *Gestalt*, es el *locus* de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.
- Medio ambiente. Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).

[24] Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha.Jean Watson: Filosofía y ciencia de la asistencia, pág. 153. (Ed.), tercera. Modelos y teorías en enfermería. España: Editorial Elsevier editorial Elsevier.

- Salud. De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la "unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)". Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado"
- Enfermería. La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. "Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta".[25]

Conceptos de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

- Interacción enfermera-paciente. El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud enfermedad, interacción persona medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera-paciente).
- Campo fenomenológico. El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.
- Relación de cuidado transpersonal. El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trasciende "persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno". Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson (1999), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.

[25] Marriner Tomey, Ann y Alligood, *óp. Cit*., p.23.

- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.[26]

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud.

Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

El término "transpersonal" quiere decir ir más allá del propio *ego* y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana a humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

La ocasión del cuidado, en últimas, permite el descubrimiento de sí mismo. Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de

[26]Marriner Tomey, Ann y Alligood, *op. Cit*., pp.23-25.

decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera.

Principales supuestos de la ciencia del cuidado de enfermería:

- El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.
- El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.
- Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.
- Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.
- El cuidado genera más salud que curación.
- El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación.
- El cuidado es el eje central de la enfermería.[27]

Desde otra perspectiva, Madeleine Leinninger ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimiento científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria especifica de la cultura y/o universal. Establece una distinción entre enfermería transcultural en intercultural. La primera referida a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos en adquirir un conocimiento y un método práctico de actuación dentro de la enfermería transcultural, mientras que la segunda la integran los profesionales que utilizan los conceptos antropológicos médicos o aplicados, sin comprometerse en el desarrollo de las teorías o prácticas basadas en la investigación, dentro del campo de la enfermería transcultural. También indica que ha de diferenciarse entre enfermería transcultural e internacional. Esta última es la que aplican los

[27] Marriner Tomey, Ann y Alligood, *óp. Cit*., pp. 23-26.

profesionales que trabajan con dos culturas, mientras que la enfermería transcultural utiliza una base teórica y práctica comparada entre varias culturas.[28]

Para desarrollar su teoría tomó fuentes teóricas tanto de la antropología como de la enfermería, lo que le permitió definir a la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables Al respecto, Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejará los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y se basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas y que este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeras. Defiende que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

Según esta teórica, la enfermera transcultural es una enfermera diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales principios y prácticas de la enfermería transcultural creados por las enfermeras transculturales especialistas, por otro lado defiende y promueve una teoría nueva y diferente, y no la teoría tradicional de la enfermería, que normalmente se define como un conjunto de conceptos relacionados entre sí de forma lógica y proposiciones hipotéticas que se pueden probar a fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. En cambio, defiende la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de un campo de interés o de un fenómeno que parecen

[28] Marriner Tomey, Ann y Alligood. Madeleine Leininger. Teoría de los cuidados culturales. Tercera edición (1997) Modelos y teorías en enfermería. España: Editorial Elsevier editorial Elsevier.

relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos. Creando así la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tienen sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representan los modelos de su vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y acciones. Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran los conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vistas internos, sus conocimientos y práctica, todo con la ética adecuada. No obstante, anima a obtener el conocimiento del interior de las personas o de los elementos culturales, ya que este conocimiento tiene mayor credibilidad.

Leininger desarrolló métodos de etno-enfermería concebido para estudiar de forma específica y sistemática los fenómenos de enfermería transcultural. La etno-enfermería se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada, a través de las manifestaciones étnicas locales de la persona, expresadas por el lenguajes, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueden ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.

Con la teoría de los cuidados transculturales y el método de etno-enfermería basado en las creencias étnicas (visión interna), es posible acceder al descubrimiento de cuidados fundados y basados en la persona, va que se emplean principalmente datos centrados en los informantes y no en las convicciones o practicas éticas (visión externa) del investigador. Un objetivo importante de esta teoría consiste en ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar de forma sistemática. Así pues, la finalidad de la teoría de la enfermería transcultural consiste en descubrir los puntos de vista étnicos, personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales. La meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, los valores, las creencias y los modos de vida de los pacientes.

Teoría del Rol Maternal

Por su parte, la adopción del rol maternal es una teoría específica de la enfermería materno- infantil que puede generalizarse a todas las mujeres desde el embarazo hasta el primer año después del nacimiento, con independencia de su edad, los hijos habidos y el entorno. Mercer[29] ha rediseñado su teoría para estudiar y predecir la vinculación paterna, incluyendo así al compañero de la mujer embarazada. Esta obra ha servido para ampliar el ámbito de aplicación de teorías existentes sobre la adopción del rol maternal, ya que sus estudios han abarcados diversos niveles de desarrollo y contexto situacionales, una cualidad de la que carecen otros estudios. La referida teoría se basa en los trabajos de Reva Rubin[30] sobre la definición de la identidad del rol maternal como proceso de unión al niño y a la identidad. Además, utilizó las teorías de Rol y de Desarrollo, recurriendo a la teoría sobre la presentación del rol y a la teoría de Turner sobre el núcleo del Yo. También se basó en las teorías de proceso de desarrollo de Werner y Erickson, la de Von Berrtelanfy, los planteamientos de Bronfenbrenner, así como la investigación de Gottlieb sobre los roles de unión y de cuidado[31].

Mercer basa la teoría de adopción maternal en los diferentes factores: adopción del rol maternal, edad materna cronológica y de desarrollo, percepción de la experiencia del nacimiento, autoestima, autoconcepto, flexibilidad, actitudes y creencias maternas sobre la crianza, estado de salud, ansiedad, tensión debida al rol, gratificación, unión, temperamento del niño, estado de salud del niño, características del niño, familia, funcionamiento de la familia, estrés, entre otros.

En su teoría no sólo habla de la importancia de la enfermería sino de la importancia del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad, también se centra en la transición de la mujer al convertirse en madre, lo que implica un cambio amplio en su espacio vital que requiere un

[29] Ramona T. Mercer ha investigado y publicado de forma prolífica desde los años 70. Investigó sistemáticamente el campo del rol maternal y desarrollo un complejo modelo sobre los factores que influyen en el desarrollo de dicho rol a lo largo del tiempo.

[30] Reva Rubín. Profesora en la Universidad de Pittsburgh. Rubín es muy conocida por su trabajo en la definición de la identidad del rol maternal como proceso de unión al niño y a la identidad o verse a uno mismo en el rol o sentirse cómodo con él.

[31] Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha. (2011). Adopción del rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer. (Ed.), séptima. Modelos y teorías en enfermería. España: Editorial Elsevier.

desarrollo continuo. Define el microsistema es el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, que influyen factores como el funcionamiento familiar, la familia, relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. El niño está incluido en el sistema familiar. La familia se considera como un sistema semicerrado que mantienen los límites y el control sobre el intercambio del sistema familiar que incluye, interactúa y agrupa con las personas. Las interacciones influyen en lo que ocurre con el rol materno en desarrollo y el niño; en este se incluyen la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad. Se refiere a los prototipos que existen en la cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, también incluye influencias culturales, políticas y sociales. Mientras que el macro sistema lo origina el entorno del cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal, las leyes nacionales respeto a las mujeres y niños y las prioridades del rol materno en la adopción del rol materno.[32]

La adopción del rol sigue tres estadios: Anticipación, Informal y Personal. Estos estadios se ven modificados por el desarrollo del niño, estos se ven influidos por el apoyo social, estrés, el funcionamiento de la familia y la relación entre la madre, el padre o algún otro familiar.

Las características y conductas maternas son la empatía, la sensibilidad a las señales emitidas por el niño, la autoestima y el auto concepto. Las características del niño que afectan la identidad del rol materno son el temperamento, la apariencia, la capacidad para enviar mensajes, la respuesta, características generales y la salud.

La etapa de la identidad del rol personal se consigue cuando la madre ha integrado el rol en su propio sistema con una congruencia de su rol y del de los demás; está segura de su identidad como madre, esta emocionalmente entregada a su hijo y siente armonía. Mercer afirma que la identidad del rol tiene componentes internos y externos; la identidad es la visión interiorizada de uno mismo y el rol es un componente conductual externo.

La teoría de Mercer está muy orientada hacia la práctica y sus conceptos son de gran utilidad en la obstetricia y para muchas enfermeras que trabajan en maternidades. Por

[32] Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha. (2011) *Óp. Cit*. P. 29.

otra parte también la teoría de Mercer se ha utilizado para organizar el cuidado del paciente.

El utilitarismo de J. S. Mill[33]

Por utilitarismo[34] se entiende una concepción de la moral según la cual lo bueno no es sino lo útil, convirtiéndose, en consecuencia, el principio de utilidad en el principio fundamental, según el cual juzgar la moralidad de nuestros actos.

Jeremy Bentham, padre del utilitarismo, considera que las dos motivaciones básicas, que dirigen o determinan la conducta humana, son el placer y el dolor. El ser humano, como cualquier organismo vivo tiende a buscar el placer y a evitar el dolor. Sólo dichas tendencias constituyen algo real y, por ello, pueden convertirse en un principio inconmovible de la moralidad: lo bueno y el deber moral han de definirse en relación a lo que produce mayor placer individual o del mayor número de personas. Decir que un comportamiento es bueno, significa que produce más placer que dolor. Al margen de esto, según este autor, los conceptos morales no son sino entidades ficticias. La felicidad misma no sería sino existencia de placer y ausencia de dolor. De esta manera, complementa este postulado básico con la aceptación de los siguientes supuestos o principios que constituyen su sistema:

- que el objeto propio del deseo es el placer y la ausencia de dolor (colocando así el egoísmo o interés propio como el fundamento del comportamiento moral);
- que todos los placeres son cualitativamente idénticos y, en consecuencia, su única diferenciación es cuantitativa (según intensidad, duración, capacidad de generar otros placeres, pureza –medida en que no contienen dolor–, cantidad de personas a las que afecta, etc.); y
- los placeres de las distintas personas son conmensurables entre sí. En otros

[33] (1806-1873) filósofo, político y economista inglés de origen escocés, representante de la escuela económica clásica y teórico del utilitarismo, planteamiento ético propuesto por Jeremy Bentham (1748-1832) filósofo, economista, pensador y escritor inglés, padre del utilitarismo, pensamiento que sería recogido y difundido con profusión por Stuart Mill quien además era ahijado de este último.

[34]Es posible encontrar algunos esbozos de la doctrina utilitarista en A. Smith, R. Malthus y D. Ricardo, si bien se trata de una doctrina moral y social que haya sus principales teóricos en J. Bentham, James Mill y J. Stuart Mill. Para estos autores, de lo que se trata es de convertir la moral en ciencia positiva, capaz de permitir la transformación social hacia la felicidad colectiva.

términos, si el segundo principio suponía una indiferenciación cualitativa de los placeres para un mismo individuo, este afirma una indiferenciación cualitativa inter individuos. Esto también, es que, si lo dicho se asume consecuentemente y la tendencia natural de todo ser humano es hacia la maximización de su placer y minimización del dolor, los medios elegidos para ello son irrelevantes prima facie. La cláusula prima facie indica no que cualquier medio sea bueno sino que (siendo las consecuencias las mismas, en términos de satisfacción) la elección de uno u otro sería moralmente indiferente.

Hechas estas asunciones, es fácil ver que los asuntos morales podrían dirimirse fácilmente recurriendo a un simple cálculo utilitarista de las opciones o alternativas de acción puestas en juego.

Finalmente, la atención hacia otras personas (denominada en los sistemas morales tradicionales bajo los términos de altruismo, bondad, amor, entre otros) tiene cabida en el sistema de Bentham, pero en la medida en que satisfagan los postulados anteriormente mencionados, es decir, en cuanto contribuyan a la satisfacción del interés propio. En la medida en que una persona necesita ser amada, para así eliminar el dolor de su soledad, en esa misma medida debe ocuparse de los demás, con el fin de que los demás también se ocupen de uno: los deberes para con los demás, son deberes en la medida en que los demás nos puedan resultar útiles.

John Stuart Mill, por su parte, asume la máxima general utilitarista según la cual la tendencia natural de todo individuo hacia la felicidad presupone el esfuerzo por aumentar el placer y disminuir el dolor. Sin embargo, no coincide con Bentham en la necesidad de admitir los tres principios anteriormente citados. Respecto al primero arguye que la felicidad propia no es alcanzable totalmente sin, de una u otra forma, procurar también la felicidad de los demás. Además, Mill admite el sacrificio, la renuncia o el comportamiento, en general, no interesado como una actitud moral que, en ciertas circunstancias, puede coincidir con la propia teoría utilitarista, matizando que dicho sacrificio no constituye un bien en sí mismo, sino un bien en la medida en que contribuya a la felicidad de los demás. Así, respecto a lo segundo, no cree en una indiferenciación cualitativa de los placeres; al contrario, habla de la necesidad de distinguir placeres superiores de otros inferiores. Finalmente, reconoce que si esta diferenciación cualitativa

debe observarse en una misma persona, ya no podemos hablar coherentemente de la comparabilidad de los placeres entre diferentes personas.

Estas diferencias entre los sistemas de Bentham y Mill, ha permitido que se distingan entre dos actitudes utilitarias subyacentes a cada sistema: un utilitarismo psicológico (Bentham) que pretende el análisis desapasionado, y no desprovisto de cierta ironía, de las motivaciones del comportamiento individual y colectivo, y un utilitarismo idealista (Mill) cuya pretensión es destacar que ciertos valores éticos tradicionales (libertad, compasión, igualdad, entre otros) son lo que más conviene (utilitaristamente hablando) al ser humano.

El concepto y la justificación del paternalismo

Se entiende por paternalismo al desarrollo de conducta que son típicas de un padre tradicional, pero aplicadas a otro tipo de vínculo. Esto quiere decir que el paternalismo implica la acción de alguien como padre en una relación de amistad, de trabajo, política, etc. Por lo general, el término se emplea de manera peyorativa. Puede considerarse al paternalismo como una manera de ejercer la autoridad. El paternalismo implica ciertos principios y normativas que recogen los valores del patriarcado. Al ejercer el paternalismo, una persona toma decisiones que no pueden discutirse ni cuestionarse, aunque también otorga ciertos consentimientos y transmite afecto.

Además de todo lo expuesto, no podemos pasar por alto la existencia también de lo que se conoce como paternalismo médico. Este término se emplea para referirse a un modelo de relación que se establece a nivel sanitario. Consiste básicamente en que el doctor adopta el papel de padre con poder y protector, mientras que el paciente, por su parte, asume el rol de niño obediente y frágil.

Todo eso sin olvidar que también en el campo de los negocios adquiere protagonismo el llamado paternalismo. En este caso, se habla de paternalismo empresarial, un sistema de gestión con mucho bagaje que se basa fundamentalmente en que el jefe o dueño asume el papel de padre, es el que se encarga de otorgar, aconsejar, reprende. Por su parte, el trabajador es el que se convierte en hijo y, por tanto, en alguien obediente, que sigue los consejos de su progenitor y que intenta cumplir con todo lo que le dice.

Algunas consideraciones sociológicas

Además abordaremos el parto desde una perspectiva sociológica teniendo en cuenta diferentes conceptos según los autores elegidos.

Tal como se ha dicho en el capítulo I, con el movimiento Higienista, el parto se convierte en una creciente preocupación social y sobre todo médica, debido a la alta mortalidad materno-infantil que según los relatos sanitaristas sucedía en esa época[35]. Pero se debe recordar que el parto en si es considerado un hecho social en el que no sólo intervienen los conocimientos técnicos y profesionales, o los avances tecnológicos si no también los componentes humanos y afectivos en múltiples aspectos[36]. Hecho social entendido como: "...modos de actuar, pensar y sentir externos al individuo, y que poseen un poder de coerción en virtud del cual se imponen a él..." y colectivo debido a su naturaleza cultural. En esa misma perspectiva se ha considerado pertinente apelar al concepto durkheniano de Solidaridad, consistente según este autor como un sentimiento de unidad basado en metas o intereses comunes, es saber comportarse con la gente. Así mismo se refiere a los lazos sociales que unen a los miembros de una sociedad entre sí. De manera particular al concepto de solidaridad orgánica debido al abordaje del parto desde la contemporaneidad, comprendida esta como un hecho social producido dentro de una sociedad desarrollada en el cual según el sociólogo francés establece que existe una fuerte especialización producto de la división del trabajo social que genera fuertes rasgos de individualidad que afectan de manera directa la conciencia colectiva. Sin embargo, debido a la individualización cada miembro posee una parte de los conocimientos generales y sus recursos, por lo que todos dependen de todos. A este proceso se lo denomina interdependencia y es el que mantiene la cohesión social y por lo tanto los lazos de solidaridad que se establecen entre los miembros de la sociedad[37].

Las instituciones sociales son un sistema de convenciones sociales duraderas y organizadas normalmente independientes, dirigidas por una infraestructura reconocible dentro de la sociedad. Ellas deben ser conocidas y reconocidas, ya que éstas necesitan

---

[35] Bialet Massé, Juan. Informe sobre el estado de las clases obreras argntinas.-1ª edición. La Plata. Ministerio de trabajo de la República Argentina en http://www.trabajo.gba.gov.ar/informacion/ Publicaciones%20P% C3%A1gina/ Volumen1%20 Bialet%20Mass%C3%A9.pdf y Veronelli, Juan Carlos y Veronelli Correch, Magalí. Los orígenes institucionales de la en la Argentina Salud Pública. En http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones /otras% 20 pub /Tomo%202.pdf.

[36] Nos referimos a los siguientes aspectos: contención, cuiado, asimilación, adaptación al entorno, entre otros.

[37] Durkheim, Èmile (2001) La división del trabajo social. Madrid: Akal.

ajustarse permanentemente debido al carácter conflictivo de la historia. Por ende, las instituciones sociales se recrean culturalmente durante los procesos activos y los procesos temporales de cada época social.

Una consecuencia de que las sociedades humanas no sean enteramente un producto natural, es que necesitan desarrollar normas e instituciones para mantener la cohesión social. Las normas que desempeñan un papel político más determinante son las normas jurídicas que se caracterizan por: pretenden regular ciertos comportamientos de los hombres en tanto miembros de una sociedad, son normas creadas por los órganos competentes del Estado y tienen carácter general por lo que su incumplimiento es sancionado por los órganos coercitivos del Estado. El conjunto de leyes jurídicas vigentes en un momento y en un estado determinado, constituyen la legalidad ya que las instituciones son sistemas organizados dentro de la sociedad con carácter permanente, cuyo objetivo es satisfacer ciertas necesidades. Están a su vez reguladas por normas.[38]

Se denomina anomia a la falta de normas o incapacidad de la estructura social de proveer a ciertos individuos de lo necesario para lograr las metas de la sociedad. El término es utilizado en sociología y ciencias sociales. Se trata de un concepto que ha ejercido gran influencia en la teoría sociológica contemporánea. También ha ofrecido una de las explicaciones más convincentes de la conducta desviada en el individuo y en la sociedad. Dicha conducta se caracteriza por una pérdida o supresión de valores (morales, religiosos, cívicos, entre otros) junto con las sensaciones asociadas de la alienación y la indecisión. Y esta disminución de los valores conduce a la destrucción y la reducción del orden social: las leyes y normas no pueden garantizar una regulación social[39]. Este estado lleva al individuo a tener miedo, angustia, inseguridad e insatisfacción. La anomia es una falta de regulación de la sociedad sobre el individuo, al que impide limitar sus deseos sufriendo un mal "infinito". Dicho término se emplea en sociología para referirse a una desviación o ruptura de las normas, es también utilizado para señalar las sociedades o grupos en el interior de una sociedad que sufren un caos debido a la ausencia de reglas de buena conducta comúnmente admitidas, implícita o explícitamente, o peor: debidas al

[38] Durkheim, Èmile (2001) *Óp. Cit*.
[39] Durkheim, Èmile (2008) El suicidio. Madrid: Akal.

reinado de reglas que promueven el aislamiento o incluso el pillaje más que la cooperación.

Robert K. Merton se interesó en la anomia a finales de los años treinta del siglo XX y describió las reglas que, si no son seguidas, conducen a ella:

- Los fines culturales como deseos y esperanzas de los miembros de la sociedad.
- Unas normas que determinen los medios que permitan a la gente acceder a esos fines culturales.
- El reparto o distribución de estos medios para acceder a dichos fines culturales.

La anomia es en este caso una disociación entre los objetivos culturales y el acceso de ciertos sectores a los medios necesarios para llegar a esos objetivos. La relación entre los medios y los fines se debilitan.

El contexto sociopolítico de Robert K. Merton era el de un emergente Estado de bienestar y la desviación era un problema social. Con el desarrollo del Estado-Providencia hubo un aumento paralelo de sociólogos considerados útiles para encontrar soluciones a los problemas sociales. Actualmente, la relativización de los medios culturales a través del pluralismo conduce sobre todo al problema de la inseguridad del comportamiento y de la orientación, de la individualización y de la desintegración social.

Por otra parte, el concepto de anomia está vinculado a otros como el control social y la desviación. Pero la anomia se debe al actuar de un agente social manifiesto en ausencia de normas en relación con el éxito en un rol dentro del sistema. La regulación moral correspondiente codificada en normas sociales, queda obsoleta en la función de favorecer la solidaridad orgánica, por lo que se produce una desinstitucionalización por falta de los referidos valores normativos, en un abanico que va desde los usos y costumbres al extremo más grave de la falta de igualdad de oportunidades sociales para avanzar al siguiente escalón de nuevos bienes culturales, religiosos o societarios del progresivo estadio de desarrollo.

Concretamente, según Durkheim, la anomia implica la falta de normas que puedan orientar el comportamiento de los individuos. En el funcionalista Merton, sin embargo, la anomia representa la imposibilidad para ciertos individuos de acceder a los medios que sirven para obtener los fines establecidos socialmente, o viceversa[40].

[40] Merton, Robert (2003) Teoría y estructura sociales. Madrid: FCE.

La mayor presión conducente al desvío se da entre los grupos socioeconómicos más bajos y las conductas desviadas son: el crimen la delincuencia juvenil, la drogadicción, la violencia doméstica o violencia en general, el suicidio, los desórdenes mentales, el alcoholismo, etc. Se supone que la anomia es un colapso de la gobernabilidad al no poder controlar una emergente situación de alienación experimentada por un individuo o una subcultura, lo que provoca una situación desorganizada que resulta en un comportamiento no social.

Las formulaciones sociológicas de la anomia hechas por Durkheim y Merton han llegado a ocupar un lugar importante en la sociología contemporánea, porque han tratado de explicar distintas formas de conducta desviada en el seno de la sociedad global y su estructura social; cómo los individuos se comportan ante la situación de anomia o cómo adecuan sus actitudes ante fines y medios.

Merton creía que en la sociedad hay trayectorias institucionalizadas hacia el éxito y su teoría de la tensión sostiene que la anomia es causada por la dificultad que tienen los que viven carentes en pobreza para alcanzar por medios legítimos metas socialmente valoradas.

En otro sentido, el sociólogo alemán Max Weber, define Estado como "la existencia de una autoridad constituida que se ejerce dentro de una sociedad que tiene por lo menos algún grado de diferenciación estructural, que es aplicada por un grupo preciso de funcionarios"[41]. De ahí que para el sociólogo alemán, el Estado, no es superior a la sociedad, pero si reglamenta tanto las relaciones económicas como las morales, hecho que no implica una subordinación del individuo al Estado.

Desde una mirada weberiana se ha encontrado con un concepto como el que define la estratificación social, donde Weber distingue entre clases sociales, grupos de estatus y partidos políticos, estratos distintos que corresponden respectivamente a los órdenes económico, social y político. De los mismos se han tomado los dos primeros, por considerarlos necesarios para el desarrollo de este trabajo. Al respecto el referido sociólogo, plantea que las clases sociales se definen por la relación económicamente determinable entre sus miembros y el mercado. Éstas son sólo una de las formas de la estratificación social, atendiendo a las condiciones de vida material, y no constituyen un

[41] Weber, Max (2005) El político y el científico. Madrid: Alianza.

grupo consciente de su propia unidad más allá de ciertas condiciones sin necesaria comunidad de intereses. Mientras que los grupos de estatus se distinguen por su modo de consumo y por sus prácticas sociales diferenciadas que dependen a la vez de elementos objetivos (capital social) y de otros puramente subjetivos como la reputación (el honor, el prestigio, entre otros)

Por último, se ha apelado al concepto weberianos de estatus y al concepto parsoniano de rol; entendido el primero como "individuos que comparten una apreciación social por distinciones personales en base a un criterio de honor, positivo o negativo, que posibilita o restringe el acceso a relaciones sociales o bienes ideales o materiales provistos en esas mismas relaciones, que por eso mismo tienden a contener un elemento de poder. La situación de status equivale a una situación comunitaria y relacional personal, que es inseparable del reconocimiento a un tipo de consumo de bienes relacionado con un estilo de vida particular al que el patrimonio queda vinculado"[42], mientras el segundo "hace referencia a las expectativas de comportamiento del individuo en sus relaciones con otros siendo de carácter normativo"[43].

Del pensador estructural francés Louis Althusser[44] se ha utilizado sus estudios de la Ideología y AIE (Aparatos ideológicos de Estado). Este ensayo establece el concepto de ideología, y lo relaciona con el concepto gramsciano de hegemonía. Si bien la hegemonía en Gramsci está en última instancia determinada por fuerzas políticas, el concepto althusseriano de ideología se apoya en los trabajos de Sigmund Freud y Jacques Lacan sobre lo imaginario y la fase del espejo, y describe las estructuras y los sistemas que nos permiten tener un concepto significativo del yo (*moi* en Lacan).

Estas estructuras, según Althusser, son agentes represivos inevitables (y necesarios). Es bajo la influencia de Lacan que define la ideología como la representación de una relación imaginaria con las condiciones reales de existencia. Para Althusser la ideología es ahistórica pues, al igual que el inconsciente freudiano, es eterna; es decir, que siempre habrá ideología. Para Althusser ésta no es una forma de "engañar" o de "conciencia falsa" sino más bien una relación normal de individuos con la sociedad. La

[42] Weber, Max (1985) Ensayos de sociología contemporáneos. Barcelona: Planeta., pp. 154-164.
[43] Parsons, Talcott (1968) Hacia una teoría general de la acción. Buenos Aires: Kapelusz.
[44] Louis Althusser. Filosofo marxista. Es además habitualmente considerado estructuralista, aunque su relación con las variantes del estructuralismo francés es bastante compleja.

ideología, como ya vimos, es la relación imaginaria (sucede en la mente) de los sujetos con sus relaciones sociales

Althusser pensaba que las ideas de Marx habían sido malentendidas, especialmente por los marxistas. Consideraba que varias formas de interpretar a Marx (el historicismo, el idealismo, el economicismo, el humanismo, etc.), no hacían justicia al carácter científico de los trabajos de Marx a partir de 1845. Frente a la idea de que toda la obra de Marx se podía entender como un todo consistente, Althusser argumentó que hubo una ruptura epistemológica (concepto que toma de Gaston Bachelard, Pierre Bourdieu, Jean Claude Passeron y Jean Claude Chamboredon) a partir del momento en que Marx se concentró en sus trabajos económicos. Además consideraba que se perdía la especificidad y la fuerza del conocimiento científico si se "complementaba" al Marx maduro con nociones extraídas de sus escritos de juventud o de obras de F. Engels.

Quizá la tesis central de toda la filosofía de Althusser es que la historia es un proceso sin sujeto ni fines cuyo motor son las fuerzas productivas (y la lucha de clases determinada por ellas). La historia no tiene sentido. Para Althusser todos somos sujetos, y en calidad de éstos, marionetas de la historia, pero esta historia no es movida por alguien, lo que desemboca en su famosa tesis de que todos somos marionetas de algo que no va a ningún lado, de algo sin sentido.

Otra famosa tesis de Althusser en filosofía es que, al contrario de lo que comúnmente se piensa, la filosofía siempre viene después de la ciencia. Esta tesis rechaza que la filosofía haya sido la madre de todas las ciencias, sino que, más bien, la filosofía es la hija de las ciencias. Esto quiere decir, la filosofía no es una ciencia, sino una reacción a las ciencias en el campo teórico.

Lo interesante de este proceso es que la filosofía marxista, engendrada por la ciencia de la historia es, para Althusser, "correcta", (no verdadera, pues la filosofía no dice verdades, no es una ciencia, sino una ideología), esto quiere decir, la filosofía se ubica correctamente en posiciones que defiendan a las ciencias ya que la ciencia de la historia le permite el conocimiento científico de la producción filosófica e ideológica, le permite, el conocimiento científico de la producción de sí misma. En esto consiste "la inmensa revolución teórica de Marx".

Althusser considera como aparatos de estado a los elementos reguladores y represores de una sociedad creados en dos niveles, el primero contiene a las instituciones gubernamentales como el gobierno, el sistema de administración y recaudación con sus respectivas formas de sancionar, y el segundo plano relativo a las funciones formativas: religión, educación formal, la familia, los gremios, entre otros.

El estudio de los valores donde estamos inmersos, la identidad del individuo se ve alterada en correspondencia de su posición en el sistema, de las relaciones de producción y la opresión derivada de la explotación entre las clases sociales y la división del trabajo.

La investidura de la identidad toma lugar de acuerdo a la serie de actos en la identificación de los valores impuestos por las leyes de la religión, la familia, ética, política, entre otras. Sometiéndose a partir de los valores existentes en la sociedad

Toda formación social depende de un modo de producción dominante, es decir, el proceso de producción emplea las fuerzas productivas existentes en y bajo relaciones de producción definidas.

No hay producción posible si no se asegura la reproducción de las condiciones materiales de la producción. Es necesario prever la reposición de lo que se agota o gasta en la producción: materia prima, infraestructura, instrumentos de producción. La reproducción de las condiciones materiales de producción no puede ser pensada a nivel empresa (micro) sino desde la necesidad de reproducción (macro).

Esta reproducción de la calificación de la fuerza de trabajo tiende a asegurarse cada vez más, fuera de la producción, por medio del sistema educativo capitalista y de otras instancias e instituciones.

En la escuela se aprende a leer, escribir y contar, o sea algunas técnicas, cultura científica y literaria utilizable directamente en los distintos puestos de la producción. Se aprenden habilidades, reglas del buen uso, reglas de moral y de conciencia cívica y profesional, reglas del respeto a la división social-técnica del trabajo, reglas del orden establecido por la dominación de clase.

La escuela y otras instituciones del Estado, como la Iglesia, y otros aparatos como el Ejército enseñan habilidades bajo formas que aseguran el sometimiento a la ideología dominante o el dominio de su práctica.

La reproducción de la calificación de la fuerza de trabajo se asegura en y bajo las formas de sometimiento ideológico, con lo que reconocemos la presencia eficaz de una nueva realidad: la ideología. Pero existe una autonomía relativa de la superestructura respecto a la base y existe una reacción de la superestructura respecto a la base.

Althusser concibe al Estado explícitamente como aparato represivo que permite a las clases dominantes asegurar su dominación sobre la clase obrera para someterla al proceso de extorción de la plusvalía. Fuerza de ejecución y de intervención represiva al servicio de las clases dominantes, en la lucha librada por la burguesía y sus aliados contra el proletariado, es el Estado el que define su función fundamental.

Se debe distinguir entre el poder de Estado y el aparato de Estado, el objetivo de la lucha de clases concierne al poder del Estado y, en consecuencia, a la utilización del aparato de Estado por las clases que tienen el poder en función de sus objetivos de clase. El proletariado debe tomar el poder de Estado y destruirlo.

Los aparatos ideológicos del estado (A. I. E.) son cierto número de realidades que se presentan bajo la forma de instituciones distintas y especializadas: el AIE religioso, el AIE escolar, el AIE familiar, el AIE jurídico, el AIE político AIE sindical, el AIE de información y el AIE cultural.

Por último existen diferencias entre el AIE y el aparato (represivo) de estado:

- Existe un Aparato (represivo) de Estado y una pluralidad de aparatos ideológicos del Estado
- Mientras le Aparato (represivo) de Estado pertenece al dominio público, la mayor parte del AIE son del dominio privado.
- El Aparato (represivo) de Estado funciona mediante la violencia y los AIE mediante la ideología.
- El Aparato (represivo) de Estado funciona masivamente con la represión (incluso física) y sólo secundariamente con la ideología (No existen Aparatos puramente represivos).

Los AIE funcionan con la ideología pero utilizan secundariamente y en situaciones límites la represión atenuada, disimulada, simbólica (No existe aparato puramente ideológico)[45]

El presente marco referencial está basado en los autores que creímos importantes para el desarrollo de nuestra investigación los cuales marcaran una intencionalidad teórica para dar una mayor dirección y fundamentos al tratamiento de los datos en cuanto a la identificación de las problemáticas para la implementación de la Ley Nacional N°25929/2004, Ley de Parto Humanizado, según la perspectiva de los profesionales de enfermería entrevistados.

[45] Louis Althusser .*Ideología y aparatos ideológicos del Estado*. Freud y Lacan, Nueva Visión, Buenos Aires, 1988.

Capítulo 3 Diseño metodológico

La perspectiva metodológica que se ha abordado, debido al objeto de estudio del siguiente trabajo de investigación ha sido la cualitativa. La referencia conceptual, se centrará en los criterios de autores como Hernández Sampieri, Polit y Vasilachis.

Según Polit[46], la investigación cualitativa consiste en la recolección sistemática y el análisis de materiales narrativos de carácter más subjetivo, utiliza para ello procedimientos donde el control por parte del investigador tiende a reducirse al mínimo. Por otra parte, la investigación cualitativa aborda la complejidad humana, explorándola de manera directa, recalcando los aspectos holísticos e individuales de éstas, dando también importancia a la interpretación que los actores hacen de los fenómenos, dejando de lado el modelo tradicional (cuantitativo), catalogado como reduccionista debido a que reduce la experiencia humana a los pocos conceptos investigados, los cuales son definidos de antemano por el investigador. (Polit & Hungler, 1997).[47]

Sampieri, por su parte, aporta que el enfoque cualitativo se utiliza para descubrir y refinar preguntas de investigación basados con frecuencia en métodos de recolección (construcción) de datos como las descripciones y las observaciones. Caracteriza al proceso de investigación como flexible, pues el mismo se mueve dentro de los eventos y su interpretación, así también como entre las respuestas y el desarrollo de las teorías. Teniendo como propósito reconstruir la realidad, tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido, suponiéndole también "holístico" porque considera el todo, sin reducirlo al estudio de sus partes.[48]

Dentro de la variedad de enfoques cualitativos se ha tomado como denominador el concepto de patrón cultural (Colby, 1996), que dice que toda cultura o sistema social tiene un modo único para entender cosas y eventos y la misma afecta la conducta humana.

Vasilachis[49], por su parte, manifiesta que la investigación cualitativa depende del enfoque y la tradición seleccionada, considera el aporte de diferentes autores en cuanto a

---

[46] Polit - Hungler (1997) Investigación científica en las ciencias de la salud. Quinta edición. México: Ed. Mc Graw - Hill Interamericana.

[47] Polit - Hungler (1997) *Óp. Cit.*

[48] Hernández Sampieri, Roberto; et al. Metodología de la Investigación. 5ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2010. Pág. 7. Bernal T, César Augusto.

[49] Vasilachis de Gialdino Irene, 2006. Estrategias de la investigación cualitativa. Editorial Gedisa, S.A. Primera edición Barcelona, España. Disponible en: http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/files/2013/03/Estrategias-de-la-investigacin- cualitativa-1.pdf.

lo que se refiere a tradiciones, tendencias, escuelas y sus estrategias, métodos, técnicas de recolección de interpretación y/o de análisis incluidas en estas tradiciones. La referida autora hace un mapeo sobre la temática desde la cual expone los criterios de otros autores de ahí que exprese que para Atkinson, Coffey y Delamont, la investigación cualitativa es un vocablo comprensivo con diferentes enfoques y orientaciones, mientras que para Mason, establece que no puede afirmarse que haya una sola forma legítima de hacer una investigación cualitativa. Flick, por su parte, define que la investigación cualitativa se desarrolla en diferentes áreas, caracterizadas por su propia orientación metodológica y por su concepto de la realidad, menciona entonces: la teoría fundamentada, la etnometodología y el análisis de la conversación, del discurso y del género, el análisis narrativo, la hermenéutica objetiva y la sociología del conocimiento hermenéutica, la fenomenología y el análisis de pequeños mundos de la vida, la etnografía, los estudios culturales y los estudios de género. Desde otra perspectiva, Creswell considera a la investigación cualitativa como un proceso interpretativo de indagación basado en las distintas tradiciones metodológicas, refiere que el investigador construye una imagen holística, analiza palabras, presenta perspectivas detalladas de los informantes y conduce el estudio a una situación natural. Por último, especifica que para Denzin y Lincoln la investigación cualitativa es multimetódica, naturalista e interpretativa; los investigadores indagan en situaciones naturales intentando interpretar los fenómenos según el significado que las personas le otorgan. Abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos.[50]

Podría concluirse entonces que para Vasilachis la investigación cualitativa depende del enfoque dado y la tradición seleccionada. La presencia de distintas orientaciones para su desarrollo, presupuestos y métodos, en cuanto a su concepción de la realidad social determina que la investigación cualitativa esté ligada a una forma determinada de investigación. En cuanto a las características de la investigación cualitativa, el autor plantea que se debe tener en cuenta a quien y que se estudia: interés por la forma en la que el mundo es comprendido, experimentado; por la perspectiva, sentidos, significados, experiencia, conocimiento de los participantes; las particularidades del método: métodos de análisis flexibles y sensibles al contexto social, proceso

[50] Vasilachis de Gialdino Irene, 2006. *Óp. Cit.*

interactivo en donde interviene el investigador y los participantes; y la meta o finalidad de investigación: la misma busca descubrir lo nuevo, intenta comprender, provee nuevas perspectivas sobre lo que se conoce, describe, explica, elucida, construye y descubre.

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente es que se ha optado por el método hermenéutico para la siguiente investigación. La hermenéutica, como su significado lo dice es el acto de la interpretación, entendida también como el arte del entendimiento a partir del diálogo. En este caso, no sólo la interpretación de textos, sino la interpretación de toda expresión humana. La elección de éste método permite la interpretación de la información obtenida, brindada por el relato de los profesionales que trabajan en las áreas mencionadas y la hermenéutica es un método que valora la riqueza discursiva de los participantes y permite la revalorización de las teorías.[51]

Para la obtención de la muestra con la cual se trabajó, se tomó como punto de partida la población total de enfermeras profesionales y licenciadas de dos nosocomios de la ciudad de Mar del Plata, público y privado, seleccionando como muestra quince (15) profesionales de enfermería del área de maternidad de dichas instituciones.

Se utilizó el método de obtención de muestra no probabilístico, donde los elementos se eligen mediante técnicas no aleatorias; no todos los elementos tienen la posibilidad de ser incluidos. Teniendo este a su vez tres métodos principales: por conveniencia, por cuotas e intencional. El tipo de método que se eligió para el presente trabajo de investigación es el de conveniencia debido a que implica el empleo de una muestra cuya disponibilidad sea más conveniente.

La recolección de datos se realizó a través de entrevistas abiertas con los actores principales de este trabajo de investigación.

La entrevista abierta o entrevista en profundidad es una técnica de Investigación cualitativa, en la que el entrevistador guía la conversación pero concede espacio al entrevistado para que exprese sus propios puntos de vista. La entrevista abierta se dirige a "la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras" (Taylor y

[51] Coreth, E. (1972) Cuestiones Fundamentales de Hermenéutica. España: Editorial Herder.

Bogdan, 1987: 194-195). La conversación se graba y posteriormente se transcribe para analizarla, generalmente como parte de una muestra de entrevistas.[52]

Las entrevistas en profundidad parecen especialmente adecuadas en las situaciones siguientes.

a) Los intereses de la investigación son relativamente claros y están relativamente bien definidos.

b) Los escenarios o las personas no son accesibles de otro modo.

c) El investigador tiene limitaciones de tiempo. Lleva tiempo ubicar los escenarios, negociar el acceso, concertar visitas y llegar a conocer informantes. Con las entrevistas se logra el empleo más eficiente del tiempo limitado del investigador.

d) La investigación depende de una amplia gama de escenarios o personas.

e) El investigador quiere esclarecer experiencia humana subjetiva.[53]

[52] Taylor, S.J. y Bogdan R. (1987) "Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados". Editorial Paidós Básica.
[53] *Óp. Cit.*

Capítulo 4 Tratamiento y presentación de los datos

En esta investigación identificaremos las problemáticas para la implementación de la Ley Nacional N°25929/2004, Ley de parto Humanizado, desde la perspectiva enfermera del personal de dos maternidades de la ciudad de Mar del Plata, una pública y otra privada, durante el año 2016, determinando cuales son las mismas y describiéndolas. Para lo cual se ha procedido a realizar el análisis y el tratamiento de los datos recolectados a través de la entrevista.

Como ya hemos comentado, desde los inicios de la historia la asistencia al parto, pese a ser este un proceso fisiológico, ha precisado cuidados y atenciones. La enfermería es una profesión que tiene como objetivo principal cuidar la vida, defender el derecho a la vida y respetar los derechos humanos.

Como nos manifiestan algunos de los entrevistados cuando expresan su definición sobre lo que ellos entienden por cuidado enfermero:

"…brindar el mejor cuidado posible y suplir las necesidades que en ese momento no puede satisfacer el sujeto que se está atendiendo en el momento, o sea somos para mí... mas y en más en un caso de obstetricia un acompañamiento y el tratar de que la persona en ese momento tan trascendental de su vida pueda hacerlo de la mejor manera y lo más natural posible...muchas veces no se puede…" (CM) Público

A lo que MS refiere:

"…yo considero que es el cuidado, si, y es el acompañamiento de la persona tanto en la salud como en la enfermedad, porque esa es la capacidad que tenemos nosotros los enfermeros de estar, de ayudar a los pacientes o a las personas tanto cuando están enfermas o cuando no, entonces esa es para mí lo fundamental, es el cuidado…" (MS) Privado

Jean Watson quien incluye el cuidado humanizado en la atención del paciente, refiere que el cuidado es para la enfermera su razón moral, constituyendo un procedimiento interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y los sujetos de cuidado.

SA nos manifiesta su punto de vista con respecto al cuidado:

"…poder brindarle atención y ayudar al paciente, contención, lo que necesite en el momento, lo que sea prioritario para él en ese momento, aunque a veces la contención y el

cuidado no solamente tiene que ver con lo físico, a veces por ahí tenes una mama que refiere dolor y contracciones y muchas veces la ayudas más desde el costado psicológico y no tanto de ponerle un apósito o ponerle una vía, no siempre se trata de eso, a veces cuando te pones a investigar en el paciente te das cuenta que por ahí, esos dolores, esas cosas tienen otro, otro trasfondo, entonces los cuidados también pueden ir por ese lado…"(SA) Público

En este sentido entendemos que el cuidado es la esencia de Enfermería, ayuda a proteger, mejorar y preservar la humanidad permitiendo a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación. El cuidado holístico en los servicios de salud se ha visto dificultado por la visión biomédica de la salud, impregnadas en las institucionales hospitalaria del modelo curativo que reduce lo humano a lo biológico alejando el trabajo de la enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado. (Paterson, 2013).

Para esto es necesario que los profesionales de la salud en todos los niveles sean respaldados y capacitados para asegurar que las mujeres embarazadas sean tratadas con comprensión y dignidad. Los Códigos Deontológicos son una guía para actuar sobre la base de los valores y necesidades sociales. Es por esto que los mismos recalcan la importancia de la capacitación continua cuando dicen: La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. Indagando sobre el tema nos encontramos que la mayoría de los profesionales entrevistados no realizaron capacitaciones para acceder al servicio donde se desempeñan (maternidades), como nos relatan a continuación:

"…al servicio ingresas como a cualquier servicio, vos ingresas al hospital y de acá, te mandan, te tienen de rotante donde necesitan y ya después una vez que se hace algún puesto en algunos de los servicios, te ponen pero no te dan ninguna capacitación previa, nada, te quedas ahí y ahí aprendes, aprendes con tus compañeras, pero no, no te capacitan para entrar a ningún servicio, que eso lo veo mal porque si vos vas, si yo, a mí me sacan de acá, suponte hoy y me mandan a pediatría, si soy enfermera pero, no se manejó de medicación, no sé el manejo un montón de cosas, si se, aaah, me dice pero sabes tomar la presión y pesar, si todo bien pero hay muchas cosas que son importantes que uno no lo sabe hacer y si sacas a una de las chicas de

pediatría y la traes para acá pasa exactamente lo mismo, ellas están acostumbradas a trabajar con chicos y la sacas de acá, la traes acá a la sala de parto y no saben qué hacer, entonces, está bueno o estaría bueno la rotación por todos los servicios o la capacitación antes de entrar a un servicio, porque por lo menos lo básico lo tenes, tenes una base y decís bueno a partir de acá empezas, pero acá no, acá es manéjate…" (RM) Público

CL nos dice:

"…cuando entre a trabajar acá en el hospital me mandaron acá (si) y bueno, y después me pasaron a alto riesgo, estuve muchos años en internación de alto riesgo y después pedí el pase de nuevo a centro obstétrico, ya hace casi dieciséis año que estoy en este lugar." (CL) Público

MR relata lo siguiente:

"…no, me eligieron, me dijeron se jubila tal, vamos a ser realistas, me anote, me llamaron, vine y me dijeron vas a cubrir este lugar porque se jubila tal persona, bueno listo y ahí empecé y ahí empezó todo y mi jefa anterior que te van guiando primero como tenes que hacer, te pasan a un turno determinado donde hay más movimiento de las cosas entontes te van como, te van preparando y después ya me pasaron para la noche y después como que vas, como que te van rotando para que vallas viendo como es el manejo de cada turno, porque cada turno, si bien el trabajo es el mismo paro todos los turnos se manejan de diferentes maneras, está bueno para vos aprender, para vos ya sabes cómo te manejas en tal turno, como es este turno, pero el trabajo es siempre igual, si no por ahí haces el trabajo de los médicos, a la tarde hay médicos de guardia, pero así hacen ellas…" (MR) Privado

Otros entrevistados nos comentan lo siguiente:

"…me dijeron bueno necesitas tal horario porque tenía cuestiones personales, pum obstetricia, listo (risas) no me dejaron otra…" (SA) Público

BL nos dice:

"…no, no tuve capacitación, me hubiera encantado, pero no tuve capacitación, me recibí, el primer día me dijeron vas a parto por suerte tuve buena compañeras que me enseñaron de todo desde poner una vía, porque de las vías que podes poner haciendo una práctica, no es lo mismo acá en la urgencia con la mama que está pariendo, qué esta con una contracción, que no la podes pinchar, eeeh tuve buenas compañeras y ya te digo, de todas tome algo y fui armando mi forma de trabajar, pero no, no tuve ninguna capacitación, es algo que es un proyecto que hay dando vueltas que es hacer capacitaciones sobre diferentes temas de obstetricia, diferentes temas de urgencia de obstetricia, como actuar, eso espero que se ponga en práctica porque es re interesante, es necesario además de interesante es necesario…" (BL) Público

Al respecto YG nos refiere:

"…falta mucha capacitación, por ahí capacitación, las chicas por ahí las ganas las tienen pero por ahí los horarios de trabajo y la institución no es tan flexible en dejar que el personal se capacite, he visto muchas veces que piden permiso para x curso o x cosa y no lo tienen. Entonces no se si el personal esta tan capacitado, me parece que por ahí se da, te tiran muy abajo, se menosprecia el trabajo de la persona o de la enfermería que trabaja en la parte de con la obstetricia y me parece que está mal, porque es muy importante para que el chico llegue a buen puerto o sea un recién nacido sano, todo lo que hace la parte de enfermería pre y post, es fundamental y por ahí no esta tan capacitado, sino que directamente, imagínate, yo no tengo experiencia y me ponen ahí a atender a una puérpera y no tengo ni idea, entendes, no sé si esta tan , m parece que por ahí le falta el espacio físico, falta personal y para poder tener un mejor resultado…"(YG) Privado

Según la Guía para la Atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia, es necesario que las personas integrantes del Equipo de Salud tengan una competencia tanto humana como técnica. La aplicación de conocimientos y habilidades actualizados tienen que complementarse con una actitud profesional que respete la autoestima y autonomía de cada usuario.

Así mismo la Ley 12245 dice en su Capítulo III DE los derechos y obligaciones, ARTICULO 9.- Son derechos de los profesionales y auxiliares de la enfermería, inciso b) Asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida, en las condiciones que determine la reglamentación. Y en el ARTÍCULO 10.- Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería, inciso e) Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación.

Comenzamos a abordar la Ley de Parto Humanizado, preguntando como conocieron la misma, a lo cual las respuestas fueron coincidentes en ambos nosocomios:

CM nos cuenta:

"..mira la ley la conozco porque la leí, cuando empezó todo el tema en el hospital, a que se iba a transformar en maternidad segura y centrada en la familia, eeeh… se de ciertas cuestiones que hay que tener, que la ley exige por ahí, no es que exige, que la ley plantea, que muchas veces no se lleva a cabo en la práctica hospitalaria, o se te dice que la mujer sí, no es necesario que tenga una venoclisis a menos que sea para pasar una medicación particular, allá pasa a preparto y mándala con vía, sino la enfermera que está ahí n preparto te llama " porque la pasaste sin vía" y a veces no le podes hacer entender que la pinchaste tres veces y que no pudiste

ponerle la vía, porque justo le vino una contracción y le rompiste la vena o no le pudiste encontrar la vena o lo que sea. Sea, el parto se hace en la forma que le queda cómodo a los médicos, he, ósea hay ciertas cosas que la ley plantea y que vos ves que no se lleva a cabo…" (CM) Público

MM nos refiere:

".. Si la conozco a la ley…" "…mira nosotros tuvimos hace varios meses en febrero cuando apareció la reglamentación de la ley, como algo nuevo, porque haber cuando apareció la reglamentación veían a la ley como algo novedoso y en realidad la ley hace mucho más tiempo que esta, solo que ahora apareció la reglamentación se hizo una reunión con todos los servicios de obstetricia es decir, no solo las enfermeras que trabajan en el centro obstétrico, sino también mi servicio que es alto riesgo y sala ocho que es la sala de puerperio normal, se hizo una reunión en donde se habló de la ley, la ley estaba pegada en el servicio…"(MM) Público

RM nos comenta:

"…No, no nos dieron ni curso, ni seminario, ni nada, vinieron, nos trajeron la ley, lean esto y a partir de mañana se empieza a trabajar así. Hace poco tuvimos una reunión informativa con el abogado de la institución y psicólogos y toda la marencoche de acá dentro pero no, en realidad nadie nos vino a decir nada absolutamente, nos manejamos nosotras como podemos y amoldamos la ley a nuestro entendimiento es así…" (RM) Público

Así nos relatan los demás entrevistados:

"…, ya conocíamos la ley, ya nos habían traído un escrito y nosotros ya habíamos leído la ley ya sabíamos…" (MR) Privado

"…si la conozco la ley y me parece súper interesante y súper acorde al tiempo que estamos viviendo, me parece que es como una época donde está todo muy deshumanizado muy globalizado, muy tecnológico, no, entonces el hecho de volver a lo que es el parto humanizo en la mama el marido eeeh o la familia compartiendo ese momento o acompañándola en ese momento me parece que es, está bueno que se vuelva a eso, es lo que se necesita un poco, humanizar el parto, es…"(M) Público

"…He escuchado hablar, pero básicamente no la he leído, ni se bien de que está compuesta, pero si he escuchado hablar mucho últimamente se escucha mucho del parto humanizado, sobre todo, no sé si tanto acá, sino mas bien en el materno…" (YG) Privado

"…En si en el servicio no conocemos la ley, pero nosotros tenemos pacientes que se hacen, el parto respetado y, pero no tenemos en mano lo que es…" (MF) Privado

"…No, no, no tuvimos, fue todo porque, por lo que nos iba transmitiendo el obstetra, no, que había ido a Canadá, que había visto como era el parto humanizado, vimos videos, pro en realidad no tuvimos ninguna formación…" (PM) Privado

"…Un obstetra dio una charla muy informal de la Ley y bueno más o menos es lo que se hace generalmente en el hospital cuando nace el bebe…" (VG) Privado

Como ya hemos hecho referencia anteriormente esta investigación utilizara como punto de partida la Ley Nacional Nº 25929/2004, Ley de Parto humanizado, haciendo hincapié en el artículo segundo de la misma cuyos detalles tienen un enfoque en los derechos de la mujer durante el embarazo, el parto y el postparto. Implementada en 2004, la ley tiene la meta de empoderar a la mujer, informarla sobre sus distintas opciones durante el proceso del parto y darle el rol de protagonista en su embarazo, parto y entrada en la maternidad:

"Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos: 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. 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.

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. 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. 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. 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. A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. 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. A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar. A recibir

asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña. A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma…" (Ley nacional Nº 25.929, 2004).

La ley, como resumen, alcanza a definir los siguientes componentes de un parto humanizado: que la madre sea informada, que el parto sea personalizado y respetuoso de la individualidad y cultura de la mujer, que no utilicen ninguna práctica innecesaria, que la madre sea acompañada y que la mamá pueda tener contacto con su bebé y que pueda elegir cómo quiere tener su parto.

CM refiere al respecto:

"…se de ciertas cuestiones que hay que tener, que la ley exige por ahí, no es que exige, que la ley plantea, que muchas veces no se lleva a cabo en la práctica hospitalaria, o se te dice que la mujer sí, no es necesario que tenga una venoclisis a menos que sea para pasar una medicación particular, allá pasa a preparto y mándala con vía, sino la enfermera que está ahí n preparto te llama " porque la pasaste sin vía" y a veces no le podes hacer entender que la pinchaste tres veces y que no pudiste ponerle la vía, porque justo le vino una contracción y le rompiste la vena o no le pudiste encontrar la vena o lo que sea. Sea, el parto se hace en la forma que le queda cómodo a los médicos, ósea hay ciertas cosas que la ley plantea y que vos ves que no se lleva a cabo…" Público

MM nos refiere:

"…Bueno nosotros tenemos esto, en nuestro servicio, se internan por ejemplo las pacientes que van, son gesta de cuarenta semanas, hay algunas que quedan a libre evolución y otras que se les hace la inducción con prostaglandinas, las pacientes hasta los cuatro centímetros de dilatación están en nuestra sala, después de los cuatro centímetros pasan a la sala de preparto, en todo ese transcurso la paciente está sola. Salvo que sea una paciente que se descontrola, ah hacen pasar al familiar, sino la paciente está siempre sola, no se guían por el protocolo, ni la ley, sumado a que nosotros tenemos el lema de maternidad centrada y seguras en la familia, eeeh en donde desde el minuto cero en que la paciente entra, tendría que estar acompañada del familiar, en donde las decisiones sobre la pacientes, si la paciente pide cesárea, la paciente tendría que tener una cesárea, en realidad se la intenta persuadir por todos los medios, que lo mejor es un parto normal porque la cesárea s una ciruja y todo lo demás, en lo único que los médicos son insistentes con respecto a las cirugías son en la ligadura de trompas, cuando la paciente es multípara y tiene veintidós años y tiene cinco hijos en eso, pero después, la ley no se respeta en lo más mínimo, para nada, no se respeta la ley y no se respeta el lema este maternidad segura y

centrada en la familia porque si vos vas a la página del ministerio nuestro hospital figura como uno de los hospitales que están adheridos a ese lema, porque en realidad es un lema, no es nada que se lleve a cabo. Antes era por una cuestión de infraestructura, ahora es por cuestión de ganas o siempre fue por cuestión de ganas…" Público

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas.(UNICEF)

El Ministerio de Salud de la Nación plantea que "transformar una maternidad para que sea segura y centrada en la familia es una decisión que asumen desde el Ministro hasta el equipo de salud, para que el hospital se comprometa a abrir sus puertas a la comunidad y a brindar una atención personalizada, inclusiva y respetuosa". Y además "Una maternidad es segura y centrada en la familia cuando garantiza los controles prenatales y el derecho de las mujeres a tener un parto respetado, lo que implica, entre otras cosas, elegir la posición en la que quieren tener el bebé, estar acompañadas por la persona que ellas elijan y evitar intervenciones innecesarias. Las MSCF, además, fomentan la internación conjunta y facilitan el contacto del bebé con la familia desde el momento del nacimiento"

Con respecto a lo anteriormente dicho MM nos comenta:

"…nosotros tenemos a las pacientes que están en ayuno para ir a cesárea, en la cesara el familiar también tiene que poder entrar entonces, muchas enfermeras vos tenes que el familiar le pregunta y se quedan como diciendo que le contesto. Contéstale que si porque yo siempre les digo que sí, pro también soy consciente que hay otras enfermeras del otro lado que ellas son los que van a levantar o bajar el pulgar, eeeh para que el familiar pase. Yo les digo hay una ley que te avala, vos tenes derecho a pasar, si te van a dejar pasar o no, no lo sé porque ha pasado de médicas que le han hecho firmar a los familiares de los pacientes una nota diciendo que si después surgía una complicación por ejemplo una infección de la herida quirúrgica era porque el

familiar había entrado a la cesárea, entonces como que el familiar se hace cargo de que si a esa paciente le pasaba algo era como culpa de él, yo lo vi no es que me lo contaron, entonces el familiar ante el desconocimiento que va a decir, y no, no entro. Y le sacas la posibilidad, pero esos si yo reconozco que ellos tienen derechos y que tienen derecho desde el minuto cero de estar adentro d la sala, pero que no se cumple es verdad, no se cumple…"(MM) Público

MS nos refiere:

"…Mucho tiempo nosotras, salimos y mostrábamos la cara de esponja nuestra, diciéndole que estructuralmente no podían presenciar los partos, suponte, porque era verdad, tuvimos periodos en la sala de partos, que no podíamos entran los familiares porque teníamos tres camillas para parir, si, entonces no se podía cumplir, y pero los familiares venían y si reclamando esta ley, si. Ante esta necesidad y la necesidad también yo creo, la desesperación del hospital de querer tener el rotulo de Maternidad segura y centrada en la familia, se crea todo lo que es el centro obstétrico nuevo, si, eeeh que donde nosotras como enfermeras de parto, pero estábamos felices que la ley se iba a implementar como se tenía que implementar, eeeh, no la ley se implementa hasta cierto punto, simplemente hasta el punto que el médico quiera si, y hasta el punto que el familiar se interiorice en lo que es la ley, es decir, si vos tenes un familiar que se interioriza en la ley y te lo plantea, bueno entonces no le queda otra a los médicos que decir sí, me entendes…"(MS) Público

CL nos dice al respecto:

"…durante el trabajo de parto es más complicado, ahí ya es el médico, el médico o la partera, por ahí lo haces entrar un rato, pero no te lo dejan todo el trabajo de parto como dice la ley, no te lo hacen entrar un ratito y después se va…" Público

Para que la atención al trabajo de parto sea humanizada es necesario el respeto a la intimidad física y emocional, así como la preparación de un ambiente cómodo para las mujeres durante el periodo de atención prenatal. Mediante las entrevistas realizadas, algunas enfermeras del ámbito público nos manifiestan el inadecuado uso de las salas de TPR o el escaso uso de las mismas y en el ámbito privado no son mencionadas.

A lo que RM refiere:

"…también por la comodidad si tuviéramos salas individuales seria otra cosa, pero nosotros tenemos la sala compartida, separadas por un biombo, mas allá d todo, es decir, se torna difícil, porque las madres están desnudas, con las piernas abiertas, el familiar d una acá, el familiar de la otra haya, que entran y que salen, se pone un poco complicado, no porque los médicos no quieran, es porque no tenemos por ahí la comodidad, Eeeh pero si igualmente se

dejan pasar, hay muchos que respetan hay muchos que no, el noventaicinco por ciento lo respeta…"(RM) Privado

Así también como MR nos relata:

"…hay cosas que se cumplen sobre la ley y hay cosas que no por ejemplo, en la ley hay una parte que dice que tiene que ser naturalizado el parto y acá ingresa la mama y es como que siempre las están estimulando, ósea el parto no es tan natural, acá la están estimulando, si bien se dice que tiene que ser lo más tranquilo posible con el familiar, es imposible porque a veces también la sala está llena, o porque el familiar hay familiares que tenemos que se portan bien y otros que noo, de los nervios entran y salen pero también invaden la privacidad de la otra paciente o sea que también no hay mucha, hay pero no hay tanta…"(MR) Público

Como podemos observar todavía hay cuestiones en donde el médico decide por sobre las familias, donde las prácticas son innecesarias y dirigidas hacia la comodidad del profesional. Esto es un claro ejemplo de paternalismo como una manera de ejercer la autoridad, donde el médico toma decisiones que no pueden discutirse ni cuestionarse, adoptando el papel de padre con poder y protector, mientras que el paciente asume el rol de niño obediente y frágil.

La presencia del acompañante es ciertamente una gran ayuda para la mujer durante este momento. Según la OMS, los estudios demuestran que la presencia del acompañante y la ayuda que este ofrece a la mujer traen ventajas para ella y la salud de su bebé, y además disminuye significativamente la ansiedad y la sensación de haber tenido un parto difícil. Sobre esto BL nos dice:

"…no siempre los maridos puede acompañar a las madres en el preparto porque ediliciamente hay dos madres por habitación y la verdad que no tendría intimidad una de las madres si está el marido de la otra, es un momento muy vulnerable para la mujer porque esta desnuda con un camisón que a cada rato la tactan y por más que yo ponga un biombo en el medio, por ahí nosotros hacemos pasar al marido cuando está sola la mama en la habitación, sí. Y bueno, hay gente que se enoja y que te viene con la ley en la mano y bueno, tenemos habitaciones que son individuales, dos habitaciones en el servicio, donde en última instancia se lleva a la mama a esa habitación y puede entrar el marido, esa era la idea se llama TPR que es la habitación de trabajo de parto, parto y rehabilitación, son habitaciones que tiene camas que se hacen camillas de parto, la mama puede hacer su trabajo de parto ahí, parir y hacer la recuperación ahí, eeeh son individuales, esta buenísima es como una sala, se trasforma en una sala de parto, no tenes que estar trasladando a la mama a la sala de parto…" Público

El acompañamiento es quizás el componente más frecuentemente asociado con el parto humanizado en estos dos hospitales. Las salas TPR (trabajo de parto, parto y recuperación inmediata) responden a los conceptos de humanización tales como el parto centrado en la familia.

Se trata de salas de internación individuales, que permiten la atención del periodo de dilatación, parto y recuperación en una sola habitación que admite la presencia de la familia, sin traer riesgos de contaminación, permitiendo el fácil acceso a la tecnología de apoyo en el momento requerido. Cuenta además con el panel mural adecuado para toma de oxigeno, succión, etc.

La cama de partos de estas salas permite a la parturienta colocarse en la posición más cómoda, pudiendo transformarla desde la posición horizontal de una cama, a la de un sillón obstétrico apto para el parto vertical con el respaldo a noventa grados, pasando por la posición obstétrica intermedia con el respaldo a ciento veinte grados. Esta cama de partos, permite el traslado de la parturienta al quirófano en caso de cesáreas y su devolución a la habitación luego de la intervención.

En el ámbito privado se hace referencia al parto en cama, sobre esto AS nos dice:

"…Parto en cama es que la mamá ya tiene su bebe coronando, no te da a tiempo para llevarla a quirófano, entonces el parto se realiza en la habitación, el tema es cuando hay otra mama al lado, que hay que sacarla o hay que pedirle por favor que se la aguante a la otra mama gritando y bueno nace el bebe, los familiares, no es tan fácil. Cuando la mama está sola, se la trata de dejar sola, cuando la mama está sola, los médicos le hacen, la verdad es que es bastante tranquilo cuando el parto es normal, se lleva una bolsa para poner la placenta, se la pesa, se pone una bolsa para llevar la ropa, una bolsa para la basura, se le lleva una caja que está preparada, que la tenemos siempre, cuando tomas la guardia, lo primero que tenes que hacer es ver que este la caja de parto y se trabaja re bien, no sé si es tan cómodo para las medicas, porque las medicas tiene otra altura allá (quirófano), vistes se sientan y están así (en paralelo con la vagina de la parturienta), en cambio acá están asa (espalda doblada formando una L invertida con las piernas), pero bueno nacen igual…" (AS) Privado

"…el primer día que vine acá y me toco un parto en cama, para mí fue un horror, la verdad es que a otra persona que viene yo le cuento lo que puede pasar, porque para mí fue fea la

experiencia, fue como algo como que no tenía que suceder y sucedió, después me entere que es algo normal y que sucede, pero en el momento fue bastante estresante, por eso a toda persona que viene le digo "… mira no te asustes, ahí esta caja que es para parto en cama, puede suceder un pato en cama, no te asustes, es normal, está preparado el servicio para recibirlo…" porque para mí fue muy choqueante eso, por ejemplo…"(AS) Privado

Otro de los puntos importantes que plantea la ley es el respeto 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. Con respecto a esto las enfermeras de ambos ámbitos nos refieren:

"…cuando están acá en trabajo de parto se las estimula, entran y se las empieza a estimular con la medicación que se estimula, no se espera, igualmente todavía no he escuchado a pacientes que quieran, que vengan a proponerte que quieran aguantar el dolor en el trabajo de parto, la mayoría no quiere aguantar el dolor del trabajo de parto, piden cesárea, la mayoría, la gran mayoría, pero si he escuchado, si te preguntan del famoso goteo, si es el goteo, para ellas le pones un suero y es el goteo de trabajo de parto y tenes que explicar que no, que ese es un suero que no tiene nada, no tiene medicación, pero no he escuchado que no quieran, que quieran soportar las contracciones sin medicación, pero no, se las médica, desde el vamos, de entrada se médico, desde que entro y se fu a la sala con el famoso es miso para estimular y empiecen las contracciones y cuando vienen acá con la oxitocina para que siga estimulándose el útero y sigan las contracciones hasta que expulsa al chico, siempre se médica…" (CL) Público

"…hay cosas que se cumplen sobre la ley y hay cosas que no por ejemplo, en la ley hay una parte que dice que tiene que ser naturalizado el parto y acá ingresa la mama y es como que siempre las están estimulando, ósea el parto no es tan natural, acá la están estimulando…"(MR) Público

"…el tema de la oxitocina ponele, es un tema que se está confrontando con los médicos, con qué necesidad, déjala, nos peleamos bastante…" (SA) Privado

"…bueno, hay muchas cosas de la ley que no se cumplen, por ejemplo el parto humanizado en teoría, no tendrían que poner oxitocina, y acá se usa la oxitocina, usan todos la oxitocina excepto que se una madre con una cesárea anterior y quiera probar un parto entonces que se deja en libre evolución…"(BL) Publico

La oxitocina es un neuropéptido formado por una cadena de nueve aminoácidos. La palabra oxitocina vio la luz en 1906, acuñada por el fisiólogo británico Henry Dale. Procede del griego y significa “parto rápido” y es la responsable de regular el ritmo del parto/nacimiento y de facilitar la lactancia.

La misma se ha usado de forma artificial desde los años 50 para inducir o provocar el parto al estimular las contracciones del útero.

Las diversas intervenciones que tratan de acelerar y corregir el trabajo de parto tienen como objetivo adecuarlo al ritmo hospitalario. Sin embargo, la interrupción del embarazo, ya sea por cesárea o inducción del parto, provocó el aumento significativo de las tasas operatorias, prematuridad y reducción de peso del recién nacido, aumenta la necesidad de analgesia, la anestesia epidural, la reanimación neonatal, aumenta la tasa de cesáreas y puede aumentar la proporción de partos instrumentales, fiebre intraparto, distocia de hombros y el ingreso en unidad de cuidados intensivos neonatal.

Si bien la intervención de los obstetras es importante a la hora de complicaciones en el embarazo o parto, su intervención ha devenido rutinaria sin permitir a las mujeres participar en las decisiones acerca de su maternidad, pretendiendo a toda costa conseguir partos rápidos.

Ahora bien, toda mujer durante el proceso de parto produce su propia oxitocina natural y dicha producción dependerá en gran medida del ambiente que rodee a esa mujer durante el parto.

Es por esto que una atención individual y respetuosa, que aporte a la mujer tranquilidad y sensación de libertad y confianza, ara que la producción de oxitocina sea adecuada para que el parto se desarrolle con normalidad. Cuando se crean las condiciones adecuadas para que la mujer genere su propia oxitocina, los partos se acortan y son vividos con menos estrés tanto por la madre como por el bebé. En un parto movido exclusivamente por oxitocina endógena, las contracciones son menos dolorosas y más llevaderas, que las originadas por el fármaco. Entre las mismas el cerebro produce endorfinas que ayuda a descansar y proporcionan sensación de bienestar, lo que reduce la necesidad de otros tipos de analgesia con efectos secundarios indeseados. Tras el parto, esas mismas hormonas facilitan el vínculo con la criatura y la instauración de la lactancia.

Según la Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia:

"No hay evidencia clínica que demuestre que la utilización liberal de oxitocina durante el trabajo de parto normal sea beneficiosa para las mujeres o sus hijos. En conclusión, la oxitocina es una medicación que debe ser utilizada bajo válidas indicaciones y con estricto control de las contracciones y de la salud fetal…"

El cambio en el modelo asistencial del parto con la aplicación de la Ley de Parto humanizado, recae en parte en los profesionales enfermeros, quienes lo ven de manera lenta por la resistencia de cualquier modificación, como hace referencia C cuando manifiesta:

"…con lo de maternidad segura y centrada en la familia he, le haces recordar que el familiar que está acompañando a la señora, no es que se va a quedar si vos queres, es un derecho y está en una Ley, y que no es que va a entrar cuando a vos se te ocurra, el señor o la señora que este acompañando se podría quedar todo el tiempo…" (CM) Público

"…veces lo que faltan es ganas, porque a veces al médico le queda más cómodo que no esté el familiar, no porque valla a hacer algo malo, sino porque por ahí tiene, ya es como una invasión vamos así decirle, que no es una invasión pero es como que, él es el león de la selva y ahí ya tenes una competencia porque, si está el familiar y es el que tiene que contener y que se yo, mucha veces vos ves que la traba viene por parte de los médicos que son los que deciden o no hasta cierto punto si entra o no entra el familiar…"(CM) Público

Claro ejemplo de la autoridad medica como herramienta para el control social, lo que termina con la autonomía de los sujetos a la hora de decidir acerca de sus preferencias, pues son instancias exteriores a ellos las que les proporcionan criterios de comportamiento y normalidad.

La noción de AIE permite explicar los mecanismos mediante los cuales la ideología contribuye a reproducir un tipo específico de relaciones sociales, ya que la ideología existe en un aparato ideológico material que prescribe prácticas materiales que interpelan a los individuos de manera que estos terminan aceptando como necesarias las

formas de comportamiento que las prácticas requieren por parte de ellos.

En efecto, Althusser señala que en el nuevo marco la función central de la ideología es la interpelación ideológica y el sujeto quedará constituido como tal, en tanto "se reconozca" o no en dicha interpelación.

De allí que formule: "la categoría de sujeto es constitutiva de toda ideología sólo en tanto toda ideología tiene por función la constitución de los individuos concretos en sujetos" (Althusser, 1970, p. 52)[54]. Así, el individuo es interpelado como sujeto (libre) para que se someta a las órdenes del Sujeto, la autoridad, el poder dominante. Lo cual pone de manifiesto que la interpelación a los individuos como sujetos supone la "existencia" de otro Sujeto, Único y Central en nombre del cual la ideología interpela a todos los individuos como sujetos. Más precisamente aún: "toda ideología está centrada, el Sujeto Absoluto ocupa el lugar único del Centro e interpela a su alrededor a la infinidad de los individuos como sujetos en una doble relación especular tal que somete a los sujetos al Sujeto" (Althusser, 1970, p. 61)[55].

Este tipo de relación de poder también se ve reflejado en el intercambio diario entre el médico y los profesionales de enfermería como destaca a continuación CM:

"…la incidencia del trabajo en equipo es lo que te decía hace un rato, a veces depende mucho del enfermero y de la relación que establezca con el médico , porque el médico... o se hay enfermeros que todavía vos ves que es si, si, si patroncito, viste y algunas que vos la ves que es así, y eso que allá hay una broma que hasta le planchan el ambo, que hablaban de un servicio a la mañana sigue ocurriendo, no tan literal como le planchan el ambo, pero que le hacen el listado de las mujeres que se pueden, que están en condiciones de alta y le hacen la orden para que vallan a buscar la medicación a la farmacia, sigue estando…" "…creo que eso es lo fundamental y eso también es la base del trabajo en equipo, vos sos un par mío, no sos ni más ni menos, si me das una indicación yo la tengo que hacer, vos la haces mal y yo tengo la capacidad de decirte que la están haciendo mal, yo no soy un robot que vos me pones esto acá y yo voy y lo aplico y no pienso, no, mi autonomía y mis conocimiento valen tantos como los tuyos, si yo me planto en la sala y no te hago nada tu trabajo no sirve de nada eso es lo que muchas veces, no es que se pelea, pero vos decís como puede ser posible que todavía se le siga haciendo la orden…" (CM) Público

O como nos relata BL:

"…condición hegemónica siempre hay y va a ver por mucho tiempo, es muy difícil, las ordenes en la última instancia es el médico de planta el que toma la decisión de que hacer o no

[54] Althusser, L. (1970). Aparatos ideológicos del Estado. Freud y Lacan. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1988.
[55] Althusser, L. (1970). *Óp. Cit*

con la madre, acá hay por ejemplo la medicación que se le administra durante el trabajo de parto la oxitocina la manejan los médicos o los parteros no los enfermeros, eeeh en otras instituciones sé que las manejan enfermería, pero acá no, lo hace obstetricia o los médicos y decisiones nosotras mucho no podemos sobre el paciente, si como te decía hoy podemos sugerir o mira no te parece tal cosa o tal otra pero decisiones no, si por ahí, yo por ejemplo la mama está sola y capaz que ni le pregunto al médico ¿puedo hacer pasar al marido? Voy y lo hago pasar directamente, a algunos le molesta a otros no, pero la mama tiene derecho a que este ese familiar de ella, si está sola ¿cuál es el problema? Eeeh hay decisiones que de a poco vas tomando sola, pero también te digo depende de cada uno e hasta donde te parezca a vos, hay enfermeras que se siguen considerando la ayudante del médico y que siguen haciendo favores a los médicos, entonces eso, pero son por ahí las más viejas, las más nuevas no, creo que somos bastante independientes…" (BL) Público

También se observa entre profesionales enfermeros con mayor y menor antigüedad como nos describe a continuación RM:

"….Nosotros siempre decimos hasta que no cambie la jefatura que son las enfermeras viejas que tenemos, se nos complica cambiar un poco todo lo que es el sistema, lamentablemente, entonces sí, hay una hegemonía, dentro de enfermería, también…" (RM)Público

Es por esto que la identidad del individuo se ve alterada en correspondencia de su posición en el sistema, de las relaciones de producción y la opresión derivada de la explotación entre las clases sociales y la división del trabajo.

Conclusiones

Conforme al núcleo problemático del presente trabajo y teniendo en cuenta los resultados originados durante el tratamiento de los datos analizados a partir de las entrevistas realizadas y del marco referencial utilizado, podemos concluir que las enfermeras participantes tanto del ámbito público como del privado concuerdan en que el cuidado es el objetivo fundamental de enfermería y una prioridad en el servicio en donde se desempeñan que comprende no solo la asistencia, sino también el acompañamiento de la mujer y la familia en ese momento tan vulnerable como es el parto.

Problemáticas identificadas:

- Formación de los profesionales en las áreas de maternidad.
- Conocimiento de la Ley de Parto Humanizado por los profesionales enfermeros y por los principales actores (madre y familia)
- Infraestructura.
- Recurso humano y material.
- Hegemonía en la asistencia médica.
- Medicalización del parto.

En cuanto a la formación profesional, hemos observado que todas las enfermeras han sido preparadas en el mismo servicio al momento de ingresar al mismo y que la continuidad de la formación fuera de la institución se hace difícil o imposible debido a que las mismas se lo impiden no permitiéndoles tomarse los días necesarios, alegando falta de personal.

Al abordar la Ley de Parto Humanizado nos encontramos con que los profesionales la conocían “por arriba” o por alguna charla informal de la institución o bien porque se habían encargado de leerla por su cuenta, en la mayoría de los casos siempre se hizo hincapié en el acompañamiento de la parturienta como punto principal de la Ley, describiendo el derecho al acompañamiento y la autonomía de la mujer de decidir por quien quiere ser acompañada, pero a su vez señalaron el desconocimiento de las mujeres y sus familias de dicha Ley o el poco conocimiento de la misma, lo que nos resulta preocupante y nos preguntamos ¿Cómo una mujer puede exigir sus derechos, si no los conoce? Al mismo tiempo nos relataron que el acompañamiento de la mujer en la mayoría de los casos resulta imposible debido a la infraestructura, y esto ocurre en ambas

instituciones, donde no se cuenta con habitaciones individuales, lo que facilitaría a un parto personalizado, centrado en la familia, respetando la intimidad de la mujer y el derecho a estar acompañada, por el contrario la mujer como su familia experimentan la sensación de que la situación está fuera de su propio control, la mujer se siente asustada, sola e incapaz de controlar la situación, lo que llamaríamos alienación al sistema sanitario.

Solo uno de los profesionales de la institución pública relato que cuentan con dos habitaciones de UTPR, que son utilizadas solo si la mujer o la familia lo requiere, a modo de exigencia, debido a que se encuentran informados sobre la Ley de Parto Humanizado.

Otra de las problemáticas que se reflejan es la negativa de algunos médicos al no dejar que la mujer este acompañada en la sala de partos, creando una situación de contrariedad entre los profesionales medico-enfermera, ya que estas lo ven como una decisión personal, donde el médico utiliza excusas como el espacio físico o hasta en algunos casos crean temor en los familiares haciendo referencia a infecciones o posibles complicaciones, para defender su propia comodidad y hábitos, dejando de lado los derechos que tienen la mujer y la familia.

En el mismo sentido se ve como la medicalización y otros actos invasivos como la colocación de una vía periférica, continúa estandarizada y automatizada en ambos centros de atención, como norma hospitalaria a las que las mujeres deben adaptarse por su definición de pacientes, lo que refleja la tendencia al control como necesidad característica del sistema médico.

Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho, vemos como los profesionales de enfermería a través de sus relatos concuerdan en que la Ley de Parto Humanizado es una herramienta muy valiosa e influye de manera positiva, tanto como para la mujer y su familia, como así también para el propio profesional que ve el acompañamiento como algo positivo tanto en el preparto, parto y postparto y hasta a veces como una ayuda para la realización de su labor debido a la falta de recurso humano (y esto ocurre en ambas instituciones) como nos relatan en las entrevistas, alegando numeroso partos durante las guardias, o la atención al resto de los pacientes como ocurre en la institución privada donde las parturientas compartes el piso con pediatría, reduciendo de esta forma el cuidado por parte del profesional enfermero en torno al acompañamiento.

De igual manera concuerdan que en muy pocos casos el parto resulta respetado en todo su contexto debido al uso de medicamentos utilizados para acelerar dicho proceso y que en la mayoría de los casos si bien no se encuentran de acuerdo con la indicación médica son estos los que tienen la última palabra, utilizando discursos como la evitación del riesgo o la anulación del dolor.

También concuerdan en que la falta de información de las mujeres y sus familias "ayuda" a la no aplicación de Ley o que la misma sea pasada por alto por el modelo asistencial medico, donde algunos siguen tratando al parto como algo patológico y no como un hecho biológico y social.

Es por esto que el profesional enfermero si bien se percibe como un actor fundamental entorno al cuidado tanto de la madre como del niño y la familia, durante el proceso de parto, se ve limitado por el proceder medico.

Según Watson, la humanización de los cuidados profesionales tiene que venir de la mano de un cambio de paradigma, del estudio y la reflexión y de la voluntad de mejora e huida del inmovilismo.

A nuestro entender el parto humanizado reivindicaría a la mujer y su familia, colocando a las mismas en un papel protagónico, respetando sus derechos y sus deseos, entendido como un hecho totalmente biológico y social, siendo el punto de partida de la vida misma.

Creemos de igual modo que los centros asistenciales son capaces de modificar su actuación para que la mujer y su familia se sientan respetadas y seguras dentro de las instituciones, reservando el uso de determinadas prácticas solo en situaciones en las que sea estrictamente necesario, evitando de este modo el exceso del intervencionismo. Relacionándolos con los conceptos del modelo Watson a la vez que se incorporan los saberes enfermeros, contribuyen a generar nuevos conocimientos y favorecen un desarrollo disciplinar actual, que nos sitúa en la sociedad como profesionales comprometidos y esenciales, capaces de adaptarse a los cambios y de ser sujetos activos de los mismos, para alcanzar una sociedad más justa, libre e igualitaria.

Como sugerencia se debería promocionar la Ley de Parto Humanizado, tanto en hospitales, clínicas, como en centros de salud, de esta manera la mujer y su familia

contarían con las herramientas necesarias para defender sus derechos y empoderarían a la mujer en uno de los momentos más importantes de su vida.

Finalmente, la visión de las madres con respecto a la implementación de la Ley, sería un tema de especial interés desarrollar debido a que ellas son las protagonistas de su parto, rescatando experiencias reales de las mujeres y su familia durante dicho proceso.

Bibliografía

Ana Cristina Romero Cuartero. Comadronas entre las Edades Media y Moderna:La degeneración de un oficio. Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo Diciembre de 2014.

Alemany, Macario "El concepto y la justificación del paternalismo" *Doxa*, Cuadernos de Filosofía del Derecho, 28 (2005) ISSN: 0214-8676 pp. 265-303.

Alessandra dos Santos Mabuchi1, Suzete Maria Fustinoni "O significado dado pelo profissional de sa˙de para trabalho de parto e parto humanizado".

Anderson, Perry (1981) Las antinomias de Antonio Gramsci: Estado y revolución en Occidente, Barcelona: Editorial Fontamara.

Althusser, L. (1970). Aparatos ideológicos del Estado. Freud y Lacan. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1988.

Barbosa da Silva, F. M., Koiffman, M. D., R. Hitomi Osava, S. M. Junqueira V. de Oliveira, ML. Gonzalez Riesco en http://revistas.um.es/eglobal/article/view/35921.

Barros, Lena María; Magalhães da Silva, Raimunda; Ferreira Moura, Escolástica Rejane. Autonomía de la enfermera que asiste el parto normal en Brasil. Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXV, núm. 2, septiembre, 2007, pp. 44-51.Universidad de Antioquia Medellín, Colombia.

Bialet Massé, Juan. Informe sobre el estado de las clases obreras argntinas.-1ª edición. La Plata. Ministerio de trabajo de la República Argentina en http://www.trabajo.gba.gov.ar/informacion/ Publicaciones%20P% C3%A1gina/ Volumen1%20 Bialet%20Mass%C3%A9.pdf y Veronelli, Juan Carlos y Veronelli Correch, Magalí. Los orígenes institucionales de la en la Argentina Salud Pública. En http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones /otras% 20 pub /Tomo%202.pdf.

Castañeda, E. 1998. La enfermera y la humanización de la atención a la salud. Hacia una medicina más humana. Ed. Médica Panamericana. (Bogotá). 57-59.

Cátedra: Historiografía de la Intervención Social. FICHA Nº 5: Estrategia típica de intervención social higienista.AÑO: 2013

Centro de prensa d la OMS. Violencia contra la mujer. Nota descriptiva, septiembre de 2016. En http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/

Claro de CastroI Jamile; Maria José ClapisII. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2005 http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600007.

Colliere, M. F. (1993) Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, pp. 6-7.

Conde Fernández, Fernando. *Parteras, comadres, matronas evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico.* Discurso leído en el acto de su recepción como Académico Numerario por Dr. D. Fernando Conde Fernández el día 13 de diciembre de 2011, p. 9,

Coral Ibarra, Rosa. Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262008000100007.

Coreth, E. (1972) *Cuestiones Fundamentales de Hermenéutica*. España: Editorial Herder.

Durkheim, Emile (2016) Las reglas del método sociológico, en http://www.academia.edu/4697644/Durkheim_EmileLas_Reglas_Del_Metodo_Sociologico_PDF.

Durkheim, Èmile (2001) La división del trabajo social. Madrid: Akal.

Durkheim, Èmile (2008) El suicidio. Madrid: Akal.

Escobar Saldarriaga, Isabel; María Consuelo Castrillón Agudelo y Socorro Pulido de Lalinde (1992) enaprendeenlinea.udea.edu.com.

Hernández Sampieri, Roberto; et al. Metodología de la Investigación. 5ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2010. Pág. 7. Bernal T, César Augusto

Louis Althusser .Ideología y aparatos ideológicos del Estado. Freud y Lacan, Nueva Visión, Buenos Aires, 1988.

Marx, Karl (2016) El Capital, en http://www.alejandriadigital.com/2015/12/07/el-capital-de-marx-en-tres-tomos-en-pdf).

Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha. (2011). Adopción del rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer. (Ed.), séptima. Modelos y teorías en enfermería. España: E Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha. (2011). Jean Watson: Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson, 91 (Ed.), séptima. Modelos y teorías en enfermería. España: Editorial Elsevier editorial Elsevier.

Merton, Robert (2003) Teoría y estructura sociales. Madrid: FCE.

Mill J. S., *El utilitarismo, Aguilar, Madrid 1971*.

Parsons, Talcott (1968) Hacia una teoría general de la acción. Buenos Aires: Kapelusz.

Polit - Hungler (1997) Investigación científica en las ciencias de la salud. Quinta edición. México: Ed. Mc Graw - Hill Interamericana.

Rangel da Silva, L., De Souza Serrano, N., Moreira Christoffel, M. reira Christoffel, M https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo.

Reeder, Sharon J., Martin, Leonide y Koniak, D. (1995) Enfermería materno infantil. Madrid: Mc Grew-Hill/ Interamericana, p. 630.

Rovere, M., Sacchetti, L. (2011) Surgimiento de la enfermería moderna: mitos victorianos, tecnologías de poder y estrategias de género. Buenos Aires: El Ágora, p. 22-30.

Taylor, S.J. y Bogdan R. (1987) "Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados". Editorial Paidós Básica.

Vasilachis de Gialdino Irene, 2006. Estrategias de la investigación cualitativa. Editorial Gedisa, S.A. Primera ediciónBarcelona, España. Disponible en: http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/files/2013/03/Estrategias-de-la-investigacin-cualitativa-1.pdf.

Weber, Max (2014) Economía y Sociedad www.redpilares.org/sobre-la-red/.../Weber_Economia_y_Sociedad_Cap_3.pdf.Anexos

Weber, Max (2005) El político y el científico. Madrid: Alianza.

Weber, Max (1985) Ensayos de sociología contemporáneos. Barcelona: Planeta., pp. 154-164.

Anexo 1

Entrevista N°1

E: (risas) ¿Cual es para usted la naturaleza y el contenido global de la disciplina enfermera, cuales son los elementos esenciales, el objetivo de la praxis enfermera?

CM: …eeeh, brindar el mejor cuidado posible y suplir las necesidades que en ese momento no puede satisfacer el sujeto que se está atendiendo en el momento, o sea somos para mí... mas y en más en un caso de obstetricia un acompañamiento y el tratar de que la persona en ese momento tan trascendental de su vida pueda hacerlo de la mejor manera y lo más natural posible...muchas veces no se puede

E: (asiento) y de esto que me estas contando teóricamente cuántos de estos aportes fueron dados a partir de la curricula en la carrera y cuantos empíricamente?

CM: eeeh a nivel de técnicas, procedimentales la mayoría te la da la carrera obviamente el trato con la persona, si bien te da herramientas la formación, hay muchas cosas que uno aprende desde su naturaleza familiar y después en el trabajo, hay cosas... para mí el don de gente no te lo da una carrera, el agarrarle la mano a una señora, tratando de darle animo eso la carrera no te lo da, no te lo enseña, lo haces si vos queres o no.

E: ¿Podría usted delimitar el espacio físico donde realiza su labor de enfermería?

CM: O en este momento estoy en supervisión, durante tres años y medio estuve en la sala de alto riesgo...eeeh... donde se internan las mujeres que están con alguna dificultad en la gesta, alguna enfermedad, alguna patología en la gesta, preparto hasta los cuatro centímetros de dilatación, tres cuatro centímetros y los posoperatorios o patos que tienen alguna complicación... Si la otra sala de puerperio normal está completa suelen ir partos naturales sin complicaciones o cesarías a la sala, pero en general se atienden la…las mujeres con mayores patologías o mayores complicaciones ahí en alto riesgo

E: Ok! Y vos que pasaste ahora a supervisión, que cambio sentiste desde alto riesgo donde estuviste a ahora que pasaste a supervisión.

CM: …eeeh el cambio más grande es que deje de estar solamente en obstetricia, supervisión en el hospital es general, o se yo estoy más allá de atender o que es obstetricia, pediatría, neonatología, todo, ese cambio es el más importante y a su vez podes mirar desde el otro lado un poco también. Uno a veces cuando está en la sala reniega con ciertas cosas que dice el supervisor, cuando vos pasas del otro lado ves que a veces no te queda

otra opción, he qué se yo, si te falta personal en otro lado y no es que te sobre pero por ahí podes recurrir a alguien que está en la obstetricia, terminas recurriendo y a veces terminas renegando o recordándole se ciertas cosas ponele … con lo de maternidad segura y centrada en la familia hee, le haces recordar que el familiar que está acompañando a la señora, no es que se va a quedar si vos queres, es un derecho y está en una Ley, y que no es que va a entrar cuando a vos se te ocurra, el señor o la señora que este acompañando se podría quedar todo el tiempo, si hay una salvedad que a veces como son habitaciones compartidas, se solicita o se intenta que se quede un familiar mujer por el tema, el resguardo de la otra señora, a veces se puede a veces no, por ahí. Hay gente que te dice no vine un ratito y se va...hee por ahí si se le pudiere hacer entender , al parto esta genial que entre el padre de la criatura, o el familiar que la señora decida, por si quiere que entre la madre, he por ahí si se le hace, si se le explica a la señora o al marido de que es lo recomendable que entre un familiar mujer, porque son salas compartidas, por una cuestión de intimidad de ella y por ahí de que el hombre tampoco este incomodo, creo que habría mucha más colaboración y mucho menos he conflictos que si no se le explica. Que si le dicen, no, no pueden quedarse, se tiene que ir, pero por ahí si le explicas que es por esta situación, yo creo que sería mucho más fácil de las dos partes. A veces no se hace

E: ¿Cuales son las principales técnicas empleadas para la realización de tu labor?

CM: ¿Técnicas en qué sentido?

E: Si te guías por protocolos, vos como supervisora, ¿haces que los protocolos se cumplan?

CM: Protocolos al, el, he...estandarizados hay en ciertos servicios, en neonatología, oncología tiene algunos protocolos, no hay protocolos en general, hay una coso que cuando estábamos en la sala con mi compañera, siempre decíamos hay ciertos protocolos que deberían estar escritos y que muchas veces para la gente que ingresa nueva, estar buenísimo poder decirle, mira esto acá se hace de determinada manera y vos le puedas dar una carpeta con protocolos, protocolos sencillos, nadie te dice que te escribas un libro, pero ciertos manejos de sala que estén, que se yo, en la hipertensión se trabaja así, más allá de que ahora hay algo pero no, que sale desde el ministerio pero no que se algo, que se hizo en hospital

E: de la institución

CM: y así lo veo en la mayoría de las salas ya te digo, salvo en neonatología, en oncología.

E: ¿protocolos en cuanto al parto?

CM: escritos de la institución, no, si hay ciertas cosas que... en las que uno esta atrás, que se yo, a mí siempre termino renegando con una cuestión de cuando colocan las venoclisis van sin guantes o van sin descartadores vos le decir, a sea, es algo que ni si quiera tendría que estar protocolizado, pero le tenes que recordar la técnica y ahí ya no sabes que falla, la educación desde el nivel, desde la formación profesional o que. Porque todos lo aprendemos, pero vos ves que hay mucha gente que no lo hace, y también el tema de los protocolos harían más fácil la tarea en cuanto a enfermería con los médicos, cuando ingresa el residente, el, la primera hipertensa ponele te dice: "y que le pongo" que es algo que nos sucede a todos, en junio cuando empiezan los residentes nuevos, es a tu labor de enfermera, agregarle los cuatro ojos porque tenes que estar mirando a ver que es la indicación que hizo, que es la indicación que no hizo, le pone una cefazolina a una paciente alérgica a la penicilina, lo llamas y le decís "le pusiste cefazolina a una alérgica a la penicilina" "…no pásale…" si ya está, ya le pase, veni a hacer la medicación, pero si complicación, tras que tenes la sala llena, treinta y cinco millones de pacientes, con sus demandas, porque están ahí muchas veces con los dolores del preparto, con los dolores de una cesárea, con lo que sea, tenes que estar con los cuatro ojos mirando que es lo que hace el residente nuevo.

E: ¿qué relación usted establecería con las técnicas utilizas y los protocolos establecidos por la ley de parto humanizo? Si conoces la ley, como la conoces y si tuvieron algún seminario, curso o marco orientador.

CM: mira la ley la conozco porque la leí, cuando empezó todo el tema en el hospital, a que se iba a transformar en maternidad segura y centrada en la familia, eeeh… se de ciertas cuestiones que hay que tener, que la ley exige por ahí, no es que exige, que la ley plantea, que muchas veces no se lleva a cabo en la práctica hospitalaria, o se te dice que la mujer sí, no es necesario que tenga una venoclisis a menos que sea para pasar una medicación particular, allá pasa a preparto y mándala con vía, sino la enfermera que está ahí n preparto te llama " porque la pasaste sin vía" y a veces no le podes hacer entender que la pinchaste tres veces y que no pudiste ponerle la vía, porque justo le vino una contracción y le rompiste la vena o no le pudiste encontrar la vena o lo que sea. Sea, el parto se hace en la forma que le queda cómodo a los médicos, he, ósea hay ciertas cosas que la ley plantea y que vos ves que no se lleva a cabo.

E: Para vos el hospital ¿está preparado para el parto humanizado? ¿En cuanto a la sala de parto, los instrumentos, la tecnología?

CM: Si, a veces lo que faltan es ganas, porque a veces al médico le queda más cómodo que no esté el familiar, no porque valla a hacer algo malo, sino porque por ahí tiene, ya es como una invasión vamos así decirle, que no es una invasión pero es como que, él es el león de la selva y ahí ya tenes una competencia porque, si está el familiar y es el que tiene que contener y que se yo, mucha veces vos ves que la traba viene por parte de los médicos que son los que deciden o no hasta cierto punto si entra o no entra el familiar, sé que en cuanto a la capacitación, sé que se hizo una charla, no me acuerdo en qué fecha, creo que fue por el verano he, sobre la ley de maternidad segura o maternidad segura y centrada en la familia de la que fueron invitados solamente los servicios de obstetricia he, lo que es alto riesgo, he sala ocho sala de puerperio normal, centro obstétrico, creo que participo recién nacidos también, he, pero era como circunscripto a esa esos servicios, no fue una charla abierta por ahí a todo el hospital. Por lo que recuerdo, yo sé que no fui.

E: como accediste al servicio y necesitaste formación o capacitación previa.

CM: he, yo al hospital va a ser cinco años que entre he, entre primero por el plan IRAB que es un plan que se habré en el invierno solamente para las infecciones respiratorias altas, estuve junio, julio he y agosto, ahí ya a mediados de agosto ya empecé a rotar por el hospital y después estuve, pase a la noche o en ese momento estaba de dieciocho a veinticuatro, pase a la noche y estuve dos, casi dos meses como rotante por el hospital y después quede fija en el servicio de alto riesgo, mi mayor capacitación me las dieron mis compañeras en ese momento, que por suerte entre en un grupo que está recién en formación, o sea éramos todas medias nuevas, en el servicio con gente que hace años que estaba trabajando en otras instituciones y aprendí gracias a ellas y con ellas, porque en muchas cosas fue como “ che y esto qué era” y empezábamos a buscar y a leer y ahí fuimos aprendiendo del servicio.

E: cual es para usted el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisión del servicio, o sea, quien da las principales órdenes, cuales son los límites y cuáles son las disciplinas que intervienen en el servicio.

CM: las ordenes en general las da el médico, así sea el residente que hace veinticinco segundos que entro al hospital como que tiene más poder de decisión que de cualquier

enfermera que tenga veinticinco años, si bien la enfermera de veinticinco años o un año, dice no mira pero acá se hace así y así, así, pero la orden definitiva la da el médico, y muchas veces cuando vos encontras un error en alguna indicación se lo tenes que decir de la forma que no hieras la susceptibilidad del médico, o sea no le podes decir: “te equivocaste acá”, le tenes que decir “ que te parece si en vez de esta medicación, le pones esta medicación porque es alérgica, porque da mejor resultado, porque qué se yo,,” eso es lo que siempre te dicen. Igualmente también depende mucho de la enfermera del trato que pueda entablar sobre todo con los residentes que son con los que más contacto tenes y en general, yo estaba a la noche en alto riesgo y sigo estando a la noche, eeeh, en general al médico que vos ves es al residente, ya cuando ves a un planta es porque la cuestión por la que estas consultando se le está escapando al residente y necesita de un médico de planta que valla a evaluar, o sea el trato es con el residente generalmente y como muchos los conoces del primer día que entro, si bien hay una relación de respeto tenés más confianza, este entonces creo que también en eso, no es que le quita la autoridad en cuanto a la decisión final en ciertas cuestiones que tiene el médico, pero si hay como una mayor relación de equipo porque por ahí vos llamas y ya sabe, a veces si puede ser que llames porque la mujer esta con trabajo de parto, está con muchas contracciones por ahí llamas y le erraste no es que esta con más dilatación o lo que sea , pero a veces él sabe que vos lo vas a llamar, no porque tenes ganas de verle la cara, como le he dicho yo, vos pensas que yo tengo ganas de verte la cara de traste que tenes a las tres de la mañana, no te llamo porque la paciente lo requiere, por eso a veces, esa diferencia tenes a la noche, he, en cuanto a la relación con los médicos, a la mañana están todos los médicos de planta, que también te da otra tranquilidad, y vos a la noche decís, mmm “viene esta” que muchas veces sabes que tiene ciertas falencias , en cuanto a la atención o te dice que esta con tres y al ratito esta con el pibe coronando, tenes que salir de raje si los tres centímetros de esta mujer de dilatación, pasaron a diez como quien no quiere la cosa. En cuanto a las disciplinas que están en el servicio, depende de lo que necesite la mujer internada, nutricionista, asistente social, psicólogo, traumatólogo, medico clínico, psiquiatría si se requiere, he no se de todo, en ese sentido, o se en el hospital, y si no hay médico en el hospital muchas veces ha habido pacientes con tratamiento psiquiátrico, que ya binen con su patología de base y se hace interconsulta a veces con el regional o con el médico de

cabecera de la mujer para ver el tema de la medicación que toma, se necesita algún reajuste, si hace algún brote, si necesita algún reajuste o algo y después en caso de que se tenga que derivar por una complicación, en general se deriva al HIGA que allá también está todo el resto de las especialidades.

E: ¿cuáles son los modos y las frecuencias en que se desarrollan los intercambios inter y transdisciplinar en su servicio? O sea quien recibe a la parturienta quien interviene, hay neonatologo, parteras, obstetras, ¿están ahí durante las 24 h? ¿Cómo se realiza la evacuación del familiar en caso de alguna urgencia?

CM: mira, la mujer que ingresa al hospital primero es atendida en admisión, en el consultorio de admisión que es la guardia, la recibe la enferma quien llama, depende de la edad gestacional o de la disponibilidad que hay al médico o a la licenciada en obstetricia... eeeh, es evaluada por las médicas o por las licenciadas en obstetricia.

E: ¿ellas están siempre ahí? Por ejemplo a la noche...las 24 h siempre hay.

CM: están en el hospital, tenes todas las especialidades, tenes neonatologos residentes y de planta, tenes médicos obstetras residentes y de planta, tenes licenciadas en obstetricia denominadas parteras habitualmente. El detalle, a la noche en general están durmiendo, pero vos llamas y están, o sea, están durmiendo en el mismo servicio…son habitaciones al fondo y ahí tenes las médicas, los neonatologos están en el segundo piso pero cuando están en parto así sea de urgencia o no, bajan y en dos minutos están en la sala, he, sea centro obstétrico, sea alto riesgo, en general no tendría que ser alto riesgo, tendría que ser centro obstétrico, eso está disponible las veinticuatro horas al día, lo mismo que los de laboratorio, lo mismo que todo, a la noche el detalle, están durmiendo, y a veces estas una hora golpeándole la puerta al de laboratorio para que te habrá, pero bueno o sea las especialidades en el hospital están todas, no es que tenes que llamar a que venga de la casa, el otro día hubo una urgencia, una cesárea que no era programada para ese día, una cesárea complicada, se llamó a los médicos de planta a la casa y en menos d diez minutos estaban en el hospital, más allá de los médicos.

E: ¿anestesiólogos también tienen?

CM: anestesiólogos también.

E: ¿y también están las veinticuatro horas en el hospital?

CM: también, si sí, y está el quirófano de obstetricia, que está dentro del centro obstétrico, en el primer piso y tenes el quirófano en el segundo piso, que antes se hacían ahí y ahora no, ahora se utiliza para todo lo que es pediátrico, o se a que hay disponibilidad las veinticuatro horas, porque están los quirófanos disponibles las veinticuatro horas. (Tose)

E: cuales son los alcances del trabajo en equipo y la incidencia del trabajo enfermero en el trabajo de parto.

CM: la incidencia del trabajo en equipo es lo que te decía hace un rato, a veces depende mucho del enfermero y de la relación que establezca con el médico , porque el médico... o se hay enfermeros que todavía vos ves que es si, si, si patroncito, viste y algunas que vos la ves que es así, y eso que allá hay una broma que hasta le planchan el ambo, que hablaban de un servicio a la mañana sigue ocurriendo, no tan literal como le planchan el ambo, pero que le hacen el listado de las mujeres que se pueden, que están en condiciones de alta y le hacen la orden para que vallan a buscar la medicación a la farmacia, sigue estando. Para que el médico venga, sello y firmo, sigue estando y tenes otra tantas enfermeras que están a la par y que si saben que llaman y que si dan alguna observación el médico lo va a tomar como un compañero, porque en definitiva el que va a estar veinticuatro horas a dentro de la sala y el que ve las veinticuatro horas del día a la mujer internada es el enfermero, en el pase de guardia es, hay cosas que se observan, que vos le pasas a tu compañera, una vez nos pasó que estando en la sala, una señora que era diabética que nos quedamos a la mañana el medico de planta dijo, bueno esta señora está en condiciones de irse y que la sigan evaluando en una derivación, o que la sigan evaluado del hospital en donde vino, y le dice mi compañera, disculpe doctor , el dedo, o sea no entendió nada de la patología, a bueno dijo el médico, y dijo a no entonces se queda, o sea eso depende mucho de la postura que tenga el enfermero y esta señora no entiende ni que le pasa, no entiende porque no puede comer esto, ni porque puede comer aquello ni , porque se tiene que medir, porque se tiene que pinchar de cómo no es que tenga que defender, de cómo se plantea ante el médico para explicar ciertas cosas, creo que eso es lo fundamental y eso también es la base del trabajo en equipo, vos sos un par mío, no sos ni más ni menos, si me das una indicación yo la tengo que hacer, vos la haces mal y yo tengo la capacidad de decirte que la están haciendo mal, yo no soy un robot que vos me pones esto acá y yo voy y lo aplico y no pienso, no, mi autonomía y mis conocimiento valen

tantos como los tuyos, si yo me planto en la sala y no te hago nada tu trabajo no sirve de nada eso es lo que muchas veces, no es que se pelea, pero vos decís como puede ser posible que todavía se le siga haciendo la orden, ahora si estoy apurado y vos estas durmiendo, la orden fírmala porque la tengo que ir a llevar ya la muestra, pero no es porque te lo estoy haciendo así no se cansa el doctor, no , lo hago porque la paciente lo requiere, porque la señora que está internada requiere que yo haga con mayor celeridad mi trabajo y hasta que te despertas, te levantas y venís a la sala tardaste dos horas. Pero creo que en eso el papel de enfermería es fundamental, de entender que el trabajo en equipo lo alimentamos entre todos. Vos sos el médico y tenes tus competencias y tus conocimientos , yo soy enfermera tengo mis competencias, tengo mis conocimientos, la nutricionista, el psicólogo, la asistente terapéutico, la señora que limpia, el la señora que te lleva la comida, todos tenemos nuestras competencias y nuestros conocimientos y nuestras áreas de competencia , si esos empieza a funcionar bien, si todos empezamos a respetar el área del otro y nos respetamos entre nosotros y hacemos valer lo que sabemos creo que hay más allá de poner el rotulo de maternidad segura y centrada en la familia que queda lindo y para el afuera, creo que eso es lo que necesita el hospital, en entender eso nada más, después lo demás viene solo, decanta por su propio peso.

E: Bueno muchas gracias.

CM: No hay porque.

Entrevista N2

E: ¿Cuál es para usted la naturaleza y el contenido global de la disciplina enfermera?

MM: eeeh ¿cuál es la?

E: ¿la naturaleza y el contenido global de la disciplina enfermera a partir de tu experiencia laborar?

MM: eeeh para mi eeeh

E: ¿los elementos esenciales?

MM: para mí se trata del cuidado, nosotros intentamos ayudar al otro en las cuestiones que no, como que está limitado a realizar y muchas veces a parte del cuidado somos oreja de los pacientes, porque por ejemplo en el servicio donde estamos hay pacientes que están meses internados y vos ya estás acostumbrado a verlo entonces cuando vos ya entras te das cuenta que la cara que tiene no es la misma de la del día anterior y a ese paciente algo le paso, que muchas veces no tiene relación con la patología, sino por ejemplo con el afuera, en general nuestros pacientes es que tienen bebes más chicos y que ellas comprenden la naturaleza del problema que tienen y que si o si tienen, se tienen que quedar internadas porque ese bebe ellos únicos que lo pueden cuidar son ellos y al de afuera lo puede cuidar el papa, la abuela, todo, pero es como que la figura de la madre, y lo que es la mujer para ese bebe. La naturaleza de enfermería es el cuidado, el cuidado, la escucha y la satisfacción de las necesidades, no solo en lo que es fisiológico, creo que lo psicológico cada vez tiene más que ver, es más del cincuenta por ciento del bienestar te diría que el ochenta.

E: ¿y teóricamente cuántos de estos aportes fueron dados a partir de la curricular dentro de la carrera y cuantos empíricamente, no? O sea, lo que aprendiste.

MM: yo creo que la mayoría es empírico, porque tiene que ver con la forma de ser de cada una de las personas y cuando más me relaciona con otras personas que quizás tienen la misma formación que yo, me doy cuenta que hay cuestiones que yo ya las traje de mi casa o que a mí me enseñaron y que yo soy de esa forma, pero por algo enseñado desde la casa, no desde la facultad, creo, estoy casi segura que de la facultad casi nada, es así.

E: bueno ¿podrías vos delimitar el espacio físico donde realizas tu labor?

MM: eeeh, yo trabajo en el servicio de obstetricia del Hospital Materno Infantil, eeeh servicio de alto riesgo, nosotras trabajamos con embarazadas y puérperas que tienen algún tipo de patología que no le permite estar n otra sala u es de menor complejidad, nosotros

somos el intermediario entre lo complejo de obstetricia que se atiende en el hospital y la derivación que es el Hospital Regional, que siempre es hacia la terapia, porque en el hospital materno infantil no terapia de obstetricia.

E: ¿y cuáles son los cambios que vos percibís, eeeh, cuando salís del servicio, o sea, cuando te dicen, mira, hoy te necesitamos acá, cuando te sacan de tu servicio?

MM: nos faltan algunas cosas para trabajar en urgencias, hoy nos pasó. Entonces yo lo que veo es eso que por ejemplo, yo trabajo en alto riesgo y me necesitan en sala ocho que es la sala de puerperio normal, la gente que esta son enfermeras de muchos años que por ejemplo a mi tratan como si fuera una estudiante de primer año, que me ponen hacer higienes o a tomar los controles, entonces yo siento que yo en mi servicio tengo mucha más capacidad de decisión que cuando voy al otro que es como la che pibe que hace las cosas, entonces la verdad que no me gusta lo más mínimo porque yo, porque tengo que salir de un lugar donde estoy cómoda, donde yo ya conozco la gente con la que trabajo, si vos me decís, me dijiste que hiciste algo, yo confió en que vos lo hiciste porque como trabajas, entonces es vigilar lo que hago yo cuando voy a otro servicio, lo que hago yo para no mandarme un moco, lo que hace el otro y que quede todo hecho, entonces es mucho más desgastante que trabajar en el lugar donde vos ya estas acostumbrada, que los médicos te conocen, que ya conoces a los pacientes relativamente , sabes cuál es el manejo de cada una de las patologías y el problema que tenemos nosotros es que al ser un hospital escuela, en julio vuelven a entrar los residentes que recién empiezan y tenes que controlar lo que haces vos y que las indicaciones del médico estén bien hechas porque por más de que es un médico, se equivoca y eso hace de que nosotros también podamos equivocarnos si no prestamos atención.

E: si queres me podes contar lo que te paso hoy.

MM: A lo que nos pasó hoy era una paciente, era un parto normal, un parto normal, paciente epiléptica que no tenía tratamiento con medicación, en el pase (dejo de tomar la medicación hace dos años) dejo de tomar la medicación porque decía que ella estaba mejor, no tenía ningún episodio, en el pase medico el médico el jefe de sala le empieza a preguntar que cuando había sido el último episodio, cuando había ido a ver por última vez al neurólogo, eeeh y como que la paciente no le especificaba esto, el médico le se empezó a poner nervioso y le empezó a decir, que bueno, que el necesitaba cosas específicas de

cuando había sido la última vez que se había hecho un electroencefalograma para saber en dónde estaban parados, entonces la paciente le explico que en realidad sus episodios eran cuando ella se ponía muy nerviosa por algo o había una situación que no la podía resolver, que a ella le habían explicado otros médicos que así como había gente que cuando explotaba psicológicamente gritaba o no comía, a ella lo que le pasaba era que hacia convulsiones. Bueno ya la vi a la paciente después del pase, empezó a estar sudorosa, termina el pase medico (te dabas cuenta que ella estaba nerviosa) si estaba nerviosa eeeh (y estaba a la defensiva y si es lógico por cómo se manifestó el médico) si como se manifestó porque me empezó a decir a mí, si porque vos te estabas riendo, yo no me estaba riendo, estaba prestando atención de cuál sea su reato y había otra medica que se reía y termina el pase y a los quince minutos nos llama un familiar de la paciente de al lado que era una paciente no vidente, que la paciente empezó a hacer convulsiones (que convulsiones con relajación de esfínteres y todo lo demás) claro, nosotros no tenemos oxígeno en todas las cabeceras, no tenemos aspiración central, eeeh los médicos de obstetricia se manejan yo soy un útero gestante o un útero vacío, no tienen conocimiento de la clínica y por ejemplo no había fenitoina en el servicio para hacerle la carga, porque yo, ella (refiriéndose a su compañera) se quedó con los médicos atendiendo a la paciente y yo tuve que correr a la otra punta del hospital a encontrar ampollas de fenitoina para poder hacerle la carga a la paciente, o sea, eso es, cuando no hay necesidad uno tiene los conocimientos para manjar la urgencia pero no tiene los elementos para manejarla de la manera que tiene que manejar (es como decía ella, de repente uno lo que en ese momento se molesta, o te pone en una situación fea, en que no tenes los elementos para vos manejarte, esa situación en sí, que de repente tenes que dejar a tu compañera para salir corriendo a buscar una medicación cuando es muy sencillo, es una medicación que esta, es muy sencillo tener un oxigeno centralizado, entendes que no tenemos que andar a las corridas teniendo que traer un respirador) porque por ejemplo, vos tenes que pensar lo siguiente, nosotros que somos el servicio complejo.

E: si

MM: no tenemos, hay en tres habitaciones oxígeno en la cabecera, pero en la de la punta , es decir, de las tres camas una sola cama tiene oxigeno después tenes sala ocho que es la sala de puerperio normal, donde van as cesáreas normales, los partos normales, que como

es un ara nueva tienen oxigeno centralizado, aspiraciones que en la vida de dios lo van a usar porque cuando hay algo complejo las enfermeras de ese servicio no la quieren atender, le han sacudido a los médicos las historias diciéndole esta paciente en mi servicio no se queda, porque no lo saben manejar, porque no le interesa aprender, o sea es como que hay un gran abanico dentro de este hospital, a pesar de que muchas de nuestras docentes te dicen que la figura del auxiliar no existe, es mentira, para el ministerio hay un montón de personas que son auxiliares que hacen la tarea de enfermería y que como te ven joven, que vos eeeh cuando no sabes algo te sentas y lo lees y que queres progresar porque te interesa aprender, pero porque queres brindar un mejor trabajo te dicen ah, pero esta pendeja que se piensa, que yo hace veinte años que estoy trabajando y va a venir a decirme a mí como se tienen que hacer las cosas, entonces es como que es todo lo mismo, lo mimo que los médicos, los otros días me paso con una amenaza de parto prematuro, que yo le dije a una de las medicas de cuarto que ya están por terminar, revísala porque esta con dolor desde hace tres horas y no se le pasa, fue una urgencia, tuvo que ir a quirófano, veintiocho semanas y la médica de segundo año me viene a decir a mí que como pude ser que a mí me den bolilla y a ella no, pero vos estas en facultad como para tactarla a la paciente, si la paciente tiene dinámica vos tenes la facultad a diferencia de mí, que lo mío es la observación y ustedes tienen que venir a completar el trabajo , la hubieses tactado si tenías alguna duda, no es que a mí me dan bolilla y a vos no, o sea que es eso lo complejo, o sea en ese sentido, o sea son cosas, lo bueno de entrar a trabajar, quizás a mí me ayudo a fortalecer mi carácter, se defender mi postura siempre desde el conocimiento, cuando yo no sé algo prefiero ir a los libros y decir bueno me parecía que esto era de esa forma y cuando no, es decir, dejar, dejar pasar.

E: ¿Cuáles son las principales técnicas empleadas para la realización de su labor? Cumplimiento o incumplimiento de protocolos.

MM: bueno a nosotros en la medida que podemos gracias a la jefa nueva que hay ahora en el servicio nonos falta nada, si nos falta por ahí cierta medicación, pero hay medicación que falta en el hospital, pero para después las técnicas que nosotros hacemos en la colocación de venoclisis, colocación de sondas, es decir, eeeh no nos falta nada para poder hacer bien la técnica gracias a dios. Y a los médicos para poder hacer técnicas y demás cuestiones tampoco, pero de mi técnica colocación de venoclisis, colocación de sondas, control de

signos vitales, bueno ahora tuvimos un problema porque nos robaron del servicio el tensiómetro, entonces yo cuando recién me recibí me había comprado un tensiómetro digital y tengo el tensiómetro con el que estudie y me manejo con eso. Pero después no nos falta nada pero porque tenemos una jefa que esta atrás y que le cuesta por ahí toda la mañana conseguir una resma de hojas para poner en las historia clínicas, que son las hojas de los controles de enfermería, las hoja de evolución, por eso no nos falta, porque hay una jefa que es responsable.

E: ¿y en cuanto al parto, eh vos estas ahí en un área cerrada?

MM: Bueno nosotros tenemos esto, en nuestro servicio, se internan por ejemplo las pacientes que van, son gesta de cuarenta semanas, hay algunas que quedan a libre evolución y otras que se les hace la inducción con prostaglandinas, las pacientes hasta los cuatro centímetros de dilatación están en nuestra sala, después de los cuatro centímetros pasan a la sala de preparto, en todo ese transcurso la paciente está sola. Salvo que sea una paciente que se descontrola, ah hacen pasar al familiar, sino la paciente está siempre sola, no se guían por el protocolo, ni la ley, sumado a que nosotros tenemos el lema de maternidad centrada y seguras en la familia, eeeh en donde desde el minuto cero en que la paciente entra, tendría que estar acompañada del familiar, en donde las decisiones sobre la pacientes, si la paciente pide cesárea, la paciente tendría que tener una cesárea, en realidad se la intenta persuadir por todos los medios, que lo mejor es un parto normal porque la cesárea es una ciruja y todo lo demás, en lo único que los médicos son insistentes con respecto a las cirugías son en la ligadura de trompas, cuando la paciente es multípara y tiene veintidós años y tiene cinco hijos en eso, pero después, la ley no se respeta en lo más mínimo, para nada, no se respeta la ley y no se respeta el lema este maternidad segura y centrada en la familia porque si vos vas a la página del ministerio nuestro hospital figura como uno de los hospitales que están adheridos a ese lema, porque en realidad es un lema, no es nada que se lleve a cabo. Antes era por una cuestión de infraestructura, ahora es por cuestión de ganas o siempre fue por cuestión de ganas.

E: ¿qué relación establecerías vos entre las técnicas utilizadas y los protocolos establecidos por la ley de parto humanizado? ¿Si conoces la ley?

MM: si la conozco a la ley.

E: y si ¿tuvieron algún seminario, curso o marco orientador?

MM: mira nosotros tuvimos hace varios meses en febrero cuando apareció la reglamentación de la ley, como algo nuevo, porque haber cuando apareció la reglamentación veían a la ley como algo novedoso y en realidad la ley hace mucho más tiempo que esta, solo que ahora apareció la reglamentación se hizo una reunión con todos los servicios de obstetricia es decir, no solo las enfermeras que trabajan en el centro obstétrico, sino también mi servicio que es alto riesgo y sala ocho que es la sala de puerperio normal, se hizo una reunión en donde se habló de la ley, la ley estaba pegada en el servicio y haber de qué forma se podía implementar, cuando hay una única forma, es decir vos tenes que leer la ley y fijarte lo que dice la ley, no hay una adaptación, si no es como la otras leyes no hay adaptaciones, si hay leyes, hay una ley y vos tenes que cumplir, o sea desde el servicio no se hizo más nada, ni por la ley, ni por lo de las maternidades seguras y centradas en la familia, es decir fue una reunión que quedo en la nada porque desde ya en una primera instancia fue una reunión solo de enfermería cuando en realidad lo de ideal hubiese sido que la reunión fuera interdisciplinaria en donde todos nos pongamos de acuerdo a ver qué cuestiones se pueden hacer y cómo se llevan a cabo pero es complicado porque nunca hubo reunión, hubo reunión pero así por separado, porque a los médicos se les dio una ley, como diciendo bueno la paciente tiene derecho a, pero nada, y lo que ves por ahí desde enfermería, eeeh nosotros tenemos a las pacientes que están en ayuno para ir a cesárea, en la cesara el familiar también tiene que poder entrar entonces, muchas enfermeras vos tenes que el familiar le pregunta y se quedan como diciendo que le contesto. Contéstale que si porque yo siempre les digo que sí, pero también soy consciente que hay otras enfermeras del otro lado que ellas son los que van a levantar o bajar el pulgar, eeeh para que el familiar pase. Yo les digo hay una ley que te avala, vos tenes derecho a pasar, si te van a dejar pasar o no, no lo sé porque ha pasado de médicas que le han hecho firmar a los familiares de los pacientes una nota diciendo que si después surgía una complicación por ejemplo una infección de la herida quirúrgica era porque el familiar había entrado a la cesárea, entonces como que el familiar se hace cargo de que si a esa paciente le pasaba algo era como culpa de él, yo lo vi no es que me lo contaron, entonces el familiar ante el desconocimiento que va a decir, y no, no entro. Y le sacas la posibilidad, pero esos si yo reconozco que ellos tienen derechos y que tienen derecho desde el minuto cero de estar adentro d la sala, pero que no se cumple es verdad, no se cumple.

E: ¿Cuál es para usted el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones dl servicio?

MM: de acuerdo al enfermero, lamentablemente es así, vos tenes al enfermero que es autónomo y dice bueno tiene derecho va a pasar y va a pasar y tenes el enfermero que como no tiene ganas de pelear con el medico porque es su colega, es su no sé qué, no los deja pasar, es decir cuando vos estás segura de lo que estás haciendo está bien n cuanto a la técnica, procedimiento y en que nada de lo que estás haciendo, pueda llegar a ver el familiar, pueda ser usado en tu contra, vos no vas a tener problema que el familiar entre, ahora si vos, en alguna de las técnicas, en alguno de los procedimientos o en algo que estás haciendo está mal y el familiar del paciente se puede dar cuenta ahí es cuando vos decís que no.

E: ¿Quién da las principales órdenes, cuales son los limites, quienes participan en el servicio y cuáles son los niveles de participación y si hay alguna condición hegemónica?

MM: a ver participación, eeeh los médicos considero que piensan que ellos tienen como el poder pero también existen ciertos grados de autonomía porque me ha pasado con una paciente cuando trabajaba con vos (hace referencia a su compañera presente) a la noche, una paciente que era psiquiátrica, “y hay que darle el diazepam intramuscular” y la paciente estaba a los manotazos limpios, agarre el diazepam y le dije a la doctora, bueno dáselo vos porque no, no se lo voy a dar. Es decir si ellos no saben manejar una patología psiquiátrica, tampoco si no la saben manejar, yo no me voy a exponer por vos, es decir, no, es decir volvemos a lo mismo es de acuerdo al enfermero, que los médicos que mandaban son los que deciden bárbaro, pero en base al fundamento teórico que vos tenes, vos te podes negar. Muchas prácticas de las que nosotros hacemos van en contra por ahí de mis principios religiosos, ahora que esta esto de moda de aborto no punible, hay paciente que realmente fueron victiman de violación y piden el aborto legal y hay otras que quizás es un prejuicio pero que vos te das cuenta que no, que el tema viene por otro lado, porque no vas a ir a decir, no porque yo lo quiero abortar porque me violaron no sé qué y cómo los médicos no están muy convencidos de que tu historia sea real, te dejan pensar y vos decidís después, no mejor no, mejor no me lo saco, porque realmente es así, entonces como en los abortos se hace la misma maduración cervical que como el coso, o muchas veces no participo de eso, yo me aseguro que valla una compañera mía porque la atención se la tiene que asegurar,

pero hay cuestiones, cosas del servicio como por ejemplo esas que van en contra de mis principios, también existe la libre decisión del propio cuerpo y todo lo que vos me quieras decir, pero eso va en contra de los que yo pienso, entonces me aseguro que otra compañera mía vaya , asista al médico, le ponga la oxitocina, si es necesario para que se produzca el aborto, pero yo no hago.

E: ¿Cuáles son los modos y la frecuencia en que se desarrollan los intercambios inter y transdisciplinar en tu servicio?

MM: en realidad continuamente, porque nosotros volviendo al tema del hospital escuela están los médicos y en el pase medico siempre esta enfermería, quizás no hay tanta participación como a mí me gustaría, porque muchas veces tengo cosas para decir de por ejemplo los residentes nuevos. No porque si, porque hace tantos días tiene tal antibiótico y vos que revisas la historia y que te fijas, decís no está mintiendo y después vos no sabes. Una vez me paso con una médica, no estás mintiendo la paciente no tiene esa medicación y por ahí la médica de planta, bueno pero después es preferible que se lo digas a la residente y no en el pase medico porque vos sabes cómo es Liliana que es otra medica de planta, que se enoja y les grita a los residentes. Y en un pase medico por ejemplo nos pasó con un paciente “hay que sacarle la vía”, le sacamos la vía, después viene esta doctora Liliana, no pero no había que sacarle la vía. Pero doctora usted en el pase dijo que sí, bueno ahora vamos y se la ponemos de nuevo, cierra la puerta del office y dice “nunca hay que asumir el error” y ella es la jefa de todos los médicos y es la que enseña a los residentes entonces que le estas enseñando a tu residente, que nunca tiene que asumir el error. Nosotros desde enfermería sabemos ,ira, me equivoque en esto, yo lo tengo que informar para ver que otra medida se puede tomar y ver u al paciente y al bebe porque lo nuestro en general es doble porque es la paciente que nosotros vemos y lo que no vemos y que no le pase nada, o sea la comunicación es continua, igualmente estamos teniendo serios problemas de comunicación porque cuando vos les hablas para organizar tu trabajo, te dicen una cosa y te dicen otra y eso entorpece el trabajo nuestro también. Pero comunicación hay siempre.

E: y ¿quién recibe a la parturienta?

MM: a la parturienta, cuando ingresa a nuestro servicio siempre la recibimos nosotras y cuando pasa a parto, siempre se encarga otra enfermera de parto de recibirla.

E: y ahí intervienen neonatologos, parteras, obstetras, están siempre en el servicio o…

MM: no, en sala de preparto cuando pasan a preparto, en general está la residente, la médica residente y las residentes de obstetricia, los licenciados en obstetricia.

E: ellos están siempre las veinticuatro horas o hay que llamarlos porque están descansando…

MM: cuando es de día vos los vas a encontrar en la sala de preparto, cuando trabajas a la noche , como nos ha pasado a nosotras, que estuvimos cuatro días de noche, le tenes que pedir por favor que se levanten a ver a los pacientes y si vos lo llamas y sigue con la misma dilatación que le habían hecho en tacto cuatro horas " he que llamas y que rompes las bolas" porque esa también, cuando….muchas veces la respuesta que han recibido de nosotras dos " te hubiese puesto un quiosco si querías dormir a la noche, te hubieses dedicado a otra cosa".

E: es solamente con los médicos, los obstetras o pasa también con anestesiólogo, parteras, licenciadas en obstetricia.

MM: no, es con todos, a ver licenciados en obstetricia, médicos residentes, médicos de planta u son los médicos que ya se recibieron, los técnicos de laboratorio. Nosotros en el hospital desde las doce del mediodía hasta las siete de la mañana del otro día está la gente del laboratorio pero no es que viene a hacer las extracciones como por ahí pasa en una clínica, vos cuando recibís n ingreso le haces todos los laboratorios y vos te encargas de bajar los laboratorios al laboratorio. Desde las once de la noche a las siete de la mañana está el laboratorio de guardia que cuando vos bajas la muestra, tenes que llamar por teléfono eeeh, en general llamas y bajas y tenes que estar quince o veinte minutos esperando en la puerta, golpeando la puerta, lleno al mostrador de seguridad, volver a llamar y decir que estas abajo y que, todos duermen.

E: ¿o sea que tu servicio queda con una sola persona?

MM: exacto, si si.

E: ¿En caso de emergencia tu compañera queda sola?

MM: exacto, sí. A ver si, dentro del hospital el único que no duerme es el enfermero, es el que esta las veinticuatro horas del día y muchas veces s el que le saca las papas del fuego al médico,, porque si el enfermero que está en el servicio con el tiempo desarrollo el ojo es el que va a parar una urgencia, va a evitar una mayor complicación porque realmente es de esa forma , nosotros a la mañana estamos con el médico, pero hay médicos y médicos, hay

médicos que no te resuelven nada y hay otros que sí, durante la noche estas sola, chontas con tus compañeras de obstetricia y de recién nacido.

E: ¿cómo accediste al servicio? Y si ¿necesitaste capacitación o formación previa?

MM: mira yo entre a trabajar al hospital por una beca que es del IRAB, el de las infecciones respiratorias y después de los tres meses quede efectiva, yo los dos primeros meses hice el IRAB, que en realidad estaba en el consultorio del IRAB de la guardia, después rote por otros servicios y a principio de agosto como en mi servicio en su momento no era un servicio que le gustara a nadie de obstetricia, me dejaron fija a mí. Yo lo fui aprendiendo trabajando y después cuando venía a mi casa y todo lo que yo veía en el hospital me encargaba de leer, pero el materno solo tiene capacitación en lo que es pediatría porque somos un hospital materno infantil pero la parte materna a marzo, nos la llevamos, porque yo jamás recibí capacitación de nada, de nada, siempre fue lo que me gusto leer a mí, lo que me gusta investigar, m compre libros. Pero del hospital propiamente dicho nada de nada.

E: ¿en cuanto a los partos, quien decide si es parto natural, cesáreo? ¿Hay un memorándum para los pacientes que explique lo que es la cesárea, se lo explica enfermería, el médico?

MM: mira protocolo no hay, no hay protocolo, los que deciden son los médicos, muchas veces nosotras, nos encargamos de explicar por ejemplo a las pacientes que es el primer bebe y que están para maduración cervical, que induce el trabajo de parto, vos le explicas como es el tema desde, bueno te van a tactar cada dos horas, si en los tactos consecutivos no hay dilatación huy él bebe está ahí, lo más seguro es que termine en una cesárea y le explicas como es todo el procedimiento, lo mismo que le explicas a las pacientes que tienen muchas cesáreas, cual es la importancia de que se liguen las trompas, cuales son las posibles complicaciones de tener otro bebe eso, la primer explicación se la hace el médico y como en general el médico le tira la información y después se va, la paciente queda tecleando y vos por ahí cuando volves, ¿tenes alguna duda? Y en la medida que el conocimiento que tengas, te lo permita, le explicas a lo criollo porque muchas veces pasa así, no sos menos profesional por explicar con lenguaje básico para que el otro entienda, cuales son las complicaciones, porque creo que eso es el problema, eeeh falta educación, mucha educación, porque por ejemplo las pacientes vienen y ahora está la onda del chip intradérmico, se lo ponen, le explicaron las consecuencias, pero al mes viene que tienen

mucha hemorragia, o que están descompuestas, se les cae el pelo y se lo quieren sacar y como se lo quieren sacar van y se lo sacan y eso al estado le cuesta tres mil pesos, o se tenes que o sea yo te doy todo este abanico de posibilidades que es lo que más, mejor se adapta a tus necesidades, eso es lo bueno, pero no, no existe, mucha falta de educación, prejuicio por parte de la persona encargada de suministrar todo lo que es anticonceptiva porque siempre el prejuicio, como yo lo tengo con el aborto, lo tiene la gente que se encarga de dar los profilácticos, de los Diu, la lista para las ligaduras y todo lo demás, porque somos seres humanos y todos cometemos errores o todos tenemos ciertos prejuicios, que lamentablemente infieren en la forma en que uno lleva la práctica, en la medida que vos podes lo intentas disminuir al máximo posible, para que no entorpezca tu práctica, pero lamentablemente en algún punto siempre surge.

E: y en cuanto a la medicalización durante el parto ¿se le explica a la paciente? ¿Quién toma la decisión de la medicalización?

MM: no, no se le explica nada.

E: la paciente llega, la parturienta llega y ¿siempre se le pone una venoclisis por más que ella no quiera?

MM: si, cada vez que están los pacientes con maduración cervical se les pone vía y se las deja en ayuno, cuando en esto de maternidad centrada en la familia, te dice que las pacientes hasta los cinco centímetros de dilatación o que lo requiera se le pone la venoclisis, la paciente puede seguir tomando líquidos, pero no, todo eso es como que esta suprimido, la paciente no toma la decisión en nada ni siquiera en la forma en la cual quiera parir, en nada de nada, y en realidad esta medicalizado pero hasta ahí nomás porque la epidural y todo lo demás para evitar el parto con dolor no existe, no existe, a lo sumo se le pasa una buscapina compuesta, algún centímetro de meperidina que también eso lo tenes que controlar porque si pasas cierta cantidad de horas él bebe nace deprimido, pero no, la decide estrictamente el médico, la decisión materna no existe y en realidad la intervención de los familiares cuando son familiares medios violentos, entonces es como bueno, para evitar tener problemas es así, porque lamentablemente tenes que gritar. Imponerte, tratar mal para que te escuchen.

E: vos me dijiste que es decisión del enfermero si el pariente, el familiar entra a la sala de parto, en caso de que sea parto natural o cesárea, si llega haber alguna complicación, ¿Quién decide evacuar al paciente y como evacuan al paciente, al familiar, perdón?

MM: y en realidad se le intenta dar una explicación, pero muy por arriba y se lo invita a salir y pero yo creo que a cualquiera le va a pasar y no porque corre riesgo la vida del bebe o sea la paciente y ahí creo que acceden a irse, pero en general siempre es la enfermera, la enfermera es la que pone la cara para todo y el que se lleva los laureles es el médico, es así, en general es la enfermera la que llama al familiar, lo que pasa es que a ver no es que el familiar acompaña todo el trabajo de parto, el familiar entra cuando la paciente está en la camilla y el pibe coronando por poco, no es que acompaña todo ese proceso, porque creo que muchas veces el familiar puede contener desde un punto distinto a la paciente, porque vos pensa que hay veces las salas de preparto tienen cinco pacientes entonces que contención puede hacer el enfermero o eeeh el licenciado en obstetricia sumado a que vos en ese proceso tenes que enseñarle que lo que la paciente no aprendió en el curso de preparto porque la mayoría no hacen cursos de preparto, no sé si el curso de preparto sirve , porque yo no tengo hijo y entonces no se decirte si, si o si no, pero es como que se descontrolan peor, entonces vos en medio del dolor necesitas que la paciente se concentre que te escuche lo que le estás diciendo y no empiece a gritar porque nos pasa también, vos bueno, le decís por el nombre que fije la mirada en vos y que te escuche lo que vos le estas explicando y por ahí la primera hora como que capto la onda de cómo tiene que respirar y eso, pero yo no le puedo enseñar lo del curso de preparto en cinco minutos y con el dolor de las contracciones es imposible pero que se yo, no sé.

E: ¿Cuáles son los alcances del trabajo en equipo y la incidencia del trabajo enfermero en el trabajo de parto?

MM: yo creo que el trabajo en equipo sirve cuando todos consideramos que somos un equipo y cuando no hay alguien que se considera superior al otro, yo …nos pasó con una paciente que estuvo tres meses internada, yo le dije, nosotros somos un equipo de trabajo, acá es tan importante el médico, como la enfermera, como la chica que te sirve la leche, como la chica que te limpia la habitación, eeeh le digo todos somos importantes, y ella me decía que si porque si hay alguna parte de este engranaje que no funciona el trabajo no se luce, porque pasa en todo los ámbitos, hasta cuando vos vas hacer un trabajo para entregar a

la facultad, si somos cuatro y los cuatro pensamos y los cuatro trabajamos seguramente vamos a tener una mejor producción que si somos cuatro y trabaja uno, y bueno en el trabajo de parto es así, también tiene que ver con las características de la enfermera que está dentro de la sala de parto, nosotros hicimos parir a una paciente que era un FM de veintitrés semanas con todo lo que conlleva eso, que está pariendo un bebe que está muerto y la doctora no y entre nosotras dos que el familiar también tendría que haber estado porque es una contención era distinto, nosotras dos enseñándole como tenía que pujar que hiciera toda la fuerza y que dale que ella podía, ella podía y lo pario, entendes.

E: ¿cuándo es un FM no tiene que haber un familiar?

MM: siempre tiene que haber un familiar

E: si pero ¿en ese caso?

MM: cuando es un FM tampoco de esa edad de gestación se tendría que hacer en una sala en donde estemos trabajando nosotros, se tendría que hacer en preparto y ella tendría que estar acompañada del familiar.

E: ¿no se tendría que corroborar que ese feto salió de esa panza?

MM: tendría que ser así, igualmente, el familiar en ese momento estaba en la habitación afuera y la paciente estaba internada sola , entonces se le pidió al familiar si quería ver a ese bebe que también vos tenes que respetar porque hay veces que no lo quieren ver, pero también esa decisión, e quedarte con la duda si realmente ese bebe estaba muerto o no, pero bueno si ellos deciden que no quieren ver, se firma en la historia clínica que el familiar no quiso ver a ese bebe (se lo invita después antes de que le corte el cordón que vea él bebe que nació de esa madre si, y si no quiere presenciarlo sé que hay una negativa, muchas veces que hay algo así que es un FM se lo invita).

Entrevista N3

E: ¿Cuál es para usted la naturaleza y el contenido global de la disciplina enfermera?

MS: eeeh, yo considero que es el cuidado, si, y es l acompañamiento de la persona tanto en la salud como en la enfermedad, porque esa es la capacidad que tenemos nosotros los enfermeros de estar, de ayudar a los pacientes o a las personas tanto cuando están enfermas o cuando no, entonces esa es para mí lo fundamental, es el cuidado.

E: y teóricamente ¿cuántos de estos aportes fueros dados a través de la curricula de la carrera? y cuales, ¿cuántos empíricamente?

MS: yo si se tengo que hablar sinceramente, yo aprendí mucho de mis compañeras, eeeh mas viejas, yo aprendí muchísimo, de ellas es lo que aprendí. La universidad lo que me dio en su oportunidad es, eeeh lo científico, si, la corroboración de muchas practicas que realizamos, si, y el porqué; pero yo aprendí mucho de mis compañeras más viejas y auxiliares. Yo comencé en la sala de obstetricia de preparto, ahí yo estuve diez años y yo ahí tuve una compañera que tenia treinta años de servicio y ella fue a mí la que me enseño, ella y también un poco es lo que uno se da de curiosa, de investigadora, yo como soy media inquieta, es decir, cualquier cosa le preguntaba a los médicos, le preguntaba a las obstétricas , a los residentes, si, es decir, nunca me quedaba quieta, a mis compañeras, bueno y eso me ha traído problemas también, por preguntar, también he investigado, es como uno sea de curiosa.

E: ¿alguna anécdota que tengas para contar?

MS: ¿con respecto a esto?

E: si

MS: a mí me paso que cuando yo comencé, comencé a la noche con los residentes de primer año, como dijo acá Eugenia, Julio. En julio empiezan los residentes de primer año y…. ellos empiezan con una mano atrás y otra adelante porque sinceramente de obstetricia no saben nada, y uno estaba con una mano semi atrás y semi adelante, había empezado hace poco, me tiraron en el servicio, gracias a dios con una enfermera vieja que tenía ganas de enseñar, es decir, me pusieron una persona para mi enseñarme, que después yo descartaba que hacer, que no hacer, ya eso era cosa mía, eeeh y bueno con el residente nos peleábamos, él quería aprender a poner vías y yo nunca había puesto vías, es decir, entonces nos peleábamos a ver quién ponía las vías a los pacientes, las sondas cuando había

que poner ondas, es decir había procedimientos que como enfermera conocía las técnicas, conocía la preparación del instrumental y todo pero realmente nunca había colocado una sonda o una venoclisis, y el cómo médico residente meno que menos, porque o una intramuscular, y nos peleábamos para hacer los procedimientos.

E: y ¿esta persona que te enseñaba era enfermera profesional o auxiliar?

MS: auxiliar, treinta años de auxiliar tenia, y empezó empíricamente, porque empezó en maestranza y para mi es una de las mejores enfermeras que he conocido.

E: ¿jubilada?

MS: ya está jubilada, después estudio, ojo, después estudio auxiliar, pero como empezó cuando en el hospital había monjas, imagínate.

E: mmm, un montón. ¿Podrás delimitar vos el espacio físico en donde realizas tu labor?

MS: En la actualidad estoy en el área de obstetricia de alto riesgo, con las embarazadas con patologías de base.

E: ¿y cuáles son los cambios que percibís cuando salís del servicio, cuando salís del servicio o cuando te toca cubrir otro servicio que no sea el tuyo?

MS: Mira, yo siempre digo lo mismo, vos cuando entras a un servicio es un mundo aparte, y siempre entras a ver, vos sos el bicho nuevo, vos tenes que ver qué haces , que te mandan a hacer, en que ayudas, es decir está en la naturaleza de uno, el ver como entra, si , entonces bueno nada, me ha tocado ir a servicios siempre de obstetricia, pediatría yo nunca hice, me ha tocado ir a sala ocho suponte y manarme a hacer cosas que las enfermeras no querían hacer, otras veces me han mandado a pasar toda la medicación de treinta pacientes, eeeh y como decirte, con un perfil bajo, porque vos entras a un servicio que no es el tuyo, no estas cómoda, las personas no las conoces, a veces por nombre, otras veces de rostro, pero no es que es un vinculo, no es que tenes un contacto, no es que confías mucho porque no sabes cómo trabaja, entonces andas con pie de plomo.

E: ¿cuáles son las primas técnicas utilizadas para la realización de tu labor?

MS: ¿las técnicas?

E: ¿si se sigue algún protocolo, en urgencias, en parto?

MS: mira yo te digo sinceramente, eeeh, hay protocolos, dicen que si, si los he leído, te digo que no, pero vos ya sabes lo que esta estandarizado y lo que esta protocolizado. Es decir, yo estive muchos años suponte en admisión en la guardia, si, y yo se que todas las

pacientes que entran a preparto, entran con abocath numero dieciocho, que se tiene que colocar y con un dextrosa al cinco por ciento, salvo que se indique lo contrario, si eso esta protocolizado, si. Bueno ahora con lo que es alto riesgo tenemos todos los protocolos para pacientes hipertensas o para las pacientes que son diabéticas, que este a la mano de uno o que uno lo quiera leer o no, son cinco pesos a parte.

(perdón que me meta en la entrevista de ella, las hipertensas lo que paso, es que hubo un cambio en la medicación que se pasaba en la urgencia, ese cambio fue de que una médica, se acordó de enfermería y nos aviso que en la pagina del ministerio estaba la nueva guía para el manejo de la hipertensión arterial de las embarazadas y que después en supervisión de enfermería imprimieron el protocolo y eta en el servicio y que a su vez no todos los médicos manejan ese protocolo porque por ejemplo en convulsión a la paciente no se le tiene que pasar más Diazepam, se le pasa sulfato de Magnesio. Bueno hay médicos que no lo hacen y le siguen pasando)

Es decir desde el ministerio no bajan un protocolo a enfermería si hay algún cambio, nosotros estamos subscriptos a que el médico te quiera informar a vos si hay algún cambio, es una boludes pero te lo voy a decir, eeeh, aaaah, en los diez años de partos míos la oxitocina estaba fuera de la heladera, de repente un medico fue, hizo un congreso, fue a un congreso y vino con esto, que la oxitocina tiene que ir a la heladera, el nos quiso decir, el cómo era el jefe del servicio, lo protocolizado, pero de enfermería, que el ministerio le baje a enfermería y enfermería nos baje a nosotros, no. Nosotros estamos subscriptos a que los médicos quieran informarte o no.

E: ¿Qué relación eeeh tiene usted, o que relación usted establece, seria en realidad entre las técnicas utilizadas y los protocolos establecidos por la ley de parto humanizado?

MS: Volve, ¿Cómo?

E: ¿Qué relación usted establecería entre las técnicas utilizadas y los protocolos establecidos por la ley de parto humanizado? ¿Si conoces la ley? ¿Cómo la conoces?

MS: yo la ley la conozco porque la estudie.

E: ¿si hicieron algún seminario, curso?

MS: yo la ley la conozco porque la estudie, si, desde l hospital no nos hicieron ninguna capacitación acerca de la ley, o por lo menos si me entere, o no me entere, no fui. Eeeh, después es como dijo ella, en una oportunidad.

E: si.

MS: si el familiar pobre, es un quedado, por decirte, o realmente, se queda en lo que dice el médico porque es como palabra santa, bueno no hace nada, se queda piola espera que el médico cuando pueda, cuando tenga ganas le informe.

E: ¿y ustedes notan que la gente sabe de esta ley o que no, que hay un conocimiento escaso?

MS: yo lo que viví en la sala de parto fue progresivo, que las pacientes sabían, y que los familiares también, después los familiares empezaron a ingresa como dijo ella (señala a la compañera) a partir de que la paciente estaba con diez centímetros de dilatación, es decir, en paralelo a que la paciente pasaba a la sala de parto al familiar se lo vestía, si. Y el que toma esa decisión es el médico, o la partera que está controlando ese trabajo de parto, esa paciente. Y en alto riesgo, si, te das cuenta que la gente sabe, te das cuenta que algo sabe, otras no, si.

E: ¿se les hace firmar el famoso consentimiento de parto respetado?

MS: si si, no, el consentimiento informado, se les hace firmar en admisión donde se les explica (pero hace un mes que lo pusieron) pero es un consentimiento donde se les explica el procedimiento detalladamente porque siempre existió un consentimiento informado, que si vamos a hablar enserio, no se le entendía ni jota lo que estaba leyendo, se le explicaba por arriba y después nosotras, las enfermeras, según la que le tocaba, se interiorizaba un poco más si eeeh, pero muy escueto, el d ahora esta mucho mas prolijo, mucho más claro, si, donde se le explica las complicaciones, donde s le explica que es un hospital escuela, en donde se le explica que va a tener médicos residentes, médicos de planta, obstétricas, si, residentes de obstetricia enfermeras y estudiantes de enfermería, se le explican las complicaciones, se le explica todo detalladamente, hoy hace bastante que ya no estoy en admisión pro nunca se le explico, es decir, se le explica por arriba firma, y si está en apuro bueno fírmame ahí abajo y vamos, entendes, y como te digo, es, es lo que vos queres, desde enfermería, desde lo humano, no, explicarle lo que está firmando, porque mi me ha pasado un montón de veces, que el médico le ha dicho firma ahí abajo y yo le he dicho, mira lo que estas firmando es un consentimiento informado que ingresaste al hospital, que es un hospital escuela, que te vas a encontrar con médicos residentes…le explican algunas consecuencias de lo que puede llegar a ser una cesárea, entonces depende de, es como te

digo, te encontras con médicos que no, te encontras con enfermeras que lo explican, te encontras con enfermeras que no.

E: ¿depende del profesional?

MS: totalmente.

E: ¿Cómo accediste al servicio?

MS: ¿En el que estoy actualmente?

E: si

MS: me pase de sala, de

E: ¿necesitaste formación?

MS: la formación que yo tuve de alto riesgo, la tuve por mis compañeras, colegas, eeeh, caí como peludo de regalo, eeeh yo me llevaba lo de admisión lo que es la urgencia, si, eeeh pero después lo otro no, es más, me acuerdo que la primera vez que hic la medicación en alto riesgo me encontré con dos bandejas de medicación y se me cruzaron los ojos porque digo dios mío, en admisión no, solo das ampicilina y nada más, pero bueno gracias a mis compañeras y colegas he aprendido y sigo aprendiendo.

E: ¿cual es para usted el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones del servicio?

MS: yo creo que es nula. ¿La decisión?

E: si

MS: es nula, yo no tengo decisión de tomar ninguna toma de decisión con respecto de lo que es paciente, si con respecto a lo que es mi tarea, si. Yo soy autónoma de mi tarea, de enfermería. Entonces, con respecto, suponte a los médicos, obstetras, puedo tener comunicación, puedo tener un intercambio, puedo tener, pero el que toma la decisión, es el médico. Es decir, yo puedo tomar la decisión como decía ella, si yo se que esta medicación no se tiene que dar así, yo no la doy. Si yo como decía ella, no estoy de acuerdo con el aborto, sí, yo me aseguro que no le falte la atención a la paciente, pero o pondero su salud, pero también pondero mi salud.

E: ¿Quien da las principales órdenes y cuáles son los límites, quienes participan en el servicio, cuales son las disciplinas que hay en el servicio?

MS: las decisiones las toman los médicos, y ahí lo que te encontras es trabajo multidisciplinario, cuando quieren hacerlo, si, pero bueno, te encontras con médicos

residentes, obstetras, enfermaras eeeh, te encontras cuando vienen la interconsulta con médicos clínicos, con infectologia con…

E: ¿psicólogos?

MS: psicólogos, psiquiatras, también han venido, bueno ahora están con todo esto del acompañante terapéutico cuando alguno lo necesita, es amplio, nutricionistas, bueno y nada.

E: ¿Cuáles son los modos y las frecuencias en que se desarrollan los intercambios inter y transdisciplinar en los servicios?

MS: Según como se necesite, es decir, no hay, tenes días en que se puede suscitar que hay mucho trabajo, entonces el intercambio es seguido y otras veces te atenes a lo que dicen las indicaciones, corroborando las indicaciones y bueno hablando con los médicos, bueno pero eso es según el trabajo, según la cantidad de pacientes.

E: ¿Quién recibe a la parturienta, hay neonatologo, obstetras?

MS: en alto riesgo la recibimos enfermería, viene con una conducta tomada desde admisión, desde la guardia, en base a esa conducta, bueno nosotras actuamos, eso no quiere decir que nosotras no os demos cuenta cuando veos las indicaciones que le faltan cosas.

E: ¿en caso de que le falten cosas ustedes?

MS: a los médicos, decirle mira, por no decirle otra palabra, pedazo de nabo, te falta ponele venoclisis o te falto ponerle que el antibiótico empieza a las dieciocho porque rompió bolsa a las seis d la mañana, eeeh…

E: ¿a los médicos los tienen que llamar? o sea ¿de guardia veinticuatro horas quienes están? ¿Están todos los profesionales que se necesitan en caso de un parto o solamente enfermería?

MS: en el servicio de alto riesgo no hay veinticuatro horas medico, lo que tienen es la sala o en el centro obstétrico tenes medico de planta, médicos residentes y parteras, si, donde se los llama.

E: ¿en caso de una urgencia hay que llamarlos?

MS: a ellos, obviamente en la urgencia primero actúa enfermería, es una actúa y la otra llama en la urgencia.

E: ¿y quién decide si el parto es natural, si es una cesárea, si se le pasa medicación?

MS: los médicos, la paciente no decide, y si la paciente quisiera tenerlo de otra forma, yo he visto que los médicos le han tratado de encaminar para el otro lado, explicándole las consecuencias y tora la marencoche. La que toma la decisión es los médicos con respecto a eso.

E: ¿ha visto?

MS: igual hay también, convengamos que hay protocolos, suponte si una paciente tiene una cesárea anterior, si después de una año puede acceder a lo que es suponte el trabajo de parto, eso es protocolizado y si lo acepta, le hacen firmar n la historia clínica que la paciente acepta la prueba de parto, pero esto a que conlleva, a una cesárea anterior no la puedo inducir de ninguna clase, entonces lo que produce esto es que l trabajo de parto se va desencadenando a la medida que la paciente, el cuerpo de la paciente reacción. Obviamente se la monitoriza y bueno…….y a medida que van pasando las horas, es que van tomando la conducta.

E: ¿Cuales son los alcances del trabajo en equipo y la incidencia del trabajo enfermero n el trabajo de parto?

MS: yo considero que el trabajo en equipo es fundamental, si queremos que las cosas se hagan bien el trabajo en equipo es fundamental, porque el médico necesita tanto de la enfermera como necesita tanto de su residente, como necesita de la nutricionista, como necesita de la infectologa, porque gusta o no los médicos necesitas hacer interconsulta con clínica, con infectologia, porque se les llenan las manos de preguntas también n muchas cosas, son ginecólogos, entonces con patologías de base que muchas veces se les escapa, entonces necesitan, entonces para mí el trabajo en equipo es fundamental y es importante que cada uno respete su lugar y que lo dejen ser en el lugar para mi es fundamental, me han tocado medicas de planta que le creen más a enfermería que a sus residentes. Eeeh es así y yo lo he visto y te preguntan ¿qué paso? Decime... y vos le decís y actúan en base a lo que vos le decís entonces decís, puta, voy a caer yo, no estoy al pedo acá, no me forme al pedo, tengo una base científica que avala mi trabajo, tal vez subjetivo a muchas cosas del médico, pero yo soy autónoma de mis acciones en base a lo que yo hago es de lo que yo después me hago cargo, con mi sello, matricula, todo.

E: bueno muchas gracias.

MS: bueno

Entrevista N4

E: Tu nombre era Roxana

RM: Roxana

E: Bueno Roxana ¿Cuál es para vos la naturaleza del contenido global d la disciplina enfermera?

RM: (silencio)

E: ¿Cuáles son los elementos esenciales que consideras vos que constituyen la profesión?

RM: Primero hay que ser humano, porque mucha gente es enfermera, es licenciada, auxiliar, atiende pacientes y la parta humana muchas veces la dejan de lado, ven la parte económica. Yo creo que para ser enfermera, para ser lo que sea y tratar a personas que están con discapacidades o enfermas en ese momento y primero hay que contar con un poco de humanidad y amor por el prójimo, después de ahí al…lo que es conocimiento y teoría (es muy temprano. Risas) y la práctica, creo que la parte humana es siempre lo esencial y lo primero.

E: y ¿teóricamente cuántos de estos conocimientos fueron dados por la curricula de la carrera y cuantos empíricamente?

RM: no sabría, te réferis a mi o a todo en sí.

E: No, no, a vos a vos.

RM: eeeh, y yo te diría un cincuenta y un cincuenta. Hoy en día que estoy estudiando y tengo trabajo. Al principio como todo, trabajamos empíricamente con enfermeros viejos, auxiliares o compañeros de trabajo de otras instituciones. Pero a la vez que te pones a estudiar a capacitarte, ya decís se hace tal forma por tal y cual cosa, se refería a tal y tal otra. Pero es un cincuenta y cincuenta y hoy en día hay cosas que las seguís haciendo empíricamente porque más allá de que seas profesional hay cosas que son básicas dentro del hospital o cualquier institución.

E: vos podrías delimitar el espacio físico donde realizas tu labor.

RM: Si, como que.

E: ¿Dónde te manejas vos?

RM: dentro de esta sala.

E: ¿Dentro del Centro Obstétrico?

RM: Si, en el centro obstétrico.

E: ¿A veces te hacen salir del servicio?

RM: No, yo no, yo siempre estoy dentro de la sala, la mayoría de las chicas siempre estamos, es raro que nos hagan salir, cuando se necesita gente en otro lado pero, si no, no.

E: Y acá cuantas camas tienen, cuantos pacientes manejan.

RM: uno, dos, cuatro...diez camas, diez camas que a veces o nunca están completas porque esto es una sala de tránsito, yo siempre digo, sala de parto, sala de tránsito, las pacientes vienen en trabajo de preparto, paren y se van a la sala, asique acá tenemos lo máximo que hemos podido llegar a tener son ocho camas ocupadas como mucho, no llegamos casi nunca a llenar.

E: Eeeh, ¿cuáles son las principales técnicas empleadas para realizar tu labor? Si tienen protocolos a cumplir, si se cumplen si no se cumplen.

RM: Y en realidad si, un poco de protocolos tenemos como todos lados, cumplir se cumplen…Eeeh, no sé ¿a que más te referís?

E: La paciente cuando…La paciente que esta acá es la paciente parturienta, que está por parir…Eeeh hay algún protocolo para seguir ese parto, está delimitado.

RM: Si obvio, una vez que se interna la paciente si tenes un protocolo, tenes que acompañar, tenes que llevarla a la sala de parto, preparar al familiar si quiere entrar a la sala de parto, siempre se le pregunta a la paciente, porque siempre se respeta la decisión de la paciente si quiere o no que alguien entre a la sala de parto, si, se sigue un protocolo como en todos lados, si obvio, no es que cada cual se maneja como quiere, no.

E: y ¿los partos que se realizan acá, son partos normales o también vienen partos complejos?

RM: y, según, a veces si vienen partos complejos, eso se da dentro de la sala de parto, por ahí es un parto normal tranquilo y se complica dentro de la sala de parto y se convierte en parto complejo y si no pasan a cesárea a quirófano.

E: ¿Qué relación establecerías vos entre las técnicas utilizadas y los protocolos establecidos por la ley de parto Humanizado? ¿Si conoces la Ley? Y ¿si tuvieron algún curso o seminario?

RM: No, no nos dieron ni curso, ni seminario, ni nada, vinieron, nos trajeron la ley, lean esto y a partir de mañana se empieza a trabajar así. Hace poco tuvimos una reunión informativa con el abogado de la institución y psicólogos y toda la marencoche de acá

dentro pero no, en realidad nadie nos vino a decir nada absolutamente, nos manejamos nosotras como podemos y amoldamos la ley a nuestro entendimiento es así.

E: Ok. Y ¿cómo accediste al servicio? Tuviste formación o capacitación previa.

RM: No, al servicio ingresas como a cualquier servicio, vos ingresas al hospital y de acá, te mandan, te tienen de rotante donde necesitan y ya después una vez que se hace algún puesto en algunos de los servicios, te ponen pero no te dan ninguna capacitación previa, nada, te quedas ahí y ahí aprendes, aprendes con tus compañeras, pero no, no te capacitan para entrar a ningún servicio, que eso lo veo mal porque si vos vas, si yo, a mí me sacan de acá, suponte hoy y me mandan a pediatría, si soy enfermera pero, no se manejó de medicación, no sé el manejo de un montón de cosas, si se, me dice pero sabes tomar la presión y pesar, si todo bien pero hay muchas cosas que son importantes que uno no lo sabe hacer y si sacas a una de las chicas de pediatría y la traes para acá pasa exactamente lo mismo, ellas están acostumbradas a trabajar con chicos y la sacas de acá, la traes acá a la sala de parto y no saben qué hacer, entonces, está bueno o estaría bueno la rotación por todos los servicios o la capacitación antes de entrar a un servicio, porque por lo menos lo básico lo tenes, tenes una base y decís bueno a partir de acá empezas, pero acá no, acá es manéjate.

E: claro. ¿Cuál es para vos el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones del servicio? O sea, ¿quién da las principales órdenes? ¿Cuáles son los límites? ¿Quienes participan en el servicio? Las diferentes disciplinas y ¿cuáles son los niveles de participación? y si ¿hay alguna condición hegemónica?

RM: eeeh, en realidad las decisiones las tomamos entre todos, eeeh, siempre se busca la participación de la gente y la aceptación más si hay algún cambio, alguna cosa, siempre tenes en contra y a favor de lo que dentro del servicio. Eeeh y después tenes la parte de la jefatura que si nosotros tomamos una decisión para cambiar algo del servicio y tenemos tres en contra y sabes que es positivo para el servicio y para los pacientes y la jefatura muchas veces no te apoya, entonces sí, estamos como, Eeeh, nosotros siempre decimos hasta que no cambie la jefatura que son las enfermeras viejas que tenemos, se nos complica cambiar un poco todo lo que es el sistema, lamentablemente, entonces sí, hay una hegemonía, dentro de enfermería, también.

E: ¿y con respecto a los médicos?

RM: no, los médicos no, no porque la mayoría son residentes, eeeh los chicos podes hablar bien, le podes, le explicas las cosas y con los médicos de planta, no tenemos problema porque, por lo menos los de acá son bastante eeeh, accesibles digamos, a los comentarios nuestros o a lo que nosotras nos parece, nuestro jefe de sala también es bastante accesible, asique no, generalmente no tenemos ese problema con la médica.

E: ¿y con respecto al parto humanizado, ellos también se manejan con la ley, se permiten que el familiar entre?

RM: un cincuenta y un cincuenta, las salas de parto, la sala de preparto eeeh, también por la comodidad si tuviéramos salas individuales seria otra cosa, pero nosotros tenemos la sala compartida, separadas por un biombo, mas allá d todo, es decir, se torna difícil, porque las madres están desnudas, con las piernas abiertas, el familiar de una acá, el familiar de la otra haya, que entran y que salen, se pone un poco complicado, no porque los médicos no quieran, es porque no tenemos por ahí la comodidad, Eeeh pero si igualmente se dejan pasar, hay muchos que respetan hay muchos que no, el noventaicinco por ciento lo respeta.

E: OK. ¿Cuáles son los modos y la frecuencia en que se desarrolla los intercambios inter y transdisciplinar en el servicio? O se ¿quién recibe a la parturienta? ¿Quién interviene? ¿Hay neonatologos, parteras, obstetras, anestesistas presentes?

RM: si, no anestesistas no, acá tenemos enfermeras, médicos, obstetras, enfermeras de recién nacido, neonatologo, sí, todo el equipo, menos anestesista porque eso se utiliza en quirófano, no en sala de parto.

E: la parturienta cuando entra al servicio, quien la recibe.

RM: Eeeh a ver cuándo la parturienta entra al servicio la recibe la enfermera, primeo el médico y después las obstétricas o los médicos de planta, después en la sala de parta, ahí si están enfermería, obstétricas, obstetras, enfermera de recién nacido y la neonatologa el familiar de la paciente obvio.

E: Eeeh, ¿en caso de alguna complicación durante el parto con el familiar presente, como se lo evacua?

RM: en realidad no se lo evacua, porque si hay alguna complicación, que mejor que esté presente el familiar para ver todo lo que se hace y se trabaja para ayudar a la familia digamos, porque antes se quedaba así porque no hicieron nada, porque esto, porque el otro,

entonces no, ahora está bueno, porque ven todo el esfuerzo que uno hace n la complicación, generalmente no se saca al familiar se lo deja.

E: ¿quién decide la medicalización en la paciente? ¿La paciente, la parturienta puede decir ahora con esta ley, no quiero medicación, quiero soportar el dolor, quiero un parto natural, se lo respeta?

RM: Si, si, si, i se lo respeta, si quiere cesárea, se la lleva a cesárea, si quiere parto natural, parto natural sin medicación, se la respeta, todas las decisiones de las madres, hoy por hoy, se respeta, si es así.

E: y cuáles son los alcances del trabajo en equipo y la incidencia del trabajo enfermo en el trabajo de parto.

RM: Eeeh, bien porque no hay problema en el trabajo en equipo, es como te decía antes, los residentes se adaptan mucho a nosotras y a los médicos de planta lo mismo, es como que no tenemos problemas en el e quipo y si tenemos problemas, no sé, se solucionan en el momento o si estamos en el parto, después del parto, bueno haber chicos paso tal y cual cosa y ya esta se soluciona enseguida pero ya no tenemos problemas, para nada, somos todos una gran familiar.

E: ¡Bueno muchas gracias!

RM: vos fíjate que los residentes acá están cuatro años con nosotras asique y algunos se reciben y quedan trabajando acá entonces es como que son todos chicos jovencitos entonces como que.

E: Claro al ser un hospital escuela.

RM: al ser un hospital escuela s otra cosa, pero bien no tenemos problemas y si tenemos problemas, ya te digo lo solucionamos en el momento y nunca delante dl paciente obvio.

E: ¿vos cuantos años tenes en el servicio?

RM: cinco

E: ¿y en enfermería?

RM: del noventaiocho.

E: ¿siempre acá en esta institución?

RM: No, he trabajado en otros lados, geriátricos, en clínicas, me gusta trabajar mucho en geriátricos, con pacientes adultos, esa es mi fuerte y mi especialidad.

E: a mira, ¿tenes otro trabajo a parte de este?

RM: si trabajo en un geriátrico (risas) me gusta, me gusta mucho.

E: mira, de una punta a la otra te vas.

RM: Sí, todo el mundo me dice lo mismo, pero no, no es tan así tampoco porque yo trabajo con adultos acá, no trabajo en pediatría, ni con los recién nacidos, nada, yo trabajo con las madres, pero me gusta trabajar más eso con los abuelos, es otra cosa, s más reconfortante, ellos dependen la mayoría las veinticuatro horas del día d vos, para todo, son re agradecidos y el amor que tienen es inmenso, acto no, no pasa lo mismo.

E: Y con respecto al parto humanizado, a la ley de parto humanizado, ¿a ustedes los mejoro, les mejoro el tema de esta ley?

RM: No, no porque nosotros trabajamos siempre de la misma forma, la única diferencia que tenemos ahora es que trabajamos con el familiar y el médico, pero después para nada, nuestro trabajo sigue siendo exactamente el mismo, no cambiamos en nada, en nada, nuestra forma de trabajar, gracias a dios.

E: Buen trabajo entonces.

RM: si porque no tuvimos que modificar nada, lo único preparar al familiar y nada más, porque después otra cosa no, siempre trabajamos igual, nunca tuvimos problemas, para nada, ningún turno, gracias a dios.

E: bien entonces, eso seria.

RM: listo, bueno ahí te llamo a otra de las chicas.

E: ¡bueno gracias!

RM. ¡Hay estoy viejita ya!

E: (risa) es muy temprano

RM: si

Entrevista N°5

E: ¿cuál s para vos la naturaleza y el contenido global de la disciplina enfermera? O sea, ¿Cuáles son los elementos esenciales que constituyen para vos la profesión? ¿Cuántos de estos aportes fueron dados a partir de la curricula de la carrera y cuantos empíricamente? Y si tenes alguna anécdota para contar, y ¿Cuál es el objetivo supremo de la praxis enfermero y en qué consiste el mismo? Para vos.

CL: todo, todo tiene que ver en la, en la parte de enfermería en el respeto hacia las personas, nosotros estamos para que el paciente tenga mejor calidad de vida, no para ser eeeh, tienen que ser modelo como es el médico que lo tiene tan hegemónico, la hegemonía que si o si vos tenes que hacer este tratamiento porque si o si te tenes que curar porque soy tu salvadora, no yo lo veo de que yo tengo que estoy para acompañarlos, para brindar una mejor calidad de vida ya sea para la muerte, para recuperarse, muchas veces para escucharlos, si y no venir con un título, con un libro que tenes toda de toda una carrera y ya explayar eso, no, yo lo veo de ese lado, más que nada el respeto, el respeto a lo que ellos me dicen, a la necesidad del paciente.

E: ¿y cuántos aportes para vos fueron dados desde la carrera y cuantos aprendiste acá empíricamente?

CL: y la carrea es más , se basa en lo teórico, la carrera más impone, la carrera más te impone por lo que vi, la carrera más te impone hacer lo que, te brinda toda una teoría, una teoría, un autor equis, algo de eso, este de lo que estudias, empíricamente se aprende mucho, más en lo profesional en lo que yo te digo en la parte, de parte del respeto a la persona, yo me siento con vos en este momento y si vos me decís bueno no entiendo el tratamiento que me dijo el doctor, te lo explico de la manera más criolla, para explicarte y hacerte entender de lo que te está explicando, escucharte a vos para decirme a mí que es lo que pretendes hacer, si no queres hacer un tratamiento, bueno te respeto, bueno al médico, ella no quiere hacer esto, bueno porque? Por creencias religiosas, notas de acuerdo, lo que sea, pero eso si fue, te escucho y te lo respeto, obviamente que acá muchas veces tenes que seguir muchas cuestiones legales, porque si no lo queres hacer, a que tenes que firmar algo, todo. Pero si la parte empírica te enseña mas del respeto hacia al paciente, del, de lo que es todo tratamiento y todo lo que ellos, en realidad te vienen a comentar a vos la necesidad que ellos tienen, muchas veces son necesidades sociales más que la enfermedad.

E: claro, vos podes delimitar el espacio físico donde realizas tu trabajo.

CL: si

E: decime.

CL: que es en realidad lo que queres saber.

E: Donde, o sea, donde, en donde te manejas vos como enfermera, en qué servicio.

CL: acá en el centro de obstetricia.

E: Siempre estás en el centro de obstétrica o alguna vez te sacan del servicio.

CL: No, siempre, si nos sacan, nos sacan para para colaborar, que colaborar seria las primeras horas que el otro servicio necesita, que es la atención máxima al paciente. Que vendría a ser el primer control, cambio de cama, medicación, control de signos vitales, nada más.

E: nada más y ¿cuándo vos salís, como te sentís, te gusta salir de tu servicio o preferís no salir?

CL: a veces molesta, porque muchas veces nosotros estamos solas y no nos traen ayuda cuando nosotras la necesitamos, pero no, salir es salir a hacer ese tipo de ayuda no me molesta, porque vas lo haces estas una hora y media fura de tu lugar y volver a tu lugar, pero moleta un poco si cuando nos mandan a la parte de pediatría porque yo experiencia en pediatría no tengo y si es como te decimos, más por las compañeras que decís ¿a qué voy a ir? A tomar una temperatura, cuando no, ellas necesitan otra cosa, es ir a estorbar que ayudar, porque te tienen que enseñar a vos a movilizarte en el ámbito ese, pro no si no, no, fue ayudar y volver.

E: y volves, he, ¿cuáles son las primeras técnicas empleadas para la realización de tu labor? Si hay cumplimiento o incumplimiento de protocolos, acá en este servicio, por ejemplo en el tema del parto hay algún protocolo a seguir.

CL: y de la parte de enfermería, el protocolo se siga, la admisión de la paciente, la educación, tenes que, toda la parte esa de que hacemos nosotras, la parte de los médicos ahora que hay parto humanizado, hay días que se sigue el protocolo y hay días que no se sigue el protocolo, depende de la guardia, depende del médico.

E: ese protocolo ustedes lo tienen impreso, lo tienen en algún lugar.

CL: no, no, lo teníamos impreso no lo dieron para leer, pero no, no lo tenemos a mano. Pero si tengo el protocolo de lo que es enfermera, la admisión de la paciente, desde que entra en trabajo de parto hasta que se va, si, se sigue.

E: Y cual, ¿vos me podrías explicar más o menos como sería el protocolo ese, cuando entra la paciente?

CL: en la admisión de la paciente, la admisión de la paciente es haya adelante (señala la entrada) en consultorio de guardia que es admisión, se le toman todos los datos, tomas signos vitales, le haces la entrevista de porque viene la paciente, se la presentas al médico, para que, es evaluada por el médico, ahí se decide, bueno depende si es un trabajo de parto se queda acá, sino se va a alto riesgo o se va a la casa porque es una consulta simple de alguna molestia que tenga ella. El protocolo de acá de parto es, colocar venoclisis, antes que nada, antes se estaba usando mucho el baño de las pacientes, pero ahora no se hace, por un hecho de que, no tenemos este, los medios, empezaron a mandar toallones, toallones, toallones, pero ahora no se mandan, l hecho de la urgencia, muchas veces la estas bañando y ya te está entrando otra., igualmente las pacientes vienen limpias y no es necesario bañarlas, colocación de venoclisis, se la pasa a partos, si hay medicación se sigue una medicación y acá en partos se ocupan de los controles las médicas, de los signos vitales, de lo que es el control del parto, vos estas con ella, la acompañas a la paciente, la paciente si te llama tratas de que entre el familiar porque ahora con el parto humanizado a el familiar le corresponde entrar en trabajo de parto pero esa parte de la normativa no se cumple, después de lo que es medicación si cumplís, escuchas los, los latidos del bebe, vos vas a ver qué está pasando, le preguntas al médico que va a pasar, porque si los latidos están bajos y siguen bajos, los pacientes tendrían que entrar al quirófano, si vos ves que ellos te dicen que esta con una dilatación completa y paso una hora, esa hora que se espera una hora en una dilatación completa, ya a la hora empezas a joderlo al médico para que te la pase a quirófano porque tiene que ir a quirófano por el sufrimiento del bebe, esas cosas nosotras si la cumplimos, y en ocasiones te escuchan y en ocasiones no, es como que en ocasiones, a veces si el trabajo es compartido y a veces no, bueno después lo demás trabajo de parto, nació el chico y bueno se hace de todo, higiene y confort, medicación, lo que seguimos nosotras es la oxitocina, nos va cuando nace el chico ya ahí el médico no pone más oxitocina, nos encargamos nosotras de seguir eso, se lo dejo una hora acá en observación

para ver lo que es perdida, lo que pase y después se la manda a la sala, en partos nos ocupamos d que el familiar si o si, si es que quiere la madre, porque se respeta la decisión de la señora de que pase al parto, eso nosotras lo hacemos cumplir, pero nosotras mismas.

E: y ¿durante el trabajo de parto también?

CL: durante el trabajo de parto es más complicado, ahí ya es el médico, el médico o la partera, por ahí lo haces entrar un rato, pero no te lo dejan todo el trabajo de parto como dice la ley, no te lo hacen entrar un ratito y después se va.

E: ¿qué relación eeeh, usted establecería entre las técnicas utilizadas y los protocolos establecidos por la ley de parto humanizado? ¿Conoces la ley? ¿Cómo la conoces? ¿Hubo algún seminario o curso acá que te hayan brindado la institución?

CL: no mmm, no, por el libro, el libro que nos dieron para leer, todo fue por el libro y por buscar en internet y de estudiar por ahí, como te ibas a manejar como íbamos a trabajar, todo por el libro.

E: o sea que, reunión, así ¿de parte de enfermería no recibieron?

CL: informativa nada más, que tal vez se abría el centro obstétrico e ibas a trabajar con los familiares y charla, de que tenías que cambiar la actitud, pero charla de pasillo, d no reunirte, de decir bueno vamos hacer un curso de una semana o una jornada de un día nada, no eso nunca hubo, si un libro que nos dejaron, te tiran unos folletos, lee y nada más, pero no una charla de como vos te podes con los familiares, porque vos viste que hay muchas que, no todas somos iguales hay personas que les cuesta más manejar con los familiares, hay otras que no, pero nada, ningún curso de nada.

E: ¿Cómo accediste al servicio? Tuviste formación previa.

CL: mmm, no, cuando entre a trabajar acá en el hospital me mandaron acá (si) y bueno, y después me pasaron a alto riesgo, estuve muchos años en internación de alto riesgo y después pedí el pase de nuevo a centro obstétrico, ya hace casi dieciséis año que estoy en este lugar.

E: Dieciséis, ¿y de enfermera cuantos años tenes?

CL: de auxiliar, yo me recibí de auxiliar, que es cuando empecé a trabajar, enfermera profesional del dos mil ocho y a licenciatura la termine el año pasado.

E: está bien ¿cuál es para vos el nivel de participación de los profesionales enfermeros de la toma de decisiones en el servicio?

CL: y eeeh a veces baja, pero me parece yo a veces noto que hay algunas compañeras que yo no sé si es respeto, algunas viejas que todavía tengo están con que es el médico el que tiene que tomar si o si toda la decisión, no tiene la autonomía suficiente o el valor suficiente de decir que somos profesionales y que tenemos que tomar las decisión ser más autónoma eso se tiene que cambiar, hay que hacerlas, por lo menos en este hospital hay que hacerlas cambiar un poco, tienen que ser más autónomas, tomar la decisión de que se yo, ponele, vos decís no va a pasar al parto si o si, va a pasar y va a pasar, no pretender que el médico te autorice, hay cosas que todavía no cambiaron, pero me parece que es todo el nivel de salud, calculo que es todo, calculo que lo que tiene que cambiar en si es enfermería, un colegio de enfermeros tiene que haber (si seguro) como para que estemos más protegidos del tema de ser más autónomos.

E: ¿quién da las primeras órdenes acá n el servicio? ¿Cuáles son los límites? ¿Quiénes participan? Si ¿hay diferentes disciplinas más allá de enfermería y lo que es la parte e médicos? Hay psicólogo, cuentan con psicólogos, nutricionistas.

CL: No, acá hay enfermeras, licenciadas en enfermería, licenciadas en obstetricia y obstetras, nada más. Tenes el jefe general, que es el jefe de la sala que es un médico, la jefa de enfermería encargada y nada más.

E: si tienen una paciente que entra en crisis como una crisis nerviosa, ponele que esta, una parturienta ¿Cómo la tratan? O sea no hay un respaldo psicológico para la paciente.

CL: tratas primero de lo que estamos de sacarla de la crisis nerviosa, ahí si en esas ocasiones si tratas de hacer pasar al familiar, mientras tanto el familiar no la altere más, porque hay veces que los familiares las alteran más a las madres en casa este de las parturientas, en ocasiones se han llamado si a la psicóloga, pero la tenes que llamar en donde están ellas y a veces en ocasiones vienen en tiempo y forma y a veces no, en si el trabajo lo hacemos casi todos lo que estamos acá, tratamos de trabajar en conjunto, más allá de que a veces hay esas peleas de que no se cumple el , la ley, tratamos de trabajar en conjunto para que sea un poco más ameno para ellas también.

E: ¿cuáles son los modos y las frecuencias en que se desarrolla en cambio, el intercambio inter y transdisciplinar en tu servicio?

CL: y ahí que pretendes

E: claro lo que me estabas contando vos, ¿es siempre, es continuo el trabajo con los médicos?

CL: el trabajo con los chicos es continuo, por ahí, tenes, llegas a una discusión, ponele como te explico, que no te avisaron de algún antibiótico que tenía que tener, o en el momento que ten, que estas con alguna paciente allá en consultorio y no van a atenderla están acá y existe esa pelea si, esa confrontación, pero con respeto, pero generalmente se trabaja en conjunto, se trata de trabajar en conjunto porque es lo mejor si es el

E: o sea ¿el médico nunca está en el consultorio todo el tiempo, vos los tenes que ir a buscar para…?

CL: claro, el médico nunca esta, al médico se lo busca cuando vos tenes el ingreso de la paciente allá en el primer consultorio que es admisión, donde empieza todo, a vos te ingresa la paciente, haces toda tu parte y lo tenes que ir a buscar, esta si es continuo el trabajo, ahora si no hay trabajo continuo no, están haciendo otras cosas o están acá descansando y ahí si hay un confrontamiento cuando no te visan si tiene antibiótico, no te avisan ponele, se les pasa, de decirte si va a pasar a quirófano o cuando ya está la paciente en periodo expulsivo para vos preparar al familiar, nosotras le decimos hay que pasarte la paciente sala se parto, preparar al familiar, hasta que preparas al familiar muchas veces se pierde el parto ahí sí está el encontronazo, pero es como poco, igualmente ahora tenemos residentes nuevos que están aprendiendo asique es luchar con ellos también (claro) pero generalmente si es el conjunto, en conjunto, nos vamos informando en realidad de todo lo que está pasando.

E: ¿Quién decide si el parto es natural o va a cesárea? ¿Hay algún memorándum que explique la explicación de la cesárea a la paciente?

CL: esa es una gran pregunta, han venido muchas con la ley de querer cesárea yuyo si la madre se pone firme va a cesárea, si la madre no se pon firme va a parto natural, generalmente lo decide el profesional, el médico eso es algo que tampoco se está cumpliendo con la ley, porque muchas veces vienen con que quieren cesárea, estoy diciendo alrededor de la ley si, esta ley que cesárea y parto natural, que entre el familiar o que no entre, vienen con la ley que ellas quieren cesárea, están para parto normal, pero quieren cesárea y no, le hacen parto natural, hay ocasiones en que las madres se ponen muy firmes con la ley y se cumple la ley, pero depende de la persona, porque si yo te digo no, te

hago parto normal, te hago parto normal y terminas cediendo y bueno, hay madres que no, que se ponen firmes con su autonomía que quieren cesárea y se les hace cesárea.

E: y ¿durante la cesárea también se le permite pasar al familiar?

CL: se le permite pasar al familiar, pero no sé hasta dónde pasa el familiar hasta ahí, yo no sé si es que está continuamente adentro del quirófano o ve a la cesárea desde afuera, eso es algo que se manejan ellos.

E: y… con el tema de la medicalización, ¿la paciente es autónoma? Si la paciente dice que no quiere ningún tipo de medicación, que quieren que esperen su trabajo de parto, que quiere soportar el dolor, ¿eso se respeta?

CL: cuando están acá en trabajo de parto se las estimula, entran y se las empieza a estimular con la medicación que se estimula, no se espera, igualmente todavía no he escuchado a pacientes que quieran, que vengan a proponerte que quieran aguantar el dolor en el trabajo de parto, la mayoría no quiere aguantar el dolor del trabajo de parto, piden cesárea, la mayoría, la gran mayoría, pero si he escuchado, si te preguntan del famoso goteo, si es el goteo, para ellas le pones un suero y es el goteo de trabajo de parto y tenes que explicar que no, que ese es un suero que no tiene nada, no tiene medicación, pero no he escuchado que no quieran, que quieran soportar las contracciones sin medicación, pero no, se las médica, desde el vamos, de entrada se médico, desde que entro y se fu a la sala con el famoso es miso para estimular y empiecen las contracciones y cuando vienen acá con la oxitocina para que siga estimulándose el útero y sigan as contracciones hasta que expulsa al chico, siempre se médica.

E: ¿qué es lo que le ponen primero que no te escuche?

CL: se le llama esmiso, prostaglandina me parece que es la droga que se, va en el cuello del útero para que empiece a dilatar, si eso funciona, se envía parto, si no funciona va a quirófano, pero ya con eso, ya empezas a medicar, porque eso hace que estimule el útero y empiece a dilatar, eso es muy famoso para los abortos también, la mayoría lo ponen para los abortos.

E: este, ¿en la guardia, el equipo permanece en la institución o es ambulatorio?

CL: no, en la guardia de acá de obstetricia estamos todos acá (todos acá) todos acá, incluso por eso estamos allá sentadas donde esta enfermería, estamos acá, en realidad donde estamos nosotras es en la guardia, porque esta todo cerca, si no hay alguien allá, cuando te

tocan timbre allá o la puerta vas a ver que están los chicos acá siempre están de a uno en la guardia, no es que se van a los pisos, esta todo dividido, están los que van a los pisos y los que quedan acá en la guardia, si en ese sentido no hay problema, al menos que este muy cargada la guardia como para que se trabe un poco la atención, pero si no, no. Pero es como te digo, tenes que luchar, pelearte a veces para que vallan, uno a veces pretende que vallan ya, pero si están continuamente.

E: bueno, eso es todo, muchas gracias.

CL: bueno gracias y espero que tengas mucha suerte.

Entrevista N6

MR: hola, ¿me vas a grabar?

E: te voy a grabar (risas) después tengo que desgravar todo ¿sabes cómo estoy no? Bueno empezamos.

¿Cuál es para usted la naturaleza y el contenido global de la disciplina enfermera? ¿Cuáles son los elementos esenciales para vos? Teóricamente cuales fueron eeeh los aportes dados por la carrera y cuantos vos aprendiste empíricamente.

MR: empíricamente un montón, muchísimo, viste que vos por ahí haces, estudias lo teórico o te van formando en lo teórico o te dan conceptos de una parte seria o te van diciendo como es eso o como debes realizar tal o cual cosa, que métodos usar, como hacer, pero al momento de la práctica es diferente, o sea es diferente es, acá que nosotras trabajamos en guardia, en la guardia de obstetricia, es diferente, la forma, si bien vos tenes algo de contenido de lo teórico, vas haciendo en el momento, vas trabajando eh, vas desarrollando, por ahí viendo como hacen tus compañeras, las personas más grandes, vas como desarrollando lo no tan teórico, tan puntual como te enseñan, entonces lo vas, para mí es como empíricamente porque es como que, lo vas, hay no sé cómo explicarte.

E: manejándolo o sea

MR: lo vas manejando, sí, yo aprendí por ahí más de mis compañeras que se jubilaron que en lo teórico, porque yo cuando entre, entre con lo básico que es el auxiliar y después acá vas aprendiendo mucho más cosas que lo que te enseñan, aprendí muchísimo de las personas más grandes, de las señoras pobres jubiladas, vas aprendiendo como es el manejo y como te desarrollas y ahí te das cuenta de que no es tan lo teórico en una urgencia por ejemplo.

E: ¿y con respecto al objetivo de enfermería? ¿Qué es para vos el objetivo principal de enfermería?

MR: el objetivo, y el respeto al paciente, mi objetivo o los objetivo me parece que es el respeto al paciente, cuidado, que el paciente se siente cumplir hable, porque vos también te pones del otro lado porque en algún momento vos sos paciente o fuiste paciente, entonces te pones, creo que eso, a mi me parece, ante todo el respeto al paciente.

E: Ok. Vos podes delimitar el espacio físico donde realizar tu labor como enfermera, el servicio donde, donde estás trabajando. Si tenes que salir a otros servicios ¿Cómo te sentís cuando tenes que salir a otros servicios?

MR: Mira he salido pocas veces, me vinieron a buscar he salido pocas veces, pocas veces, o sea las veces que me vinieron a buscar salí a colaborar pero acá en el servicio es como que cuando, por ahí lo que ve uno es entras a un lugar y te quedas ahí y como te estancas ahí, por ahí el área de pediatría yo no la conozco muy bien, es una cosa que por ahí tengo por ahí como un cierto, no sé si temor pero como sos padre, tenes hijos, siempre lo vas comparando, es lo malo por ahí que yo hago particularmente, pero este espacio, la verdad a mi acá en donde estoy diría mi abuela: estoy en mi salsa, porque es lo que me gusta, conocí esto, aprendí esto y es como que a mi…

E: ¿hace cuánto tiempo estas en este servicio?

MR: no hace muchos años, hace siete años, siete pero...

E: ¿acá en el centro obstétrico?

MR: centro obstétrico siete, es lo que me gusta, es lo que aprendí, me gusta, me gusta lo que hago, más allá de los conflictos que allá, de que por ahí, una cosa, otra cosa, otra cosa, como en todo lugar de trabajo me parece a mí no, pero a mí me gusta lo que hago.

EE: ¿vos te sentís más autónoma en este servicio que si te sacaran y te pondrían en pediatría por ejemplo?

MR: sí, porque yo por ahí, te, en pediatría los chicos, en vez de ayudar, creo que me voy a sentir, si no se el manejo de la sala, si no se el manejo por ahí de los chicos, la medicación de cada uno, los chicos es como que te, aunque vos quieras ayudar, dándole una mano a los chicos, a mis compañeros si no sé dónde está tal y cual cosa es como que me siento como un ente, más allá de que yo quiero colaborar con ellos pero, acá vos me pones acá y es lo que me gusta, es lo que yo aprendí.

E: ¿cuáles son las principales técnicas empleadas para realizar tu labor?, si ¿hay cumplimiento o incumplimiento de protocolos?

MR: ¿técnicas? ¿Cómo técnicas?

E: claro por ejemplo: ¿Cuándo llega la paciente se sigue un protocolo? Una paciente, una parturienta. ¿Cómo es el proceso? ¿Hay un protocolo a seguir cuando entra la paciente?

MR: hay un protocolo si a seguir pero creo que uno ya, lo que es enfermería siempre se manejó antes de que llegara un como diría un escrito de cómo, nosotros siempre lo hicimos, siempre, el respeto, el cuidado hacia la paciente, o sea nosotros la enfermería creo que siempre nos inculca el respeto del paciente , después vinieron cuando nos mudados a este

servicio nuevo de cómo nos teníamos que manejar de cómo, pero nosotros ya lo hacíamos, creo que nosotros ya o mis compañeras y yo, ya, o sea siempre realizamos eso.

E: claro

MR: ¿cómo era la pregunta?

E: si se sigue algún protocolo por ejemplo en el ingreso de la paciente, cuando la paciente está en trabajo de parto, si hay algún protocolo a seguir.

MR: no más allá, o sea de lo que vos puedas, vos actúas según lo que ya te dice el médico por ejemplo, la mama viene con su trabajo de parto, en su inicio trabajo de parto entonces vos ahí lo que tenes que hacer es bueno uno ya lo sabe el médico te indica o vos ya más o menos sabes cómo está la paciente, procedes a ponerle la vía, eeeh a pedirle su camisón aaaah bañarlas, a veces por falta de insumos no la bañas porque antes teníamos un pilón de toallas cuando esto se inauguró ahora las toallas no están entonces ya no tenes esa continuidad pero vas tratando de hacer todo lo mejor posible para la paciente, eeeh y después bueno, realización de vía, si necesitan si necesitan medicación, si necesita algún, otro tipo de cuidado so lo va indicando y lo vamos haciendo no hay, creo yo, no hay reglamentos así a seguir como muy puntual, que depende también de como ingresa la paciente porque hay pacientes que ingresan para trabajo de parto o para quirófano, o sea ahí trabajas diferente, si bien vos le pones pero ya vas haciendo otras cosas.

E: ¿Qué relación estableces vos entre las técnicas utilizadas y los protocolos establecidos por la ley de parto humanizado? ¿Conoces la ley? ¿Cómo la conoces? ¿Tuvieron algún seminario, curso o marco orientador con respecto a la ley?

MR: tuvimos un marco orientador sobre la ley (no puedo abrir los ojos del dolor viste cuando te duele la cabeza) eeeh ¿cómo era la pregunta?

E: si conocías la ley y si tuvieron algún curso o marco orientador y con respecto a lo que vos conoces de la ley, si hay una relación entre las técnicas que se utilizan y los protocolos establecidos por la ley.

MR: si, ya conocíamos la ley, ya nos habían traído un escrito y nosotros ya habíamos leído la ley ya sabíamos, eeeh no sé qué diferencia, cuál sería la diferencia, no lo puedo explicar, no se me viene.

E: no diferencia no, más que nada si hay alguna relación, por ejemplo entre las técnicas, como esto que me contabas vos, cuando es la admisión del paciente, que vos ya sabes que

le pones la vía, le pones un suero y listo, si hay alguna relación con respecto a lo que dice la ley.

MR: hay cosas que se cumplen sobre la ley y hay cosas que no por ejemplo, en la ley hay una parte que dice que tiene que ser naturalizado el parto y acá ingresa la mama y es como que siempre las están estimulando, ósea el parto no es tan natural, acá la están estimulando, si bien se dice que tiene que ser lo más tranquilo posible con el familiar, es imposible porque a veces también la sala está llena, o porque el familiar hay familiares que tenemos que se portan bien y otros que no, de los nervios entran y salen pero también invaden la privacidad de la otra paciente o sea que también no hay mucha, hay pero no hay tanta.

E: ¿cómo accediste vos al servicio? ¿Necesitaste formación previa?

MR: no, me eligieron, me dijeron se jubila tal, vamos a ser realistas, me anote, me llamaron, vine y me dijeron vas a cubrir este lugar porque se jubila tal persona, bueno listo y ahí empecé y ahí empezó todo y mi jefa anterior que te van guiando primero como tenes que hacer, te pasan a un turno determinado donde hay más movimiento de las cosas entontes te van como, te van preparando y después ya me pasaron para la noche y después como que vas, como que te van rotando para que vallas viendo como es el manejo de cada turno, porque cada turno, si bien el trabajo es el mismo paro todos los turnos se manejan de diferentes maneras, está bueno para vos aprender, para vos ya sabes cómo te manejas en tal turno, como es este turno, pero el trabajo es siempre igual, si no por ahí haces el trabajo de los médicos, a la tarde hay médicos de guardia, pero así hacen ellas.

E: ¿Cuál es para vos la participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones del servicio?

MR: ¿Cómo? ¿Cómo?

E: ¿que cual es para vos la participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones del servicio? Por ejemplo ¿Quién da las principales órdenes? ¿Cuáles son los límites? ¿Quiénes participan en el servicio? Si hay otras disciplinas además de obstetras y de enfermeras, hay médicos clínicos, licenciados en obstetricia, neonatologo, eeeh

MR: si vos decís si el enfermero tomo decisiones conjuntamente con licenciados obstétricos, con…

E: si, si lo toma conjuntamente y si lo toma de forma autónoma dentro de su servicio.

MR: y no, lo que nosotras, bueno mi jefa principal es la que toma por ahí decisiones pro como ella nos deja participar a todo el grupo, entonces todo el grupo tratamos de ponele hacen cosas sin avisar a enfermería, por ahí hacen no sé si maniobras, pero hacen cosas sin avisar a enfermería, entonces nosotros lo que estamos tratando de hacer es que nos avisen que nosotras también somos, si bien ellos son médicos, son licenciados, son, pero nosotros también estamos, somos un equipo, nosotros siempre le decimos que ellos no se manejen solos que somos un equipo, entonces siempre estamos, no sé si peleando pero estamos marcando de que nosotros tenemos que participar, de que tenemos que participar, de hecho médicos residentes escucha a enfermería, que es el que más contacto esta enfermería con los residente, como este es un hospital escuela, acá hay muchos residentes, entonces enfermería se maneja mucho con eso y a veces los residentes escuchan a enfermería y sino bueno esta después planta que es, pero también, lo que nosotros estamos tratando de marcar es que sea un equipo y estamos…

E: con respecto a los de planta vos ves que hay alguna condición hegemónica

MR: y algunos si, algunos sí, pero el médico que fue residente y después pasa a planta y sabe que enfermería, si enfermería está diciendo esto es así, esto es así fíjense, ellos es como que por ahí, pero es una lucha constante, pero nosotros siempre marcamos y el residente te escucha, algunos residentes te escuchan mucho, otros no, otros vienen con su ego, pero también se dan contra la pared porque necesitan de enfermería, siempre están necesitando de enfermería, siempre.

E: ¿cuáles son los modos y las frecuencias en que se desarrollan estos intercambios inter y transdisciplinar en el servicio?

MR: los modos, o sea los intercambios de decisiones, los, con charlas, charlas, entre jefe y jefe por ejemplo mi jefa con la jefa de residentes o nosotras mismas, nosotras si bien tenemos una jefa que delimita decisiones, pero siempre nos hace participar, siempre estamos participando, o sea que no es solamente la jefa, somos todos, nosotras por ejemplo a la mañana somos un grupo de cinco y las cinco, o sea que nos hace participar a todos, entonces siempre entre charlas, no es escrito en esas cosas, no hemos llegado a notas , pero si intercambiar.

E: ¿Quién recibe a la parturienta? ¿Quiénes intervienen en ese recibimiento?

MR: no cuando ingresan a admisión, o cuando ya están acá

E: claro cuando ingresan a admisión, que ustedes lo llaman, porque esto es como la guardia.

MR: eso sería admisión, admisión es la guardia de obstetricia. ¿Quiénes la reciben?

E: si

MR: enfermería, primero la recibe enfermería y después se presenta, se ve, se toma todos los controles, se preguntan porque vienen y después se presenta al residente, tanto obstétrico si hay obstétricos o si hay de gineco, pero siempre la que recibe a la paciente es enfermería.

E: ¿Cómo se realiza la evacuación en caso de complicación si el familiar está presente? y ¿hasta dónde se permite la participación del familiar? En lo que es el trabajo de parto y el parto en sí.

MR: si hay una, si hubiera una complicación, como es el manejo.

E: si

MR: y se trata de, se trata no, cuando una ve médico y enfermero ve que ya la paciente esta como media complicada o cuando llega, que en realidad se complican cuando empiezan a bajar los latidos del bebe o cuando él bebe ya tiene un poco de, entonces uno siempre está, enfermería siempre esta como mirando, observando, controlando, entonces tanto el enfermero, como el residente que esta con la paciente, ya por ahí entre miradas o entre "no te parece que, si" , entonces se trata de sacar al familiar, no asustarlo, entones si el familiar se asusta, si vos asustas al familiar no sabes cómo va a reaccionar, entonces ya cuando uno va viendo que hay cosas que no están como muy bien, entonces se trata de sacar siempre hablando tanto enfermería, como el residente, hablando al familiar para que el familiar no se asuste, y la participación cuando se ve medio complicado es como que, si bien se va informando, lo dejan participar, no tanto como un parto normal, como una cesárea normal, cuando es de complicación, cesárea por ejemplo los padres no ingresan, si se lo mantiene informado, cuando se complica en un parto normal también se va informando, pero no se deja ingresar a la recepción del recién nacido, siempre se va informando pero siempre tratando de que el familiar no se asuste, no se…

E: ¿y si es un parto normal el familiar siempre ingresa?

MR: si, siempre ingresa, si él quiere, siempre se pregunta si la mama quiere porque primero es la mama, la mama elige quien quiere que ingrese, si la mama dice que no, por ejemplo tuvimos un parto donde la mama quería pero el familiar no, después tenemos el otro parto

que la mama si quería que este creo que era el marido, porque a veces suelen pasar marido, la tía, la abuela, pero uno solo, primero a la madre se pregunta quien quiere que ingrese y en ese sentido esta bueno porque es una emoción general para todos, la emoción de un recién nacido es , es emocionante.

E: y en la cesárea me dijiste no, nunca pasa el familiar.

MR: no nono, pasa el familiar, pro cuando ven que la cesárea ya se viene con alguna patología, no ahí, igual ahí se trata, trata no, trata de informar como viene, como van hacer las cosas, pero no ingresa, también ojo que depende del médico de guardia, de la gente de guardia, hay gente que quiere que ingrese para que vea que no fueron por culpa del médico fue culpa de esto, y hay gente, hay médicos d guardia que no, pero están pasando, cesárea se está dejando pasar a todo familiar que quiere ingresar a cesárea pasa.

E: Ok, ¡bueno muchas gracias!

Entrevista N°7

SA: una de las mejores experiencias para tu tesis hubiera sido tenerlo acá.

E: si, o en el ponele, si pero hubiese preferido…

SA: tenerlo acá

E: hubieses preferido…

SA: porque lo hubieras visto del lado del paciente.

E: la pase mal eh, yo.

SA: porque fuiste a la clínica del niño mi amor, hubieras venido acá.

E: y me di cuenta después, porque en ese momento yo me di cuenta que estas tan sensible que no…

SA: hay, hay a veces como un preconcepto con esto del hospital y yo creo que la gente se equivoca mucho, yo te digo porque a mí me paso también, yo era de ahí no, el hospital público no, en su momento cuando tuve a mi hijo lo tuve en la clínica Pueyrredón, yo no tenía cobertura social, o sea tuve que pagar la cesárea particular, la internación particular por tenerlo en una clínica, porque yo sorry al hospital no iba.

E: una fortuna

SA: mi hijo, si, nació con intrauterina, el mismo día lo derivaron para acá, me como un año acá dentro con el nene, es como esas lecciones de vida, de que no por nada siempre digo lo mismo, no por nada me hice enfermera,

E: y a mí me paso lo mismo pero con mi sobrina, mi sobrina tuvo leucemia y…

SA: pero no es lo mismo que tu hijo (lagrimas).

E: claro.

SA: no es lo mismo.

E: no, pero igual yo después de la enfermedad de mi sobrina, me empecé a estudiar enfermería.

SA: no es lo mismo porque qué se yo, estando con él en la Neo, estas las veinticuatro horas del día, yo por ahí estuve expuesta, si pero por ahí vos por tu sobrina, no aprendiste hacer o a manejar un tratamiento oncológico.

E: claro, no nono, no, más que el acompañamiento a mi hermana fue.

SA: bueno yo a mi hijo después lo tuve acá a siendo enfermera con un tumor cerebral cuando lo derivaron a la terapia y lo atendí yo, o sea primero estuve como mama, después

estuve como enfermera de mi propio hijo, o sea por ahí es por eso, amo el hospital y haría otros laburos pero esto no lo dejaría, más allá de lo que me pague, porque como experiencia, primero como profesional ves lo que no te imagines, por eso es un hospital escuela, porque ves de todo y por ahí vas seguramente, no conozco tanto el … pero debe ser diferente el tipo de público que manejan, más allá del paciente que manejas acá.

E: si, si re diferente, mira que yo no estoy en la parte de maternidad.

SA: ¿Qué haces vos allá?

E: yo allá estoy con adultos, estoy en la parte de traumatología y cirugía general, cirugía sucia.

SA: yo siempre digas, mira nunca digas nunca porque somos enfermeras y uno nunca sabe dónde puede a ir a parar, de hecho yo siempre decía yo estudie enfermería para hacer pediatría, de hecho hice terapia intensiva de pediatría, hice neonatología terapia intensiva de neonatología, hice terapia intermedia y después por una cuestión de horarios y demás yo decía obstetricia ni en pedo. No me gusta adulto.

E: como yo con los chicos.

SA: a mi adulto no me gusta y de alguna manera vine a parar acá y acá el concepto es la enfermera es del hospital.

E: si allá también pero maternidad yo siempre les digo no.

SA: es más acá cuando se habrá el servicio de enfrente tenes que ir a cubrir, se abre como un anexo de pediatría enfrente y ahí bueno nadie sabe de pediatría vamos y te sacan de las manos y que se yo y termino allá, haciendo pre quirúrgicos de pediatría, tenes que tenes como esa cintura de…

E: si, de poder manejarlo

SA: en este caso por ahí mis compañeras han hecho obstetricia, yo no, yo soy como la que, bueno ahora hay otra chica que está de vacaciones que también hizo neonatología, laburo en quirófano, tiene otro tipo de experiencia, pero bueno acá estoy.

E: bueno pero te gusta

SA: soy enfermera, me gusta lo que hago, yo me di cuenta acá, yo me di cuenta de eso, los primeros quince días, lloraba (risas) y no me gustaba y no me gustaba, vos mañana me decís hay una lugar en la terapia, me voy a la terapia porque a mí me encanta el paciente crítico, me gusta el paciente respirado, el paciente que le tenes que estar todo el tiempo

encima y laburo diario, a mí eso me encanta, me apasiona, si me decís mañana te vas, yo me voy a la terapia tanto de neo como de pediatría, prefiero la de pediatría eeeh, pero acá aprendí un montón de cosas y soy enfermera y aprendí a disfrutarlo y me gusta mucho mi grupo de trabajo, eso no lo cambio por nada, mi grupo de trabajo es genial, es genial, por ahí hay en otros turnos hay mucha más competencia.

E: ¿está complicado, no?

SA: si, no hay tanto compañerismo, por eso te digo está un poco más áspero.

E: Bueno ¿cuál es para el contenido global de la disciplina enfermera?

SA: ¿a qué te réferis?

E: eh ¿Cuál es el objetivo supremo para vos de enfermería?

SA: poder brindarle atención y ayudar al paciente, contención, lo que necesite en el momento, lo que sea prioritario para él en ese momento, aunque a veces la contención y el cuidado no solamente tiene que ver con lo físico, a veces por ahí tenes una mama que refiere dolor y contracciones y muchas veces la ayudas más desde el costado psicológico y no tanto de ponerle un apósito o ponerle una vía, no siempre se trata de eso, a veces cuando te pones a investigar en el paciente te das cuenta que por ahí, esos dolores, esas cosas tienen otro, otro trasfondo, entonces los cuidados también pueden ir por ese lado.

E: y teóricamente.

SA: el cuidado básicamente.

E: si, el cuidado, y teóricamente ¿cuántos de los aportes fueron dados a partir de la de enfermería de la carrera que vos estudiaste y cuantos vos aprendiste acá empíricamente?

SA: de la táctica a la práctica, yo creo que es un poco y un poco. Creo que la teoría te da una carga de conocimientos que después aprendes a volverlos plásticos y adaptarlos de acuerdo a la realidad, porque el libro te da conocimientos, pero el tema que cuando vos chocas con la realidad, la realidad no es como en el libro, porque es la vida misma, entonces tenes que aprender a tener esa cintura de aplicar los conocimientos de acuerdo a la realidad de la situación, es un poco y un poco. Y empírico, yo creo que tiene que ver con la empatía que uno tiene, desde ahí empezas a ver un poco, empírico desde la práctica misma no, porque la practica tiene metodologías, tiene, por ahí eso lo ves más en la neo, tiene protocolos que segur, eeeh nada, el manejo de procedimiento estéril, es manejo de procedimiento estéril ahí no hay empírico, o por lo menos no en mi caso, porque en la neo

había muchas enfermeras empíricas, pero no, desde ese punto ha sido todo, tenes lo que me explique alguna otra enfermera por ahí variantes de procedimientos de acurdo el servicio, no es lo mismo el manejo que yo tenía en la terapia de pediatría que la terapia de neo, varían los protocolos más que nada, pero creo que es un poco y un poco.

E: vos ¿podes delimitar el espacio físico donde realizar tu labor?

SA: ¿delimitarlo?

E: si, ¿vos dónde estás trabajando actualmente?

SA: pasa que acá vamos rotando, o sea, este servicio es todo, y no tenemos, no lo delimitamos, en este turno, no se trabaja tan así, o sea esta es mi semana en la que yo estaría de volante, cubriendo en realidad la guardia, adelante, porque tengo una compañera que está de vacaciones, pero cuando estoy de volante cubro donde haga falta a la que este de franco, pero que pasa, yo por ejemplo ahora, no tenía ninguna paciente adelante y estaba trabajando acá atrás porque se hicieron dos partos simultáneos, o sea que yo no me limito tanto a bueno, estoy en mi semana de admisión y me siento allá adelante así aunque no tenga nada porque si acá atrás explota de trabajo vengo y trabajo acá atrás y eso es bastante….

E: entonces ¿este servicio que abarcaría?

SA: abarca lo que es la guardia, la recepción de los pacientes allá adelante, lo que sería la urgencia o las mamas que vienen de la calle vamos a decirle, preparto que es todo por donde vos ingresaste y parto es de aquel lado (señalando hacia el final del pasillo), hasta ahí, hasta acá, de acá para, desde nuestro estar en adelante es el quirófano allá atrás y ellos se manejan, están dentro del servicio porque es quirófano de obstetricia pero son aparte, me entendes, pero el trabajo tratamos de que sea así, de funcionar como equipo porque tampoco da para que vos estés adelante así, mirando una revistita de cosméticos, mientras atrás son dos que se están matando con el trabajo, entonces, y lo mismo mi caso, si yo me cae una urgencia, una hipertensa, una eclampsia y tengo otra mama que va a pasar a quirófano, una urgencia, tratamos de (como andamos, que haces clau, hola que tal, hoy no vino…., no está confirmada, pero…así, bueno) ella por ejemplo es enfermera de quirófano ella está allá adentro, nono, se encarga de toda esa parte, igual a su vez se trabaja también en equipo porque ponele nosotras a la mañana tenemos las ligaduras y yo le aviso a ella porque ella la está esperando, ya cuando se que está afuera la ligadura, ya la llamo le aviso

o cuando la veo le aviso que la tengo para que ella pueda ir preparando adentro del quirófano me entendes, siempre se trata de trabajar en equipo, por eso yo no sé si me limito en cuanto a mi lugar o a la función que estoy cumpliendo esa semana.

E: bueno mejor igual, porque vas ayudando a tus compañeras.

SA: por una cuestión de trabajo en equipo.

E: ¿alguna vez te sacan del servicio? ¿Vas a otro servicio?

SA: ahora hace tiempo que no, pero montones de veces sí.

E: Y

SA: al punto de que ya estaba re podrida, al punto de que nosotras nos organizábamos para ser tres para poder laburar medianamente cómodas pudiéndonos tomar claves días que tenemos guardados, yo he tenido diez días guardados y no me los he tomado para poder ser tres, para poder trabajar más cómodas, y que vengan y me saquen y que queres, muliando perdóname la palabra, muliando como si, y para eso me hubiera tomado un franco una clave para no ir a cubrir otro servicio, por ahí ahora ya no, o hace un tiempo que no.

E: ¿Cuál son las principales técnicas empleadas para la realización de tu labor? Si hay un cumplimiento de protocolos a seguir.

SA: técnicas, por ahí lo que es el manejo, colocación de venoclisis, ¿a eso te réferis?

E: si

SA: eso, al manejo del campo estéril para el parto, no sé y que más, bueno tenes los protocolos de lo que es las cargas de o lo que es administración de medicación de la oxitocina, hay ciertos protocolos, bueno el manejo de la preclampsia y la eclampsia, de la paciente hipertensa, de la paciente diabética, de la ligadura tubarica hay procedimientos a seguir de acuerdo a el caso, si, ¿pero qué? ¿Queres que te describa alguno?

E: no nono, ¿se cumplen? O sea ¿vos tenes estos protocolos y se cumplen?

SA: yo los cumplo, yo soy una rompe pelotas con eso, yo soy la más meticulosa de todas, yo por ahí ya vengo con la de la neonatología que es así (golpea la mesa) y a mí me gusta el trabajo así, me gusta trabajar de esa manera, me gustan los protocolos porque unifican hacen una sola forma de trabajo, más allá de si la guardia es de doce a dieciocho, si la guardia, porque no es cada uno trabaja como se le canta, yo soy partidaria de los protocolos, a muchos sé que no les gusta, a mi sí.

E: ¿qué relación establecerías vos entre estas técnicas utilizadas y los protocolos establecidos por la ley de parto humanizado? Si conoces la ley y si tuvieron algún seminario, curso o marco orientador dentro de la institución

SA: si, se dieron charlas sobre la ley de parto humanizado y, nada pasa que nuestra forma de trabajo, ya previo a pasar a este servicio siempre desde enfermería se trató de de respetar mucho a la paciente y no sé por ejemplo para mi desde el momento mismo que viene a la guardia las mismas parteras o los médicos se me ríen porque, porque se les ponen camisolín a la paciente cuando se la va a tactar no, yo que hago, cuando la paciente se va a cambiar para traerla para preparto se tiene que sacar todo incluyendo el corpiño y ponerse el camisón, bien yo con ese mismo camisolín que tiene puesto para cubrirse que hago, le hago tipo biombo y la tapo y se me ríen porque soy la única que lo hace, pero yo le digo ahí bueno, a ver si yo me tuviese que quedar en tetas delante de cuatro o cinco personas estaría incomoda y es parte de mi trabajo es proteger y cuidar la dignidad de mi paciente , porque yo no puedo evitar ponerme en el lugar del otro, por ahí muchas mamas te dicen ahí deja no importa si somos todas mujeres, muchas veces ni al mismo paciente le preocupa, pero a mi si, a mi si porque es mi función, porque no puedo evitar pensar, yo como me sentiría si estuviera en el lugar del otro.

E: y vos ¿la ley la conoces? me dijiste

SA: más o menos, yo por eso te decía, mucho como la metodología de trabajo no se ha modificado porque para cuando salió la ley nosotros ya hacía rato que acá hacíamos, es más del otro lado cuando se podía hacíamos pasar familiares, muchos no nos dejaban pero nosotros de contrabando dejábamos pasar familiares, acá para cuando nos vinimos acá, antes de la ley ya hacíamos pasar a los familiares porque, porque para nosotros estuvo buenísimo esto de poder dividir el pre parto del parto y que el parto fuera individual, antes del otro lado teníamos tipo tienda de campaña como un hospital de campaña y era (hola que tal chicas) era camilla, camilla, camilla y yo me paraba en el medio y tenía parto de un lado y del otro y era como que el tema del familiar se complicaba porque tenías, no tenías privacidad, no tenías una división y acá es como que fue buenísimo para nosotros porque dijimos bueno tenemos el parto individual que entre el familiar, lo mismo que el preparto, el preparto a pesar de tener un biombo, a veces como que se nos complica más porque bueno ahí es ya más difícil mantener la privacidad, pero a la noche ponele o en los

momentos que son más tranquilos dejarlos pasar o si la paciente vemos que se descontrola mucho, se lo hace entrar igual, ya se hacía de antes, entonces cuando salió la ley como que ha bueno, pero no modificamos mucho eso, el tema de la oxitocina ponele, es un tema que se está confrontando con los médicos, con qué necesidad, déjala, nos peleamos bastante.

E: ¿Cómo accediste vos al servicio?

SA: ¿Cómo?

E: ¿Cómo accediste vos al servicio? Si tuviste alguna capacitación, bueno igual vos tuviste mucha capacitación, pero…

SA: me dijeron bueno necesitas tal horario porque tenía cuestiones personales, pum obstetricia, listo (risas) no me dejaron otra.

E: ¿Cuál es para vos la participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones del servicio?

SA: en la toma de decisiones, aun es difícil, es difícil, es una pelea, es una pelea, se toman decisiones, no sé si la toma de decisiones, tiene que ver más por ahí acá con lo que es la organización y nada, en realidad el servicio muchas veces está organizado por nosotras, cuesta en relación a nosotros profesionales que no nos permiten tomar decisiones es una pelea constante, todo tiene su lugar, en lo personal yo siento que tenemos que pelear mucho.

E: ¿hay para vos alguna condición hegemónica?

SA: si, si, permanente y eso que dentro de todo acá no está tanto esa cosa del médico, y yo tampoco me pongo en esa, yo todo el tiempo estoy, yo soy profesional, de hecho yo he tenido notas por médicos, por peleas que tuve, al punto de querer forcejearme para frenarme, de ponerme una mano encima, no, o no te creas que porque sos medico vas a venir a pegarme dos gritos, porque a mí no, yo no soy sirvienta, ni secretaria de nadie yo soy enfermera (ruidos) es otro tema, hacemos diferentes cosas pero yo merezco el mismo respeto que vos, creo que tiene que ver con la perspectiva que tiene cada uno individualmente en su profesión, yo creo que lo que hago yo es tanto o tan valioso como lo que hacen ellos, pero es diferente, por eso tenemos constantemente peleas por eso.

E: ¿cuáles son los modos y las frecuencias en que se desarrollan los intercambios inter y transdisciplinar en el servicio? O sea desde el vamos, ¿quién recibe a la parturienta? Y ¿Quiénes son los que intervienen? Si ¿está el obstetra, el neonatologo, anestesista?

SA: depende al médico que te refieras, porque por ejemplo en la recepción en la guardia, están los médicos o las parteras y nosotras, somos los primeros que estamos en la primera instancia de y después ya en el parto mismo, por eso no sé a qué te réferis ¿al parto mismo?

E: si a todo, desde la recepción, trabajo de parto, parto.

SA: y en primera instancia, los médicos, las parteras o las parteras y nosotras, en realidad la primer persona que tiene trato con la paciente somos nosotras, de hecho el médico no la puede revisar hasta que nosotras no la controlamos, eso es otra lucha, no le puedo hacer entender que si la revisan antes se le alteran todos los signos vitales, o sea que tiene un motivo de porque tengo que controlarla primero, porque si no mis vitales no van a ser reales, es así, si yo a vos te meto una sonda nasogástrica por ejemplo, mis vitales no van a ser reales, bueno les cuesta entender eso, algunos por ahí como ya me conocen y saben que me enojo mucho me respetan, pro en primera instancia nosotras, después ellos y después nada, en el momento del parto, ya ellos, nosotras y el neonatologo con la enfermera, la nurse.

E: y el médico esta adelante en la guardia de admisión o lo tienen que ir a buscar.

SA: depende la hora, pero por lo general hay que ir a buscarlo, porque pasa que el médico también tiene muchas tareas, no es un médico de acá, o sea es médico de obstetricia, obstetricia es un triángulo, me entendes que es acá, en la parte de internación y en la parte de alto riesgo, en esos tres lugares, y ellos ponele a la mañana, hacen la guardia, tienen que hacer control de todas las pacientes de internación de todas las de alto riesgo y es un tema porque tienen mucho trabajo y muchas veces no están, por ejemplo yo de hecho desde que tome la guardia, tengo una paciente allá afuera esperando, que la hice pasar la controle y el médico bien gracias, se me hicieron dos partos simultáneos, hemos tenido que hacer partos nosotras muchas veces, porque no hay nadie y para cuando el médico vino ya estamos con el chico en la mano, si una vez hicimos un parto allá adelante en admisión, la madre pario parada, si no sabes lo que fue, mi compañera atajo al chico así, sin guantes, sin nada, como venía, los médicos en ese momento no estaban, y a veces pasa o se hace un parto en cama, y si pasa.

E: y con respecto a la medicalización que vos me decías, quien decide la medicación de la paciente, o sea si viene una paciente con el tema de esta ley nueva que salió y dice yo no

quiero medicación para el dolor, no quiero nada, quiero que mi parto sea natural, quiero que se respete mi tiempo de parto.

SA: yo creo que como todo, tiene que ver con el profesional que este en ese momento y por lo general se respeta, se respeta, si la madre viene con una indicación clara como esa, tiene que ser una indicación, un pedido claro.

E: oh bueno, quiero cesárea, si la paciente quiere cesárea.

SA: muchas veces se trata de cambiarle la idea de la cesárea, pero por una cuestión del beneficio para el paciente, otra veces no quieren cesárea y tienen cesárea igual porque es una indicación necesaria por cuestiones del bebe, por cuestiones de salud de la madre es como que eso también en la ley no está muy contemplado por eso hay cosas que son muy ambiguas que son medias peligrosas, porque eso quiero el parto en mi casa y después se arma el quilombo como en Neuquén Rio Negro que se le muere la criatura porque no, no siempre se puede hacer, yo no estoy de acuerdo con eso, porque en el medio también hay una criatura por la que nosotros también tenemos que velar que no puede elegir, me entendes, es muy lindo, el parto en tu casa todo lo que vos quieras pero en tu casa no tenes un neonatologo, a veces cuesta también que la gente o sea, tenes que tener un nivel de educación también del paciente para que entienda ciertas cuestiones, de hecho ayer me paso con una boliviana, las bolivianas por lo general se resisten a la cesárea y la chica iba todo el tiempo yo no quiero cesárea el caminito este cortito llorando, hasta que la lleve al quirófano, y yo le explicaba, entende que no es una cuestión caprichosa la cesárea, él bebe no descendía, no sé si tenía una circular de cordón, no me acuerdo, pero hay una indicación, estaba haciendo una bradicardia, o sea yo le explicaba tu bebe está corriendo ciertos riesgos que por eso se está decidiendo una cesárea, no es por caprichos de los médicos, es porque hay una situación complicada para tu bebe y para que no sufras se te hace una cesárea, no pero yo no quiero, muchas veces no quieren porque bueno hay que tenes en cuenta ciertas cuestiones culturales, necesitan volver rápido a trabajar, yo entiendo todo lo que vos quieras, pero para que vos vuelvas mañana a trabajar no te puedo mandar a tu casa con un chico muerto, depende de cuál sea tu prioridad, no sé , pero después cuando el pibe se mure la culpa es nuestra. Entonces bueno, a veces no sé si toman mucho tiempo en hablarlo con el paciente, es como bueno mama vas a ir a cesárea, se le informa al familiar y pum a cesárea y en el camino, la mina llora y llora porque nadie le explico bien porque se está

eligiendo o decidiendo la cesárea, a veces estaría bueno que se le explique que no es algo caprichoso, ni una decisión autoritaria del médico, pasa que muchas veces como que también les cuesta bajarse de ese lugar se hace cesárea y listo en el medio estamos nosotras tratando de hacerle entender al paciente los porque, los cómo, que se yo, yo para cuando llegue y me la recibieron allá, ya la mama no lloraba pero ahí tuve que hacer una cuestión de contención de, de entende que es por el bien de tu bebe que también se podría haber hablado en la habitación.

E: bueno eso sería todo entonces.

Entrevista N° 8

E: ¿Cuál es para usted la naturaleza y el contenido global de la disciplina enfermera?

BL: ¿la naturaleza y el contenido?

E: si, o sea, los elementos esenciales que consideras vos que constituyen la profesión, cual es el objetivo principal de enfermería.

BM: bueno como todo personar de salud, es brindar el bienestar y, y calidad de atención y uno de los objetivos, fundamentales, no objetivos, no, de las condiciones necesarias para eso es la instrucción, la capacitación, trabajar con fundamentos, con teoría, con práctica.

E: teóricamente ¿cuántos de estos contenidos fueron dados dentro de la curricula de la carrera y cuantos vos aprendiste empíricamente?

BL: teoría, yo estudie acá en el hospital, de teoría te dan mucho y hay muchísimo más, que creo que lo demás corre por cuenta de cada uno, seguir buscando, seguir capacitándote, creo que te da igual lo básico y vos de ahí cuando salís a trabajar, la practica si, tuvimos muchas prácticas, porque al estar estudiando en el hospital, desde el primer día estas dentro del hospital y eso te ayuda un montón, al día que te recibís, te sentís más, si entras a trabajar acá mismo es como que ya te sentís parte del lugar, y por ahí te es más fácil, eh ya conoces la gente el personal de verlos todos los días y empíricamente, ¿a qué te réferis?¿cosas que he aprendido sin conocimiento teórico?

E: que te pueden haber llegado a enseñar la gente que esta acá

BL: no enseñar sí, todos te pueden llegar a enseñar algo, pero creo que lo mejor es tomar lo que a vos te parece de cada uno, eh lo más indicado, después vas armando tu propia, tu propia forma de poner las vías, tu propia forma de atender a el paciente, tu propia forma de higienizarlo como preparas la medicación, siempre hay una, algo que te lo dan en teoría como debería ser, después vos te va a adaptar como lo podes porque no siempre hay ni insumos, ni personal, ni tiempo, a veces somos tan pocas que eeeh estas corriendo, y no podes hacer las cosas como las quisieras hacer, entonces creo que en porcentaje, no sé si hablarte en porcentaje, pero es mucho lo que aprendes en la práctica y como te digo por más que vos estés , te recibas y empezas a trabajar, si vos no, no seguís incorporando teoría y nuevos conocimientos más en salud que todos los días tenes algo nuevo es muy difícil seguir el paso también, si no te quedas atrás porque viene gente nueva y viene con otras ideas y lo bueno es eso también poder de la gente nueva aprovechar cosas porque por ahí

siempre se piensa que el que esta es el que sabe y por ahí el que viene trae un montón de cosas que te puede enseñar también y es como te…es un complemento eso está bueno poder incorporar de los nuevos y de los que ya están y vos ir armando tu forma de trabajar, por supuesto hay cosas que por reglamento hay que hacerse de determinada manera pero después al momento de hacerlas creo que cada uno tiene sus habilidades particulares y las hace de determinada forma.

E: ¿podrías delimitar vos el espacio físico en donde realizas tu labor? ¿En qué servicio estas?

BL: yo estoy en el servicio de obstetricia acá del Materno Infantil, eeeh soy enfermera de partos no de recién nacidos, trabajo atendiendo a la mama, el servicio se divide en una guardia, la obstetricia y en la parte de partos, hay sala de partos, de prepartos, donde la mama hacen su trabajo de preparto y las salas de parto donde ya pasan para parir, eeeh, la guardia es un trabajo donde vienen las mamas, en teoría tendrían que venir a consultar por temas de guardia o por cosas, accidentes o cosas, desencadenamiento de un parto, muchas veces lo usan tipo consultorio también entonces ves de todo, en la guardia tenes de todo y trabaja las veinticuatro horas y tenes las veinticuatro horas atendiendo madres. Y partos por ahí estas, haces el acompañamiento a la madre durante el trabajo de parto, la atendes en el parto y ya el posparto pasa al servicio de internación que es acá otro servicio sala ocho o alto riesgo depende la madre, y no sé ¿qué queres que te hable, la labor o el servicio nada más de lo que se hace acá?

E: No, por ahora es la limitación y por ejemplo a vos ¿te sacan a veces de tu servicio? Y si te sacan ¿Cómo te sentís?

BL: y en teoría este año a mí me sacaron dos meses de mi servicio para llevarme a un consultorio en la guardia que se abre todos los años el IRAB que es de infección respiratorias aguas bajas, eeeh se arma todos los años un grupo de trabajo con enfermeros y médicos, me preguntaron si quería ir, yo accedí, podría haber dicho que no, pero a veces te obligan, no está la opción de decir que no, y no me gusta cuando te sacan, en realidad no es que no me gusta, yo creo que el miedo que tenemos muchos yo desde que me recibí hace dos años y medio que estoy acá y entre a partos y no se otra cosa que partos o sea te puedo hablar de la medicación de partos como se pasa, a cuanto se pasa, en qué momento se pasa, pero si vos me sacas, me llevas a pediatría, yo nunca fui a pediatría y creo que es eso el

miedo de, la otra vez me llamaron para que fuera a cubrir doce horas a pediatría, yo le digo yo voy a ir, pero más que ir a ayudar voy a ir a aprender porque no tengo ni idea, nunca estuve en pediatría, entonces por ahí estaría bueno ya entrar con una estructura creo yo, capaz que no eeeh, pero por ahí podría funcionar que los enfermeros roten 6 meses en cada servicio y capacitarse seis meses o un año en cada servicio y así creo que estaría más cubierto el hospital también cuando hay faltantes y todo porque es un tema, a mí me encanta estar acá en parto ya te digo, o me hablas de una terapia un respirador de un algo, ni siquiera tenemos internación acá en partos, entonces es como que hay muchas cosas que no ves de una internación, el paciente acá es pasajero, entra completa dilatación tiene a bebe y se va, no tenes un contacto con muy, si pasan cosas de emergencia como una eclampsia, una mama convulsivando o esas cosas pero lo ves muy pocas veces, si no rotas obligadamente o t pasan a otro servicio obligadamente por un tiempo tampoco aprendes otra cosa, medio te estancas acá dentro.

E: Eh, ¿cuáles son para vos las principales técnicas empleadas para la realización de tu labor?

BL: ¿técnicas?

E: ¿si hay cumplimiento de protocolos?

BL: Y, es muy difícil, como te decía hoy, por más que hay un protocolo creo que acá cada uno lo hace a su manera, si cumpliendo lo básico que vos sabes que no se, es una mama que esta covulsivando, oxigeno, vía, oxígeno, hay cosas que sí, sí o si las tenes que tener, después el tema de las técnicas, por ejemplo, colocación de abocaht, vos te podes sentar acá un día entero y todos le ponemos de diferente forma, el tema es que en el momento de fundamentar porque lo pones así, por ahí no te lo pueden fundamentar porque hay muchas falencias con respecto a las técnicas para mí lo que es esterilidad por ejemplo no se cumple mucho eeeh, pero te digo por cada uno, no porque no te lo enseñen, enseñar te lo enseñan bien, te lo enseñan cómo debería ser, como te digo y después a veces como que se desvirtúa un poco hasta que pasa algo grave y entonces todos empiezan a hacer las cosas bien y después caen, no se una pavada como poner una vía sin guantes, no podes poner una vía sin guantes y acá tenes gente que lo hace y después pasan cosas que no tienen que pasar.

E: claro, accidentes de trabajo.

BL: si, accidente laborar prevenible, te queres morir, pusiste una vía sin guantes, te llego un HIV positivo de esa mama y vos para esto te ensuciaste todas la manos, esas cosas pasan, pasan, y son evitables cien por cien es, no sé si llamarle negligencia o falta de responsabilidad, no sé, porque además para cuidarte vos misma no, porque poner una vía sin guantes podes infectar a una madre como vos infectarte con algo no, son cosas evitables es simplemente ponerte un guante, por eso las técnicas no se respetan mucho.

E: ¿qué relación establecerías vos entre las técnicas utilizadas y los protocolos establecidos por la ley de parto humanizado? Si conoces la ley ¿Cómo la conoces? Si tuvieron algún curso, seminario, marco introductorio sobre la ley,

BL: no sé bien lo que me preguntaste al principio, que relación podría establecer…

E. entre las técnicas que vos utilizas y los protocolos establecidos

BL: si, si…

E. viste que la ley tiene protocolo de parto

BL: bueno, hay muchas cosas de la ley que no se cumplen, por ejemplo el parto humanizado en teoría, no tendrían que poner oxitocina, y acá se usa la oxitocina, usan todos la oxitocina excepto que se una madre con una cesárea anterior y quiera probar un parto entonces que se deja en libre evolución, eeeh no siempre los maridos puede acompañar a las madres en el preparto porque ediliciamente hay dos madres por habitación y la verdad que no tendría intimidad una de las madres si está el marido de la otra, es un momento muy vulnerable para la mujer porque esta desnuda con un camisón que a cada rato la tactan y por más que yo ponga un biombo en el medio, por ahí nosotros hacemos pasar al marido cuando está sola la mama en la habitación, sí. Y bueno, hay gente que se enoja y que te viene con la ley en la mano y bueno, tenemos habitaciones que son individuales, dos habitaciones en el servicio, donde en última instancia se lleva a la mama a esa habitación y puede entrar el marido, esa era la idea se llama TPR que es la habitación de trabajo de parto, parto y rehabilitación, son habitaciones que tiene camas que se hacen camillas de parto, la mama puede hacer su trabajo de parto ahí, parir y hacer la recuperación ahí, eeeh son individuales, esta buenísima es como una sala, se trasforma en una sala de parto, no tenes que estar trasladando a la mama a la sala de parto, creo que a veces tampoco se le informa mucho a la mama de todo lo hacen, de cómo se lo hacen y porque se lo hacen, a veces una mama pasa a una cesárea y no sabe ni porque, muchas veces esta que a la mama

leda vergüenza preguntar o se piensa que si pregunta le van a contestar mal o no le van a contestar y yo siempre le digo pregunta diez veces lo que no entiendas, todo lo que te digan, vos tenes derecho a saber qué es lo que están hablando de vos, porque la mama escucha hablar de ella, que es la medicación que te están poniendo, porque te la están poniendo, porque te hacen una cesárea, siempre tienen que preguntar todo porque es un derecho que ellas tienen, es su cuerpo y es su vida y tienen derecho de saber que están haciendo. Eeeh yo creo que en la nueva camada de parteros y obstetras, si esta mas ref., mas practicada la ley, más puesta en práctica, ellos son los que más eeeh, están eeeh trabajando con el parto humanizado, por ahí cuesta más con los del modelo medico hegemónico que no quieren que entren, hay una ley que le permite al padre entrar al quirófano y hay médicos que no quieren que entre el padre al quirófano, entonces... eeeh ahí es donde se ve más la resistencia al cambio, pero yo creo que todos los médicos nuevos están, ya entran con estas ideas y son los que están haciendo que las cosas de a poco vayan cambiando.

E: ¿Cómo accediste al servicio y necesitaste formación o capacitación previa?

BL: no, no tuve capacitación, me hubiera encantado, pero no tuve capacitación, me recibí, el primer día me dijeron vas a parto por suerte tuve buena compañeras que me enseñaron de todo desde poner una vía, porque de las vías que podes poner haciendo una práctica, no es lo mismo acá en la urgencia con la mama que está pariendo, qué esta con una contracción, que no la podes pinchar, eeeh tuve buenas compañeras y ya te digo, de todas tome algo y fui armando mi forma de trabajar, pero no, no tuve ninguna capacitación, es algo que es un proyecto que hay dando vueltas que es hacer capacitaciones sobre diferentes temas de obstetricia, diferentes temas de urgencia de obstetricia, como actuar, eso espero que se ponga en práctica porque es re interesante, es necesario además de interesante es necesario.

E: ¿Cuál es para vos el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones del servicio?

BL: Bueno yo creo que eso está también un poco en cada uno, en la personalidad y en el lugar que vos te pongas, si vos esperas que los médicos te pongan n un lugar determinado olvídate porque no pinchas ni cortas, te quieren para que le alcances una cosa o le pongas una vía al paciente, pero creo que el lugar se lo hace uno siempre y cuando tengas el conocimiento y tengas el fundamento para poder justificar lo que estás haciendo porque lo

estás haciendo y lo que estás diciendo porque lo estás diciendo, eeeh también como te digo, toda esta camada nueva de chicos, porque entraron hace poco los residentes, es como que también vienen de igual a igual, trabajando en equipo, en realidad acá tenes que trabajar en equipo porque somos, uno no puede trabajar sin el otro nos necesitamos entre todos, entonces sí o sí es un equipo de trabajo y siempre está el que no te considera equipo y que está un poco más arriba, pero por lo general acá se trabaja lindo, se trabaja bien en equipo, pero ya te digo, tenes que ponerte vos en el lugar y cuando es no, es no y cuando te parece algo lo tenes que decir o sugerir algo, aaaah son bastante abiertos a eso, aaaah al aceptar no sé si es aceptar, si aceptar que también son un par de ellos y un profesional y que podes tener tus propios conocimientos y tus propias ideas y que te tiene que escuchar porque a veces los enfermeros tenemos como otra relación con el paciente, hablamos mucho más, tenemos más información que los médicos, otro tipo de información, el enfermero por ahí esta todo el trabajo de parto con el paciente y el médico no, esta cuando va a parir. Vos en ese tiempo hablaste de un montón de cosas y te enteraste de un montón de cosas que por ahí después no sé, sugerir interconsulta con servicio social por x cosa que te conto la madre o con psicología, cosas que por ahí ellos no se toman el tiempo de hablar porque non, algunos si, la mayoría no, son pocos los que hablan con el paciente porque el médico está ahí y trabaja sobre el paciente es como que no trabaja con el paciente, trabaja sobre el paciente el médico, el enfermero tiene otro tipo de relación y ve cosas que o al médico se le pasan por alto o no las ve o averiguan cosas que al médico no le interesan y que después terminan siendo importantes esta bueno también que te escuchen como profesionales porque muchas veces surgen cosas interesantes de enfermería.

E: ¿Quién da las principales órdenes y cuáles son los límites?

BL: ¿en qué momento? Por ejemplo acá con una adentro de una habitación.

E: Si, en el servicio, adentro de una habitación con un parto y si hay alguna condición hegemónica.

BL: y si, condición hegemónica siempre hay y va a ver por mucho tiempo, es muy difícil, las ordenes en la última instancia es el médico de planta el que toma la decisión de que hacer o no con la madre, acá hay por ejemplo la medicación que se le administra durante el trabajo de parto la oxitocina la manejan los médicos o los parteros no los enfermeros, eeeh en otras instituciones sé que las manejan enfermería, pero acá no, lo hace obstetricia o los

médicos y decisiones nosotras mucho no podemos sobre el paciente, si como te decía hoy podemos sugerir o mira no te parece tal cosa o tal otra pero decisiones no, si por ahí, yo por ejemplo la mama está sola y capaz que ni le pregunto al médico ¿puedo hacer pasar al marido? Voy y lo hago pasar directamente, a algunos le molesta a otros no, pero la mama tiene derecho a que este ese familiar de ella, si está sola ¿cuál es el problema? Eeeh hay decisiones que de a poco vas tomando sola, pero también te digo depende de cada uno e hasta donde te parezca a vos, hay enfermeras que se siguen considerando la ayudante del médico y que siguen haciendo favores a los médicos, entonces eso, pero son por ahí las más viejas, las más nuevas no, creo que somos bastante independientes, igual siempre tenes ese techo ahí arriba tuyo, está bien ahí incumbencias que son específicamente de los médicos obviamente hay un montón de conocimientos que nosotros no tenemos, pero la última palabra siempre la tiene el médico. Acá sí.

E: ¿Cuáles son los modos y la frecuencia en que se desarrollan los intercambios inter y transdisciplinar en el servicio?

BL: haber ¿Cómo es la pregunta?

E: por ejemplo ustedes trabajan solamente con obstetras o trabajan a parte con los neonatologo, licenciados en obstetricia, anestesistas en el tema de la cesárea.

BL: si, bueno yo particularmente no porque no estoy en quirófano, la que está en quirófano si, trabajo con licenciados en obstetricia, con médicos obstetras.

E: ¿nutricionistas, psicólogos?

BL: no, acá no, eso sí en el otro servicio, en internación, acá no porque es muy poco lo que está la mama, solo trabajamos con ellos y con la enfermera de recién nacidos que también es parte del equipo que es la enfermera que atiende al bebe, después no, no trabajamos con otras profesiones como con psicología, servicio social, no, en este servicio no.

E: ¿Cuándo ingresa la parturienta quien la recibe?

BL: ingresa por la guardia, asique la recibe la enfermera que este en la guardia en ese momento y el médico de guardia.

E: el médico ¿está siempre en ese lugar o hay que llamarlo?

BL: no, hay veces que hay que llamarlo y si es de noche está durmiendo, obviamente hay que ir a despertarlo, no, si, esta si esta la guardia llena lo vas a tener todo el tiempo ahí, pero incluso a veces cuando se van a comer en algún momento también tienen que comer,

van a comer a las tres de la tarde a veces, ese es un espacio que tenes por ahí un montón de gente afuera esperando y no sabes cómo pilotearla viste, decís que están en una cesárea o que hasta que terminen de comer y vienen, obviamente que si es algo urgente, urgente, se llama a los médicos de planta o se les dice chicos vengan porqué. Siempre, pero si en teoría siempre hay algún médico que está en la guardia, pero a veces lo tenes que estar rastreando o está en alto riesgo en otro servicio, lo tenes que estar llamando por teléfono, veni que tengo esta mama.

E: y con respecto a la medicalización que vos me decías, ¿quién decide el tema de la medicación? La madre sabiendo, las madres que saben de esta ley de parto, que si quieren ellas pueden hacer respetar su tiempo de parto sin medicación, porque quieren soportar el dolor y quieren que sean lo más natural posible, eso ¿lo ha visto? ¿Se ve? Que la madre dice que no quiere medicación ¿se la respeta? ¿No se la induce?

BL: si, si por lo general se la respeta, lo que pasa que tratan de incitar, de explicar por todos los medios porque es mejor ponerle oxitocina que no es una hormona que actúa directamente, que lo que hace es estimular la hormona oxitocina del cuerpo humano y hacer que aceleren las contracciones que el trabajo de parto sea más corto y que la madre sufra menos. Pero bueno, no, hay madres que no quieren saber nada de nada de nada y bueno si realmente no está con una dilatación como para internarse, se la manda de nuevo a la casa y esperan que haga el trabajo de parto lo más que puedan en su casa y ya venga con poca, con mucha dilatación para que le quede poco tiempo de estar acá, pero si, hemos tenido mamas que no quieren nada de nada de nada y si se las deja a libre evolución lo que pasa es que por ahí están un día y medio, un día, más si son primerizas, son unos trabajos de parto eternos, agotadores, porque para mí es agotador.

E: y con respecto a la cesárea, ¿se le explica a la madre cuando le tienen que hacer la cesárea? ¿Por qué se le hace la cesárea?

BL: si, si, se le explica, es raro que la madre no sepa, si no sabe, en realidad cuando te dice que no sabe es porque en realidad le explicaron y no entendió, entonces te dice “no sé porque me la hacen” , porque otra cosa que tienen los médicos también es que l lenguaje que usan le dicen “mama te vamos hacer una cesárea porque tu bebe está en bradicardia porque es meconial”, la mama no sabe ni que es bradicardia, ni que es meconial y vos como enfermera le decís “mama entendiste”, “bradicardia quiere decir que le bajaron los latidos y

meconial que tu bebe se hizo caca n la panza y que está aspirando la caca" entonces esa parte de enfermería también esta buena, yo no pido permiso, o sea les explico. Tuvimos un caso, mira, de una mama Boliviana que era, entraba a quirófano y creo que era su quinto bebe y la médica le decía: "te queres ligar mama" y la madre no sabía que era ligarse, no tenía ni idea, no entendía que era ligarse, le decía que no y le dice: "estás segura que no te queres ligar", bueno la incitaba a que se ligara, que se ligara y le dice no sé, si, no sé, y antes de entrar a quirófano le digo: "mama ¿vos sabes lo que es ligarte? Ligarte significa te hacen una operación que no vas a poder tener más hijos .Ah, me dice", y agarra la médica y dice: "no deja, no le expliques nada porque no entiende nada, dice, déjala" y no la ligaron, ni siquiera le dieron la oportunidad que decida porque ella no había entendido nada, no no, esas cosas me, esas cosa me indignan, me indignan porque ellos capaz que no lo ven, realmente no se dan cuenta que alguien no está entendiendo dl otro lado, o les preguntan: "¿ mama ya tuviste colestasis en algún embarazo?" y la madre no entendía, capaz que tuvo colestasis pero nunca se enteró porque nunca le explicaron lo que era la colestasis y ahora tiene colestasis y tampoco. ¿Cuándo fue que me paso? Aaaah ahora una mama internada viene por, derivada de la salita por híper, por posible preclamsia, entonces, claro ella escucho preclamsia y se pensó que era algo que le estaba pasando a su bebe adentro, no sabía lo que era y me pregunto "¿qué es preclamsia?" y le explique el tema de la presión que puede pasar, que te sube, que esto y que hay que tenerlo controlado, "aaaah dice claro", la mama ya estaba recontra asustada porque se pensó que su bebe tenía algo, pero, no les explican, no , por eso te digo realmente no se si no se dan cuenta porque ellos están acostumbrados a hablar con esos términos que le parece que vos le vas a entender y no ven en el otro que no te está entendiendo, tampoco se preocupan por preguntarle entendiste, no entendiste, van le explican, en eso si estoy mucho yo atrás de los pacientes para ver si entendieron realmente, si no entendieron es una forma también de humanizar más a la enfermería porque si no quedas igual que ellos, es como que es una barrera muy grande que hay entre el paciente y el médico, cuando a vos no te puede bajar o no podes bajar el conocimiento para que el paciente lo entienda y saber qué es lo que le va a hacer porque. Todo, toda madre que viene a la guardia está en una situación totalmente vulnerable sea por lo que sea, ya sea porque se cayó de una escalera o porque tiene un desprendimiento de placenta o porque tiene la presión por allá arriba, ya de por si estar embarazada es una

situación muy vulnerable para la mujer y que te pase algo pero y venir acá y encontrarte con gente que habla de vos y vos no sabes que es lo que están diciendo y porque te están haciendo un laboratorio eso, me genera una bronca porque te tenes que poner un poquito en el lugar del otro y pensar huy y si yo estoy acá y no tengo ni idea de lo que están hablando, la gente se asusta mucho, las mamas viene muy asustadas, más por lo que les pasa, además, más si le dicen que la tienen que dejar internada a veces las internan y no saben ni porque las están internando, ahí si hay una brecha gigante entre el médico-paciente y, y es como que la enfermera siempre está en el medio tratando de achicar esa brecha, por lo menos yo, es mí, lo que yo siempre trato es eso que el paciente siempre sepa que es lo que le están haciendo y porque se lo están haciendo y siempre les incito a eso a que pregunten y pregunten y pregunten, es un derecho que tienen.

E: bueno muchas gracias.

BL: no de nada, ¿no te falta algo mas preguntarme?

E: no, si perdón ¿Cuáles son los alcances del trabajo en equipo y la incidencia del trabajo enfermero en el trabajo de parto?

BL: o se ¿la importancia de trabajar en equipo?

E: si

BL: y yo creo que es básica, la otra vez tuvimos un problema de comunicación muy grande entre los enfermeros y los médicos porque nacido un bebe de 35 semanas y al enfermero de recién nacidos no le avisaron nunca que era un bebe de 35 semanas, gracias a Dios la bebe nació bien, pero acabamos de tener un bebe de 35 semanas que termino entubado en la neo, entonces esas cosas, ahí ya te, es más uno de los médicos nos dijo que no tenía por qué comunicarnos que era de 35 semanas, porque no era, no era el trabajo de ellos comunicarnos a nosotros que era de 35 semanas y n realidad trabajamos en equipo y cuando ellos necesitan algo de nosotras tenemos que estar ahí y bueno eso es un problema de comunicación, no sé, podes ponerle un poco de culpa también a, yo no le tiro ninguna culpa pero creo que también el enfermero tiene que llegar al servicio y ponerse a leer cada historia clínica, acá somos poquitos, son pocos los pacientes, al no ser que vengas y tengas, lo máximo que podes tener son 8 pacientes, mas no hay lugar.

E: ¿y cuántas son ustedes?

BL: y a veces somos dos nada más, una en la guardia y una acá atrás, hoy somos tres porque roto una compañera de la mañana, en teoría en mi turno somos 4 tendría que haber mínimo tres enfermeras por turno pero bueno, una está de vacaciones, la otra se tomó franco, quedamos dos y hay una chica que bajo, esta Valeria la chica esta que bajo de la mañana y se quedó, va hizo doce horas hoy, pero trabajar en equipo es fundamental, fundamental, vos tenes que saber qué, que es lo que necesita el médico, que necesita la paciente y cuál es, en el medio que estas vos, que es lo que tenes que hacer y a veces esta bueno hacer las cosas, anticiparse saber qué es lo que van hacer, como lo van hacer, tener tu sala de parto preparada antes de entrar al parto, yo, anticiparte a todas esas cosas y hablar y preguntar, yo entro y miro la historia le pregunto a los parteros no podes trabajar sin comunicación, justamente por eso, porque trabajamos en equipo, tenes que saber, eh como es la paciente, que es lo que tiene, que es lo que no tiene, más allá de que están los datos en la historia a cada rato vos venís le preguntas, viste los tactos se hacen cada dos horas, tener que venir, le preguntas como está la madre con cuanto esta de dilatación y ellos obviamente tienen la obligación de comunicártelo más allá de que este escrito y que lo escriban en la historia clínica, creo que es fundamental eeeh. El alcance de enfermería, como te decía hoy, para mí es muy rico trabajar en enfermería es mucho lo que se puede hacer con el paciente desde prevención, vos cuando estas higienizando a la mama le estas enseñando como cuidar sus puntos, eeeh cuáles son los signos de alarma por los cuales tiene que venir, eeeh la educas en un montón de cosas, con la teta del bebe también aunque este específicamente el enfermero de recién nacidos, pero te preguntan a veces, bueno hemos hecho cursos de capacitación de lactancia, que también nos sirve para las mamas, muchas veces les ponemos acá los bebes en la teta antes que lleguen a la habitación, ya mientras la mama está en la camilla esperando él bebe ya se va amamantando entonces yo creo que enfermería, el médico termino el parto chau, te felicito y se fue. Después te quedas vos, es como siempre, antes estuviste vos, después estas vos, por ahí el que saca él bebe es médico pero vos estas con la mama, ayudándola, alentándola, y lo bueno es que, lo más gratificante es que a veces una mama tiene su bebe y después del parto te viene, te mira a vos a la cara y te busca a vos y te dice gracias a vos y vos decís guau, y el médico fue el que le hizo el parto ponele el que saco él bebe p ero quien llevó más a la madre, la enfermera y te agradece y te pregunta el nombre y te recontra agradece eso es re satisfactorio porque sabes

qué hiciste bien tu trabajo y que además tuviste ese ida y vuelta con la mama que a veces eso es lo que no tienen los médicos el ida y vuelta, al contrario por ahí no se quedan con una muy buena imagen de los médicos pero la enfermera tiene otra llegada a los pacientes y eso es lo que a mí me gusta que a veces te pregunta la gente: "aaaah no te gustaría estudiar medicina", la verdad que no porque me encanta, me encanta ser enfermera por eso, porque tenes otra relación con los pacientes y ya te digo, acá no hay internación, en internación se debe dar mucho más todavía, tenes pacientes que los tenes días o meses internados y generas una relación, un vínculo muy lindo, el vínculo enfermero paciente es hermoso yo igual el poco tiempo que están acta trato de generar por mas chiquitito que sea un vínculo a veces por ahí los voy a visitar a la sala para ver a su bebe y todo y está bueno. Estamos haciendo una entrevista Perla asique no hables porque te están grabando.

E: Te estoy grabando Perla. Bueno ahora si eso sería todo.

BL: bueno espero que te sirva.

Entrevista N°9

E: ¿Cual es para vos la naturaleza y el contenido global de la disciplina enfermera? O sea ¿Cuáles son para vos los elementos esenciales, el objetivo supremo de enfermería?

AS: La parte humana ¿La humanidad? ¿A eso te réferis?

E: Si

AS: La pregunta es como complicada, ¿te réferis a qué?

E: Al objetivo, ¿Cuál es para vos el objetivo fundamental de enfermería?

AS: En hacerle bien al ser humano, ayudarlo a su pronta recuperación, ¿en ese sentido decís vos? Porque yo estudie hace muchísimo, por ahí no uso las palabras adecuadas, entonces vos corregirme, decime porque yo me recibí en el año ochenta y dos, asique soy enfermera hace treinta y pico de años.

E: Si te estoy hablando de eso, de la parte humana de enfermería, de lo que es para nosotros el paciente, lo que es para nosotros trabajar con el paciente.

AS: Para mí el paciente, te digo sinceramente es esencial, a mi me encanta ser enfermera, yo al paciente le tengo paciencia, soy de las que toca, la que acaricia y espera, respeto un poco mas con los familiares y con todo lo demás, pero no con el paciente, con el paciente me siento que estoy haciendo, lo que tengo qué hacer, me siento realmente útil.

E: Y vos a en que servicio te desempeñas

AS: Terapia de niños de 40 días a 18 años

E: ¿y pasaste por partos también?

AS: si, acá, acá tuve la experiencia de entrar en partos.

E: y ¿podes delimitar tu espacio físico, donde realizar tu labor?

AS: yo estoy acostumbrada a la terapia, al paciente, a los dos pacientes, no estoy acostumbrada a los diez pacientes, a los ocho paciente no, estoy acostumbrada al paciente critico, al paciente agudo, al paciente del momento, el del respirador, un traumatismo, un politraumatismo, una diabetes descompensada, a la urgencia.

E: ¿y con madres trabajas también?

AS: Siempre es en conjunto, siempre vienen con sus mamas, es mas a niños menores de dieciocho años tienen que estar con su mama, tiene que estar acompañados de un adulto, una de las cosas que yo, le aclaro cuando entran, que no me puede dejar al paciente solo, tiene que estar su mama, si su mama no puede, porque tiene otras situaciones, tiene que

estar un abuelo, un tío, no me puede dejar a un menor de edad, tiene que estar siempre acompañado de un mayor.

E: Y a vos cuando te hacen salir del servicio, percibís algún cambio, ¿te sacan de tu servicio? ¿Vas a otros servicios?

AS: si, yo no sé si es por la edad o por mañas, no me adapto a eso de sacar del servicio, me cuesta muchísimo, cuando estoy en mi servició vos me peguntas donde tengo una jeringa, si vos venís y me pedís algo, yo sé donde tengo todo y te doy, yo en otro servicio voy a cumplir las ocho horas, trato siempre con el paciente de respetarlo y hacerlo lo más humanamente posible, no esquivo de no lavarlo, no esquivo de ponerle la chata, no esquivo, eso no, pero si siento que estoy cumpliendo las ocho horas nada más. No es mi lugar, en mi lugar hago raíces, en mi lugar es como es un poquito mío, y lo cuido, y no me gusta que me falten las cosas y que este desordenado, y s donde tengo todo. Y…es distinto, es muy distinto, yo no sirvo para cambiar.

E: ¿Vos conoces la Ley de Parto Humanizado?

AS: Si, acá, acá la he escuchado, lo que sí, que trabajo en terapia y este servició se compone de recién nacidos, parto, puérperas, preparto, neonatología y terapia, entonces hemos estado en los tres servicios y he estado en partos, si. Lo he escuchado, y me cuesta, como toda cosa nueva me cuesta adaptarme, es como que todavía tengo la mente en lo anterior. Y la verdad que no me convence tanto, tengo dos hijos y todo me parece que naturalmente si lo mejor posible, pero como hay cosas que se dilatan no las veo, por ahí me faltaría acostumbrarme, no sé.

E: y de donde conoces la Ley, ¿acá hubo algún seminario, curso?

AS: No no no, entre nosotras nada más, el comentario de los médicos, lo que trajeron ahora nuevo de hacer la cesárea naturalmente, que el chiquito valla saliendo de a poco, nono, de oído.

E: ¿Participaste en partos humanizados?

AS: en partos humanizados, pero partos naturales, no cesárea, cesárea escuche.

E: ¿y a vos qué te parece el parto natural?

AS: el natural es todo re lindo, lo que pasa es que las madres vienen con una mentalidad, no vienen tan bien preparadas, se piensan que, el parto duele, algunas la pasan mejor y hay otras que tiene horas de evolución, otras una hora dilatan, están con dos, al rato están con

diez, nueve, y al rato tuvieron su bebe y todo bien y hay otras mamas que no y están con el tema de qué no las vacunas, que no el baño, qué lo tenga encima, es como que hay que adaptarse mucho a la madre, hay veces que se puede, hay veces que se hace en conjunto re bien y hay veces que es fastidioso.

E: ¿Cuáles son para vos las primeras técnicas empleadas para realizar tu labor? ¿Si hay cumplimiento o incumplimiento de protocolos?

AS: No, en este hospital se cumple y tenes todo, el que no lo haces realmente es por falta de formación porque te dan todos los instrumentos, la gente veo que se preocupa, cuando no tenes algo tratan de remplazarlo por algo parecido, la verdad es que me parece muy bueno, para mí el… y mira que yo vengo de lugares muy buenos de Buenos aires, para mi es lo mejor de Mar del Plata.

E: ¿Y cómo accediste hoy al servicio?

AS: Yo estoy muy agradecida al… porque con mis cincuenta y dos años y medio deje mi currículo, porque viajaba todas las semanas a Buenos Aires, se puso muy caro, y la inestabilidad y la inseguridad y bueno dije, voy a probar, tenía miedo por la edad, vine me presente en departamento, me atendieron re bien, me dijeron tráeme los aportes de Anses y en tres días estaba trabajando y entre en terapia de niños que es mi especialidad.

E: ¿vos tuviste capacitación previa?

AS: Acá, no. Yo vengo con experiencia

E: Por eso, entonces vos tuviste capacitación anterior

AS: sí... Treinta dos años. Treinta dos años de enfermera, acá hace cuatro años que estoy nada más.

E: Y ¿cual es para vos la participación de los profesionales enfermeros n la toma de decisiones del servicio?

AS: Hay médicos que te escuchan, te dejan participar y hay otros que como que hay que cumplir sus órdenes, pero hablando se consiguen cosas. Por ejemplo la doctora a este chiquito le puso, mantener vía permeable con suero fisiológico a diez, yo le dije es un nene de dieciséis años que se moviliza, le digo doctora, lo puedo dejar con una intermitente…”bueno déjalo con una intermitente...” o sea que hay un dialogo se puede.

E: Hay alguna vez, o ves vos ¿alguna condición hegemónica?

AS: ¿Que sería hegemónica?

E: Que el médico en realidad se imponga a la enfermera.

AS: No, son bastantes accesibles, en este servicio, no. Porque estamos cara a cara todo el tiempo, no es como en otro servicio, por ejemplo. Viene el médico de otro, por ejemple de traumatología y psiquiatría, a veces te saluda, a veces no te saluda, no se presenta, no te participa, pero con los médicos de acá es distinto porque estamos todo el tiempo, no son médicos de otros lugares, son médicos del servicio, entonces es distinta la relación.

E: ¿Cuáles son los modos y la frecuencia con la que se desarrollan los intra y trans disciplinar en el servicio? Por ejemplo: vos me decías que vienen médicos psiquiatras, traumatólogos.

AS: De cualquier especialidad vienen acá, cirujanos, depende de los que necesite el paciente. Este chiquito por ejemplo, viene a verle el servicio de neurología, el servicio de cirujanos, tiene un neumotórax con bullas.

E: Con respecto al parto humanizado o al parto en si ¿quien recibe a la parturienta? ¿Cuándo ingresa a la institución en trabajo de parto?

AS: La enfermera y el obstetra. Normalmente la doctora lo recibe abajo, la trae ella misma en silla de ruedas, nosotras la ubicamos en la habitación, le indicamos como es la habitación, la costumbre, las normas del lugar, se le pone la bata y si tiene que bajar, baja y al ratito cuando ya está por nacer el bebe la obstetra llama, baja la nurse, que ya está la incubadora preparadita, calentita y baja la nurse para recibir el paciente, acá no se lo está bañando al no ser que venga meco nial o tenga demasiado ungüento, demasiada sangre si no, no se los está bañando, para que no tomen frio.. Pero te digo la verdad, también eso cuesta acostumbrarse, porque el chico con todo el pegote después toma olor, vos le metes el gorrito ahí arriba y cuando le sacas el gorrito, pero bueno es algo nuevo eso. Eso entraría dentro de lo humanizado, natural.

E: Por ejemplo, viene una paciente, una parturienta con la Ley de Parto Humanizado, que ella quiere un parto totalmente natural, que no quiere vía, que no…

AS: Acá se lo llama parto respetado

E: Ok, que no quiere vía periférica, que no quiere medicación ¿Se la respeta?

AS: Si, se la respeta, hay comentarios que podemos hacer entre nosotras, pero se respeta lo qué dice el paciente, porque ya viene con la indicación médica también, si si la paciente no quiere, no se la obliga, no se le impone.

E: No se adelanta el parto con medicación, por ejemplo con oxitocina.

AS: No, no, no, si la paciente no quiere no, se la respeta.

E: ¿Y se espera su trabajo de parto? Porque sabemos que un trabajo de parto natural puede durar treinta y seis horas.

AS: Si, hay mamas que si, se le explica, hubo casos en que el médico le explico, le dijo no es conveniente, no está dando bien el monitoreo, por más que la madre quiera se le explica porque debería ir a cesárea o a debería ir parto y bueno que padre, madre y medico arreglen y baja.

E: ¿Y el padre siempre participa en el parto, durante el trabajo de parto, el parto y el postparto? ¿El padre está siempre presente?

AS: Si, si el padre quiere si, acá te dejan, el padre puede estar desde que ingresa con su señora hasta el día que se va, n esta institución sí.

E: En el caso de una cesárea, ¿se le explica a la madre las complicaciones que puede tener una cesárea? Si el parto viene bien y la madre quiere una cesárea, por más que no esté indicado, ella quiere una cesárea y no le sacas esa idea de la cabeza, se le explica las complicaciones que puede tener, se le intenta persuadir de algún modo.

AS: Si, se le explica, pero a veces tiene la idea fija y bueno listo va a cesárea, ha pasado. Y hubo casos en que si quería ir a cesárea y el doctor le decía, no porque no esperas un poquito estas con cuatro de dilatación, vas a dilatar enseguida espera un poco, y bueno esperaron un poco y fueron a parto natural y después estaban re contestas, pero otras no, porque claro porque dicen que duele mucho, el miedo al dolor, porque duele y después no saben lo que es la cesárea, hay mamas que se han ido de alta y han vuelto por infección en la herida, asique yo personalmente que tuve cesárea creo que no hay como el parto natural. Duele, yo las veo a las mamas como lloran tuvieron parto natural, te digo que me pongo, las trato de calmar, de hablar, porque como yo no lo tuve, lo sufro con ellas y este le digo, va a doler, va a sufrir, imagínate que una cosita de tres kilos, tres kilos y pico va a salir por ahí, entendes duele, se está preparando, pero aguántatelo que después te olvidas nace tu bebe y es increíble el antes y el después, están re doloridas mal, pero nace el bebe otro mundo, se olvidaron de todo, en cambio la cesárea no, la cesárea no pueden comer enseguida, no se pueden levantar enseguida, no van a comer lo mismo que la que tuvo parto natural, la que tuvo parto natural, viene y come general, la que nació con cesárea no. Parto natural se va en

treinta y seis horas, parto con cesárea se va en cuarenta y ocho y depende a la hora en que tuvo su bebe, se va con puntos, no toma el mismo analgésico, la mama que tuvo parto natural toma ibuprofeno nada mas, mama que tuvo cesárea toma diclofenac mas paracetamol y primero tiene vía con suero con Klosidol endovenoso, no es lo mismo, pero bueno uno esta de este lado y ellas están del otro lado.

E: En la guardia ¿el equipo permanece en la institución? O es ambulatorio tanto obstetras como pediatra.

AS: Acá no, acá hay guardia permanente, las medicas hacen guardias de veinticuatro horas.

E: Y ¿Cuáles son para vos los alcances del trabajo en equipo y principalmente del trabajo del enfermero tanto del preparto como el parto y pos parto?

AS: Acá se trabaja bastante conjuntamente la enfermera de obstetricia con obstetricia, estamos comunicadas por que te hace la doctora la indicación por computadora te llama y te dice mira que le agregue, mira esto. No ten es que ir y esperar o se te pasó o fuiste más tarde, no la doctora viene y te dice "…mira que le agregue a esa señora…" en un momento te toman la prisión las pacientes con cleptosis, las hipertensas ellas van y te toman la presión, se trabaja en conjunto, la verdad que para mí se trabaja en conjunto, es lindo.

E: Y a vos como enfermera de parto, preparto, de terapia ¿Te gusta? ¿Qué es lo que sentís?

AS: Naaa, es emocionante, cada vez que ves el niño, a parte yo tengo mi caso personal, no, busque por veinte años un hijo, perdí dos hijos, adopte una nena, que mi nena es adoptada de recién nacida y después tuve la suerte de tener un bebe a los cuarenta y cuatro años, después de adoptar a mi bebe a los cuatro meses quede embarazada, tuve un bebe prematuro, estuve con gestosis con preclampsia, tuve a mi bebe en neo, entonces como experiencia propia también se me juntan muchas cosas, a mi me emociona mucho estar con las mamas, las siento no digo "…hay que se queja, que se queja, que está molesta…" No, lo vivo de otra manera, capaza que lo vivo como una abuela, no se lo vivo de otra manera, por mi situación, por lo que a mí me paso.

E: Durante todo ese trabajo de pato ¿Quién acompaña a la parturienta?

AS: Casi siempre su familiar esta, pero los médicos si son requeridos, los, el señor esposo casi siempre llama "…a mi señora le duele…" diez veces la llaman, diez veces viene y nosotras acompañamos tomándole la presión, pasando el calmante, ayudándoles, diciéndola

alguna palabra, son bastantes valientes las mamas acá te digo, yo lo veo, se la bancan bastante, se muerden, se aprietan, van al baño, las veo bastante valientes.

E: Y con el tema este que entra también dentro de la ley de parto humanizado, que oca es parto respetado, ¿ellas elijen la posición? ¿Se las respeta? ¿Están los recursos para que la madre tenga un parto como ella lo desea? Tanto como el sillón para parir, también están las esferas.

AS: Mira una cosa es cuando vienen, vienen con el librito en la mano "…yo quiero un parto respetado, quiero esto, quiero lo otro…" pero cuando vienen las contracciones, que respetado ni respetado "…dame analgésico, poneme el calmante, llévame a cesárea…" Porque no es lo mismo, todas las mamas supongo que quieren, tranquilo, disfrutarlo, que el bebe nazca y todo bien, pero los dolores hay que aguantarlos, y ahí se termino el respetado, porque me ha pasado, pacientes que dicen "…yo voy a llamar cuando necesite, déjenme tranquila, no quiero saber nada…" y después "…por favor que salga, por favor que salga…" porque les duele, duele, duele. Yo como no lo viví me emociono, por mi experiencia propia, lo siento, no sé como calmarlas, porque me pone mal, me pone mal.

E: Y en cuanto a recursos ¿Están en el hospital?

AS: hay sillas, hay sillas, para tener al bebe sentado, las esferas no, he visto que se traen las mamas y acá no hay, pero acá tendría que haber una, la primera vez que vine acá y me dicen parto en cama, casi me muero, y después me acostumbre y pato en cama pueden pasar toda la semana pero bueno, el parto en cama es el parto en cama simplemente cama.

E: ¿Qué sería un parto en cama?

AS: Parto en cama es que la mamá ya tiene su bebe coronando, no te da a tiempo para llevarla a quirófano, entonces el parto se realiza en la habitación, el tema es cuando hay otra mama al lado, que hay que sacarla o hay que pedirle por favor que se la aguante a la otra mama gritando y bueno nace el bebe, los familiares, no es tan fácil. Cuando la mama está sola, se la trata de dejar sola, cuando la mama está sola, los médicos le hacen, la verdad es que es bastante tranquilo cuando el parto es normal, se lleva una bolsa para poner la placenta, se la pesa, se pone una bolsa para llevar la ropa, una bolsa para la basura, se le lleva una caja que está preparada, que la tenemos siempre, cuando tomas la guardia, lo primero que tenes que hacer es ver que este la caja de parto y se trabaja re bien, no sé si es tan cómodo para las medicas, porque las medicas tiene otra altura allá (quirófano), vistes se

sientan y están así (en paralelo con la vagina de la parturienta), en cambio acá están asa (espalda doblada formando una L invertida con las piernas), pero bueno nacen igual.

E: Y con respecto a alguna complicación en el parto, vos me decís que el familiar está siempre presente ¿Cómo se lo evacua al familiar cuando hay algún tipo de complicación?

AS: y acá en sala de partos esta, la sala de partos, está el obstetra pasas una puerta y esta la sala de recibir el bebe, o, donde recibas el bebito, ahí el médico hacen los primeros controles y inmediatamente lo llama al padre para que participe, para que vea, le cuentan cuánto pesa, se le pone el colangion, la cremita para los ojos, si quiere vestirlo, si quiere sacarle fotos, cuando es una urgencia se le pide que este a un costado.

E: Y en el caso de la cesaría ¿el padre entra a quirófano?

AS: Si quiere sí, no está delante de la panza, está al lado de su señora, es el primero en ver al bebe cuando sale.

E: Y en caso de alguna complicación ¿se lo evacua del quirófano?

AS: A un costado, no le lleva muy lejos, a un costado. Por ejemplo, ahí está la sala de parto no sé si la conoces, hay una puerta para acá, que es donde se lavan los médicos, los cirujanos y del otro lado hay otra puerta y ahí está la sala donde recibís al bebe y el queda en este lugar o sea que no ve ni a la mama ni al bebe.

E: Bueno eso será todo entonces, muchísimas gracias.

AS: Bueno espero que te haya servido, me queres preguntar alguna cosa más.

E: vos me queres contar algo más, alguna experiencia, por ejemplo esto de la cesárea humanizada que me comentabas anteriormente.

AS: Es como toda cosa nueva, cuesta acostumbrarse, te digo, el primer día que vine oca y me toco un parto en cama, para mí fue un horror, la verdad es que a otra persona que viene yo le cuento lo que puede pasar, porque para mí fue fea la experiencia, fue como algo como que no tenía que suceder y sucedió, después me entere que es algo normal y que sucede, pero en el momento fue bastante estresante, por eso a toda persona que viene le digo "… mira no te asustes, ahí esta caja que es para parto en cama, puede suceder un pato en cama, no te asustes, es normal, está preparado el servicio para recibirlo…" porque para mí fue muy choqueante eso, por ejemplo. Después te acostumbras. Y también como esta cesárea, no sé si va a ser lindo ver al bebe salir despacito que saca un brazo, otro, capaz que después de cinco meses, seis meses, después de cinco o seis, te digo si es hermoso, hoy

como novedad te digo que no, o no quisiera, yo quiera que le saquen el bebe, que le corten el cordón y chau listo, pero bueno, no sé.

E: En la nueva ley dice que una vez que sale el bebe se lo tiene que apoyar en el pecho a la madre y dejar tres minutos sin cortar el cordón. ¿Eso se está haciendo?

AS: A veces si, a veces se hace, la doctora le pasa el bebito con una compresa estéril a la mamá lo tiene y sigue trabajando.

E: Y ¿él bebe se puede prender en el pecho en ese momento? ¿Se lo permiten?

AS: No es tan fácil, porque imagínate la posición de la madre, con las piernas levantadas y todo lo que es ese momento, tiene su bata puesto, esta, ella no ve lo que está pasando porque la cubren, hay que movilizar todo eso, realmente no he visto que en ese momento lo prendan al pecho, pero ni bien este limpita, preparada, cerrada, saturada, si, ahí mismo en la sala de parto se lo puede poner al pecho. Hay veces que se lo han puesto, hay veces que la mama te dice "...prefiero llevarlo a la habitación…" pero se las respeta bastante, no se impone tanto "… no tiene que hacerlo es así…"

E: Bueno muchísimas gracias.

Entrevista N°10

E: ¿Cuál es para vos para vos la naturaleza y el contenido global de la disciplina enfermera?

MV: La naturaleza de enfermería para mi es el cuidado de la persona sana o enferma de la familia de la comunidad y para esto brindamos, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamos la enfermedad y pienso que más que nada hay que brindar cuidados a la persona a esa familia a esa comunidad, teniendo en cuenta, teniéndola en cuenta de forma holística, no, no solamente en la enfermada en sí, si no teniendo en cuenta lo ético, lo legal.

E: Y teóricamente para vos, ¿Cuántos de estos aportes fueron dados a partir de la curricula de la carrera y cuantos empíricamente? A que me refiero con esto, vos me decís en cuanto al cuidado, teóricamente a vos en la carrera te enseñan ciertos cuidados, pero en la práctica ¿Cómo serian esos cuidados? ¿Es solamente lo que te enseñan en la facultad?

MV: No la realidad es que en mi experiencia, lo que yo estudie acá en la escuela de enfermería dependienta de la UBA, estuvimos dos años de prácticas entonces en como que yo empecé a trabajar en el mismo lugar donde hice las practicas, no tuve tanta diferencia, o sea, me resulto lo mismo sinceramente, si con respecto a lo ético, así en las practicas tenía más tiempo para estar con ,os pacientes, para hablar con ellos, mas contención y ahora laboralmente ese tiempo no lo tengo, entonces no, como que lo ético se deja un poco de lado y es tratar a la enfermedad en sí y no se mira al paciente en sí.

E: ¿Podrías delimitarme el espacio físico donde realizar tu labor? Tanto los espacios intra y extra del servicio.

MV: Bueno el sector de maternidad se divide en tres sectores, sector de internación conjunta madre e hijo, que a demás esta pediatría, el sector de neonatología y el sector de terapia pediátrica, lo que es internación madre conjunta, madre e hijo, se recibe a la mama y el trabajo de parto lo tiene en la habitación y una vez que obstetricia da el ok ya baja al quirófano que se encuentra en el primer piso.

E: Y ¿cuáles son las primeras técnicas empleadas para realizar tu labor?

MV: Se recibe a la madre, buena a la madre se le presenta el sector, se le toman los datos, se comienza a llenar la historia clínica, se toma la huella de la madre una vez que este ya en trabajo de parto que primero lo revisa obstetricia, obstetricia le realiza un monitoreo fetal antes de bajar a parto le hacen un tacto, una vez que ya esta dilatada baja en camilla

siempre acompañada por un familiar y después obstétrica nos llama, llama a la nurse qué baje junto con los pediatras y ahí bueno se prepara, se acondiciona la sala de recepción, o sea el quiero fano tiene una sala donde está la madre en trabajo de parto y al lado justo de esa sala esta la sala de recepción donde se recibe al bebe, eeeh bueno primero se observa que este todo, el oxigeno, el ombú, el monitor para la saturación, la sonda para aspiración, se, antes se higienizaba se bañaba al bebe, ahora no se hace mas, se hace solo al bebe con meconio o con madres con infecciones, con HIV, después antes no se bañaba cuando en los padres naturistas habían madres que indicaban que no bañemos a sus hijos, bueno entonces en ese caso no se hacía, igual, ahora ya no se hace, eeeh lo mas importante es el calor en la sala de recepción, que este a temperatura entre en 34 y 36 grados para que no pierda temperatura el bebe, eeeh cuando se recibe el bebe lo recibe el pediatra, lo evalúa si está todo bien, se lo queda, me lo quedo yo la nurse, se lo viste, se la hace la triple profilaxis que en los casos, en los partos naturistas así, las madres los padres, no quieren que se lo hagamos la triple profilaxis, que consiste en, se le coloca un gel en los ojos para prevenir una conjuntivitis, en la limpieza del cordón que es con alcohol y se le da una vitamina K que es con respecto a la coagulación del bebe que en los casos, que se da siempre en los bebes término, pre término, al menos que este contraindicado por los padres que nos dicen que no, que son naturistas y no se los damos, no le hacemos la triple profilaxis, y después se los traslada a la neo si es necesario o se los traslada a la sala conjunta con la madre e hijo en una incubadora de trasporte para que no pierda calor. Que en su momento, antes se lo trasladaba junto a la mama pero por una cuestión que era queda el quirófano en primer piso y para que no pierda el calor y para que no le pase nada al bebe se lo traslada en la incubadora.

E: Y ¿hay cumplimiento o incumplimiento de protocolos?

MV: Si tenemos toda una normativa la idea s que toda la enfermería siga esa normativa y se cumple, la verdad que sí.

E: ¿Qué tipo de protocolos hay?

MV: Con respecto al parto, ahí en quirófano hay unos carteles que hablan del seguimiento del recién nacido, hay que ver, si esta tibio o si no está tibio, esta la escala, el test de Apgar para ver cómo se encuentra la vitalidad del bebe, si y eso lo seguimos siempre.

E: Y en cuanto a la madre ¿Hay algún tipo de protocolo durante el trabajo de parto o el parto en sí?

MV: No en realidad no, tiene que ver en que si la mama tiene alguna patología en especifica o si entra por ejemplo con preclamsia que tiene control de TA cada cuatro horas, pero después si no está indicado por el médico se la controla a la mama, si está todo bien se le avisa a obstetricia, obstetricia la evalúa, se le hace el monitoreo fetal, el tacto vaginal y va a trabajo de parto y una vez que llega al parto lo primero que se le hace es colocar al bebe al pecho, eeeh y se le realiza otro control para que este bien y bueno el control de los loquios, que no tenga hemorragia, la TA que es importante.

E: ¿Conoces la Ley de parto humanizado?

MV: No, la desconozco la ley, en el hospital hay muy pocos casos hemos tenido de parto humanizado, pero no, la desconozco.

E: Dentro de la institución, ¿hubo algún curso, seminario o marco orientador con respecto a la ley?

MV: No, nada. No tuvimos nada.

E: ¿Cómo accediste al servicio?

MV: Eeeh en realidad cuando empecé a estudiar siempre me gusto pediatría, asique cuando arranque en el hospital, entre en neurología, pedí el pase y me trajeron acá en maternidad.

E: Y ¿necesitaste formación o capacitación previa?

MV: Eeeh, no. Lo que es neonatología, ahí si te hacen hacer un curso de reanimación, de chicos pre termino, pero no, bueno el curso de reanimación en general sí, pero no lo necesitas como requerimiento acá para entrar a maternidad. Y si lo que sí, hacemos, tenemos mucha actualización, eeeh hemos ido a congresos de pediatría, eso sí, por la cuestión de que hay mucha integración con el equipo de pediatría y nos van informando ellos asique sí, es por una cuestión propia en realidad pero no lo necesitas para entrar acá al sector.

E: ¿Cuál es para vos el nivel de participación de os profesionales enfermeros en la toma de decisiones del servicio?

MV: Y, acá enfermería lo que yo note con respecto a adultos, es eeeh mucho el nivel de participación de enfermería, se hace el pase medico junto con los pediatras y junto con obstetricia los dos y vienen los médicos te preguntan, o sea durante el pase le preguntan a la

enfermera si tiene algo que decir, o sea es mucho el nivel de participación de la enfermera que en otro, yo en adultos no lo veo eso.

E: ¿Quien da las principales órdenes, cuales son los límites y que otras disciplinas aparte de obstetras y pediatras participan en el servicio?

MV: Con respecto a enfermería tenemos a nuestra jefa de enfermería que se encarga de decir, quien se encarga de la medicación, quien se encarga de los bebes, quien baja a la sala de recepción, eeeh después tenemos a los obstetras que hay mucha comunicación con enfermería que también trabaja en conjunto con pediatría, con los neonatologos también, eeeh tenemos kinesiólogos en caso de…no tanto en los recién nacidos, más en pediatría, asistente social porque hemos tenido chicos, así madres con problemas psiquiátricos, asique viene mucho la asistente social y la terapista ocupacional a veces tenemos tantos trabajos de parto, tanto recién nacido, que a la madre primeriza le cuesta mucho mas a veces que el bebe se prenda al pecho entonces viene la terapista ocupacional y nos ayuda un montón y nos ayuda un montón con eso, ella si es una más de nuestro equipo.

E: ¿Vos ves alguna condición hegemónica? Con respecto a medico – enfermero

MV: Así como más, no entendí mucho la pregunta, como ¿más así poder el médico con respecto a la enfermera? Y acá mucho no lo veo eso, si en otros sectores, pero acá en maternidad te digo que el trabajo en equipo es fundamental y se nota mucho y no se nota esa diferencia de medico enfermera, no la verdad que no.

E: ¿Cuáles son los modos y las frecuencias en que se desarrolla el intercambio intra y transdisciplinar, en tu servicio?

MV: ¿La frecuencia?

E: Si

MV: A ver, ¿Repetime la pregunta?

E: ¿Cuales son los modos y la frecuencia en las que se desarrollan el intercambio este inter y transdisciplinar en los servicios? Ósea el intercambio que vos tenes con los médicos y con las mas disciplinas.

MV: Es constante acá, sinceramente porque al tener lo que es maternidad, obstetricia y pediatría todo junto, es… pasa el tiempo volando y te das cuenta que estas con obstetricia y después estas con pediatría estas constantemente en intercambio con los médicos y aparte ellos tiene la habitación al lado del sector, asea los tenemos ahí, es como la terapia de

adultos que tiene la habitación de ahí, bueno acá es lo mismo entonces estamos constantemente y también al haber muchos recedentes están mucho atrás nuestro también, los procedimientos los hacemos siempre juntos es constante oca, con los médicos sí.

E: ¿Cuándo llega la parturienta al servicio quien la recibe?

MV: La enfermera, en realidad hay, nos ha pasado parturientas que van directamente a quirófano, que por una cuestión de urgencia, van allá a quirófano y bueno nos presentamos ahí, peor cuando ingresa acá, primero la revisa obstetricia, obstetricia nos llama a nosotras que va a ingresar una paciente en trabajo de parto o una cesárea programada, espera en salita de espera, de orientación nos avisan a nosotras y la ingresamos nosotras, nos presentamos, le tomamos los datos y una vez que están los controles hechos y la historia clínica preparada toso, le avisamos a obstetricia y ah sí el que está en internación se encarga de hacerle el monitoreo, no. Si es el caso de una parturienta así que tiene una patología de base o viene por presión, se le pone una, la revisa igualmente obstetricia y ahí se le pone la medicación que necesita.

E: Bueno ahora con la nueva Ley de Parto Humanizado, según la ley si la madre no quiere recibir medicación, no la recibe, es más si la madre no quiere que le pongan una vía hay que respetarla. ¿Acá se respeta el parto humanizado?

MV: Si, se respeta, la verdad que acá hemos tenidos pocos casos, y los que hemos tenido se respeta, se lo ha respetado mucho, como he dicho, con respecto la higiene si no quiere que lo bañemos, no lo higienizamos, la triple profilaxis no se la hemos hecho por parte de los padres, hay procedimientos que nosotros los hacemos sin los padres, y cuando ellos quieren estar, generalmente los de parto humanizado si son alto peso lo hacemos delante de ellos y si no quieren que hemos tenido el ultimo un alto peso que a las dos horas se saca sangre y el padre se negó, asique no se le saco sangre, lo que si lo que si hemos tenido padres que se ha negado a dar la vacuna contra la hepatitis B que eso legalmente, el médico le dijo que antes del alta si o si se la tenía que dar, bueno lo entendieron y se le dio la vacuna. Pero con respecto eso solo si que se negó.

E: Y con respecto mas a la madre, si ella se niega a recibir medicación, porque no quiere medicación para acelerar el parto, o no quiere que le induzcan el parto, quieren que respeten su tiempo, su trabajo de parto que sabemos que puede llegar a ser muy largo. ¿Eso se respeta?

MV: Si, si, se respeta, se le van haciendo controles al bebe y si se ve que el bebé sufre bradicardia o si hay algún registro mal del monitoreo, ahí se le habla a la familia y generalmente lo entiende, o nos ha pasado una vez que tuvo que ir a cesárea por una cuestión del bebe y lo entendió la mama y bueno fue a cesárea, pero generalmente si esta en trabajo de parto y sigue bien y si la mama quiere parto natural, si se le da, hemos tenido mujeres con parto en el agua, que tiene una habitación en otro sector que es el tercero, el segundo B, bueno ahí tienen una habitación especial que es para mujeres que quieren parto en agua, y después las mujeres naturistas lo que es posicional, o sea los banquitos que ellos quieren usar, ósea, se les da. La verdad es que los médicos son muy naturistas acá en eso no tienen problema, mientras no tenga riesgo la mama ni el bebe, ahí no.

E: ¿El familiar entra al trabajo de parto?

MV: Puede entrar un familiar, solamente un familiar, generalmente es el papa, pero si el papa no pude o no quiere entrar, puede entrar la tía, algún familiar sí. En eso no hay problema. En la cesárea primero se le hace todo, la limpieza a la madre y después una vez que está saliendo el bebe ahí recién puede entrar el papa, en cambio en el trabajo de parto natural puede estar en todo momento y una vez que nace el bebe, los pediatras lo hacen ingresar a la sala de recepción del bebe, una vez que lo controlo el pediatra y está todo bien, si entra el papa, si se llega a descompensar se sube directamente a la neo, pero si se hace muy participe a los padres.

E: Y en el caso de alguna complicación tanto de un parto natural como de una cesárea, estando el familiar presente ¿Cómo se lo evacua al familiar? ¿Se lo evacua o se lo deja?

MV: Se le pide por favor que se retire para trabajar más tranquilos, puede pasar que no se quieran retirar, pero es muy raro, generalmente sale y esperan afuera, hasta que bueno, se compensa a la paciente.

E: En la guardia, por ejemplo ¿El equipo permanece siempre dentro de la institución? ¿El obstetra siempre está presente o es ambulatorio?

MV: No, no siempre, obstetricia y pediatría siempre hay un médico de guardia, ya sea durante todo el día y el fin de semana siempre hay un médico. No están presentes en la guardia obviamente, están acá en el segundo piso, pero si están, los llaman y están.

E: Y con respecto a la cesárea, tenes una parturienta que no tiene ningún tipo de riesgo y que no quiere parto natural ¿se le hace la cesárea? ¿Se le explica las complicaciones? ¿Hay

algún memorándum, algo para explicarle a la paciente, que es conveniente si no tiene ningún problema, que tenga un parto natural? O se le hace la cesaría, no se le explica nada.

MV: Siempre se les explica, los obstetras que son mas naturistas, son un equipo chico de obstetricia, siempre se les explica el beneficio de un parto natural que una cesárea, pero bueno, nos ha pasado de parturientas que quieren ir a cesárea por temor, otras la verdad que quedan sensibles por la explicación y bueno te dicen que quieren un parto natural y quedan contentas y otras que han querido ir a cesárea y ahora lo que se está empleando nuevo, que en el ultimo parto que baje lo he visto, es una cesárea que la están haciendo más natural, por así decirlo que, hacen una incisión, generalmente en una cesárea hacen una incisión y sacan al bebe, en esta no, hacen una incisión, sacan la cabecita del bebe y si el bebe no presenta complicaciones, uno ve que está bien, que tiene buen tono, llanto vigoroso, no, se lo va empujando de a poquito, se lo va empujando de a poquito si la mama está bien, si el bebe sigue bien se lo va empujando, así como algo más natural, no ese desprendimiento brusco del bebe con la mama, no. Asique, eso es nuevo, eso se lo está empleando y por ahora al parto que he ido, todo bien, estuvo más lindo, si.

E: Y para vos ¿Cuáles son los alcances del trabajo en equipo y la incidencia del trabajo enfermero en el trabajo de parto?

MV: Y no, yo lo veo, acá es fundamental, enfermería, a veces nos ha pasado la escases de enfermería y la importancia de que bajen sinceramente. Nos ha pasado de no poder bajar a trabajo de parto, pero en obstetricia y pediatría siempre hace todo lo posible para que allá una enfermera, se le dé mucha importancia, la verdad que sí. Y cuando es así que no podemos bajar, lo suben y la enfermera que es la nurse que esta acá arriba se encarga de revisar al bebe en la neo y de hacerle n la sala de recepción de abajo, se le hace acá arriba, pero como te digo, acá el trabajo en equipo es muy integro, esta bueno, eso esta bueno, esta bueno porque se le da mucha importancia a enfermería y sé que en otros sectores no es así.

E: Bueno muchas gracias.

Entrevista N° 11

E: Buenos días. ¿Tu nombre?

YG: Y…G…

E: ¿En qué servicio te desempeñas?

YG: En neonatología.

E: ¿Has estado en parto?

YG: Si, pocas veces, pero si he estado.

E: Para vos ¿Cuál es la naturaleza y el contenido global de la disciplina enfermera? A partir de tu experiencia laborar. Es decir ¿Cuál es el objetivo para vos de enfermería?

YG: El objetivo básicamente es cuidar, brindar una mejor calidad de vida a la persona, ya sea, no sé, en partos ayudar en la parte de la madre a pasar una mejor experiencia en su parto, en mi parte de neonatología, con los recién nacidos, que se yo, todo, no sé, de darle, brindarle una mejor calidad de vida, atención, eso básicamente.

E: Teóricamente para vos ¿cuántos de estos aportes fueron dados por la curricula de tu carrera y cuantos empíricamente?

YG: Y con la curricula, si yo creo que es un cincuenta y un cincuenta, no todas las materias que tenemos en la carrera se basan en decirte o en enseñarte como brindar un mejor cuidado, una mejor atención, y empíricamente lo vas viendo en tus compañeras cuando recién entras a trabajar que uno parte de la nada misma y ves a tus compañeras quizás tener acciones que uno trata de imitar o de copiar porque te das cuenta que lo ayudan a la persona, creo que es un poco y un poco.

E: ¿Podes delimitar el espacio físico donde realizas tu labor?

YG: Yo me desempeño acá y en el Materno, si lo vemos, si lo puedo delimitar ¿en qué sentido? ¿Si tengo un espacio físico donde trabajo?

E: Claro, ósea ¿que abarcaría todo el servicio? ¿Cuales son todas las aéreas que componen este servicio?

YG: Y este servicio en teoría la parte de maternidad no está delimitada, la parte de maternidad es un desastre, es un desastre, yo me desempeño en el área de neonatología pro hace un año que estoy en esta institución, va en la institución no puedo creer que este obstetricia con pediatría, con, no puedo tener un chico con neumonía y al lado a una mina

gritando porque esta por parir, entonces me parece que eso no está delimitado, básicamente, acá no.

E: A vos, ¿te hacen salir de tu servicio? Si bien vos estas en neonatología, también estas en parto, ¿Te hacen salir con adultos?

YG: Cuando no hay recién nacidos, cuando no hay neonatología, no hay pacientes en neonatología, habitualmente tendría que salir a la ´parte de maternidad, que es ahí las pocas veces que he hecho recepción y me he encargado de recién nacidos sanos, pero por ahí no estoy acostumbrada a trabajar con el chico que no tiene nada, sino mas bien con patologías o prematuro o con algún problema.

E: ¿Vos conoces la ley de parto humanizado?

YG: He escuchado hablar, pero básicamente no la he leído, ni se bien de que está compuesta, pero si he escuchado hablar mucho últimamente se escucha mucho del parto humanizado, sobre todo, no sé si tanto acá, sino mas bien en el materno, he escuchado bastante hablar del tema que por ahí no se respeta tanto a la madre ni al familiar tampoco, por ahí es algo más de rutina y por lo que he escuchado muchos comentarios también feos sobre el parto.

E: Con respecto a esta ley, tanto acá como en el materno, vos me decís que trabajas allá también ¿Tuvieron algún curso, marco orientador o seminario?

YG: Eeeh, no, yo no, no porque mi tema es que como estoy encerrada en la neo nosotros allá a partos no bajamos nunca, tenemos casi cincuenta pacientes imagínate que si pacientes no nos quedamos nunca y acá hace un año que estoy, que si he tenido la experiencia de poder bajar a recepción y ver la parte de parto, pero ha sido muy pocas veces, tampoco es que han sido gran cantidad, asique no, no tengo. Lo mío es todo lo orientado en neonatología, asique no.

E: ¿Cómo accediste al servicio?

YG: Estaba buscando un segundo laburo asique vine y presente el curriculum y entre a la neo.

E: ¿Tu formación previa donde la hiciste?

YG: Mi formación, fue todo, ósea en la facultad y después entre a trabajar en el materno infantil y bueno una vez que estaba en el materno en la parte de neonatología, empecé a estudiar todo lo que es, bueno RCP neonatal, un curso de capacitación de cuidados

neonatales, fui haciendo cursos, capacitaciones, pero los fui haciendo en un ámbito privado no publico.

E: Con respecto a la ley de parto humanizado, con respecto al parto en si ¿quien recibe a la parturienta? ¿Cómo se la atiende? ¿Cuáles son las principales técnicas? Si hay algún cumplimiento o incumplimiento de protocolos.

YG: Si yo creo que sí, que esa parte esta, por ahí mis compañeras tienen más conocimiento de eso, pero ósea nosotros, cuando nos llaman que ya está por nacer el bebe bajamos y la paciente ya está ingresada, nosotras la mandamos de acá de la parte de maternidad, según vaya a cirugía o parto natural, con una vía periférica ya colocada y baja y allá la recibe la parte de quirófano directamente, ósea el obstetra, lo que es pediatría y nosotros que es la recepción e recién nacido, bajamos cuando el chico esta por nacer, ósea que lo que se hace previo no sabría decirte, ósea no sé, se que tienen un protocolo donde ingresa la madre, donde le hacen toda una higiene, una limpieza si va a cesárea, si va a pato he visto que las esperan y las esperan bastante tiempo, porque me ha tocado bajar y he estado cuarenta, cuarenta y cinco minutos, una hora que por ahí la madre termine de dar a luz y se las espera, he visto que tienen bastante paciencia, no sé si será en todos los casos o justo en esos en los que yo he bajado.

E: Y en los que vos estuviste con el tema de la medicalización, si la paciente dice que no quiere ningún tipo de medicación ¿Se las respeta?

YG: Hemos tenido casos acá, de mujeres que son más bien naturistas que no quieren nada de medicación y yo he visto que se las ha respetado, siempre y cuando se valore que no corra riesgo el recién nacido, yo he visto que sí, que se las ha respetado, se las ha esperado, se las ha acompañado. Por ahí, de la parte de la institución básicamente lo que no me parece es el tema de cómo están divididos los servicios, y eso quizás hace que también allá como una deficiencia en la calidad de atención, porque por ahí hay dos enfermeras para atender a muchos pediátricos, puérperas, entonces como que eso es lo que hace que decaiga la atención, si quizás esto estuviera como separado sería algo mucho mejor y se acompañaría aun mejor a la mujer.

E: ¿Qué relación establecerías vos entre las técnicas utilizadas y los protocolos establecidos por la ley?

YG: El tema es que no se bien, que ¿la parte en la que la mujer está abajo en quirófano?

E: Durante el preparto, el parto y el postparto.

YG: yo creo que lo que esta estandarizado, este según lo que debería ser, quizás las chicas te puedas decir más específicamente si hay algo afuera de eso, pero creo que se espera lo que se tiene que esperar, lo que me llama mucho la atención quizás de acá es el tema de, como es, de la cantidad de partos en cama que tienen, se espera tanto, que terminan naciendo los chicos en la cama, entonces es por ahí en esa parte que el protocolo estaría fallando, si tiene tanto de dilatación, no sé si esperan cuanto específicamente para bajarla, pero creo que en ocho la tendrían que bajar y esperan un poco mas y la mujer termina pariendo en la cama. Por ahí esa parte previa no sé si esta tan estandarizada o es según el médico de guardia, que decide si ya baja o se queda, pero después lo demás las chicas tienen todo muy de rutina, lo que le tienen que poner, la medicación antes, previa, la que viene después que le tiene que poner, yo creo que esta todo estandarizado y calculo que debe coincidir con lo que es la norma, no estoy muy segura tampoco.

E: Y en cuanto al recurso material de la institución, para vos ¿está preparado, para el parto natural?

YG: si, yo creo que ediliciamente, abajo creo que hay dos quirófanos, dos o tres, si creo que la parte de abajo ediliciamente está preparado, acá no, la parte de arriba, la pre, no está preparada, porque si vos tenes que esperar una mujer que dilate lo que tiene que dilatar, que se tome su tiempo, tendría que tener un espacio donde ella pueda caminar, donde puede querer sentarse, pararse, acostarse, ir al baño, hacer todo lo que tenga que hacer y acá si la pones en una habitación tan chiquita y que encima está dividida a su vez por una cortina y al lado tener otra que quizás ni siquiera es una mujer embarazada, si no que es chico operado de cualquier otra cosa, te imaginas que no, no está preparado ediliciamente, no. Y los recursos humanos tampoco, porque faltan, falta mucha capacitación, por ahí capacitación, las chicas por ahí las ganas las tienen pero por ahí los horarios de trabajo y la institución no es tan flexible en dejar que el personal se capacite, he visto muchas veces que piden permiso para x curso o x cosa y no lo tienen. Entonces no se si el personal esta tan capacitado, me parece que por ahí se da, te tiran muy abajo, se menosprecia el trabajo de la persona o de la enfermería que trabaja en la parte de con la obstetricia y me parece que está mal, porque es muy importante para que el chico llegue a buen puerto o sea un recién nacido sano, todo lo que hace la parte de enfermería pre y post, es fundamental y por ahí no

esta tan capacitado, sino que directamente, imagínate, yo no tengo experiencia y me ponen ahí a atender a una puérpera y no tengo ni idea, entendes, no sé si esta tan , m parece que por ahí le falta el espacio físico, falta personal y para poder tener un mejor resultado.

E: ¿Cuál es para vos el nivel de participación de los profesionales enfermeros, en la toma de decisiones en el servicio?

YG: Es total, es fundamental, es total y creo que maternidad básicamente, no hablo ni de neonatología, ni de terapia, si de maternidad, es total y es fundamental, yo creo que ahí el ochenta y cinco por ciento del éxito en ese servicio está basado en enfermería, sin las chicas ahí, no, o sin ellas porque la verdad que me ponen a mi o alguien que recién entra y …, la verdad que están ingresando un chico para operar, te están pasando la medicación de la puérpera y están controlando al recién nacido sano , están como haciendo muchas cosas a la vez y entonces es fundamental, es el ochenta y cinco por ciento que el trabajo salga bien, me parece.

E: Para vos, ¿hay alguna condición hegemónica con respecto, medico enfermera?

YG: Si la hay, la verdad que no la pude apreciar, está muy manejado por residentes y como los residentes, por ahí están medios solos, quizás no están muy acompañados a veces, lo que puedo observar desde afuera, entonces no creo que sea eso.

E: ¿Qué disciplinas participan en el servicio?

YG ¿Cómo que disciplinas?

E: Obstetras….

YG: Ah, sí, ahí tenes pediatras, tenes obstetras, tenes médicos neonatologos que van a ver al recién nacido sano, tenes enfermeros, tenes cirujanos que van a ver a los chicos operados, esta la terapista ocupacional es recontra multidisciplinario, están todos porque al estar mezclado con pediatría, entonces esta todo lo que abarca pediatría, ya sea quirúrgico, de otorrino, un montón, muchas, muchas disciplinas.

E: Cuando hay una cesárea, ¿el padre participa? ¿Entra al quirófano?

YG: Mira a las pocas que baje yo, al padre se lo baja, se lo viste, se lo prepara para el quirófano, para la cesárea, pero se le avisa cuando el chico ya está afuera, cuando ya salió o a veces se lo deja vestido y no entra, no s lo llama, o sea que como que la gente que está en quirófano, obstetras, enfermeras de quirófano, la gente que está adentro de quirófano, porque nosotros tenemos una puerta y miramos de la ventana, nosotros sale el chico y

nosotros recién entramos en participación, la parte esa solamente ingresa el pediatra que es la que va hacer la recepción, va a agarra a el chico una vez que ya el obstetra lo saque, me parece que muchas veces se lo deja, el padre podría estar tranquilamente acompañando a la madre mientras ellos están trabajando, porque la Cesárea está dividida, o sea la mujer está consciente, no es que eta con mucho dolor ni nada, asique podría estar acompañando y no por lo general o lo hacen pasar cuando ya está el chico prácticamente afuera o a veces se lo olvidan ahí afuera, que yo estoy del otro lado y digo: "…hay el padre, el padre…" y no entra, no entra y no entro, asique por nuestra parte lo único que hacemos es dar la vuelta y que pueda entrar por la parte de recepción, para que puede ver cuando se hace toda la recepción del bebe, para que participe en algo, pero si a veces se los deja un poco de lado.

E: ¿Y en cuanto al parto natural?

YG: a el parto natural he visto que están, se los hace entrar antes, están un poco mas acompañar a la madre, los hacen entrar desde el vamos prácticamente. Pero en la parte de cesárea no.

E: ¿Y en el caso de alguna complicación tanto en un parto natural como en una cesárea?

YG: Se le pide que salga al padre, es lo mismo que en la recepción de un chico, es exactamente igual, se le pide que espere afuera.

E: Los obstetras, pediatras y neonatologos, el equipo ¿permanecen siempre en la institución?

YG: No, pediatras y obstetras creo que sí, creo que siempre hay alguien a cargo, en neonatología, no, hacen guardias pasivas, vienen ven los chicos, hacen las indicaciones, si hay alguna complicación se quedan un poco más, pero son guardias pasivas. Si hay algún bebe que viene complicado se los llama, pero no están, no están todo el tiempo.

E: ¿Cuáles son para vos los alcances del trabajo en equipo y la incidencia del trabajo enfermero en el trabajo de parto?

YG: y me parece que es, que todo es fundamental, en si el trabajo en equipo, otra vez, ¿Cómo sería? Repetime la pregunta.

E: ¿Cuáles son los alcances del trabajo en equipo y la incidencia del trabajo enfermero en el trabajo de parto?

YG: bien, creo que es fundamental, el trabajo en equipo, ya sea la buena comunicación que tienen que tener el obstetra, con el pediatra es fundamental y ahí entramos nosotras

también, que en realidad tendría que ser un trabajo totalmente en equipo porque desde la buena comunicación que existe entre todo el equipo va a ser mucho mejor el resultado, muchas veces pasa que obstetricia baja una paciente o que viene medio complicado todo y no se avisa a tiempo a los pediatras, a su vez los pediatras no le avisan a tiempo a los neonatologos , entonces ya ahí tenemos una carrera de errores que el que se ve afectado es la madre en ese caso y el recién nacido, me parece que debería ser fundamental la comunicación, se da, por lo que yo veo acá no falla tanto acá, porque los obstetras y los pediatras están todo el tiempo juntos y a su vez enfermería al estar todo el tiempo trabajando, quieras o no, o te lo digan o no, escuchan y están, o sea me parece que no hay, u en esta institución no estaría fallando ese tema. Si no que se da.

E: Y el trabajo de la enfermera tanto en el preparto, parto y posparto, ¿qué importancia tiene para vos?

YG: Todo, es fundamental, porque partimos de la base que, somos a quien la madre le pregunta todo, cuando ingresa a una institución desconocida, le damos las indicaciones de todo lo que tiene que ir haciendo, se le muestra el lugar, se le dice desde donde puede poner sus cosas hasta, somos la primera cara que va a recibirla, mas que también se les empieza a preguntar cosas del bebe porque la enfermero que la recibe por lo general, va a ser la misma que va a estar abajo recibiendo a su bebe, y que la va acompañar, la que le va a poner al bebe en el pecho, la que le va a pasar medicación que le tenga que pasarle, la que va a ayudarle a vestirse cuando no pueda, la que la va a estar acompañando en alguna contracción, eeeh todo, me parece que el trabajo de enfermería en el pre, post parto es fundamental, y una buena atención, de una enfermera calificada ayuda muchísimo, de saber lo que está pasando, en qué momento está la madre, específicamente para ayudarla esta buenísimo, estaría buenísimo que todas las personas que están en ese servicio estuvieran capacitados para acompañar mejor a la madre, que nosotras, las que son madres, sabemos lo importante que es que te acompañen y que te atiendan en ese momento que esta indefensa y te sentís sola, por más que te, nada, eso. Es muy importante.

E: Bueno, muchísimas gracias.

Entrevista N°12

E: Hola Buenos días. ¿Tu nombre?

MF: MLF, enfermera del hospital privado, hace veintiséis años, trabajo en el sector de pediatría y maternidad hace unos veinte años más o menos.

E: ¿Cuál es para usted la naturaleza y el contenido global de la disciplina enfermera?

MF: Este, consiste en la parte del cuidado, la enfermería abarca, eeeh lo que es la pate del cuidado, contención tanto de la familia fundamental.

E: ¿Podría usted delimitar el espacio físico donde realiza su labor de enfermera? Tanto de los espacios intra y extra del servicio.

MF: Depende del servicio donde me toque trabajar, nosotros tenemos cuatro servicios, nos puede tocar trabajar tanto en neo, en pediatría, terapia de pediatría o recién nacido, en este momento me está tocando trabajar en la parte de maternidad y pediatría, contamos con diez habitaciones, con veinte camas, tenemos lo que es el office de enfermería abierto, en el pasillo lo que es un carro de paro, eeeh.

E: ¿Cuáles son los cambios que usted percibe cuando sale del servicio?

MF: Por lo general los cambios que uno percibe, primero stress por el tema de no conocer a veces la parte física, no la parte enfermería porque en si el enfermero está preparado para trabajar con cualquier paciente y esas cosas desde la escuela nos enseñan asique más que nada es la parte física y no conocer en ese momento los pacientes.

E: ¿Tiene alguna anécdota para contarme?

MF: En un servicio un día me paso que un paciente hace un paro y uno no es, fui a trabajar en el servicio y no había tenido tiempo de controlar el carro de paro y nos encontramos que el carro de paro no tenía nada y eso fue también bastante estresante para uno.

E: Y en esa situación ¿Cómo resolviste?

MF: Y con la otra enfermera tratamos de resolver lo más tranquilo posible, porque ante esa situación uno lo que tiene que trasmitir es tranquilidad y trabajamos en un hospital que dentro de todo tiene todo el material, por ahí va a demorar un poco mas pero va a estar.

E: Y estresante, ¿a qué llamas vos estresante?

MF: A no encontrar un tubo, que es importante para el paciente, un abohcatt.

E: ¿Cuáles son las primeras técnicas utilizadas para la realización de su labor?

MF: Nosotros tenemos protocolos en si en el hospital, después en cuanto a lo que es medicación, en la parte de pediatría tenemos una farmacia que también nos provee de protocolos en cuanto a la difusión y mantención de todo lo que es medicación.

E: ¿Y qué técnicas utilizan?

MF: Eeeh, ¿técnicas en qué sentido?

E: De venopuncion…

MF: Si si, lo que es tanto periférica como catéter.

E: ¿Qué protocolos utilizan ustedes?

MF: Los protocolos en este momento de nosotros en cuanto a vía periférica y catéter y los que es la parte de paciente entubado y después lo que es la parte de alimentación parenteral también.

E: ¿Esos son los protocolos que estarían utilizando?

MF: esos son los que se utilizan habitualmente

E: ¿y otros protocolos? Esos son los que se cumplen ¿y los que no se cumplen?

MF: Por lo general se cumplen bastante en la parte de pediatría porque somos bastante quisquillosos en cuanto a los cuidados y las consecuencias si no se cumplen esos protocolos.

E: ¿Qué relación usted establecería entre las técnicas utilizadas y los protocolos establecidos por la ley de parto humanizado? ¿Conoce la ley?

MF: En si en el servicio no conocemos la ley, pero nosotros tenemos pacientes que se hacen, el parto respetado y, pero no tenemos en mano lo que es.

E: Si alguien viene y exige el parto respetado ¿Cómo se manejan?

MF: Nos guiamos siempre por el obstetra que es el que trabaja, son uno o dos obstetras que trabajamos en el parto humanizado entonces ellos nos guion y se respeta lo que dice la paciente. Que al no conocer lo que es la ley de parto humanizado, muchas veces se discute tanto enfermería como el pediatra y el obstetra por desconocimiento más que nada porque hay por ejemplo partos humanizados, que no quieren que allá presencia ni de un pediatra, ni de una enfermera, que no se bañe al bebe, que no se lo pinche al bebe, estamos en una institución privada, y entonces también es como una contradictoria porqué de golpe dicen parto respetado pero a la vez se discute mucho eso de si le damos la vacuna, le damos la triple profilaxis, si el hospital tiene alguna responsabilidad o no, entonces yo creo u es por

desconocimiento o no, digamos hay que unificar criterios, si unificas criterios todos hablaríamos el mismo idioma, pero como no tenemos muy seguido estos partos humanizados, siempre es la misma discusión, cuando la mama te niega al bebe, cuando la mama no quiere que lo toques, no quiere que le hagas nada, entonces se empieza a discutir todo eso.

E: Bueno es una ley sancionada el veinticinco del ocho del dos mil cuatro, promulgada el diecinueve del nueve del dos mil cuatro, la ley hace referencia a la aplicación, que se apliquen en los ámbitos públicos y privados, a los derechos de la mujer, de ser informada, a estar acompañada y a ser tratada con respeto, a los derechos del niño y al paciente recién nacido en situación de riesgo que los padres tiene derecho a ser informados.

MF: Por lo general se le informa a los padres y se les respeta las decisiones d ellas pero ante todo, la información la tienen.

E: La ley hace referencia a lo público y a lo privado.

MF: Claro, a veces yo creo que, también conozco una parte de del estado y a veces cuando no se puede, porque en cuanto a que todo se respetado, más que nada en la parte física a veces es como que no se llega, entonces es como que no se si hasta donde es tan respetado, porque si te llegan varios pacientes, no tenes también el espacio físico para tener, que se cumplan todo lo que dice la ley. Lo que es para el parto respetado, hay una ley pero también no se ha pensado en la parte física, este y es lo que faltaría para hacerlo, tanto en la parte privada como en la del estado.

E: ¿Cómo accedió al servicio? ¿Necesito formación o capacitación previa?

MF: No, en realidad no necesite capacitación previa, vine sin saber lo que era del servicio, me interesaba conocer lo que era la parte de pediatría y maternidad, entonces con las compañeras, fueron enseñándome y además haciendo cursos para capacitarme y seguir mejorando.

E: ¿La formación y la capacitación fue durante estos años?

MF: Claro

E: O usted tiene una formación plantada por años ¿Cómo se maneja?

MF: Yo creo que lo que es la capacitación tiene que ver mucho, tanto la teoría, la tenemos todos los enfermeros y después lo que acompaña mucho es la práctica y al lado compañeros también que te enseñan.

E: La capacitación y la formación ¿depende de uno? o el hospital te obliga.

MF: El hospital no te obliga, creo que cada uno se interesa por lo que quiere capacitarse. La capacitación esta mas y en aprender estas vos.

E: ¿Cuál es para usted el nivel de participación del personal enfermero en la toma de decisiones del servicio?

MF: En lo que es la parte de maternidad, pediatría y lo que es neo y terapia, se trabaja mucho en equipo y la enfermera participa en muchas decisiones, en conjunto con el médico.

E: ¿Quién da las principales órdenes?

MF: Las principales ordenes, en general están dadas por el médico, en cuanto a indicaciones, lo que es indicaciones medicas.

E: Y en sí, ¿Cómo es el manejo?

MF: ¿Cómo, como es el manejo?

E: ¿Cómo se organizan las actividades?

MF: Actividades, nosotras tomamos la guardia a la mañana, que acá en el piso donde estoy trabajando ahora, que es la parte de pediatría, maternidad, recién nacido, ahora somos tres enfermeras, una se ocupa del recién nacido, las otras dos trabajas con pediatría y obstetricia y nos vamos organizando, tanto lo que es medicación, signo vitales, trabajo de parto.

E: ¿Quiénes participan en el servicio? ¿Qué disciplinas hay?

MF: nosotros contamos acá, con lo que es el servicio de pediatría, cuenta con los obstetras, cuenta con el servicio de pediatría, los residentes de pediatría, y los residentes de obstetricia también. Tienen cardiología infantil, neurólogos también.

E: ¿Cual es su realidad en la participación en la toma de decisiones?

MF: En cuanto a la indicación la da el médico, nosotros administramos pero siempre asegurando también que este correcta la dosis y todo eso y las diluciones muchas veces las cuestiona también enfermería. Lo que es la enfermera en la parte pediátrica trabaja con mucho más cuidado en cuanto a lo que es la medicación, por el riesgo que corre un niño, si bien el adulto corre riesgos, pero nosotros manejamos dosis muy pequeñas, tenemos que mirar y sacar las cuentas dos o tres veces.

E: ¿Cuáles son los modos y las frecuencias en que se desarrollan los intercambios inter y transdisciplinar, en su servicio? ¿Quién recibe a la parturienta?

MF: Acá por lo general, a la parturienta, si no es una cesárea programada, este ingresa por la guardia, la recibe el obstetra, luego de esto sube al sector de maternidad, enfermería la ingresa, le realiza los controles habituales, después viene el obstetra, le realiza el monitoreo para ver los latidos cardiacos y ahí la van evaluado en el trascurso de la guardia, se le realizan tactos vaginales, los pacientes acá en la parte de maternidad están con el médico permanente, asique están muy controladas los pacientes.

E: ¿Hay neonatologos, obstetras, parteras?

MF: Nosotros acá en el piso tenemos lo que es el obstetra y a veces nos ha pasado que no llega la paciente por ahí puede nacer en cama y siempre están los pediatras y neonatologos que siempre son los que acuden y el niño se lleva al sector de neonatología. Y si no, si llega, va a sala de parto.

E: ¿Cómo se realiza la evacuación, en caso de complicación, del familiar presente? ¿Hasta dónde se permite la participación?

MF: Ahora es bastante abierta lo que es la participación del padre, inclusive a veces si quiere sin el padre, no entra, tiene permitido algún familiar, ya sea la madre de la chica, asique hay bastante participación en lo que es el parto.

E: ¿y en el caso de alguna complicación?

MF: En las complicaciones se trata de que si viene complicado se trata de evitar.

E: ¿se trata de evitar que?

MF: que este el familiar, más que nada por el momento que hay que trabajar con el bebe.

E: ¿Quien decide el parto natural o cesárea?

MF: Eeeh, depende, lo decide la madre, pero depende de la situación de la paciente, de cómo valla con su trabajo de parto y ahí decide el obstetra en ese caso.

E: ¿Quién decide la medicalización?

MF: El obstetra, lo que es la medicación a decide el médico.

E: En la guardia, ¿el equipo permanece en la institución o es ambulatorio?

MF: El médico esta las veinticuatro horas acá.

E: ¿Con quienes cuentan?

MF: Contamos con pediatras, obstetras y neonatologos.

E: ¿Cuáles son los alcances del trabajo en equipo y la incidencia del trabajo enfermero en el trabajo de parto?

MF: Nosotros somos un servicio que trabaja en equipo y la parturienta, la mujer embarazada cuando ingresa al servicio en trabajo de parto, tiene acompañamiento bastante de la enfermera porque lo que es este la mujer en trabajo de parto necesita contención y por lo general no la da tanto el médico si no lo que el personal de enfermería.

E: ¿Desde que ingresa está acompañada por ustedes?

MF: Si, si, hasta que baja, que se la acompaña hasta la puerta de quirófano y después ya, nosotros digamos ya la esperamos al regreso, la recibimos, la controlamos, le miramos lo que es las pérdidas, las vías si trae. Muchas veces le acercamos el bebe para que le dé el pecho, asique digamos que el trabajo de enfermería digamos que sigue, si bien la acompañamos hasta quirófano, después cuando vuelve sigue el acompañamiento nuestro hasta que se va de alta. Lo que tiene este servicio a diferencia de otros lugares es que está todo muy dividido, ya sea, hay enfermeras que se ocupan de recién nacidos, otra enfermera que se ocupa de la madre y nosotros lo que tenemos es que seguimos a todos tanto al recién nacido como a la adre, no es que se corta o no conocemos al paciente, o sea, conocemos tanto a la madre como al bebe, estamos observando todo, tanto si hay algún cambio en la mama como en el bebe, informando a los médicos. Lo que es la parte de recién nacido, si el recién nacido presenta alguna dificultad, estamos alerta y tenemos dentro del servicio lo que es la neo y lo llevamos a este servicio de inmediato. Lo que es la parte de la madre y el niño está mucho más tiempo acompañado por lo que es la parte de enfermería, si hay alguna dificultad siempre la observa primero lo que es la parte de enfermería y ahí se informa a lo que es la parte medica.

Entrevista N°13

E: ¿Cuál es para usted la naturaleza y el contenido global d la disciplina enfermera? A partir de su experiencia laboral.

PM: Hola buenas tardes, mi nombre es PM, soy licencia en enfermería, en este momento me desempeño en el 2D, que es el servicio de clínica médica como jefa y trabaje quince años en el servicio de maternidad, pediatría, neo y UCI pediátrica en el hospital…y en realidad la disciplina enfermería para mi es, ósea está centrada en el cuidado del paciente.

E: ¿Podría usted delimitar el espacio físico donde realiza su labor enfermera?

PM: El servicio de pediatría cuenta con cuatro servicios, el servicio de pediatría donde se atiende pacientes obstétricas y pediátricas, está el servicio de neonatología y el servicio de UCI pediátrica, o sea ese el lugar donde uno se desempeña su rol enfermero, estamos preparadas para cubrir cualquiera de los cuatro lugares.

E: ¿Cuáles son los cambios que usted percibe al salir del servicio?

PM: Cuando salís del servicio de pediatría lo que notas, es menos contención por parte de los médicos, o sea en pediatría está todo, está muy contenido, los médicos están muy encima del paciente y el cambio al salir de un servicio, no conocer los médicos de otro servicio y al querer ubicarlos cuesta un montón, los médicos por ahí tardan en tomar decisiones entonces por ahí eso inestabiliza mucho al trabajo del enfermero.

E: ¿Tenes alguna anécdota para contarme?

PM: Eeeh, por ejemplo llamar, llamar a un medico por un paciente descompensado y el médico dice que ya venía, ya venía, bueno al final el paciente termina, terminamos largando señal convenida porque el paciente entra en paro, es bastante frustrante para la enfermera, este uno se va con muchos dolores de cabeza por esa situación.

E: ¿Cuáles son las primeras técnicas empleadas en la realización de su labor?

PM: Y las técnicas que realizamos en pediatría, nosotros le colocamos las vías a los pacientes, nos cuesta un montón, a veces vienen pacientes que son divinos, que uno los ve gorditos, pero cuando tenes que sacarle sangre o colocarle una venoclisis, la verdad es que es una tarea que hacemos habitualmente pero es bastante, cuesta bastante, y cuesta bastante que los padres acepten esa situación porque todo lo ven como una agresión, todo lo invasivo que le haces al niño lo ven como una agresión.

E: ¿Tienen algún protocolo, técnicas, algo?

PM: Acá tenemos técnicas, protocolos hay muy pocos, en UCI si, se han implementado protocolos porque los ha traído un terapista que trabajaba con anterioridad el doctor IF que fue él quien hizo varios protocolos de lo que es el servicio de UCI pediátrica, lo demás lo manejamos en base a bibliografía y tratamos de unificar el criterio.

E: ¿y esos protocolos se cumplen?

PM: En la UCI pediátrica si y lo utiliza neo también, porque es como que neo acopla, adhiere a esos cuidados.

E: ¿Qué relación usted establecería entre las técnicas utilizadas y los protocolos establecidos por la Ley de Parto Humanizado? ¿Conoces la Ley?

PM: Si, en realidad en este hospital hay pocos médicos, que por ahí respetan o valoran lo que es el parto humanizo, en realidad había dos, está el doctor C, que bueno que sigue con ese criterio de parto humanizado y el doctor I, que bueno se fue a vivir a Canadá por todo esos por la influencia que tenia, este con respecto a lo que era el parto humanizado, lo que pasa es que en la institución no se puede implementar, eeeh porque, por el espacio físico, entonces y bueno, y hay que cambiar la postura de los directivos, que ellos apoyen eso, en realidad no tenemos mucha demanda de mujeres que quieren el parto humanizado, pero si hemos implementado en alguna pileta de una habitación y han nacido bebes pero creo que en el año, fueron dos o tres mamas que querían tener parto humanizado.

E: ¿Tuvieron algún seminario o curso sobre la Ley?

PM: No, no, no tuvimos, fue todo porque, por lo que nos iba transmitiendo el obstetra, no, que había ido a Canadá, que había visto como era el parto humanizado, vimos videos, pro en realidad no tuvimos ninguna formación.

E: ¿Cómo accedió al servicio? ¿Necesito formación o capacitación previa?

PM: Eeeh no, ingrese al servicio sin ninguna capacitación previa, simplemente porque dije que me gustaba el servicio de maternidad y pediatría, porque me gustan mucho los chicos y bueno en relación a eso entre al servicio, asique por eso estoy ahí, no tuve ninguna capacitación previa, las capacitaciones las fui haciendo después dentro del servicio.

E: ¿Qué lugares cubrías ahí, dentro del servicio?

PM: Cubría todo el servicio, en realidad era la enfermera oficial de UCI pediátrica. Pero cuando faltaba gente de los otros servicios, cubría todos los servicios.

E: ¿Cuál es para usted en nivel de participación del personal enfermero en la toma de decisiones del servicio?

PM: En mi caso particular, yo podía tomar, ósea, podía tomar ciertas decisiones, por supuesto hablándolas siempre con el médico, pero se valoraba mucho la opinión de la enfermera.

E: ¿Quién daba las principales órdenes?

PM: Por supuesto los jefes de cada servicio, los jefes médicos, pero, es un servicio donde se ven las capacidades de la enfermera y cuando ven que las enfermeras son capaces de resolver ciertas situaciones, ellos te incluyen en las decisiones.

E: ¿Qué disciplinas participan en l servicio?

PM: Por supuesto Pediatra, Obstetricia, Neonatología, Terapistas, Kinesiólogos, Asistentes Sociales, Psicólogos, porque tenemos pacientes pediátricos con problemas psicológicos, gente de, nutricionistas por el tema de la adolescencia y el problema con la alimentación, o sea es multidisciplinario el servicio.

E: ¿Y el nivel de participación de enfermería?

PM: Como te dije recién, uno puede, o sea uno se siente incluido en el equipo, o sea los médicos valoran y evalúan cuando uno les hace algún comentario o algo de algún paciente, lo toman en conocimiento y creen en la palabra de la enfermera, porque tienen esa confianza, confía en lo que la enfermera les está diciendo y en base a eso toman decisiones.

E: ¿Cuáles son los modos y las frecuencias en que se desarrollan los intercambios inter y transdisciplinar en el servicio? ¿Quien recibe a la parturienta?

PM: En realidad la parturienta es recibida en la guardia, por el obstetra de guardia, que le hace toda la evaluación, control, monitoreo, y la parte orientada, que ingresa al servicio es recepcionada por nosotras ya tenemos la habitación, la obstetra llama y dice "…chicas ya está en trabajo de parto…" ella nos dice le diagnóstico, con cuanto de dilatación esta, entonces nosotras ya organizamos la habitación, sabemos dónde ubicar a la paciente y el ingreso lo hacemos nosotras no, controles.

E: ¿Quiénes intervienen? ¿Hay neonatologos, parteras, obstetras?

PM: Si, si.

E: ¿Cuenta con ellos al ingreso?

PM: En realidad el obstetra, no hay parteras, el neonatologo baja solamente cuando ya esta, cuando se produce el nacimiento.

E: ¿Cómo se realizan las evacuaciones en caso de complicaciones, del familiar presente?

PM: Eeeh, en realidad, amablemente si ve que hay alguna falla en el monitoreo o un sangrado se les pide se retire porque va a ser evaluada la paciente, entonces el paciente sale y si no sale se le informa que bueno, que tiene que estar controlada porque hay algo que no anda bien, pero o sea es muy directo pero muy cordial.

E: ¿Hasta dónde se permite la participación del familiar?

PM: Participan en todo los familiares participan, si se quieren quedar en el momento del parto se quedan, el esposo en este caso o la persona más allegada a la paciente, pero se trata de que estén todo el tiempo.

E: ¿Quién decide el parto natural o cesárea?

PM: En realidad en esta institución, eeeh se prioriza el parto natural o sea y se trata de convencer al familiar y a la paciente de que es lo mejor o sea n esta institución nos prima el parto natural, o sea, en caso de que allá complicaciones o que se vea que la paciente ya no dilata o hay algo que pueda generar riesgo al bebe se le hace una cesárea, o sea cuando ingresa una paciente al servicio ya sabe que la idea es que sea por parto natural.

E: ¿Quién decide la medicalización?

PM: El médico por supuesto, el valora el dolor, bueno una está ahí…

E: ¿Se le da participación a la paciente? De decir "yo quiero la epidural".

PM: Si, si, si, se la trata de persuadir, se trata de buscar otras opciones, que se yo, se utilizan analgésicos primero antes de, se le da una buscapina, se trata de ir manejando el dolor y bueno, si vemos que llega un momento que no puede tolerar el dolor, ahí bueno el médico accede alguna analgesia más fuerte.

E: en guardia el equipo ¿permanece en la institución o es ambulatorio?

PM: No, no, en realidad los obstetras están en internación y son ellos los que bajan a la guardia a ver a los pacientes o sea están permanentemente pero están en el servicio de internación, cuando son llamado porque hay alguna paciente obstétrica bajan a la guardia. Están permanentemente, igual bueno los que están fijos son los residentes, este hospital se maneja con residentes y el que está siempre es el residente y al llamado esta el staff, o sea el staff cumple un horario y después de eso está el staff de guardia que esta al llamado.

E: ¿Cuáles son los alcances del trabajo en equipo y la incidencia del trabajo enfermero en el trabajo de parto?

PM: los alcances en el trabajo en equipo, todos sabemos que no hay mejor salida en nuestra profesión que el trabajo en equipo, o sea el trabajo en equipo es prioritario, este servicio se maneja, hay muy buen trabajo en equipo, obviamente hay acepciones pero por lo general se busca el trabajo en quipo, y ¿cuál era la otra pregunta?

E: La incendia del trabajo enfermero

PM: Aaaah, en el trabajo de parto, imagínate que nosotras estamos todo el tiempo ahí, hasta que la paciente tiene dilatación completa, entonces vos dejas un familiar que este con ella todo el tiempo, entonces ese familiar se pone muy ansioso o no, maneja bien la situación, entonces la enfermera está pendiente todo el tiempo, entonces el familiar sale, nosotros vemos si se pone muy ansioso, entramos tratamos de calmar a la mama, le tomamos la mano, le tocamos la panza, contamos cada cuanto tiene las contracciones, o sea hay como una contención de parte nuestra para que la paciente se sienta contenida porque por ahí obviamente tiene miedo, ante esta situación nueva y piensan que todo el tiempo van a tener, o que ya va a nacer el chico entonces como que uno está ahí para contenerla.

Entrevista N°14

E: ¿Cuál es para usted la naturaleza y el contenido global de la disciplina enfermera?

VG: Bueno, buenas tardes, yo soy V, trabajo hace doce años en el hospital, estuve ocho años trabajando en el servicio de adultos en clínica médica y hace cuatro años que trabajo en el servicio de maternidad y obstetricia. Eeeh, para mí la enfermería básicamente se centra en el cuidado del otro, suplir las necesidades que tiene el otro, que por alguna circunstancia, necesita el cuidado del otro, básicamente.

E: ¿Podría usted delimitar l espacio físico donde realiza su labor de enfermera?

VG: el piso del servicio de maternidad y obstetricia, cuanta con diecinueve camas, cada cama tiene una boca de oxigeno y de aire comprimido, hay cuatro habitaciones individuales, para la gente que tiene prepaga, las demás son compartidas, cada habitación tiene un baño, está el office de enfermería pequeño, donde se encuentran los sueros y todo el material, esta la computadora, ya que nosotras trabajamos con un sistema de historia clínica informatizada, tiene una impresora para imprimir report, tenemos las carpetas, en el servicio de pediatría todavía no está informatizado el sistema, asique se utiliza mucho carpeta, los médicos colocan las indicaciones y nosotros las miramos por ahí, en el de obstetricia es todo informatizado asique lo miramos por pantalla, bueno en el medio del pasillo esta el carro de paro, que siempre lo controlamos para que este con un stock de medicación en caso de una urgencia en el carro hay un ombú, la medicación, los laringoscopios, bueno todo lo necesario para una urgencia, en la mitad del pasillo hay un matafuegos, una máscara en caso de incendios.

E: ¿Con cuántos enfermeros cuentan en el servicio, por turno?

VG: ¿Por turno? y nosotros a la noche somos ocho de personal, y durante el día son un poco menos seis o siete, a la tarde y a la mañana, entre los francos y demás, siempre tendría que haber cuatro personas en el servicio de forma permanente en todos los turnos. Porque se divide una persona para recién nacido, otra para obstetricia y maternidad otra para la neo y otra la para UCI pediátrica.

E: ¿entonces son cuatro por turno?

VG: cuatro por turno, si.

E: A la noche son cuatro.

VG: Claro, el plantel completo somos ocho, cuatro por día.

E: Turno mañana cuatro….

VG: Claro turno tarde cuatro y turno noche cuatro.

E: ¿Cuáles son los cambios que usted percibe cuando sale del servicio?

VG: Y… es muy diferente el servicio de maternidad al servicio, uno se maneja de otra manera, en adultos uno saca la medicación, medica y hace higiene y confort, más que eso no realiza, en cambio en pediatría estamos atentas no solo a la higiene sino también pro tenes otro tipo de cuidados, sacamos sangre, hacemos hemocultivo, contenemos más a la familia, más que nada a los paciente pediátricos, que a veces son enfermedades crónicas, que son más vulnerables las familias, asique eso más que nada la diferencia.

E: ¿Cuales son las principales técnicas empleadas para la realización de su labor?

VG: Bueno las técnicas, son depende del paciente, digamos hay tres maneras de manejarse, eeeh cuando es un paciente pediátrico ingresa junto con sus padres, se le realiza control de peso, eso influye en la medicación en los gramos que le indique el médico, se controlan los signos vitales, y en el caso de necesitar oxigeno, se le aporta oxigeno hasta que llegue el médico, una vez que indica, se le realiza un laboratorio de control, se le coloca una vía y empieza con la terapia farmacológica, en el caso de un paciente de obstetricia, solamente viene acompañado por la familia, se le realiza un control de peso, se lo pesa , control de signos vitales, una vez que el médico le revisa, el monitoreo fetal, nosotros abrimos una carpeta con los datos del paciente, le preguntamos las semanas de gestación, si tuvo rotura de membrana, que numero de geta es, si tiene menorragia o algún tipo de molestia en ese momento y le abrimos la carpeta del bebe, en la carpeta del bebe constan los datos del bebe recién nacido o por nacer y el apellido que va a llevar, con esos nosotros vamos a buscar la medicación que requiere el bebe al momento del parto y esos son los tres tipos diferentes de admisión del paciente.

E: ¿Son pautas estandarizadas o ya tiene un protocolo para la admisión del paciente?

VG: No, protocolo escrito no hay nada, es algo estándar que uno se maneja así, cuando te empiezan a entrenar en el servicio ya es algo que se maneja así. En el servicio no hay ningún protocolo estándar de admisión del paciente, el único protocolo escrito que hay es en el caso de las medicaciones, las diluciones que son diferentes a la dilución de un adulto eeeh, el protocolo de, bueno si, de un recién nacido en el quirófano si hay un protocolo mas estandarizado, que cuando nace s le hace, bueno se corta el cordón, lo evalúa el médico, se

le hace el control del Apgar, el llanto, la coloración del bebe y demás, luego empezamos a trabajar nosotras que le hacemos la triple profilaxis, eso es como algo mas estándar y lo por escrito es más que nada la medicación, está un poco mas armada, y en caso de tener un paciente entubado, sedado, si esta todo…

E: Ya al quirófano ¿bajan con algún consentimiento?

VG: Si, los pacientes de obstetricia bajan con el consentimiento quirúrgico.

E: En qué momento se lo hacen firmar.

VG: En el ingreso.

E: ¿En admisión?

VG: No, en admisión no, cuando ingresa la paciente que le hacen el monitoreo fetal, hablan a ver en caso de que se estanque el trabajo de parto, que no evolucione la dilatación de la posibilidad que haya una cesárea, en ambos casos se le hace firmar un consentimiento, para cesárea es un que es un poquito más extenso por el sangrado, las complicaciones quirúrgicas de una operación y en el parto natural de las complicaciones de las infecciones que hay.

E: ¿El monitoreo donde se lo realizan?

VG: Eeeh, inicialmente se lo pueden hacer en guardia antes del ingreso, en caso de que la tenga un trabajo de parte avanzado le realizan un monitoreo fetal y si es una paciente que esta de termino con rotura de bolsa pero está tranquila y dinámica, ella ingresa a la habitación se acomoda y recién ahí se le realiza el monitoreo, no de una manera urgente.

E: ¿Qué relación usted establecería entre la técnica utilizada y los protocolos establecidos por la ley de parto humanizado? ¿Conoces la Ley?

VG: Si, la Ley la conozco, la empezamos a conocer cuando venían pacientes y los obstetras nos avisaban que querían una modalidad de parto más respetado o más natural que no haya tanta gente o que se priorice mas el vinculo de una madre con el hijo al nacer antes de realizarle las técnicas que le realizan siempre, asique nos empezamos a empapar un poquito en la ley en base a eso, en que el médico, va no el médico, las pacientes requerían mas patos humanizados.

E: ¿Cómo conoce la Ley?

VG: Un obstetra dio una charla muy informal de la Ley y bueno más o menos es lo que se hace generalmente en el hospital cuando nace el bebe, la única diferencia con el parto

humanizado es que se prolonga un poquito más el tiempo que esta con la mama en el momento del nacimiento, el obstetra lo retira del vientre y se lo deja en el pecho a la madre durante un tiempo un poco más prolongado que lo habitual, esa es la única diferencia puntual. Después el papa observa al lado de la madre toda la situación, digamos, esta acompañándolo y nunca se niega esa presencia, en caso de que sea un parto riesgoso o algo que corra riesgo la vida de la mama y eso puede ser que se restrinja la presencia de familiares, si es un recién nacido normal, no. Eeeh se resguarda eso de que estén acompañando a la mama y que bueno, el vinculo de la madre con el hijo ante todo. El parto humanizado, respetado hace referencia a una modalidad de atención en la que se caracteriza por el respeto al recién nacido y de la mama para empezar a vincularse digamos, eeeh se crea un espacio familiar en donde la mama, el papa y el recién nacido en un entorno de amor y que se desate de la manera ms natural posible. En el servicio particularmente tuvimos una charla de manera informal cuando empezaron a recibir más pacientes hablando del parto respetado, no todas las pacientes saben que hay una ley y no saben tampoco ejercer sus derechos, hay pacientes que quizás desconoces que los padres pueden acompañarlas durante el momento del parto, que se sientan protegidas por un familiar, que no esté con caras desconocidas en el quirófano, eso es algo que se realiza habitualmente, que no es que se realiza a partir de la ley, la única diferencia con la ley, es que hay pacientes que piden un parto mas naturista, que ellas quieren sin anestesia y que se vinculase un poquito más de tiempo con el bebe, que no se le realice profilaxis al bebe por lo menos en las primeras doce horas de recién nacido para no estresarlo, bueno eso es lo más básico. Eeeh por ejemplo la charla de un parto natural y respetado, lo realiza el obstetra con la paciente, generalmente lo hablan mucho antes del nacimiento entonces el obstetra de antemano ya sabe que esa paciente va a requerir cierto tipo de cuidados, por ejemplo en el momento de la internación, se restringe bastante los controles, se prioriza que ella este tranquila, con la persona que ella quiera que la acompañe, puede ser su pareja o su mama, que realice trabajo de parto sin ningún inconveniente, ni alteración, si controlarla y demás no se requiere, se la deja tranquila. A parte todo procedimiento que se realiza tanto con la madre como con el bebe ya esta consentido por el familiar.

E: ¿Cómo llego al servicio? ¿Necesito formación o capacitación previa?

VG: Bueno mi manera de acceder al servicio fue de forma circunstancial, yo venía trabajando con adultos hasta que eeeh…tuve una meningitis viral y bueno quede peor de lo que estaba, a parte estaba cansada de trabajar con adultos y bueno tenía que cubrir una licencia en maternidad; yo al principio me negué porque no tenía ni idea de cómo trabajar con niños y no sabía si me iba a gustar a parte todo es diferente el manejo, asique bueno, estuve un periodo a prueba, la jefa del servicio te hace un entrenamiento y bueno empezas así, estuve seis meses entrenándome en neonatología, bueno ahí el neonatologo da charlas todos los viernes por el servicio y después pase al piso que es pediatría y obstetricia y también cubro cuando se necesita en la uci pediátrica, nada mi formación duro casi un año en realidad, al principio no tomaba pacientes estaba siempre como apadrinada por otra persona, solamente hacia pequeñas intervenciones, no medicaba, colaboraba con la otra persona hasta que empecé a realizar más cosas. Actualmente yo estoy de relevo de las cuatro unidades, tanto del servicio de neonatología como del servicio de la uci pediátrica y de maternidad y recién nacido, estoy capacitada para tomar los cuatro servicios.

E: ¿Cuál es para usted el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones del servicio?

VG: Bueno el nivel de participación digamos que es regular, influye mucho en el profesional médico que esté a cargo por ejemplo ese día, uno...Generalmente la familia explaya mas con el enfermero, cuando vienen el médico le queda un montón de interrogantes, después acude al enfermero a decirle un montón de cosas y uno es como un nexo con el médico, si el médico lo tomo o no en cuenta queda en el, pero generalmente uno tiende a insinuar ciertos tipos de resolución de problemas para la solución del paciente, básicamente o con alguna problemática que plantee la familia y bueno uno intercede a hablar con el médico al respecto.

E: ¿Quién da las principales órdenes?

VG: El médico, si el equipo médico.

E: ¿Quiénes participan en el servicio?

VG: En el servicio en total, bueno participa el equipo médico, el equipo enfermero, acá solamente en el total del turno hay una auxiliar, la que trabaja durante la noche, generalmente son todas enfermeras, la auxiliar es la que toma recién nacidos a la noche y

bueno después el plantel de servicios de mucamas y hay un servicio de vigilancia permanente, va durante dieciséis horas, durante la noche no.

E: En si las disciplinas medicas ¿cuáles son?

VG: Pediatras y médicos obstetras y bueno neonatologos y terapistas.

E: ¿Cuales son los niveles de participación?

VG: La participación es de regular a baja generalmente, nosotros podemos dar nuestro punto de vista o algo que nos haya mencionado la familia o el paciente al respecto, y bueno al estar continuamente nosotros en contacto con el paciente, se sobrentiende que uno conoce más sus necesidades y cuando uno se las explaya al médico, bueno hay médicos que son un poquito más abiertos y puede llegar a tomarlo a esa sugerencia y hay otros que no les importa o va a hablar de nuevo con el paciente para ver si es verdad o no es verdad lo que uno le dice y en base a eso toma alguna decisión.

E: ¿Hay alguna condición hegemónica?

VG: Bueno con respecto a la condición hegemónica, si el médico siempre obviamente quiere tener la razón todos generalmente los médicos de staff por lo menos durante la noche no están, asique nosotros trabajamos mucho con los médicos de residencia, que quiere decir que algunos no están cancheros del todo con el tema de las dosis y ahí uno le puede llegar a sugerir mira fíjate esta dosis te queda corta para este paciente con tanto peso o te estás excediendo o fíjate que el antibiótico se da cada ocho horas en vez de cada doce este tipo de antibióticos asique hay médicos que son un poquito más abiertos que toman esa sugerencia y otros que directamente no.

E: ¿Cuáles son los modos y las frecuencias con que se desarrollan los intercambios intra y tras disciplinar en el servicio? ¿Quien recibe a la parturienta?

VG: A la parturienta al ingreso la recibe el obstetra, luego le hacemos la admisión nosotros bueno en el momento que este ya con la dilatación completa que baja a quirófano la recibe el servicio de quirófano.

E: ¿Quiénes intervienen?

VG: En quirófano, en caso de que sea un parto natural esta la asistente de quirófano, el médico obstetra, el pediatra y la nurse para recibir a el bebe, en caso de que sea una cesárea programada, está el anestesista, el técnico de anestesia, el obstetra, la nurse y el pediatra.

E: ¿Cómo se realiza la evacuación en caso de alguna complicación, del familiar presente?

VG: Se le dice que espera afuera de la sala porque necesitan trabajar tranquilos.

E: ¿No se deja al familiar?

VG: No, en caso de una urgencia no, ayer justamente tuvimos un desprendimiento de placenta y bueno cuando hicieron el ultimo tacto empezó a sangrar bastante la paciente, ahí la llevaron a una cesárea de urgencia y al familiar se lo deja al costado, en el caso d una situación de urgencia, el obstetra habla con el familiar del paciente lo trata de tranquilizar y bueno le dice que aguarde afuera para que los profesionales trabajen de una manera más tranquila.

E: ¿Quién decide el parto natural o la cesárea?

VG: Y el parto lo decide ante todo la paciente, cuando es una mama primeriza generalmente se la influye para que vaya más al parto natural, los obstetras priorizan eso, para evitar la cesárea, pero en realidad es una decisión personal, si la paciente no se siente con ganas de afrontar un parto o segura de sí misma, ella puede también pedir cesárea siendo una mujer primeriza.

E: ¿Quién decide la medicalización?

VG: y el obstetra, prioritariamente el obstetra, cuando se internan en trabajo de parto, que un trabajo e parto puede durara doce horas que es un parto prolongado, para que ella finalice el alumbramiento completo, en los últimas horas se l puede dar alguna medicación que es meperidina más energam que es para que se relaje, las contracciones las va a sentir igual, pero va a estar un poquito más somnolienta entonces a ella ese tiempo de descanso la va a ayudar para completar la dilatación completa.

E: Y… ¿la epidural?

VG: la epidural hay pacientes que la piden ni bien ingresan, pero bueno, también influyen en los antecedentes personales que tenga y el obstetra si la quiere otorgar por decirlo de alguna manera eeeh, la epidural se da en quirófano también cuando ya esté con una dilatación casi completa la puede llegar a contribuir con la epidural lo que pasa es que al anestesiarte de la cintura para abajo hace que la paciente no tome tanta fuerza en el pujo entonces quizá a veces se prolongue eso y puede ser que el recién nacido salga a veces deprimido o se estanque en el canal de parto y genere complicaciones por darla.

E: En la guardia el equipo ¿permanece en la institución o es ambulatorio?

VG: ¿En la guardia del hospital?

E: En guardia…

VG: ¿En guardia de obstetricia?

E: Si

VG: Si, siempre hay un obstetra de guardia de manera permanente, generalmente los que quedan durante la noche son residentes y en el caso de que llegue a venir alguna embarazada con alguna patología tipo gestosis gestacional o diabetes gestacional lo puede llamar a un staff para que, bueno para que abale todo el tratamiento en el momento de la internación.

E: ¿Entonces permanece en la institución?

VG: Los residentes si, el staff no, esta al llamado.

E: ¿Con que equipo cuenta usted para la guardia?

VG: Eeeh, hay obstetras de manera permanente y pediatras tanto los terapistas como los neonatologos están al llamado.

E: ¿Qué siente con respecto al carácter ambulatorio con respecto a usted? ¿Que tengan que llamar al médico?

VG: A mí me parece normal, va uno normaliza esas situaciones, generalmente durante años se mantuvo así que el residente sea el que hace las guardias durante la noche, durante el día suele haber médicos de staff, siempre, pero a partir de las veinte horas los profesionales empiezan a mermar y quedan los residentes esa es la realidad.

E: ¿Cuáles son los alcances del trabajo en equipo y las incidencias del trabajo enfermero en el trabajo de parto?

VG: Bueno el trabajo en equipo si, se ve diariamente, no hay otra manera de trabajar que no sea en equipo, cuando ingresa una paciente al servicio de obstetricia bueno obviamente la ingresa el obstetra la lleva al servicio en caso de que sea una paciente con alguna patología previa, el obstetra nos avisa, por ejemplo que tengamos controles de TA recurrente cada cuatro horas. Bueno cuando una paciente ingresa con hipertensión gestacional la obstetra nos avisa que tenemos que controlarla cada cuatro horas o cuando es bolsa rota también tenemos que hacer control de temperatura corporal cada cuatro horas en caso de que tenga fiebre porque bueno puede tener algún tipo de infección y esta con tratamiento de antibiótico como profilaxis. Bueno en el piso una vez que se realizan los controles los obstetras realizan los monitoreos fetales correspondientes en caso de que haya un

monitoreo que no sea tranquilizador que tenga una frecuencia cardiaca de irregular a baja, generalmente la baja va nuevamente a ecografía para realizarla con un monitor un poquito más preciso y como consecuencia el resultado la mandan a quirófano o la regresan al piso, bueno en quirófano la están esperando cuando son pacientes que bajan de manera urgente, generalmente esta el anestesista, el técnico de anestesia, el obstetra, el residente y el staff, luego quedan el neonatologo, el pediatra y la nurse al llamado, bueno s inevitable que no haya trabajo en equipo es como que fluye de una manera muy espontanea siempre el enfermero está acompañando a la paciente tanto en el momento en el ingreso en la guardia que la evalúa el obstetra, luego en la internación en sala de obstetricia y luego que finaliza su atención en la sala de quirófano, eeeh la enfermera esta en esos tres pilares acompañando a la mama y luego al recién nacido. Bueno regresa la paciente de quirófano, regresa junto al recién nacido en caso de que haya nacido de manera normal digamos esta junto con la mama la enfermera lo que realiza es la tarea de prender al peche al bebe, controlar las perdidas hemáticas de la mama, se la instruye en las primeras horas más que nada con la lactancia y finaliza la tarea de enfermería en el momento del alta de la paciente, que también se evalúan las perdidas , la evaluación del útero si esta contraído, en el caso de que sea cesárea los obstetras evalúan los puntos y la citan diez días después del parto y hacemos una evaluación del recién nacido, que se le realiza un peso, a parte del peso del nacimiento, se le realiza otro peso del alta para que posterior al control del recién nacido, evalúen cuanto descendió a comparación del nacimiento, generalmente se desciende el diez por ciento, se realiza un laboratorio de control del recién nacido para la atención de patologías tempranas y se realizan las huellas, las huellas de la madre y las huellas del recién nacido, eso es un aspecto legal, que queda en la carpeta del recién nacido.

Entrevista N°15

E: Buen día. ¿Tu nombre?

SN: Hola buen día mi nombre es SN, soy enfermera del Hospital….me desempeño como enfermera en el área de maternidad y de pediatría, y bueno acá esta el área de neonatología y la unidad de terapia intensiva de niños también, pero bueno es otra área que todavía no me compete por el momento.

E: ¿Cuál es para usted la naturaleza y el contenido global de la disciplina enfermera, a partir de su experiencia laboral?

SN: A partir de mi experiencia laboral te puedo decir que la disciplina global de enfermería se basa específicamente en el cuidado, en brindar cuidados al paciente sin olvidar y sin dejar de tener en cuenta la parte holística y la parte familiar y afectiva el paciente, sin dejar de lado también la parte legal.

E: Teóricamente ¿Cuántos de estos aportes fueron dados a partir de la curricula de la carrea o cuantos empíricamente?

SN: Forma un todo, forma un todo lo que es la carrera de enfermería, lo que es el manejo del paciente forma un todo porque siempre vas tomando mucho de la práctica diaria y mucho basado obviamente en lo que es la parte…obviamente que es fundamental la preparación y la capacitación permanente y una base fundamental es todo lo que es lo teórico de la carrera.

E: ¿Podría usted delimitar el espacio físico donde realiza usted su labor enfermera?

SN: Si, específicamente lo que es obstetricia y maternidad y pediatría, cuenta con diecinueve camas en total, de las cuales son trece habitaciones que se reparten entre habitaciones individuales y habitaciones dobles, eeeh lo que es el servicio de pediatría y obstetricia se maneja así, cuando es un paciente pediátrico siempre se comparte la habitación con otro paciente pediátrico y si es una paciente que viene con trabajo de parto generalmente tratamos de dejar a la paciente que está en trabajo de parto en una habitación sola para que pueda estar tranquila con su familia, con su esposo, y para poder estar tranquila y nada más, para poder acompañarla en el trabajo de parto, el servicio también cuenta con el área de neonatología que hay cuatro bocas de oxigeno en las que se puede poner encubadoras termo cuna y encubadoras eeeh cunas solamente con oxigeno, eeeh después esta la parte de uci pediátrica y en la parte de uci pediátrica tenemos un box que s

la parte de aislamiento donde generalmente bueno, están los pacientes que l corresponde aislamiento, también está la parte de oncología, donde se administran cito estáticos que hubo una camada importante de pacientes l año pasado donde se le administro cito estáticos.

E: ¿Cuáles son los cambios que usted percibe cuando sale del servicio?

SN: Generalmente cuando uno sale del servicio se siente un poco perdido porque lo que es pediatría, es un mundo totalmente a parte, después o sea, en la parte de adultos dependiendo de que parte te toque, de qué área te toque, porque puede ser neuro, cardiología, ginecología, traumatología, dependiendo de eso son diferentes paciente incluso en la parte de psiquiatría que tenemos una parte un área destinada a la parte de psiquiatría, uno se siente por ahí como, como, como que no está en su lugar, obviamente que la medicación y todo lo que es pediatría es un mundo aparte.

E: ¿A qué te réferis con un mundo aparte?

SN: Vos tenes que hacer dosificación de antibióticos o cuentas, o sea vos tenes que estar mucho más alerta, vos tenes delante de tuyo un papa y un chiquito que…obviamente que siempre, obviamente que un paciente adulto también requiere que vos estés alerta y todo pero no es lo mismo que vos estés haciendo cuentas para dosificar un antibiótico siempre y totalmente siempre tenes que estar haciendo el cálculo de la dosis y todo porque no es, en cambio en el adulto vos sabes que va a recibir un gramo de tal cosa, un gramo o dos gramos o quinientos miligramos, sabes que la dosis ya es diferente.

E: ¿Tenes alguna anécdota de cuando hallas salido del servicio?

SN: No, particularmente anécdotas no, pero si experiencias vividas con pacientes adultos en lo que…por ejemplo hay muchos viejitos que están solos y eso es lo que más, me llama mucho la atención por ahí los pacientes que están solos que no tienen ningún nieto que los venga a visitar que les dé de comer, es como que la población anciana está muy sola, yo los veo que están muy solos y después tenes otros tipo de pacientes que requieren de otros cuidados y una de obra social especial en la que el paciente cree que tiene derecho de a otras cosas que bueno, este hospital los da como que es hotelería.

E: ¿Cuáles son las primeras técnicas empleadas en la realización de su labor? Cumplimiento e incumplimiento de protocolos.

SN: Nosotros acá en maternidad y en pediatría, en pediatría específicamente se rige por protocolos que es como ya te había dicho, te había mencionado el tema de la dosificación de antibióticos, los cito estáticos, el plan de hidratación, vos sabes que a un bebe de seiscientos gramos obviamente que la cantidad de líquidos que le vas a infundir siempre tiene que estar acorde al niño, vos no podes dosificar un antibiótico con cien mililitros con un bebe que pesa seiscientos gramos, un bebe que está en neo, o sea vos siempre tenes que estar rigiéndote por protocolos que ya están específicos.

E: ¿Qué relación usted establecería entre las técnicas utilizadas y los protocolos establecidos por la ley de parto humanizado? ¿Conoce la ley?

SN: Si, la ley la conozco, ¿Qué relación establecería…?

E: ¿Entre las técnicas utilizadas y el protocolo establecido por la ley de parto humanizado?

SN: el protocolo es el día a día, o sea la ley de parto humanizado dice que la familia debe ser respetada, obviamente que a la familia se la respeta, que se mantiene el acompañamiento del marido, del esposo, pero no de toda la familia, es una cosa como que no se puede pensar como que fuera respetada esa ley porque si vos tenes un parto que vienen complicado que viene mal y si decidís que esa, esa paciente necesita otros cuidados en la que el familiar puede entorpecer y pone en riesgo la salud de la mare o del niño, me parce que hay cosas que se pueden respetar y hay cosas u no, hay situaciones en las que no, que se pone en riesgo la vida del niño y de la madre entonces hay que ver riesgo-beneficio también de lo que es esta ley. Me parece que ciertos puntos se respetan y ciertos puntos se tienen que tener en cuenta la situación de la madre y el niño.

E: ¿Tuvieron algún seminario, curso o marco orientador para el conocimiento de la ley?

SN: Si, sabemos básicamente todos los puntos a resaltar de la ley, pro bueno, siempre se respeta el derecho de los padres ah, ah, y del niño a informar cuando un chiquito viene con cierto riesgo.

E: ¿Quién se encarga de informar?

SN: El pediatra, el neonatologo, generalmente es el pediatra o el neonatologo y de la parte de de obstetricia el obstetra.

E: ¿Cómo accedió al servicio? ¿Necesito capacitación o información previa?

SN: O sea, en mi caso yo accedí al servicio, porque yo estudie en este hospital, estudie en lo que es la UBA y nosotros, oca te forman en todos los servicios, eeeh yo cuando empecé a

trabajar acá en el hospital, empecé con adultos y me ofrecieron capacitarme en la parte de pediatría a lo cual accedí y si, acá siempre te van capacitando, siempre tenes personas que te ayudan que te orientan y obviamente que hicimos cursos, hicimos congresos, todos los congresos que hay, por ahí el hospital te da la ´posibilidad de que participes y de que tengas herramientas para seguir, para seguir en eso y en lo cuanto a lo que es también bibliografía que, ósea, que ellos te aportan te brindan la posibilidad de bibliografía y siempre vos acá te capacitas, aprendes a la par de tus compañeros y siempre estas acompañado, una vez que, por lo menos en nuestro servicio que como venís de otro mundo de lo que es adulto, pediatría, neo y todo eso te vas capacitando y te vas formando dio a día y aparte bueno, yo ahora estoy yendo al materno en donde hay un curso que te orientan más que nada al área de neonatología.

E: ¿Cuál es para usted el nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones del servicio? ¿Quién da las principales órdenes?

SN: Eeeh el nivel de participación de los profesionales enfermeros de la toma de decisiones de lo que es nuestro servicio, acá particularmente se trabaja en equipo, el equipo dignifica estamos siempre con los pediatras, los pediatras toman la decisión de los que es la medicación, etc. Pero generalmente s trabaja en equipo y en lo que es obstetricia mucho más, mucho más porque nosotras acompañamos a la futura madre y después en lo que es el puerperio, ver cómo está la mama en todo lo que es el puerperio inmediato, el tema de las perdidas, de ver como esta, de ver como se está adaptando la madre a su bebe, en lo que es en la lactancia, hay muchas mamas que no saben lo que es un bebe nuevo, lo que es un bebe, entonces siempre estamos acompañando a esa mama y ayudándolas a lo que es la lactancia, hay muchas mamas que tienen miedo, incluso a tocar al bebe porque tienen miedo, de no sé, de lastimarlo, o sea que siempre que estamos acompañando en todo lo que es el puerperio de esa mama y la adaptación a ese nuevo ser. Después en lo que es pediatría, también la toma de decisiones generalmente las decisiones se charlan en equipo porque los pacientes son, o sea a cada paciente según su patología obviamente, las decisiones van respecto a eso.

E: ¿Cuáles son los límites?

SN: Los limites en la toma decisiones, es como te digo, el trabajo en equipo…el tipo de los limites lo vamos poniendo en cada, en cada caso.

E: ¿Quiénes participan en el servicio?

SN: Bueno son tres tunos, durante el turno de la mañana somos tres enfermeras que, generalmente somos tres enfermeras, una se dedica al recién nacido, otra se dedica a la parte de obstetricia y otra enfermera se dedica a la parte de pediatría, pero siempre trabajamos en equipo, siempre trabajamos en conjunto las tres enfermeras, después esta la parte de pediatría esta el pediatra, nuestro hospital es un hospital escuela o sea que acá tenemos, contamos con residentes y con médicos, personal de staff, el pediatra de staff es el que va a hacer siempre, el que acompaña al residente, el residente es el que ve a los pacientes día a día y el que va a prendiendo de las diferentes patologías de pediatría, después esta el obstetra y el obstetra también está el obstetra que pertenece al staff del hospital y también los residentes, después contamos con el servicio de mucamas, generalmente son tres mucamas porque como son tres servicios, esta neonatología, terapia y pediatría que es el piso, asique hay tres mucamas siempre.

E: ¿Cuáles son los modos y las frecuencias en que se desarrollan los intercambios inter y transdisciplinar en el servicio? ¿Quién recibe a la parturienta?

SN: Generalmente la mama que viene en trabajo de parto, pasa por la guardia es recibida por el profesional de la guardia, donde la obstetra de guardia hace la primer entrevista, hace todo lo que concierne al ingreso de la paciente al servicio si es para internación o para volver a ver en otro momento, hay mamas que vienen con muchas dudas y generan ese tipo de cosas que por ahí vienen pero tuvieron un simple dolor y todavía no es el momento.

E: ¿Quiénes intervienen?

SN: En el momento del ingreso de la paciente interviene enfermería que ve primero, bueno constata los signos vitales de la paciente, luego es evaluada por el obstetra y el obstetra decid la internación de la mama, nosotros recibimos a la mama acá en el servicio también controlamos a la mama, abrimos la historia clínica del futuro bebe, bueno de la mama obviamente que ya está internada, es evaluada por el obstetra que el que evalúa es el que continua con todo el trabajo de parto acompañada por el obstetra de guardia que es el residente generalmente, después este, se hace una, un intercambio con el neonatologo para presentarle el caso, si es un caso que necesita neonatología se le presenta al neonatologo pero generalmente sabe el neonatologo que viene una paciente en trabajo de parto y se le explican los antecedentes.

E: ¿Cómo se realiza la evacuación en caso de complicaciones, del familiar presente? ¿Hasta dónde se permite la participación?

SN: Si fuera un caso de urgencia o un cuadro de complicación del recién nacido o de la mama, generalmente cuando vamos al quirófano hay una parte donde están los papas vestidos para poder entrar y entran, bueno cando, en relación a como están, si la mama esta… o sea generalmente siempre están acompañando el papa, pero si llegara a ver alguna complicación el papa entiende y bueno se lo retira a un lugarcito, hay un lugar que pera hasta que el médico lo haga entrar nuevamente.

E: ¿Quién decide el parto natural o la Cesárea?

SN: El parto natural o la cesárea lo decide la mama siempre, siempre y cuando también o sea, el caso no requiera de una intervención quirúrgica, una cesárea, pero generalmente se respeta el parto natural al no ser que la mama de niegue el parto normal y quiera cesárea.

E: ¿Quien decide la medicalización?

SN: El obstetra.

E: En la guardia ¿el equipo permanece en la institución o es ambulatorio?

SN: No, no, el equipo permanece y siempre está en la institución, nosotros tenemos un lugar acá en donde los médicos están permanentemente las veinticuatro horas, ya sea la parte de obstetricia que son los cuatro residentes que están siempre y el staff que esta durante la mañana, generalmente hasta las cuatro, cinco de la tarde hay un staff, pero las veinticuatro horas siempre están los médicos están, digamos están atentos al llamado y la parte de neonatología, el neonatologo también está de guardia siempre las veinticuatro horas , hay dos neonatologos que se dividen las guardias, asique en caso de ausencia, el neonatologo siempre hace un pase de guardia a la mañana y después esta las veinticuatro horas comunicado con el hospital.

E: ¿Cuáles son el alcance del trabajo en equipo y la incidencia del trabajo enfermero en el trabajo de parto?

SN: Bueno nosotros acá, como ya te dije acompañamos a la mama que está en trabajo de parto, durante el proceso del trabajo de parto, en cuanto a los signos vitales, cuanto a lo que es la parte de ir, la identificación de la madre y del futuro recién nacido y eso es lo que fundamentalmente nos compete en ese momento, después en la parte, cuando bajamos a quirófano el enfermero acompaña hasta que el bebe nace, una vez que el bebe nace, se

produce el alumbramiento nosotros ayudamos al pediatra para la recepción del recién nacido y bueno si viene sin complicaciones cortamos el cordón, hacemos la tripe profilaxis y ahora casi ni se usa lo que es baño porque ya no se usa mas el baño en recién nacido asique hacemos lo que es profilaxis y luego el control de peso y la medición y todo eso se encarga el pediatra y después bueno, fundamentalmente eeeh lo que es la vacuna, la identificación del bebe, lo que concierne a la parte administrativa y cuando llegamos al piso la parte de la adaptación de la madre al hijo y lo que es la lactancia también.

Anexo N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: Ley de Parto humanizado: desafíos y afrontamiento de los profesionales enfermeros que se desempeñan en el sector de maternidad de dos nosocomios de la ciudad de Mar del Plata, uno público y otro privado, durante el período 2016.

1- El proyecto se encuadra en el marco del proyecto de investigación de la cátedra Taller de trabajo final de la carrera Licenciatura en enfermería que se dicta en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social perteneciente a la Universidad Nacional Mar del Plata.

2- Tiene por objeto describir cómo influye en la praxis profesional enfermera la aplicación de la Ley Nacional Nº 25929/2004.

3- Se consideran como criterios de inclusión:

- Enfermeros mayores de 21 años por lo tanto legalmente capaces de decidir por sí mismos.
- Enfermeros de ambos sexos.
- Enfermeros de distinta formación académica: auxiliares, enfermeros, licenciados.
- Enfermeros que actualmente trabajen en servicios de maternidad en dos nosocomios de la ciudad de Mar del Plata.

4- La participación del proyecto es de voluntad propia, con libre elección de dejar el proyecto o negarse a participar por razones laborales, personales o de otra índole.

5- La participación incluye:

- Una entrevista abierta, que será registrada por grabación de audio, la misma tendrá una duración mínima 20 minutos, y participación potencial en un encuentro grupal, también grabado, en fecha y horario a designar.
- La información recibida será procesada para el estudio sin otro uso, en caso de ser publicado se evitará exponer información sensible o que comprometa directamente el anonimato del participante en caso de que este lo requiera.

6- El proyecto no establece ni considera retribuciones o incentivos económicos o de otra índole.

De acuerdo con lo arriba expuesto

Fecha: _____

Nombre Apellido _____

Anexo N°3

Parto Humanizado - Ley nacional Nº 25.929. Ley Nacional Nº 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer, por parte del Senado de la Nación.

Declaración sobre difusión del Parto Humanizado

LA CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN DECLARA:

Solicitar al Poder Ejecutivo, que a través del organismo que corresponda, inicie dentro de sus actividades una campaña destinada a concientizar a la sociedad, sobre la importancia del acompañamiento de la mujer en el parto por una persona de su elección, y de los beneficios que significa para la salud del binomio madre-hijo.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1º.- 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 2º.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

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

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

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

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

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

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

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y 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 4º.- 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 5º.- 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 6º.- 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.

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los veinticinco días del mes de agosto del año dos mil cuatro.

Sanción.- 25 de agosto de 2004

Promulgación.- 17 de septiembre de 2004