

1

Aspectos actuales en los cuidados de enfermería a la salud de las mujeres. La perspectiva de género en la salud

M^a Isabel Blázquez Rodríguez
M^a Jesús Montes Muñoz

- 1.1. Introducción
- 1.2. La perspectiva de género en la salud
 - 1.2.1. El género como determinante de la salud de las mujeres
 - 1.2.2. Aportaciones feministas a la perspectiva de género en la salud
- 1.3. Maternidad y cambios sociales
- 1.4. Modelos de representación y asistencia al nacimiento
 - 1.4.1. Modelo de asistencia al “parto médico dirigido”
 - 1.4.2. Atención a la mujer en el parto normal
 - 1.4.3. El parto en casa
- 1.5. Salud laboral de las mujeres durante el embarazo y la maternidad
- 1.6. Bibliografía

1.1. Introducción

En este capítulo se presentan los enfoques actuales que orientan la atención a la salud de las mujeres con el fin de que puedan ser integrados por la enfermería. Es un capítulo introductorio en el que se plantea el marco sociocultural que rodea y media en los procesos de salud, que serán abordados en el resto de los capítulos. El primer apartado trata de la perspectiva de género en la salud, incorporando otros factores que influyen en los procesos de salud, enfermedad y atención, claves para el trabajo enfermero y con el fin de promover la igualdad entre los hombres y las mujeres en todos los ámbitos incluido el sanitario. El contexto de la igualdad es también decisivo para comprender hoy los factores que definen la maternidad, la crianza, los hijos e hijas, el trabajo de las mujeres, el papel de las parejas, aspectos que muestran cómo esta experiencia ha

cambiado, al igual que sus significados, que abordaremos en el segundo apartado. Estos aspectos inciden en las formas en que se entiende el embarazo, el parto, el cuerpo y la atención que deben recibir las mujeres, diferentes enfoques que deben ser tenidos en cuenta en la atención enfermera.

El cuarto apartado, y último, se detiene ante la salud laboral de las mujeres durante el embarazo y su maternidad. Las mujeres trabajan tanto en el ámbito productivo como en el reproductivo, y cada uno de ellos tiene una serie de efectos sobre su salud. Además la conjunción de este doble rol añade otros que puede producir una pérdida de la misma. Por tanto prestar atención al trabajo y su influencia en la salud deberá ser una práctica a incorporar en la atención enfermera hacia las mujeres, como abordaremos.

1.2. La perspectiva de género en la salud

La perspectiva de género en la salud es una herramienta desde la que analizar las desigualdades que se dan entre los hombres y las mujeres en los procesos de salud y enfermedad y en sus formas de atención; con el fin de proponer e introducir acciones para la igualdad en el ámbito sanitario. Organismos internacionales como la OMS –y sus regiones– se ocupan ya hace tiempo de integrar esta perspectiva en la salud y señalan: “Abordar la salud desde una perspectiva de género, significa reconocer que más allá de las diferencias biológicas de sexo, existen distinciones de género socialmente construidas entre mujeres y hombres que afectan diferencialmente a la salud de unas y otros y su respectiva posición dentro del sistema de salud.” Esto im-

plica, por un lado, que el género es una categoría que permite explicar y comprender las diferencias entre los hombres y las mujeres, y cómo estas diferencias influyen en los procesos de salud, enfermedad y atención. Por otro lado, permite ver cuáles son las diferencias existentes, aquellas que proceden de la biología o de lo sociocultural con el fin de, y siguiendo con las definiciones de la OPS, “eliminar diferencias innecesarias, injustas y evitables en las oportunidades de disfrutar de salud, y en la probabilidad de enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles”.

En nuestro país, la utilización de la perspectiva de género en la salud tiene una tradición reciente desde los años 80, siendo mayor su desarrollo en los últimos años,

especialmente a partir de la aprobación de la ley 3/2007 para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres. El artículo 27 de dicha ley insta a la integración de la perspectiva de género en la salud o del principio de igualdad en la política de salud, establecido con acciones como las siguientes:

- Integrar las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.
- Evitar que por las diferencias biológicas o por los roles y estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones en relación con la protección de su salud.
- La promoción específica de la salud de las mujeres.
- La obtención y el tratamiento de los datos desagregados por sexo.

- La promoción y protección de la salud laboral, con especial consideración a los riesgos y necesidades específicos de las trabajadoras.

El Observatorio de Salud de la Mujer es el organismo de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud para trabajar por la equidad en la salud¹; es decir, para evitar que las diferencias entre las personas bien por el género, la edad, la clase social, la procedencia étnica u otras, influyan en los procesos de salud, enfermedad y atención.

Para incorporar la perspectiva de género se ha de tener en cuenta por una parte, el género como categoría que determina la vida de las personas y por otra, integrar una serie de premisas que promueven la igualdad. Ambos elementos se presentan de una forma sintética en el siguiente gráfico:

Gráfico 1. La perspectiva de género en los procesos de salud, enfermedad y atención.



Fuente: Elaboración por Blázquez Rodríguez, Maribel.

¹ Accesible en: www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/e02.htm

1.2.1. El género como determinante de la salud de las mujeres

La salud, al igual que la enfermedad, depende de la interrelación entre diferentes factores como la situación genética o biológica, el medio ambiente, el estilo de vida y los servicios de salud disponibles. En cada uno de estos factores influye el género, ya que la salud se produce o se pierde en la vida, según las posibilidades de tener un trabajo con buenas condiciones, disponer de alimentos seguros y saludables, de tiempo para cuidarse, hacer ejercicio físico, tener ocio, relaciones sociales, acudir a un programa preventivo... Y en ello el género influye, ya que no permite acceder a los mismos recursos a las mujeres y a los hombres. Por lo que consideramos que el género es un determinante más en los procesos de salud, enfermedad y atención que se ha de incorporar en la práctica enfermera.

La categoría de género indica el conjunto de características como emociones, rasgos personales, actitudes, valores, conductas, roles, normas y modelos que conforman en cada sociedad una determinada forma de relación entre los hombres y las mujeres, asignan lo que es masculino y femenino, cómo y qué deben ser/hacer las mujeres y los hombres. Todas estas características configuran un sistema de género, un orden de género, cuyos principales componentes serían:

- Las **ideologías de género** señalan rasgos (dependencia, pasividad...), sentimientos (perfección, responsabilidad, cuidado...) normas, valores y prestigio, que se reconocen en los estereotipos y en las creencias sociales. Por ejemplo, cuando los programas de salud sexual se integran en protocolos y servicios dirigidos a las mujeres se está normativizando que ellas deben encargarse de estos asuntos, de la promoción, el cuidado de su salud

sexual, de la suya y de la de sus parejas, y a los hombres se les está excluyendo de estas acciones.

- La **división social sexual** describe una división diferencial de las actividades y roles entre los hombres y las mujeres, asignando derechos y obligaciones. Por ejemplo cuando en los programas sanitarios se habla de las cuidadoras se refuerza que la actividad del cuidado sea realizada por las mujeres, como propuesta en algunas intervenciones se está planteando preguntar en plural: “¿Qué personas de la familia o quiénes pueden encargarse del cuidado?”, lo cual ayuda a entender que el cuidado es una responsabilidad del conjunto de los miembros de la familia, que ha de ser repartido entre todas ellas y no sólo entre las mujeres.
- La **identidad individual de género** corresponde a un complejo proceso de definiciones sociales tanto recibidas como autodefiniciones, dónde entran en juego sentimientos, deseos, actitudes, modelos de identificación y de rechazo que se incorporan a lo largo de todo el ciclo vital junto con la orientación sexual. Por ejemplo, la identidad individual de género normalmente se sobreentiende que se corresponde con el modelo dicotómico en el sexo, y se da por hecho que todas las personas son heterosexuales, por lo que aquellas personas que tienen otras orientaciones sexuales, otras prácticas, no son consideradas ni en los programas de salud sexual ni en el resto de la atención sanitaria.

Se establecen de este modo relaciones de poder a través de las cuales se asignan tareas, espacios, deseos, prohibiciones, prestigio o desprestigio, derechos y deberes en función del género masculino o femenino. Se produce un proceso por el cual la diferencia se convierte en desigualdad

al darse más derechos, más valor social a las actividades y rasgos masculinos que a los femeninos. Tiene lugar una jerarquización entre grupos sociales en la cual las mujeres aparecen como grupo subordinado, que es lo que se llama sexismo. Por ejemplo, en nuestra sociedad occidental (y en muchas otras) se considera que las mujeres como se embarazan, paren y amantan, entonces deben encargarse principalmente del cuidado de sus criaturas. Por extensión, se considera que disponen de unas emociones como el amor incondicional a sus criaturas, unas actitudes como la disponibilidad y la dependencia, por las que se las asigna su cuidado y las tareas domésticas.

La vigencia de estos planteamientos, que son elaboraciones socioculturales, se hace patente en la medida en que muchas mujeres cuestionan estos mandatos, son las que se encargan mayoritariamente y con mayor dedicación a las tareas domésticas y al cuidado de sus criaturas y otros miembros de la familia, aunque trabajen fuera del hogar, accedan a menos cargos de representación política e institucional, cobren menos, etc, estén en una posición de subordinación frente a los hombres que se les exime de su participación en estas tareas y disponen de más oportunidades para elegir. La categoría de género recuerda que estas relaciones de género son socialmente construidas y, por tanto, transformables.

Estos componentes a estudiar, influyen en que las mujeres y los hombres tengan diferente salud, ya que se dan diferentes estilos de vida, maneras de cuidarse y de protegerse. Se debieran analizar los diferentes factores de riesgo y comportamientos y, por tanto, que haya más probabilidades de que aparezcan determinadas enfermedades en hombres o en mujeres, o que las causas sean diferentes, o diferente sintomatología, evolución de dichas enfermeda-

des por las posibilidades para cuidarse y por las diferentes respuestas al tratamiento. En la atención, los componentes de género aparecen al establecerse diferentes programas de promoción y prevención para las mujeres y los hombres, diferente esfuerzo diagnóstico y terapéutico y diferentes formas de atender según el sexo/género de profesional y paciente.

Así, en el ámbito sanitario se está utilizando el género como un determinante de la salud para explicar como las peores condiciones de vida de las mujeres dedicadas en gran medida a la satisfacción de las necesidades ajenas, menores ingresos económicos, una distribución desigual del trabajo en el hogar, y los determinantes derivados de un modelo social de género que las exige perfección, belleza, cuidado, dependencia, han producido elevados niveles de enfermedad crónica, ansiedad, problemas de salud mental, y trastornos nutricionales, que tradicionalmente habían sido atribuidos a que su mente y cuerpo era supuestamente más vulnerables, y no a su condición de género. En este sentido, podemos afirmar que la salud de las mujeres está determinada por estas desigualdades de género que contribuyen a que, pese a tener una esperanza de vida mayor que los hombres, las mujeres presentan mayor morbilidad, discapacidad y una peor calidad de vida. Pero también, en los estudios de la salud de los hombres, se está utilizando el género como un determinante que explica la relación entre la masculinidad y la aparición de una mayor mortalidad por determinadas causas.

1.2.2. Aportaciones feministas a la perspectiva de género en la salud

El feminismo² ha sido una teoría y un movimiento que ha denunciado la subor-

² Dentro del feminismo existen diferentes corrientes, cada una de ellas entienden la salud y hace propuestas desde un punto de vista (Velasco, 2006).

dinación de las mujeres. Además de plantear la incorporación de esta perspectiva en la salud, ha propuesto una serie de acciones que debían ser seguidas para promover la igualdad que describimos. De forma sintética serían:

- **Cuestionamiento de las ciencias de la salud**, para denunciar las consecuencias del androcentrismo en la investigación y asistencia sanitaria. Este sería el enfoque que identifica lo masculino con lo humano en general, y viceversa, lo humano en general con lo masculino, de manera que lo masculino se toma como la norma, lo “normal”. Por lo que no se incorporan a las mujeres en muchos estudios y se demanda que los datos se muestren desagregados por sexo, entre otras variables como edad, procedencia étnica, ya que no se perciben diferencias entre los hombres y las mujeres, excepto en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva.
- **Enfoque integral en los procesos de salud, enfermedad y atención**, para evitar la primacía de lo bio sobre lo psico y social, que se expliquen las diferencias entre los hombres y las mujeres en base a la biología y no a las condiciones de vida y de género. Lo que ha producido que se haya dado una ginecologización y psicologización de la salud de las mujeres.
- **Desnaturalización de las mujeres y de sus procesos de salud y enfermedad**, con el fin de no partir de que

todo lo que les pasa a las mujeres está asociado a su naturaleza femenina, les sucede a todas las mujeres y, por tanto, es normal. Olvidando que sus procesos de salud, enfermedad y atención están modelados por la cultura, por sus condiciones de vida de forma que existen diferencias entre las mujeres, que deben ser consideradas en la atención enfermera.

- **Desmedicalizar las vidas de las mujeres**, en el sentido de evitar clasificar como problemas de salud o enfermedad procesos del ciclo vital como el embarazo, el ciclo menstrual o la menopausia, u otros como el malestar de las mujeres o su sexualidad o salud mental, que pasan a ser regulados, patologizados y que se convierten en objeto de la intervención médica. Y así, se legitima el saber de los expertos biomédicos, el uso de su tecnología y tratamientos frente a otras acciones para promover la salud.
- **La participación activa y el empoderamiento de las mujeres**, como el ejercicio del derecho de las mujeres y los hombres a tomar control sobre sus vidas y su salud, sobre los factores que la afectan, según sus propios criterios, y no simplemente para desarrollar acciones prescritas por otros, aunque sea para su bien. Para ello, debe garantizarse el acceso a determinados recursos como la información, la toma de decisiones y otros recursos que fomenten su autoestima y empoderamiento.

1.3. Maternidad y cambios sociales

Es necesario reconocer desde enfermería, que la forma en que socialmente se ha

considerado el “ser madre”, la asignación de roles, tareas, sentimientos respecto a las

criaturas o los atributos que se le supone a la maternidad, son construcciones culturales que se han ido modificando a lo largo de los siglos y que responden a necesidades sociales, económicas y políticas. Así, se aprende a ser madre, y el ejercicio y valores de la maternidad pueden ser vividos e interpretados de formas diferenciadas según épocas y contextos.

La maternidad ha estado íntimamente unida al hecho de ser mujer y ésta ha sido valorada socialmente por el cumplimiento o no de sus roles maternos, en los que la dedicación a las criaturas, el amor desinteresado unido a la naturalización del instinto maternal, constituyen el núcleo ideológico característico que lo identifica y al que las mujeres, en general, tratan de responder.

En las últimas décadas, la mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral, la autonomía económica, una mayor formación, la anticoncepción que separa la sexualidad de la reproducción, el valor del tiempo libre, el mercado del ocio, entre otros factores, hacen de la maternidad no un fin en sí mismo para las mujeres, sino una posibilidad más entre otras en su vida. Por otro lado, la implicación y co-responsabilidad de la pareja en la crianza de las criaturas y las necesidades para su cuidado, hacen que el trabajo de ambos sea un requisito y necesidad, que puede plantear conflictos en la planificación de la procreación. Ante esto, podemos recoger una serie de cambios en la maternidad:

- **La elección de no ser madres:** Todavía hoy en nuestra sociedad muchas mujeres tienen embarazos no deseados, no planificados, y en algunos contextos está censurada la posibilidad

de que las mujeres no quieran ser madres. Frente a otras generaciones, se podría decir que muchas mujeres deciden no ser madres pues desde 1970 la tasa de fertilidad³ ha descendido y, aunque a partir del 2000, se ha producido un ligero incremento, no es suficiente para alcanzar lo que se denomina “tasa de reemplazo generacional” (2,1 hijos e hijas por mujer).

- **La elección de la forma de ser madres:** Otro aspecto novedoso es que encontramos a mujeres que deciden ser madres independientemente de su edad, estado civil y de si tienen pareja. En estas elecciones también entra la selección de la vía para este proyecto de maternidad que puede ser a través de la fecundación sexual, fecundación asistida o adopción.

Hoy, los avances médicos en diferentes técnicas de reproducción, ponen al servicio de mujeres y parejas la posibilidad de tener hijos a una avanzada edad, ya que la capacidad biológica de la fertilidad disminuye con los años y pueden tener dificultades para la concepción. Aún así, se recomienda que, si se prevé la maternidad, no se retrase la edad en demasía, como también recordar que algunas enfermedades de transmisión sexual no tratadas, pueden dar como resultado esterilidad. Las técnicas de reproducción son un recurso para quienes deseándolo, no pueden tener hijos propios. La oferta, en su mayoría privada, es amplia y ofrece diferentes alternativas y opciones dependiendo de las necesidades y de la naturaleza/fuente de los gametos. Aspectos que serán explicados con mayor amplitud en el capítulo 4. Sin

³ La tasa de fertilidad se refiere al número promedio de hijos e hijas que nacerían por mujer si todas vivieran hasta el final de sus años fértiles, y dieran a luz de acuerdo a la tasa de fecundidad promedio para cada edad. Este indicador muestra los cambios demográficos en cada país ya que cifras mayores a la tasa de reemplazo generacional indican poblaciones en crecimiento, y por debajo señalan disminución de población. En 2007, en todo el estado español fue 1,34.

embargo, hay que tener presente que toda intervención supone un riesgo y desde enfermería las acciones deben ir encaminadas a la promoción de la salud antes y durante la concepción, a la prevención, esto es, no retrasar la edad excesivamente y evitar o tratar las enfermedades de transmisión sexual. También, nos podemos preguntar por los valores sociales que llevan al deseo de maternidad.

Otras formas de ejercer la maternidad que hoy podemos encontrar, responden al deseo de mujeres que quieren ser madres sin pareja masculina o de aquellas que viven en pareja homosexual.

Finalmente, la adopción es una alternativa que eligen algunas mujeres y hombres. Puede darse como consecuencia de la dificultad para tener hijos propios, pero también en respuesta a la solidaridad social para el cuidado de criaturas sin referentes familiares. Esta opción puede ser tomada por las variadas formas de familias que se dan en nuestro contexto y está regulada por la ley.

- **El aumento de nacimientos de mujeres de origen extranjero:** El número de nacimientos se ha incrementado paulatinamente en los últimos años. Es en 1996 cuando esta cifra fue más baja, aunque su descenso se inició en 1986; sin embargo, desde 1999 vuelve a crecer, situándose en 2007 en 491.183 (INE, 2008) debido principalmente a los nacimientos por parte de madres extranjeras, que en 2007 suponían el 18% del total de nacimientos del año.
- **El retraso en la edad de la concepción:** En la actualidad, la edad media para la primera gestación se sitúa alrededor de los 32 años. Siendo el primer grupo de 30 a 34 años desde hace 13 años, frente al grupo de 25 a 29 años previo. A continuación, el grupo de 35 a 39 años, como sucede en otros países europeos, con una tendencia creciente. La necesidad de

una mayor formación, un puesto laboral estable y la adquisición de la vivienda, son prioridades a las que responden mujeres y hombres antes de la decisión de tener hijos. En ello, ha influido la menor presión social para tener descendencia, la prolongación en la esperanza de vida y los avances en la tecnología médica.

- **La reducción del número de hijos/hijas:** El valor que hoy se otorga a las criaturas, las necesidades que se generan como obligadas alrededor de sus cuidados, la falta de ayudas sociales, el cambio de valores en la consideración de los propios derechos de la pareja y las expectativas futuras respecto a los hijos e hijas, hacen de la maternidad un ejercicio altruista que se mide, se planifica temporalmente y se limita, por lo que el tipo de familia más frecuente es la que tiene uno o dos hijos e hijas.
- **Maternidad compartida:** En una sociedad laica, con recursos sanitarios disponibles, la planificación de la gestación es un derecho que ejercen mujeres y hombres midiendo el impacto que este hecho tendrá en sus vidas. La participación de madres y padres en condiciones de igualdad es el ideal al que se tiende, pero el ejercicio maternal sigue recayendo mayoritariamente en las mujeres. Por otro lado, el vínculo matrimonial ha perdido su carácter permanente e indisoluble y las mujeres, respondiendo a la interiorización de las funciones maternas, asumen en mayor medida la crianza.

Desde enfermería, se debiera considerar la diversidad de formas en que la maternidad puede ser planificada, así como las estrategias de afrontamiento que activan las mujeres y los hombres. Entender la diversidad les permitirá el acercamiento efectivo en el que sus deseos y expectativas se vean reconocidos y respetados.

1.4. Modelos de representación y asistencia al nacimiento

Las formas en como se ha dado asistencia al nacimiento han pasado por diferentes etapas a lo largo de la historia. Hasta el siglo XVI fue tarea exclusiva de mujeres. Posteriormente barberos-cirujanos se fueron interesando e introduciendo en este campo hasta quedar absorbida y transformada en la especialidad de obstetricia, rama de la medicina. Como en otros ámbitos de la salud y la enfermedad, la institución médica se definió como hegemónica en los saberes sobre la asistencia al nacimiento. Matronas y médicos compartieron este campo –no sin conflicto– hasta más allá de mediados del siglo XIX.

En la actualidad, en el contexto español se dan tres modelos de atención que coexisten simultáneamente y que presentamos a continuación.

1.4.1. Modelo de asistencia al “parto médico dirigido”

Como consecuencia de los cambios sociales y económicos en toda Europa, la asistencia sanitaria evolucionó transformándose el hospital, antes destinado a pobres y menesterosos, en lugar de aprendizaje para la medicina con la oportunidad de intervenir sobre los cuerpos. Así, el parto médico dirigido estaba instaurado en clínicas y maternidades en los años 60 del pasado siglo. La dirección del parto se dirigía a la modificación de su duración, evolución y ritmos, de forma que se adaptara a las necesidades médicas. Se intervenía sobre los cuerpos de las mujeres para ajustar el parto a sus criterios de definición y como consecuencia, se les sometía a intervenciones sistemáticas innecesarias para lograr dicha finalidad. Alrededor de los años 70 del mismo siglo, la casi totalidad de las mujeres acudían a los hospitales para tener a sus criaturas. La creación de

grandes centros de la Seguridad Social facilitó este movimiento. La afirmación de que el parto necesitaba de atención médica fue interiorizada por la mayoría de la población que veía en ello la manera de evitar los riesgos y el dolor supuesto o real del parto. Otro de los discursos que se utilizaron para justificar la asistencia hospitalaria de los partos, fue el que en ellos se reducía la mortalidad maternoinfantil, aunque en la actualidad se han encontrado datos que lo desmienten. La mortalidad maternoinfantil, así como la del resto de la población, estuvo relacionada con condicionantes económicos y sociales, de la misma manera que el avance de la medicina ha sido una consecuencia de ellos.

En todo este proceso, las matronas fueron perdiendo su poder y la autonomía que las había caracterizado, quedando sus funciones relegadas a ayudantes y colaboradoras del médico. Se abandonaron los partos domiciliarios en beneficio de una asistencia institucionalizada sometida a una intensa medicalización. La medicalización del nacimiento, además de referirse al intervencionismo excesivo, hay que tener en cuenta que lleva implícita la desaparición del sujeto como parte interesada en su proceso de salud, y en el establecimiento de relaciones de poder en las que las mujeres se encuentran en inferioridad de condiciones, que les lleva a la aceptación incuestionada de las decisiones del experto. La evolución fisiológica del parto como consecuencia del proceso de gestación se transforma en un problema de salud, como resultado de una definición medicalizadora que abogaba por la intervención sobre los cuerpos.

Dirigir el parto supone su control, imposición y manipulación desde unos criterios en los que las mujeres son instrumentos sobre los que llevar a cabo las acciones que darán lugar al nacimiento.

Estos hechos han generado malestar entre las mujeres y parejas usuarias de los servicios obstétricos hospitalarios y los relatos de experiencias de decepción y maltrato se han multiplicado.

Para el análisis de la evolución desde el parto médico dirigido hacia la asistencia al parto normal en la actualidad, hay que considerar los cambios sociales de las últimas décadas. Entre ellos, la mayor formación y acceso a la información de las mujeres, la interiorización de saberse sujetos con derechos protegidos por la ley, a la par una mayor conciencia social sobre derechos humanos, nos lleva a una sociedad más respetuosa hacia las personas, tendente a anular las diferencias entre mujeres y hombres. Así, aunque el sistema médico ha detentado tradicionalmente su hegemonía en la definición de las necesidades sobre la salud y la enfermedad de la población, la presión social, de algunos grupos de profesionales, y sobre todo las demandas de las mujeres y parejas implicadas, han ido introduciendo cambios a los que todavía estamos asistiendo.

1.4.2. Atención a la mujer en el parto normal

Este lento proceso de evolución fue apoyado por las recomendaciones de la OMS que ya en 1985 promovía el derecho a la participación de las mujeres y parejas en sus partos, aconsejando el abandono de prácticas innecesarias que repercutían en daños para estas. La asociación Nacer en Casa primero, y progresivamente asociaciones como Plataforma por los Derechos del Nacimiento o El Parto es Nuestro, al igual que grupos feministas, llamaron la atención sobre el olvido de los derechos de

las mujeres en la asistencia que recibían en los partos, visibilizando su malestar y la necesidad de llevar a la práctica otras formas posibles y seguras de cuidados.

Pero no ha sido hasta el año 2002, con la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente⁴, que las instituciones y los profesionales se han visto inducidos a realizar el cambio. En ella, se recoge la necesidad del previo consentimiento antes de cualquier intervención, el respeto a la autonomía de su voluntad y a la libre decisión después de recibir información adecuada. En el año 2007, se publica la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”⁵, cuya innovación es la propuesta de una atención sanitaria “más personalizada, más centrada en las necesidades particulares de las personas usuarias” participantes en el proceso de su atención, proponiendo, en base a la evidencia científica, la eliminación de prácticas rutinarias e innecesarias. La novedad de esta propuesta es que la evolución del parto deja de ser solamente un asunto médico para pasar a ser compartido con las decisiones y expectativas de las mujeres y sus parejas. Y que se fundamenta en promover la igualdad entre los hombres y las mujeres en este proceso sanitario, mediante la incorporación de la perspectiva de género en la salud, que anteriormente fue expuesta.

Matronas y obstetras se han hecho eco de esta normativa y cada cual, según las características profesionales, han introducido modificaciones en sus discursos y prácticas para la implementación de esta modalidad asistencial. El cambio ideológico hacia la asistencia al parto normal en la que se considere a las mujeres como sujetos con derechos ha dado comienzo, pero en la práctica, la realidad observable

⁴ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE num.174. p: 40126.

⁵ Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

demuestra que todavía queda un largo camino para que se produzca un avance en las mentalidades, prácticas y estructuras, y como resultado, que el libre derecho a la elección y decisión de las mujeres y parejas sea una realidad.

Desde la Federación de Asociaciones de Matronas⁶ el parto normal se define como “el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo y se desarrolla y termina sin complicaciones; culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”. Es aceptado que un porcentaje alto de partos evolucionan con normalidad si se permite que, las mujeres que así lo eligen, tengan las oportunidades para realizarlo.

La dificultad profesional para la asistencia a estos partos viene dada por la necesidad de introducir cambios en la mentalidad y práctica tradicionalmente intervencionista. Confiar en los procesos fisiológicos del cuerpo, con capacidad para realizar el parto proporcionando atención de calidad, puede ser un reto, aunque se planteen resistencias. Para el acompañamiento a un parto normal y siempre garantizando la salud de la mujer y la criatura, se debiera considerar lo siguiente:

- **El parto es un acontecimiento único.** La experiencia del nacimiento es individual. Cada mujer y pareja pueden tener expectativas diferentes en base a diferencias ideológicas, de valores, culturales y sociales. Puesto que es un hecho irrepetible, las y los profesionales que les acompañan debieran facilitar los medios que se adecuen para la consecución de sus expectativas.

En este sentido, el tiempo es uno de los factores determinantes que puede servir de ejemplo de esta cuestión. Cada mujer necesita de tiempos diferentes para adaptarse y responder a los requerimientos del parto. Intentar estandarizarlos es un riesgo puesto que, además de dar lugar a intervenciones, puede cerrar oportunidades que generan sentimientos duraderos de fracaso para las mujeres. Partir de la flexibilidad y diferencia en los tiempos de cada mujer, les puede permitir vivir la experiencia positiva y renovada de su cuerpo reduciendo así la desconfianza que tradicionalmente se ha generado.

- **Compartir la información.** El nuevo paradigma de atención al parto normal parte de que la mujer y su pareja están informados, se han preparado para ello y tienen capacidad de decisión sobre su cuerpo y su salud. Compartir y contrastar la información entre mujeres y profesionales para llegar a decisiones conjuntas supone un importante cambio de actitud por ambas partes. *El Plan de Nacimiento*⁷ o documento consensuado sobre la planificación de la asistencia al parto tiene esta finalidad. Pero esto puede generar sentimientos de pérdida de poder entre los profesionales. Las relaciones que se establecen entre personas que se saben con los mismos derechos y responsabilidades, tienden a ser más igualitarias y cada cual responde al rol asignado en el momento que se establece.
- **Revisión de los significados del parto.** La definición que se hace del parto en los textos profesionales, suele ser poco alentadora por el riesgo y el dolor que

⁶ Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Federación de Asociaciones de Matronas en España.

⁷ Se pueden encontrar planes de nacimiento en “El parto es nuestro” y en el texto “Iniciativa parto normal” de la FAME, ambos disponibles en Internet.

se le suponen. Pero contrariamente a ello, estamos asistiendo al deseo creciente de mujeres que eligen realizarlo con sus propios medios de una forma fisiológica. La lógica que surge ante estas diferencias es que se debieran tener en cuenta sus opiniones a la hora de escribir sobre los significados del parto. Anular su dolor ha sido considerado un éxito, pero las mujeres que eligen un parto natural, desean conocerlo y se saben con recursos para afrontarlo. Las quejas o gritos se hacen difíciles de resistir entre el personal sanitario, tratan de acallarlos y se asocian con el descontrol y el sufrimiento innecesario. Para ofrecer apoyo integral y respetuoso a las mujeres en sus partos, más que intentar modificar su actitud, quizás los esfuerzos debieran dirigirse hacia la remodelación de los espacios hospitalarios.

El acompañamiento a las mujeres y parejas que desean un parto normal, va más

allá de las técnicas y recursos que se reflejarán más adelante (en el capítulo 35 de este texto). Supone un cambio de actitud que, aunque no siempre fácil, conlleva satisfacciones en el cumplimiento de las tareas profesionales pues se está prestando una atención enfermera adaptada a los requerimientos y particularidades de cada mujer. Además, es hoy un derecho de las mujeres, una necesidad social, económica y sanitaria para la reducción de las intervenciones obstétricas, dando como resultado una asistencia satisfactoria para las usuarias y de calidad.

1.4.3. El parto en casa

La necesidad de asistencia al parto en casa surgió hace unas décadas ante las demandas de las mujeres y parejas, en su necesidad de realizar su parto de forma no intervenida frente a la intensiva medicalización que estaba normalizada en aquellos años.

1.5. Salud laboral de las mujeres durante el embarazo y la maternidad

La promoción y protección de la salud de las mujeres trabajadoras es a menudo sólo visible en relación al embarazo y la lactancia, pensándose en los efectos que pudiera tener su trabajo para la criatura. Sin embargo, un abordaje desde la perspectiva de género exige que pensemos primero en la salud de las propias mujeres, pues si éstas no disponen de un buen estado de salud, tampoco la dispondrán sus criaturas, ni ellas mismas podrán estar en condiciones para su cuidado.

El ámbito laboral pone de manifiesto las diferencias y desigualdades entre los hombres y las mujeres, ya que aunque ellas se han ido incorporado en el trabajo productivo, se encuentran en peores condiciones y además, debido a la división sexual del

trabajo, el trabajo reproductivo sigue siéndole asignado, por lo que realizan una doble jornada, dentro y fuera de casa. Cada uno de estos hechos, tiene consecuencias y riesgos diferentes para la salud de las mujeres, aspectos estos que serán abordados en el capítulo 13, aquí nos ceñiremos a lo relativo al embarazo y a la maternidad.

Los modelos actuales de representación del embarazo, como hemos visto, parten de la idea de que el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia son procesos fisiológicos para los que está preparado el cuerpo de las mujeres. Por tanto, muchas veces se indica que pueden y deben seguir con sus trabajos, pues no están enfermas. Siendo cierta esta afirmación es incompleta, ya que además de suponer un so-

breesfuerzo, en muchas ocasiones, los trabajos remunerados no guardan condiciones que promuevan y mantengan su salud, y es en esas circunstancias en las que las mujeres se quedan embarazadas y se inicia la gestación, o dan la lactancia.

Las condiciones insalubres del trabajo productivo y remunerado (riesgos de accidentes o de enfermedades profesionales, el estrés, la fatiga, la precariedad laboral, la insatisfacción laboral u otras) a menudo se las presta atención o se hacen visibles ante el embarazo. Por una parte, por la existencia de un marco legislativo que obliga a su análisis y también porque existe una preocupación tanto de la propia mujer como social y sanitaria de que el ámbito laboral productivo no afecte al desarrollo de la gestación, a la mujer o a la lactancia.

La protección de la maternidad es uno de los derechos que están regulados en diferentes normativas, como la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, el artículo 26 de la Ley 39/1999, de Conciliación de la vida laboral y familiar y en la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Estas normas establecen que desde las empresas y los servicios médicos se debe evaluar la seguridad y salud del trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia. Si en este trabajo existen riesgos, habrá que adaptar las condiciones para eliminar este riesgo. Estas medidas deben llegar, en caso necesario, al cambio de puesto de trabajo o de funciones compatibles con su estado e, incluso, a la suspensión del contrato.

Aunque la enfermería no participa en la emisión de los informes que valoran el riesgo, en muchas ocasiones atiende, y conoce, a la mujer trabajadora y, por tanto, puede aportar datos para dichos informes. La enfermera o matrona, desde los diferentes contactos que tenga con las mujeres durante el embarazo y la lactancia, puede interesarse en cómo son sus condiciones laborales. Además, desde una concepción

integral de la salud, su atención deberá abarcar también conocer las condiciones del trabajo doméstico y sobre todo, las que devienen de tener que compaginar la esfera laboral y familiar. Pues, aunque a menudo se considera que los riesgos y el desgaste lo produce el trabajo remunerado y no el trabajo doméstico, como veremos éste puede producir un alargamiento de sus jornadas, un aumento de las cargas (como los cuidados) y la aparición de conflictos de conciliar ambos roles que incrementan los riesgos del ámbito laboral debido a la sobrecarga y al estrés.

Asimismo, el propio embarazo, el parir, el puerperio y la lactancia supone una absorción de las capacidades de las mujeres, pues sus energías las concentran en estos procesos, esto puede suponer que muchas tengan más cansancio, sientan que su cuerpo tiene otro ritmo o necesitan más descanso. Igualmente el embarazo y el puerperio les exige una serie de cuidados en su estilo de vida como llevar una buena alimentación, la realización de ejercicio físico, la necesidad de tiempos de descanso..., que aunque importantes siempre para su salud, aquí son más relevantes para el desarrollo del embarazo, la lactancia y para recuperarse después del nacimiento de su criatura. Otros cuidados imprescindibles son acudir a las citas sanitarias establecidas para el seguimiento de su gestación.

Todas estas condiciones inciden conjuntamente en cómo las mujeres llegan y están en sus trabajos remunerados y la vulnerabilidad en que se puede hallar su salud, por lo que deberían promoverse que puedan llevar a cabo estos cuidados. Las normativas establecen que las empresas permitan que las mujeres trabajadoras se puedan cuidar, algo que debería extenderse al ámbito doméstico, aunque no siempre es posible por la falta de apoyos sociales y familiares.

El papel de la enfermera o matrona en estos procesos incluiría las siguientes acciones:

- Transmitir información sobre los derechos de las mujeres trabajadoras para proteger su maternidad y los recursos para su tramitación.
- Valoración de los riesgos que hay en sus trabajos, remunerados y no remunerados, de sus estilos de vida, y las posibilidades para su propio cuidado e incluso para acudir a la asistencia sanitaria.
- Iniciar procesos de educación para la salud.

Para concluir, destacar que aunque este momento pueda ofrecer más oportunidades para la enfermería (por la motivación de la mujeres, la existencia de un marco normativo y social de protección a la maternidad, las frecuentes visitas a los servicios sanitarios...) la situación ideal sería que esta protección de la salud de las mujeres trabajadoras llegará más allá del embarazo y la lactancia, por el bien en sí mismo que supone.

1.6. Bibliografía

- Bosch Marín, J., De la Cámara, J. P., Saenz de Tejada, V. 270.00 partos. Sus enseñanzas sanitarias: observaciones sobre la asistencia topológica prestada en el Seguro obligatorio de Enfermedad 1947-1949. Al servicio de España y del niño español, 1950, nº 152.
- Díez, C. Maternidad y orden social. Vivencias de cambio. En: Del Valle, Teresa. Perspectivas feministas desde la antropología social. Barcelona: Ariel Antropología; 2000:155-185.
- Esteban, M. L. Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico. En: Ortiz Gomez, T. Mujeres de ciencia. Granada: Universidad de Granada, Seminario de Estudios de la mujer; 1996:143-184.
- Imaz, E. Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas. Tesis doctoral. País Vasco: Universidad del País Vasco; 2008.
- Maroto, G., García, María del Mar, y Mateo, Inmaculada. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. Gaceta Sanitaria. 2004;18 (Supl 2):13-23.
- Montes Muñoz, M. J. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, matronas y médicos. Tesis Doctoral; 2007. Disponible en: www.tdx.cat/TDX-0607107112247/MicrosoftWordICompletoLasCulturasdelNa.pdf.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza. Lancet, 1985; 2:436-437.
- Ortiz, T. Las matronas en España y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX. Arenal. 1999;6(1):55-79.
- Velasco Arias, S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: www.migualdad.es/mujer/programas/salud/teorias%20enfoque%20genero2006.pdf Accedido el 10/03/2009.