



Licenciatura en Obstetricia

Facultad de Humanidades Ciencias Sociales y de la Salud
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SANTIAGO DEL ESTERO

CARTILLA

ÁREA DISCIPLINAR

Curso de Ingreso 2015



ABORDAJE DE LA OBSTETRICIA DESDE EL ROL PROFESIONAL DEL OBSTÉTRICO-EJERCICIO PROFESIONAL

Introducción

¿Qué es un/ una Obstétrico /a? ... es Un profesional de la Salud, según la OMS lo propone como el profesional idóneo y experto en embarazo, parto, posparto y recién nacido normales; registra los mejores resultados perinatales (menor cantidad de cesáreas, de episiotomías, de forceps, de mortalidad materna y neonatal, mas partos normales, mas partos después de cesáreas, mas satisfacción de la maternidad, lactancias mejores y más duraderas, entre otros), tiene capacitación universitaria; carrera de grado de 5 años en la Facultad; ejerce en hospitales, clínicas, centros de salud, casas de partos y a domicilio,; trabaja en forma independiente o formando parte de un equipo interdisciplinario, puede trabajar en la asistencia de mujeres, en consejería sobre salud reproductiva, en docencia y/o en investigación; es parte de la comunidad y de la historia de las mujeres.

El Obstétrico o partero es un profesional de la salud que brinda cuidado primario a las mujeres durante su embarazo, trabajo de parto- parto y puerperio; provee atención para la madre y promueve el vínculo con el recién nacido durante las primeras 6 semanas siguientes al nacimiento. Durante visitas programadas regularmente, los obstétricos o parteros proveen exámenes clínicos, asesoría y educación. Trabajan independientemente de la profesión médica, pero en muchos lugares trabajan en el sistema de salud establecido y colaboran con los médicos cuando es necesario. Los obstétricos o parteros son especialistas en embarazo y partos normales. No son médicos, ni asistentes del médico, ni enfermeros, ni 'doulas', tampoco son un no- profesional, ni Una bruja.

El Rol del profesional Obstétrico en la Atención Primaria de la Salud comprende fundamentalmente lo preventivo, servicios básicos de salud con participación comunitaria, partiendo del propio núcleo familiar. Integrando equipos de salud, en tareas diferentes a las habituales como realizando diagnósticos sanitarios sociales, analizando diferentes modelos de captación y control de embarazadas y puérperas. También pueden planificar, desarrollar y evaluar actividades de enseñanza y aprendizaje con la comunidad y el equipo de salud. Y el desarrollo de trabajos de investigación. Los obstétricos pueden detectar precozmente el cáncer génito-mamario y las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH, haciendo tomas de PAP, examen de mamas y orientación clínica de las ITS y SIDA. Con la mujer embarazada el seguimiento y control del embarazo de bajo riesgo, implementación de un programa de control prenatal precoz, continuo, periódico e integral según normas. Confección del Carnet Perinatal, preparación integral para la maternidad, promoción de la lactancia materna, promoción del vínculo madre-hijo, consejería en salud sexual y procreación responsable.

En los colegios están capacitados para brindar educación sexual, y en los comedores informar sobre alimentación adecuada para las distintas etapas de la vida.

OBJETIVOS GENERALES

- Identificar claramente el rol del profesional obstétrico dentro del equipo de salud y en los diferentes niveles de atención.
- Analizar las incumbencias dentro del contexto del sistema de salud.
- Desarrollar el pensamiento crítico en relación al ejercicio profesional y la legislación vigente.

LOS TEMAS A TRATAR SON:

- Historia de la Obstetricia, Legislación, Competencia, Incumbencias, Rol Actual.
- Rol del Obstétrico/a en el Primer nivel de Atención
- Rol del Obstétrico/a en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.
- Gestión, Docencia e Investigación.

UNIDAD 1

1. Historia de la Obstetricia.-
2. Legislación Nacional, Provincial. Leyes, pactos y tratados relacionados al ejercicio profesional de la obstetricia.-
3. Competencias /incumbencia profesional. Colegiación.
4. Rol Actual del/a Obstétrico/a.

Objetivos Específicos:

Al finalizar esta unidad usted estará en condiciones de:

- Conocer la evolución de la obstetricia, reconocer el origen de la partería como profesión y su diferenciación con otras disciplinas.
- Reflexionar sobre la legislación vigente e identificar las necesidades y falencias a nivel nacional y provincial.
- Identificar en forma clara el rol del profesional obstétrico en los diferentes niveles de atención.
- Reconocer las competencias e incumbencias del ejercicio profesional.

- Valorar la importancia del colegio profesional y la colegiación como institución.

MATERIAL BIBLIOGRÁFICO:

1. HISTORIA DE LA OBSTETRICIA.-

Etimológicamente: la palabra viene del latín *obstetrix*; que significa comadrona. También significa "estar a la espera", se ocupa de la filosofía de la mujer en el embarazo, parto y puerperio.

Historia Mundial de la obstetricia: El parto en aquellas épocas prehistóricas ocurría de manera solitaria, sin acompañamiento, ha de considerarse que esa fue, así mismo, la época pre obstétrica. La mujer primitiva en trance de parto se alejaba de los suyos para aislarse y dar a luz sin nadie en frente es decir solas, en las orillas de los ríos o de las lagunas, o, según las circunstancias, donde encontraban en bosque o en la oscuridad de caverna, padeciendo los dolores sin gritos, como dice el citado de Leonard, las fieras merodeaban muchas veces a su alrededor, la posición tenía que ser en cuclillas.

La posición instintiva Los primeros documentos escritos que hasta nosotros han llegado son los papiros egipcios, que tiene una antigüedad cercana a los cuatro mil años. En el papiro de Ebers se consigna que la atención de los partos estaba a cargo de mujeres expertas. Igual cosa ocurría entre los hebreos, según relata la Tora. En la antigua Grecia, aquella anterior cuatro siglos a Jesucristo, cuando vivió Hipócrates, las mujeres ejercían la obstetricia y ocultamente la ginecología, que tenía ya verdadera personalidad médica. En la misma época igual ocurría en Roma, Para entonces Numa Pompilio decreta la práctica obligatoria de la operación cesárea postmortem. Llegada la era cristiana, algunos médicos se muestran versados en dificultades obstétricas. Por ejemplo, Sorano de Efeso (98-138), introduce la versión podálica en momentos en que las mujeres dominaban el ejercicio gineco obstétrico, autorizadas por el Estado. En efecto, existían las obstetricas o comadronas y las o ginecólogas. Las primeras atendían los partos sencillos, pero debían llamar a los médicos cuando surgían complicaciones las segundas eran expertas en las enfermedades propias de la mujer.

Obstetricia en la Biblia. En la Biblia nos da a conocer en Génesis: Cap.: 3 16 que por el pecado en el Huerto del Edén y el engaño de la serpiente la mujer cae en la tentación de comer el fruto prohibido y Dios la maldijo a la mujer dijo: "Multiplicare en gran manera los dolores en tus preñeces; con dolor darás a luz los hijos; y tu deseo será para tu marido, y él se enseñoreara de ti" En libro II encontramos: "Faraón oprime al pueblo de Israel y da orden de matar a los recién nacidos. (RECORDAMOS LA HISTORIA DE MOISES)

Extraído de: <http://www.monografias.com/trabajos82/historia-obstetricia/historia-obstetricia.shtml>

Breve Historia de la Obstetricia Occidental: Si bien el “arte de partear” es tan viejo como la humanidad, no lo es así la “ciencia obstétrica” y mucho menos la atención “científica y profesional” del parto como lo conocemos hoy.

Desde la antigüedad, y en casi todas las sociedades, la atención del parto estuvo en manos de mujeres con experiencia por haber pasado ellas mismas por ese transe repetidas veces: la madre, la abuela, la suegra de la parturienta o alguna mujer más especializada en el tema.

En la Edad Media en Europa la atención de los enfermos se recluye en los monasterios y la atención del parto queda exclusivamente en manos de las “comadronas”, castigándose a todo hombre que intentaba atender un parto.

En el periodo que duró la caza de brujas (siglos XIV al XVII) no fueron pocas las mujeres que murieron quemadas por sus conocimientos sobre la salud, el parto y la anticoncepción. Muchas mujeres campesinas usaban el cornezuelo (ergotina) contra los dolores del parto o la belladona para evitar el aborto espontáneo, en una época en que la iglesia consideraba tales cosas castigo divino y la intervención en ellas, posesión satánica.

En el siglo XIII empieza a aparecer la medicina como profesión con la creación de universidades y escuelas de medicina sobre las cuales la iglesia ejercía un férreo control.

En Europa a finales del siglo XIV los médicos varones habían conquistado el monopolio de la práctica médica en las clases dominantes. Esto no incluía la atención del parto, que aún en estas clases estaba en manos de las comadronas.

En el siglo XVIII fueron reconocidos los obstetras en Gran Bretaña y Francia y algunos de ellos obtuvieron los diplomas de médicos, pero no sucedió, lo mismo con las obstétricas. Los cirujanos alegaban su supuesta superioridad técnica en el uso de los fórceps, los que estaban catalogados legalmente como instrumentos quirúrgicos y a las mujeres les estaba prohibido jurídicamente el ejercicio de la cirugía.

Los nuevos médicos utilizaron la asociación de la comadrona con la bruja para desacreditar a las parteras empíricas y ocupar su lugar en la atención del parto.

Los dos lugares donde se realiza el aprendizaje de la medicina y la obstetricia son la Universidad y el hospital, sin embargo solo las mujeres pobres van al hospital a parir y éste es considerado “la antesala de la muerte”, mientras el parto sigue realizándose mayoritariamente en los domicilios y por las comadronas, interviniendo los médicos solo en caso de complicaciones. Por lo tanto el saber médico se desarrolla fundamentalmente en el plano teórico y respecto a las complicaciones del parto, mientras que el saber de las parteras se desarrolla en el plano de lo práctico.

Con la implantación hegemónica de la medicina como profesión se comenzó a exigir una formación universitaria y se promulgaron leyes que impedían ejercer actividades curativas a quienes no poseyeran los diplomas que acreditaran dicha formación. De esta manera quedan fuera de la “legitimidad médica” las comadronas y otros “curadores”.

Este proceso llevo a que el parto fuese atendido casi exclusivamente por médicos y a que la figura de la partera – comadrona se extinguiera o quedara relegada a un ejercicio muy marginal, minoritario e ilegal.

Sin embargo la profesión médica absorbe a la partera dentro de su dominio y logra ponerla bajo su control a través de un proceso de profesionalización que reglamentó su práctica y que estableció mecanismos formales de transmisión del conocimiento obstétrico, cuyos contenidos ahora “científicamente” fundados, son elaborados en el ámbito médico. Dando como resultado la profesión de la obstétrica legalmente reconocida. La consecuencia de esto fue que una práctica que antaño gozaba de relativa autonomía en su ejercicio e interpretación clínicas, fue subordinada a la tutela y el saber médico. Este proceso es relativamente reciente (fines del siglo XIX, principios del XX), y tiene particularidades en los distintos países.

Del Hogar al Hospital: Antes de 1880 eran las mujeres, tanto las parturientas como las mujeres que las atendían, las que dominaban la toma de decisiones respecto al trabajo de parto y al parto. Era a través de una red de lazos femeninos cohesivos basados en el parentesco y en la amistad, que las mujeres en transe de parir recibían apoyo emocional y era dentro de éste ámbito donde se tomaban las decisiones de recurrir a la intervención médica cuando presentaban problemas en el parto.

Entre 1880 y 1920 basado en los avances técnicos, bacteriológicos y quirúrgicos los médicos comienzan a reclamar el control sobre las decisiones y el debate se traslada del ámbito doméstico al seno de la “comunidad profesional”. En situaciones de riesgo donde los médicos comienzan a imponer su voz “autorizada”, la nueva tecnología provee al médico la oportunidad de arrebatar el poder de su lugar tradicional al interior de la familia y establecerlo en su propio dominio. Posteriormente extenderá su autoridad a todos los aspectos del embarazo y el parto, aún en condiciones fisiológicas.

El Ejercicio y la formación de Obstétricas en Nuestro País: Desde 1780 funcionaba el Tribunal del Protomedicato, que reglamentaba la práctica médica y desde 1755 existía el hospital de mujeres en la Ciudad de Buenos Aires, al que acudían mujeres enfermas, pero no se atendían partos.

En 1822 por el “Decreto de Arreglo de la Medicina” se reglamentaba el ejercicio de la atención del parto. El artículo 71 del Título IV de dicho reglamento está destinado a las personas “dedicadas al arte de partear”, quedando bajo supervisión del Médico de Policía y obligadas a asistir a un curso dictado por el mismo. Por entonces se forma la primera Escuela de Partos.

En 1822 Rivadavia crea el Tribunal de Medicina, La Academia de Medicina y el Departamento de Medicina. Paralelamente en 1823 promulgó el decreto por el cual se creó la Sociedad de Beneficencia” dirigida por damas de la oligarquía porteña y cuyo fin era la administración hospitalaria y la asistencia pública. Esta sociedad de Beneficencia va a tener un peso importante en la forma que se establece la enseñanza de la obstetricia al reglamentar la prohibición de los hombres a entrar en la sala de partos. A las parteras se les exigía como requisito el saber leer y escribir y tener un certificado de “buena conducta y moralidad”, a las casadas se les pedía un consentimiento por escrito del marido, coherente con la condición de mujer de la época. Esto excluía a la mayoría de criollas, ya que siendo de clase baja era muy poco probable que accedieran a tales conocimientos.

En 1924 las autoridades hacen traer una partera diplomada de Francia para las clases altas porteñas. Por muchos años las clases bajas son atendidas preferentemente por parteras empíricas o comadronas o en el hospital y las clases altas por parteras extranjeras en sus domicilios.

En 1852 se crea la Facultad de Medicina de Buenos Aires, entre sus estudios se incluyen los partos. Pero las clases para los estudiantes eran exclusivamente teóricas ya que les estaba vedado a los hombres, aun no recibidos. Las parteras seguían el mismo curso que los estudiantes de medicina, pero si les estaba permitido hacer prácticas.

En 1852 se crea el Consejo de Higiene Pública, cuyo fin es vigilar el ejercicio profesional: “freno poderoso a los avances del curanderismo entre el gremio que se dedicaba al arte de partear”.

En 1855 se matriculó la primera partera. Las primeras parteras que se matricularon eran extranjeras, la mayoría de las cuales habían revalidado su título. En 1859 se recibe la primera partera Argentina. Y en 1862 se implanta el sistema de guardias de 24 horas. Sin embargo la mayoría de los partos seguían haciéndose en los domicilios y por parteras empíricas.

Hasta entonces las alumnas comparten las clases con los alumnos de medicina. En 1882 se abre la escuela de Obstetricia, anexa a la cátedra de Obstetricia de la facultad de Medicina. En 1883 solo asisten 2 alumnas y 1884, 4 alumnas.

En todo este periodo aparentemente no se disputa el derecho de la partera a atender el parto normal. Probablemente las normas del pudor de la época así lo establecieron, y la escasez de los médicos hiciera imposible pretender que todo parto fuese atendido por uno de ellos. Pero se pone especial énfasis en señalar que la partera no debe utilizar los instrumentos del parto laborioso, ni invadir jurisdicción médica ejerciendo el “curanderismo”. Aun en las clases altas son las parteras las que atienden el parto normal.

La Profesión Actualmente: Hasta la década de los sesenta la legislación permitía el ejercicio liberal de la profesión de partera. La partera poseía su consultorio particular y llamaba al médico cuando se presentaba alguna patología. Posteriormente con la interrupción masiva de los médicos al mercado medico, y al ser atendido el parto casi con exclusividad en el ámbito institucional, comienza una sorda y no tan sorda competencia sobre quienes deben manejar el parto normal. A nivel legislativo se restringe el ejercicio liberal de la obstetricia, se cierran las escuelas de obstetricia dependiente de las Facultades de medicina de varias provincias en 1969 y cuando se reabre la de Buenos Aires, años más tarde, se intenta fusionar con la escuela de enfermería.

Sin embargo las obstétricas no asisten a este proceso pasivamente. En 1963 crean la Federación de Obstétricas de la República Argentina (FORA) para defender su autonomía y jerarquización profesional.

Material obtenido de: “La profesión de Obstétrica: Género y Subordinación” – Ana I. González, UBA – CELSO, 1990.-

La Partería Global - Tradicional y Oficial—y la Humanización del Nacimiento.

Por Marsden Wagner

Hasta hace 200 años toda la atención del nacimiento en el mundo era humanizada ya que era brindada por parteras que mantenían a la mujer en el centro, y en general, respetaban la naturaleza y la cultura.

Después de la Segunda Guerra Mundial empezó la Era Tecnológica. Si podemos poner a un hombre en la luna, seguramente también podemos tener un nacimiento perfecto. Así que sin ningún dato científico que justificara este paso, el parto fue trasladado a los hospitales con médicos, máquinas y drogas. Las parteras fueron marginadas, sin un rol para la mujer o la familia—el parto como un problema médico.

En las décadas de 1980 y 1990 surgió una reacción contra esto y fue el inicio de un movimiento para humanizar el nacimiento. El nacimiento humanizado significa dar a la mujer la posición central durante la labor de parto y el control para sea ella y no los médicos ni nadie más quien tome todas las decisiones sobre lo que sucederá. El nacimiento humanizado significa que el foco de los servicios de maternidad es la atención primaria a nivel comunitario y no la atención terciaria centrada en el hospital. El nacimiento humanizado incluye parteras—tradicionales y oficiales—enfermeras y médicos trabajando juntos en armonía como iguales. El nacimiento humanizado significa servicios de maternidad basados en buena evidencia científica, incluyendo el uso de tecnología y drogas sustentado en la evidencia.

En los últimos quince años la lucha entre el nacimiento como problema médico y el nacimiento humanizado se ha intensificado y globalizado. Hoy en día las maternidades se clasifican según tres tipos de atención: (a) La atención con alta intervención médica y alta tecnología que se centra en el médico y margina a la partera, como por ejemplo la de los Estados Unidos, Rusia, algunos países de Europa oriental y áreas urbanas de países en desarrollo; (b) el enfoque humanizado con parteras fuertes y más autónomas y tasas mucho menores de intervención, como por ejemplo en Holanda, Nueva Zelanda y los países Escandinavos; (c) y una mezcla de ambos enfoque como la que se encuentra en Gran Bretaña, Canadá, Alemania, Japón y Australia.

A lo largo de toda la historia, siempre ha habido mujeres (parteras) en la comunidad a las que las demás mujeres han podido recurrir en busca de apoyo para sus inquietudes femeninas—no solo atención reproductiva sino también asuntos como el abuso conyugal. La palabra *midwife* viene del inglés antiguo y significa "con mujer." El nombre francés de la partera, *sage femme* (mujer sabia), se remonta a miles de años, al igual que los nombres en danés, *jordmor* (madre tierra) y en islándico, *ljosmodir* (madre de luz). Hipócrates formalizó un programa de capacitación para parteras en Grecia en el siglo quinto antes de Cristo. Phaenarete, la madre de Sócrates, era partera. La Biblia, en el Libro del Éxodo, reconoce la fortaleza e independencia de las parteras que desafiaron la orden del Faraón de matar a todos los hijos varones nacidos de mujeres hebreas. La primera ley para la regulación de la partería fue aprobada en Alemania en 1452 y establecía que una partera debía estar presente en todos los nacimientos.

¿Por qué motivo es que la práctica de la partería atrae tanta hostilidad y críticas? Las parteras se encuentran en el centro del "mundo femenino." A lo largo de la historia siempre ha existido un mundo femenino que corre paralelo del mundo masculino, existiendo bajo el radar de los hombres. Las parteras son mujeres

fuertes e independientes en la comunidad, mujeres que son difíciles de controlar para los hombres y a quienes algunos incluso temen. Cada intento de terminar con la práctica de la partería ha fallado. Parece ser que siempre habrá mujeres que desean ser parteras y mujeres que desean tener parteras asistiéndoles cuando dan a luz.

En las áreas rurales de América Latina las parteras tradicionales han continuado atendiendo nacimientos, mientras que en las áreas urbanas se ha visto una medicalización del nacimiento que incluso se ha vuelto extrema en algunos lugares países como Brasil. Recientemente se inició la humanización del nacimiento en América Latina. En 2000, en Fortaleza, Brasil, una conferencia internacional con más de 2000 participantes apoyó la humanización del nacimiento y ahora en este país el gobierno patrocina centros de parto independientes fuera de los hospitales así como la capacitación de las parteras que los atienden. Al irse popularizando la medicalización del nacimiento en toda la América Latina urbana, los médicos empezaron a ver a las parteras tradicionales como primitivas y a asumir que no tenían nada que contribuir a la atención de la maternidad. La gran cantidad de años en que las parteras tradicionales han sido suprimidas dejó al público confundido sobre su papel tradicional. En las áreas rurales, las mujeres a menudo buscan parteras tradicionales, incluso cuando hay médicos y otros profesionales en salud disponibles.

Después de evaluar la atención en maternidades, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado: "Los sistemas informales de atención perinatal (incluyendo parteras tradicionales) donde estos existan, deben coexistir con el sistema oficial de atención del nacimiento y debe mantenerse la colaboración entre ambos para beneficio de la madre. Cuando estas relaciones se establecen paralelamente sin conceptos de superioridad de un sistema sobre el otro pueden llegar a ser altamente efectivas.—En países industrializados algunas mujeres siempre preferirán recurrir a profesionales alternos como las parteras tradicionales. Estos proveedores alternos son importantes en los países en desarrollo."

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para América Latina incluyen: "En muchos países de América Latina algunas áreas aún no reciben los servicios oficiales de atención de la salud y existen grupos considerables de personas que eligen servicios alternos, incluso cuando hay servicios oficiales disponibles. Por este motivo, una gran cantidad de nacimientos en América Latina todavía son atendidos por parteras tradicionales. Sin embargo, con pocas excepciones, no son reconocidas como profesionales por el gobierno. Su exclusión del sistema oficial de salud elimina su posibilidad de referir mujeres con problemas, lo que reduce la posibilidad de acceso a la atención oficial y las opciones disponibles para la mujer que desarrolla complicaciones de parto. Además, ni las parteras tradicionales se benefician del conocimiento de la obstetricia y la partería formal ni contribuyen su propio conocimiento de la cultura local del nacimiento y las prácticas tradicionales de parto a los otros profesionales de la salud."

La Organización Mundial de la Salud añade: "Los estudios de la OMS han demostrado que los intentos de muchos países por eliminar a los practicantes tradicionales, como las parteras, por medio de legislación y otros medios solamente han provocado que estos trabajen clandestinamente. La legislación que

prohíbe la partería tradicional rara vez puede hacerse cumplir. En unos pocos países en los que prohibiciones han sido promulgadas, las parteras tradicionales continúan trabajando, siendo aceptadas por la comunidad y a menudo preferidas por encima del sistema de salud moderno; el efecto real de este tipo de legislación es sido forzar a las parteras a trabajar en secreto o evitar que se capaciten. Sin embargo, estas son toleradas y a veces incluso consideradas como indispensables por los centros de salud. La legislación debería facilitar la capacitación de parteras tradicionales y autorizarles la realización de tareas dentro de su competencia, en lugar de establecer prohibiciones imposibles de imponer y poco realistas."

Un reporte de una reunión de la OMS dice: "Ahora es casi universalmente reconocido que a menos de que los practicantes tradicionales de la salud (incluyendo a las parteras) sean apropiadamente reconocidos y articulados dentro del sistema nacional de salud, los países nunca podrán lograr cobertura adecuada de salud para toda su población. Casi en todas partes, los intentos por aumentar las destrezas y conocimientos de las parteras tradicionales y de movilizarlas para que jueguen un rol efectivo dentro del sistema de salud se han encontrado con la oposición de los grupos organizados de profesionales en salud con gran interés en mantener el statu quo.

El desarrollo de una política favorable hacia la partería tradicional depende de la comprensión progresista de la naturaleza de esta atención, así como del rol y recursos de sus practicantes, muchas de las cuales poseen un caudal de sabiduría, conocimiento y experiencia que solamente puede servir para mejorar la calidad de la atención que los países brindan a sus poblaciones. Las parteras tradicionales constituyen una reserva importante y valiosa de recursos humanos que deben ser optimizados dentro del servicio de salud de cada país, si es que el estatus de salud de la población va a ser mejorado. Los gobiernos deben reconocer y legitimar formalmente la práctica de las parteras tradicionales. En países donde la legislación existente no apoya a las parteras tradicionales, sería necesario adoptar políticas de apoyo temporal hasta que los demorados procesos de reforma legal puedan ser llevados a cabo.

En aquellos lugares donde la legislación existente presenta una barrera para la promoción de la partería tradicional, esta debería ser revocada o enmendada, y finalmente remplazada por legislación que brinde apoyo. La experiencia de algunos países muestra que la legislación que prohíbe la práctica de las parteras tradicionales no resulta exitosa."

El reporte de la OMS agrega: "El grupo completo está de acuerdo en los beneficios de integrar parteras tradicionales al sistema de atención perinatal. Todos los involucrados se beneficiarían: las parteras tradicionales, otros trabajadores de la atención de la salud, pero sobre todo las mujeres que dan a luz. Tanto las parteras capacitadas formalmente como las parteras tradicionales enfatizan la perspectiva social, la cual recalca la normalidad y la sensibilidad social y cultural. El reconocimiento de esta perspectiva produce un mejor balance en el sistema de atención de la maternidad. El sistema informal de atención perinatal (incluyendo parteras tradicionales) debe coexistir con el sistema oficial de atención del nacimiento y debe mantenerse la colaboración entre ambos para beneficio de la madre. Esta relaciones, cuando ninguna se coloca por encima de la otra, pueden ser altamente efectivas."

Las parteras (tanto tradicionales como formalmente capacitadas) son principalmente las trabajadoras de la salud de las mujeres. Cuando surge un problema con una mujer bajo su cuidado, las parteras pueden referirla a un obstetra. Esto es análogo al médico de familia refiriendo a un paciente a un especialista, como sería un cardiólogo. Los obstetras no dan órdenes a las parteras de igual manera que los cardiólogos no dan órdenes a los médicos de familia. La relación debe ser de colaboración activa basada en el mutuo respeto entre profesionales de la salud de igual prestigio.

Durante el nacimiento existe una diferencia fundamental entre la atención de la partera y del médico que se basa en el control. El alumbramiento es un proceso fisiológico complejo regulado por el sistema nervioso de la mujer. El parto no se encuentra bajo el control consciente de quien da a luz, sino que es dirigido por sistemas de retroalimentación hormonal y neurológicos—la porción parasimpática del sistema nervioso autónomo, el cual no se encuentra bajo el control consciente (por ejemplo el sistema parasimpático controla los movimientos intestinales y el orgasmo sexual). El temor o la inquietud apagan el sistema parasimpático y disparan el sistema nervioso simpático (la adrenalina).

Los elementos clave en el modelo de nacimiento de la partería (tanto tradicional como oficial) son la normalidad, la facilitación del proceso natural con mínima intervención así como el otorgamiento de poder a la mujer que está dando a luz. Los obstetras, por el contrario, típicamente tratan de tener el parto bajo su propio control, haciendo caso omiso de los procesos naturales con drogas, procedimientos médicos y órdenes—dos paradigmas diferentes. Por ejemplo, las parteras consideran que el nacimiento de pie es una variación de lo normal, mientras que los obstetras lo consideran una anormalidad. Los doctores "traen al mundo" bebés y creen que tener un bebe es algo que le sucede a una mujer. Las parteras asisten durante el parto y creen que dar a luz es algo que una mujer hace.

Las parteras son más seguras que los médicos en partos de bajo riesgo. Por supuesto que los obstetras han trabajado duro para convencer al público de que ellos son la opción "segura." Un amplio estudio que toma en cuenta cuatro millones de nacimientos observó únicamente nacimientos de bajo riesgo atendidos por parteras o por médicos. En el estudio, las parteras tuvieron un 33 por ciento menos de muertes en neonatos y 31 por ciento menos bebés con bajo peso al nacer.

Otro estudio de parteras que atendieron más de 5000 partos planeados en casa estableció que estos nacimientos son tan seguros como partos hospitalarios de bajo riesgo atendidos por médicos. Para el 80 a 90 por ciento de todas las mujeres con embarazos normales, la atención más segura para su parto hospitalario o en casa no es un médico sino una partera.

Las parteras recurren muchísimo menos a intervenciones innecesarias. Los obstetras son cirujanos, y su capacitación los lleva a convertir el nacimiento en un procedimiento quirúrgico. Es por este motivo que hay un exceso tan trágico de intervenciones innecesarias, incluyendo la inducción del parto, la episiotomía y la cesárea en un parto medicalizado.

¿Por qué debería una persona elegir una carrera como partera? Las parteras son acosadas por médicos y funcionarios. La paga no es buena. Para elegir esa vida, alguien debe realmente desearlo. Se trata de algo más que un trabajo, es una vocación—para algunos es incluso un "llamado." A las parteras les encanta el contacto directo con las mujeres, la experiencia práctica de asistir en muchos

nacimientos (hermosos). Y las parteras están jugando su parte en la lucha histórica por la igualdad femenina.

La partería es mucho más barata, tanto porque su paga es menor como porque se presentan menos intervenciones obstétricas. Con paso lento pero firme el gobierno y la gente se están dando cuenta de que el control obstétrico y el monopolio del nacimiento desperdician enormes cantidades de dinero, y en el momento en que la verdad sea completamente palpable será el día en que este monopolio obstétrico del nacimiento empiece a decaer.

Al irse estableciendo mejor la partería, será más difícil para el establecimiento obstétrico perpetuar el mito de que las parteras no son tan seguras como los doctores. En Europa occidental las parteras ofrecen atención prenatal, atienden entre el 70% y el 80% de los nacimientos de bajo riesgo y la mayor parte de las mujeres nunca ve un médico durante su embarazo ni durante un parto hospitalario o en casa. Esto es lo que debe suceder en América Latina. Principalmente, la atención de la maternidad no es tema de salud, sino un tema de las mujeres. La partería juega un rol importante en el fortalecimiento del control de las mujeres sobre sus propios cuerpos y su reproducción. Será una lucha difícil, pero las parteras y los grupos de mujeres deben trabajar juntos para que suceda.

Extraído de: http://www.midwiferytoday.com/articles/parteria_globalsp.asp

2. LEGISLACIÓN NACIONAL, PROVINCIAL.

LEY N° 17132

En 1967 se promulga el Decreto Ley N° 17132, reglamentado a través del Decreto 6216/77, en el mismo se fijan los alcances e incumbencias de los Médicos, Odontólogos y Colaboradores de la Salud (entre ellos las Obstétricas)

"Normas para el Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración"

Capítulo II - De las Obstétricas

Art. 49.- El ejercicio de la obstetricia queda reservado a las personas de sexo femenino que posean el título universitario de obstétrica o partera, en las condiciones establecida en el art. 44.-

Art. 50.- las obstétricas o parteras no podrán presentar asistencia a la mujer en estado de embarazo, parto o puerperio patológicos, debiendo limitar su actuación a lo que específicamente se reglamente y ante la comprobación de cualquier síntoma anormal en el transcurso del embarazo, parto y/o puerperio deberán requerir la presencia de un médico, de preferencia especializado en obstetricia.

Art. 51.- las obstétricas o parteras pueden realizar asistencia en instituciones asistenciales oficiales o privadas habilitadas, en el domicilio del paciente o en su consultorio privado, en las condiciones que se reglamenten. Las obstétricas o

parteras no pueden tener en su consultorio instrumental médico que no haga a los fines estrictos de su actividad.

Art. 52.- las obstétricas o parteras que deseen recibir embarazadas en su consultorio en carácter de internadas deberán obtener autorización previa de la Secretaría de Estado de Salud Pública, las que fijará las condiciones higiénico-sanitarias a que deberán ajustarse los locales y los elementos de que deberán estar dotados, no pudiendo utilizar la denominación de "Maternidades o Clínicas Maternales", reservándose dicha calificación para los establecimientos que cuenten con dirección médica y cuerpo profesional especializado en obstetricia.

En los mencionados locales podrán ser admitidas únicamente embarazadas que se encuentren en los tres últimos meses del embarazo o en trabajo de parto.

El derecho de inspección de la Secretaría de Estado de Salud Pública es absoluto y se podrá ordenar la inmediata clausura cuando sus instalaciones técnicas o higiénicas no sean satisfactorias o cuando existan internadas fuera de las condiciones reglamentarias o estén atacadas de enfermedades infectocontagiosas, debiendo actuarse de inmediato la correspondiente denuncia si se presupone la comisión de un delito.

Decreto 6216 - Reglamentario de la ley 17132

Art. 49.- Sin reglamentación.

Art. 50.- Las obstétricas deberán exigir a toda mujer que asistan en su embarazo, en el lapso comprendido entre el 7° y 8° mes del mismo, un certificado de médico especialista en obstetricia que acredite que se trata de un embarazo normal. Dicha constancia deberá ser asentada en su libro de asistidos y el certificado archivado para ser exhibido a los inspectores de la Secretaría de Estado de Salud Pública cuando le sea requerido.

Les está permitido a las obstétricas y/o parteras:

- a) Ordenar la realización de análisis de orina con el único fin de descartar evolución patológica;
- b) Practicar el cateterismo vesicular y enemas;
- c) Practicar punción de las membranas cuando las condiciones generales o locales lo requieran, siempre que la dilatación del cuello sea completa o casi completa (7 a 8 cm.), la presentación de vértice encajada y la pelvis normal;
- d) Practicar por razón de urgencia la punción de las membranas con dilatación incompleta, en el solo caso de placenta previa marginal o lateral con hemorragia en el acto, siempre que se trate de una presentación longitudinal y el segmento de las membranas sea fácilmente accesible; debiendo requerir de inmediato el concurso del médico especializado en obstetricia;
- e) Practicar la ligadura y sección del cordón umbilical;
- f) Practicar la expresión del útero retraído durante el periodo de alumbramiento, siempre que la placenta esté desprendida y descendida atravesando el cuello uterino dilatado;
- g) Practicar durante el embarazo los tratamientos prescritos por el médico;

- h) Practicar la episiotomía y su sutura. La sutura de vagina debe quedar reservada para el médico;
- i) Practicar el taponamiento vaginal en caso de gran hemorragia, debiendo requerir el inmediato concurso del médico;
- j) Practicar medicaciones de urgencia, como ser inyecciones de tónicos cardíacos, analépticos o estimuladores cardiocirculatorios;
- k) Practicar inyecciones de ocitócicos en caso de hipotonía post partum, previa expresión del útero para provocar la expulsión de los coágulos.

Prohíbese a las parteras y/o obstétricas:

- a) Realizar tratamientos de afecciones de la patología tocoginecológica;
- b) Interrumpir la gestación por cualquier razón, provocando el aborto;
- c) Practicar o completar los dos últimos tiempos de presentación en pelviana, descenso de los brazos y extracción de la cabeza, salvo en los casos en que haya expulsión del tronco fetal y/o no se cuente con concurso médico;
- d) Practicar la extracción digital o instrumental o pulsión del huevo muerto;
- e) Reducir el útero retroverso o prolapsado;
- f) Aplicar pesarios en úteros vacíos u ocupados;
- g) Reducir miembros procidentes;
- h) Corregir presentaciones desviadas;
- i) Hacer versiones por maniobras internas o mixtas, tanto en feto vivo o muerto, cualquiera fuese el estado de la madre;
- j) Efectuar alumbramientos manuales o artificiales y extraer parte o todo de los anexos retenidos, pudiendo hacerlo únicamente cuando la vida de la enferma está en peligro y el concurso médico tarda en llegar;
- k) Reducir manual o instrumentalmente el cordón procidente o prolapsado pulsátil, pudiendo hacerlo únicamente cuando no haya posibilidad de hallar un médico;
- l) Hacer tentativas de dilatar el cuello; aún con el fin de facilitar el parto, salvo por indicación médica;
- m) Practicar en cualquier caso el raspaje del útero;
- n) Practicar irrigaciones endouterinas, aunque exista prescripción médica;
- o) Cortar el frenillo lingual;
- p) Efectuar ninguna clase de curación en vagina, o cuello uterino en enfermas portadoras de lesiones ginecológicas, no embarazadas.

Art. 51.- Las obstétricas o parteras deberán solicitar habilitación de su consultorio privado ante la Secretaría de Estado de Salud Pública.

En los casos de ejercer en instituciones asistenciales deberán solicitar la pertinente autorización con la conformidad del Director de la institución.

Ante la comprobación de la existencia de instrumental médico que no haga a los fines estrictos de su actividad podrá la Secretaría de Estado de Salud Pública proceder a adoptar las medidas precautorias de vigilancia y/o denuncia ante la Justicia la posible comisión de delitos.

Art. 52.- Sin reglamentación.

LEY N° 4619: (12 de Junio de 1978)

SOBRE EL EJERCICIO DE LA OBSTETRICIA EN SANTIAGO DEL ESTERO

Art. 1°.- El ejercicio de la obstetricia queda reservado a las personas de sexo femenino que posean título de Obstétrica o Partera.

- a) Título otorgado por Universidad Nacional o Universidad Privada y habilitada por el Estado Nacional.
- b) Los que tengan título otorgado por Universidades Extranjeras que hayan cumplido los requisitos exigidos por las Universidades Nacionales, para dar validez a sus títulos.
- c) Los Argentinos nativos, diplomados en Universidades Extranjeras que hayan cumplido los requisitos exigidos por las Universidades Nacionales para dar validez a sus títulos.
- d) Los que posean títulos otorgados por escuelas reconocidas por la Subsecretaría de Salud Pública en las condiciones que se reglamenten.

Art. 2°.- Las Obstétricas o Parteras no podrán prestar asistencia a la mujer en estado de embarazo, parto o puerperio patológicos, debiendo limitar su actuación a lo que específicamente se reglamente y ante la comprobación de cualquier síntoma anormal en el transcurso del embarazo, parto y/o puerperio, deberán requerir la presencia de un médico de preferencia especializado en obstetricia.

Art. 3°.- Las Obstétricas o Parteras deberán registrar su título en la Subsecretaría de Salud Pública.

Art. 4°.- Para ejercer la obstetricia deberán obtener la matrícula correspondiente que será otorgada por la Subsecretaría de Salud Pública.

Art. 5°.- Las Obstétricas o Parteras pueden realizar asistencia en instituciones asistenciales Oficiales o Privadas habilitadas o en su consultorio privado, con la internación habilitada por la Subsecretaría de Salud Pública.

Art. 6°.- Las Obstétricas o Parteras no pueden tener en su consultorio Instrumental médico que no hagan a los fines estrictos de su actividad, la simple comprobación de existencia determinará la inhabilitación del local y la cancelación de la matrícula.

Art. 7°.- Las Obstétricas o Parteras que deseen recibir embarazadas en su consultorio en carácter de internadas deberán obtener autorización previa de la Subsecretaría de Salud Pública, la que fijará las condiciones higiénicas- sanitarias a que deberán ajustarse los locales y los elementos de que deberán estar dotados, no pudiendo utilizar la denominación de "Maternidades o Clínicas Maternales",

reservándose dicha calificación para los establecimientos que cuenten con Dirección Médica y cuerpo profesional especializado en Obstetricia.

En los mencionados locales podrán ser admitidas únicamente embarazadas que se encuentren en los tres últimos meses del embarazo o en trabajo de parto.

El derecho de inspección de la Subsecretaría de Salud Pública es absoluto y se podrá ordenar la inmediata clausura cuando sus instalaciones técnicas o higiénicas no sean satisfactorias o cuando existan internadas fuera de las condiciones reglamentarias o estén atacadas de enfermedades infectocontagiosas, debiendo efectuarse de inmediato la correspondiente denuncia si se presupone la comisión de un delito.

Art. 8°.- Las Obstétricas o Parteras para ejercer su actividad en Clínicas Privadas, Institutos, Clínicas, deberán estar bajo la Dirección Técnica de un Médico tocólogo.

Art. 9°.- La asistencia a embarazadas normales se les está permitido a partir del 7° mes de gestación con la certificación médica que el embarazo es normal.

Art. 10.- Las Obstétricas o Parteras podrán anunciar su actividad en clínicas locales; siempre figurará el nombre y apellido del médico tocólogo que ejerce la Dirección Técnica, y deberá reunir las condiciones exigidas en la reglamentación.

Art.11°.- Quedan derogadas todas las leyes, reglamentos y disposiciones que se opongan a la presente Ley.

Art. 12°.- El Poder Ejecutivo dictará la reglamentación de la presente Ley.

El último art. Es el de forma.

LEY N° 6369: (25 de Junio de 1997)

La cámara de diputados de la pcia. de Santiago del Estero sanciona con fuerza de Ley:

Art.1°.- Sustituyese el Artículo 1° de la Ley N° 4619, por el siguiente: "Art. 1°.- El ejercicio de la Obstetricia queda reservado a las personas que posean título Universitario de Obstétrico/a, Partero/a."

Art. 2°.- Sustituyese de los Artículos 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°,10°, de la Ley N° 4619, las expresiones "Las Obstétricas o Parteras", por "Los Obstétricos/as o Parteros/as".

Art. 3°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

3. COMPETENCIAS /INCUMBENCIA PROFESIONAL. COLEGIACIÓN.

La Competencia se refiere al mundo real de la práctica, en partería la competencia se refiere a lo que una persona puede hacer en circunstancias ideales,

mientras que el desempeño es lo que realmente hace en las circunstancias existentes.

Profesionales competentes son aquellas personas que han adquirido un conjunto de aptitudes y conocimientos suficientes y amplios que les permiten realizar su trabajo de manera idónea.

Nuevos enfoques, incumbencias y alcances de la atención obstétrica

Carrera de Licenciatura en Obstetricia - UNSE

El profesional Obstétrico. La Salud materno infantil de los pueblos no es uno de los indicadores más significativos de su calidad de vida y está en relación directa a las condiciones socioeconómicas, culturales, científicas y técnicas de aquellos.

Muchos son los factores que influyen en las altas tasas de mortalidad existentes actualmente en América y por supuesto no escapa también nuestro país. Dentro de esos factores, la atención profesional preventiva y reparadora en las embarazadas, púérperas y en los recién nacidos ocupa un lugar preponderante.

Lamentablemente en nuestro país como en el resto de las Américas esta mortalidad es mayor en las poblaciones más carenciadas, más alejadas de los conglomerados urbanos con poca estructura sanitaria y con escasa o nula participación en las comunidades de profesionales especializados en la atención primaria materno infantil.

Hoy los embarazos y partos en el sector privado, son atendidos por médicos especializados que requieren la colaboración de una obstetra para el trabajo de parto. El sector estatal, la seguridad social y algunas las obstétricas también atienden embarazadas y partos, y muchas veces, sin la colaboración del médico especialista creando situaciones de angustia cuando el mismo se complica a último momento, pues la formación profesional de las obstétricas en general no lo contempla.

No existe hoy en número suficiente el personal preparado para actuar en el área del embarazo en los sistemas de salud, o sea, allí donde reside o trabaja aquella, que desarrolle acciones de promoción y protección de la salud de la mujer en ese estado, realizando a su vez prácticas preventivas, atención especializada del mismo, del parto, control del puerperio, procreación responsable, promoción y cuidados de la lactancia materna, seguimiento de los recién nacidos, puericultura, etc.

El embarazo y el parto en el 70 % de las veces cursa en forma normal, fisiológica y no necesita de alta complejidad para su atención, con el alto costo que eso significa para el Estado y para las embarazadas que deben trasladarse a otro hábitat distinto al suyo a veces muy lejano con un alto costo no solo económico sino también social (abandono del hogar). Solo el 30 % de los embarazos y partos se desvían de lo normal, requiriendo atención médica especializada por lo que el profesional que realiza atención primaria debe estar lo suficientemente preparado para identificar los desvíos precozmente con el reconocimiento de los factores de riesgos en la consulta prenatal efectuada en los sistemas locales de salud y que ante aquellos debe conocer perfectamente bien los sistemas de derivación más adecuados para cada caso y lugar.

Si bien se ha logrado una disminución de la mortalidad infantil, ésta no es suficiente ni responde a las necesidades de la población, ni a gasto dedicado a éste sector.

El recurso obstétrico que participa como auxiliar o como único y principal en las distintas circunstancias de casi todos los partos que ocurren en la Argentina, se han formado desde 1851 primero, en las escuelas de obstetricias de Buenos Aires que a partir de 1892 separa las cátedras de obstetricia para los alumnos de medicina y para los alumnos de parteras, y después en múltiples centros universitarios que se abrieron y cerraron a lo largo del tiempo otorgando títulos de parteras que han ejercido u profesión en todo el país desde entonces.

En la UNSE se crea la carrera de obstetricia en 1995 y el ciclo de la licenciatura en 1999. El número de obstétricas en la Argentina es insuficiente en cantidad y actualización de los conocimientos para las necesidades de atención materno infantil y aún cuando muchos creen que la solución es el reemplazo del mismo por los médicos como salida a la plétora existente, éste no podrá con el perfil profesional de la formación de grado y de la residencia actual, cumplir adecuadamente su rol de científico-humanista.

El médico se prepara durante la carrera formativa y con una visión y formación integral generalista que le permite en el futuro empezar a prepararse en una especialidad, cosa que solo se logra con el tiempo en los servicios de atención fundamentalmente estatales con todos sus vicios y virtudes o algunos muy pocos por escasa oferta en las residencias que duran 3 años y que en el caso de atención maternal no está orientado y / o integrado a la comunidad.

Tampoco lo está el control del trabajo de parto que requiere mucho tiempo de dedicación y permanencia al lado de la futura madre, así como la integración en los grupos familiares con el objeto de asesorar in situ las medidas preventivas y de recuperación más apropiadas para cada uno de ellos, hechos que se lograrán solo con la radicación profesional en la comunidad a la que debe pertenecer e integrando el servicio a la organización local docente asistencial.

En el compromiso asumido por Argentina en 1951 a favor de la madre y el niño se establece una política de recursos humanos que movilice, motive y capacite a los profesionales del área materno-infantil con especial énfasis en los obstétricos identificados como recurso crítico.

Se requiere una profunda transformación en los roles de los profesionales, adaptándolos a los cuidados de atención primaria y a las reales satisfacciones de los deseos y necesidades de la comunidad donde actúan, teniendo como meridiano la ética, equidad y calidad total. La Organización Mundial de la Salud sostiene que la capacitación de los profesionales obstétricos debe ser reconsiderada, revalorizada y considerando sus roles capacitándolos especialmente en el diagnóstico cultural socioeconómico y epidemiológico de las patologías a que están expuestas las madres, adiestrándolos con la tecnología adecuada y apropiada para cada circunstancia con el objeto de realizar una adecuada derivación de cada caso y donde corresponda.

Además de éstas acciones de atención primaria en el embarazo deberá entrenarse, capacitarse y actualizarse con la tecnología adecuada para la vigilancia, conducción y atención del parto normal y al control del parto de riesgo como integrante del equipo profesional para tal efecto.

Solo una capacitación universitaria con una matrícula diseñada realmente para nivelar ese recurso humano deficitario, podría llegar a resultados promisorios y en base a ello la UNSE, creó la carrera.

Al finalizar la carrera los egresados tendrán un amplio conocimiento práctico de las acciones de salud materno-neonatales integradas tanto preventiva como reparativa y de rehabilitación de acuerdo a las políticas de salud nacionales e internacionales (teniendo en cuenta la integración Argentina en el MERCOSUR), que le servirá de marco, priorizando la Atención Primaria.

Los estudios de grado están orientado a:

- Conocimiento socio-epidemiológico de la región.
- Situación demográfica y socio-económica.
- Integración docente-asistencial.
- Desarrollos Interdisciplinarios.
- Investigaciones en función de los servicios de las reales necesidades de la sociedad como un todo.
- Aprendizaje activo orientado al campo de las habilidades y actitudes.
- Desarrollo de la capacidad de juicio crítico y solución de problemas que atañen a la embarazada, feto y recién nacido.
- Determinantes sociales de las enfermedades materno-neonatales.
- Participación social en salud.
- Uso de tecnologías apropiadas y adecuadas a cada situación.
- Parámetros de acceso a los servicios locales de salud.
- Reorientación de la salud-enfermedad a desarrollo científico-tecnológico.
- Uso de sistemas de información biomédica, banco de datos y redes de integración, referencia y acceso a fuentes adecuadas.

Los conocimientos de la medicina avanzan tan rápidamente que hace imprescindible una actualización continua, una carrera como la del profesional obstétrico que es una actividad ligada a la reproducción y descendencia, tan antigua como la humanidad necesita una actualización permanente de los conocimientos que den respaldo a la calidad de sus prestaciones, en base a habilidades, pericias operativas y comprensión humanística, en beneficio del futuro de las madres y del recién nacido que asistan en la comunidad donde actúen.

En el convenio establecido de la creación de la carrera, rigen antecedentes de mutua colaboración entre la Universidad Nacional de Santiago del Estero y el Ministerio de Salud y Acción Social de la provincia, representada oficialmente a través de la Sub-secretaria de Salud, ya que los espacios físicos cedidos por el Hospital de cabecera: "Dr. Ramón Carrillo" y departamento Banda a través de la maternidad : "Dr. Faustino Herrera", como así también de las diferentes Unidades de Atención Primaria de la Salud de la ciudad capital de Santiago del Estero , formaron parte del área de entrenamiento e instrucción de la práctica pre-profesional perteneciente a la curricula del ciclo básico de la carrera de "Obstetricia".

Objetivos de la carrera: El objetivo es formar profesionales de Obstetricia eficiente y capaces de asumir la demanda de atención obstétrica del área crítica de la salud materno-infantil. Abocarse a la formación de sus pares mediante el

ejercicio de la docencia, la realización de actividades de investigación, como así también de gerenciamiento profesional.

Objetivos del Primer Ciclo: Lograr profesionales con conocimientos, habilidades y destrezas, que permita cubrir el área crítica de la atención materno-infantil de bajo riesgo y cuyo impacto permita reducir las tasas de morbi-mortalidad materno-infantil.

Objetivos del Segundo Ciclo:

- Elevar el nivel de formación profesional del personal de la atención obstétrica.
- Formar profesionales capacitados para participar en el desarrollo institucional a nivel sanitario y universitario.
- Brindar a los postulantes una formación que los habilite para resolver problemas relacionados con el cuidado de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio y participar en la administración de servicios de obstetricia en distintos niveles de complejidad.
- Ofrecer a los postulantes una formación científico-técnica y humanística, que les permita realizar investigaciones en el ámbito de la obstetricia y del área de la salud.

Perfil Profesional del Obstétrico /a: Los egresados en Obstetricia son profesionales en el área de la salud habilitados para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el control del embarazo con criterio de integridad, la preparación para el parto mediante control prenatal, la ejercitación psico-física del pre-parto y la asistencia del parto, alumbramiento y puerperio de bajo riesgo. Así también la detección temprana de patologías y la derivación oportuna.

Competencia Profesional del Obstétrico /a

El profesional obstétrico está habilitado para:

- Planificar, ejecutar y evaluar la asistencia del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo.
- Colaborar en la administración de Servicios de Obstetricia en los distintos niveles de complejidad.
- Colaborar en el planeamiento, implementación y evaluación de los programas de salud en el área de su competencia.
- Colaborar con otros profesionales en investigaciones en el área de salud de su competencia.

Perfil Profesional del Licenciado en Obstetricia: El Licenciado en Obstetricia es un profesional del área de la Salud formado para brindar atención integral a la embarazada, parturienta y puérpera en los distintos niveles de complejidad y con capacidad para detectar situaciones críticas durante el desarrollo del embarazo, parto y puerperio. Así también participar en la administración y gerenciamiento de servicios de salud y asesorar programas de atención perinatal. Planear, implementar y ejecutar programas de educación en servicios de salud y proyectos de investigación en el área de obstetricia.

El Licenciado en Obstetricia está habilitado para:

- Ejecutar acciones de obstetricia en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Supervisar la calidad de las prestaciones de obstetricia.
- Planificar, ejecutar y evaluar la atención obstétrica en los niveles de complejidad.
- Evaluar planeamientos de programas de educación para la salud obstétrica.
- Participar en el planeamiento, implementación y evaluación de planes y programas de salud.
- Participar en equipos interdisciplinarios en investigaciones del área de la salud.
- Diseñar planes de acción didáctica desde una tecnología curricular apropiada.
- Realizar investigaciones en el campo de la obstetricia.

Colegio de Profesionales

El Colegio profesional es una corporación de derecho público de carácter gremial integrada por quienes ejercen las llamadas profesiones liberales y suelen estar amparados por el Estado. Sus miembros asociados son conocidos como **colegiados**. Cuando se dedican a actividades manuales o artesanas se emplea el nombre tradicional de gremio.

Las finalidades de los colegios profesionales son la ordenación del ejercicio de las profesiones, la representación exclusiva de las mismas y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados. El colegio debe velar por el cumplimiento de una buena labor profesional, donde la **práctica ética** del trabajo se constituye como uno de los principios comunes que ayudan a definir los estatutos de cada corporación.

Estos estatutos, redactados en la mayoría de los colegios profesionales, aluden al desarrollo de la actividad correspondiente a cada profesión, donde se marcan pautas de actuación consideradas de manera unánime como éticas y que contribuyen al bien social de la profesión.

4. ROL ACTUAL DEL/A OBSTÉTRICO/A.

¿Cuál es el rol del partero/ la partera?

Acompañar a la mujer y su familia, desde un enfoque integral, amoroso, receptivo, durante la gestación, el parto nacimiento, puerperio, lactancia, ofreciendo las herramientas para que activamente tome decisiones sobre su salud y la de su hijo y puedan atravesar el proceso con la mayor plenitud posible, a través del equilibrio entre la salud física, emocional y espiritual, buscando un entorno social y familiar adecuado.

Definición de partera según la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la confederación Internacional de Parteras (ICM)

Un/a Partero/a es aquel/la que:

- Supervisa, cuida y asesora a las mujeres durante su embarazo, trabajo de parto, parto y pos parto.
- Asiste los partos bajo su propia responsabilidad y atiende al recién nacido e infante.
- Toma medidas preventivas, detecta condiciones anormales en la madre y el niño, procura asistencia médica y toma medidas de emergencia ante la ausencia de ayuda médica.
- Realiza una importante tarea de asesoramiento en salud y educación para mujeres, la comunidad y la familia.
- Aborda la preparación para mater – paternidad.
- Abarca ciertas áreas de ginecología y planificación familiar.
- Realiza una carrera de partería.
- Está registrada y legalmente matriculada.

Extraído de: Ser parteras en el siglo XXI, Guia para las parteras modernas, Mujeres Sabias Editoras, 2007.-

UNIDAD Nº 2.

- 1) Rol del Obstétrico en el control de embarazo y puerperio.
- 2) Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
- 3) Prevención y Detección Temprana del Cáncer Ginecológico.
- 4) Prevención y Detección de Violencia de Género.
- 5) Gestión.
- 6) Investigación.
- 7) Actividad Comunitaria.

ROL DEL PROFESIONAL OBSTÉTRICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

El Rol del profesional Obstétrico en la Atención Primaria de la Salud comprende fundamentalmente lo preventivo, servicios básicos de salud con participación comunitaria, partiendo del propio núcleo familiar.

Integrando equipos de salud, en tareas diferentes a las habituales como realizando diagnósticos sanitarios sociales, analizando diferentes modelos de captación y control de embarazadas y puérperas. También pueden planificar, desarrollar y evaluar actividades de enseñanza y aprendizaje con la comunidad y el equipo de salud. Y el desarrollo de trabajos de investigación. Los obstétricos pueden detectar precozmente el cáncer génito-mamario y las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH, haciendo tomas de PAP, examen de mamas y orientación clínica de las ITS y SIDA. Con la mujer embarazada el seguimiento y control del embarazo de bajo riesgo, implementación de un programa de control prenatal precoz, continuo,

periódico e integral según normas. Confección del Carnet Perinatal, preparación integral para la maternidad, promoción de la lactancia materna, promoción del vínculo madre-hijo, consejería en salud sexual y procreación responsable. En los colegios están capacitados para brindar educación sexual, y en los comedores informar sobre alimentación adecuada para las distintas etapas de la vida.

A través de la historia, el nacimiento fue un hecho importante en la vida de la mujer y la comunidad, siendo la madre acompañada en este evento, por otra mujer quien brindaba su conocimiento y pericia para poder arribar a un feliz desenlace. Surgen así las parteras que reciben distintas denominaciones según los lugares. En las denominaciones se deja ver la alta estima en que se las tenía y el reconocimiento de su sabiduría: Comadres, Cummater, Midwife, Sage Femme, Abuena Sabia, Sacerdotisa de la Luna, etc.

La corporación de parteras y su formación fue instituída por Hipócrates en el siglo V antes de Jesucristo, pero los intentos de perfeccionamiento de las técnicas obstétricas fueron lamentablemente escasos e ineficaces durante mucho tiempo. Recién en el siglo XVIII comienzan a propagarse las ESCUELAS PARA PARTERAS.

En Argentina la carrera para obstétricas sufrió distintos vaivenes, al igual que en el resto del mundo. Por ejemplo en 1968 se cierra la carrera reabriéndose recién en 1976 y es a partir de esa fecha que se tiende paulatinamente a jerarquizar nuestra profesión. Pero volvamos a la historia otra vez. Para ser partera en Roma había que cumplir muchas exigencias. Había que saber leer y escribir. Ser hábil no solo en la Clínica sino también en la Cirugía y conocer de Farmacología. Se ocupaban de enfermedades de mujeres y de niños recién nacidos.

Para ser partera en los pueblos germanos se requería haber sido aceptada por otra partera, que la tomaba por discípula, haber estado "detrás de ella" (observación) varios años y haber sido aceptada por las mujeres que se iban a confiar en sus conocimientos. Sólo después el municipio nombraba a la partera "encargada de los nacimientos y la sanidad".

Vale decir, el rol de la obstétrica a través de los tiempos tuvo que ver no sólo con la atención del nacimiento sino también con el importante papel de prevenir, enseñar y acompañar. Recordemos ahora que la atención primaria de salud (APS) es una estrategia específica surgida en 1978 de la Reunión de ALMA ATA para poder cumplir o alcanzar la política de salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la Asamblea de la O.M.S. en 1977 con el lema "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000". Tenemos entonces definidos a los personajes de nuestro trabajo: el obstétrico y la atención primaria para la salud.

Las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrales, es decir, abarcan no sólo a lo curativo sino fundamentalmente a lo preventivo. Para alcanzar salud para todos a través de la atención primaria es necesario readecuar y reorganizar los recursos físicos, humanos o materiales de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad. Desde el primero, que son

los puestos y centros de salud hasta los más altos: hospitales especializados. El cumplimiento de los objetivos trazados implica el uso de los servicios básicos de salud con participación comunitaria, partiendo del propio núcleo familiar. Pensemos entonces, que para cumplir estos objetivos no es posible hacerlo en forma individual sino a través de los equipos de salud. Vamos llegando entonces al punto de unión.

Allí vemos al obstétrico en tareas diferentes a las habituales como agentes de salud realizando diagnósticos sanitarios sociales, analizando diferentes modelos de captación y control de embarazadas y puérperas. También las obstétricas pueden planificar desarrollar y evaluar actividades de enseñanza y aprendizaje con la comunidad y el equipo de salud. Agregamos a todo esto el desarrollo de trabajos de investigación, pero no terminamos aún, ya que las obstétricas pueden: detectar precozmente el cáncer génito-mamario y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y SIDA haciendo tomas de PAP, examen de mamas y orientación clínica de las ETS y SIDA.

Y ahora ya con la mujer embarazada clasificándola según riesgo, confeccionando la Historia Clínica Perinatal, efectuando el seguimiento y control del embarazo de bajo riesgo implementando un programa de control de embarazo que deberá ser continuo, periódico e integral según normas. Implementará el uso de la Libreta Sanitaria Materno Infantil, la preparación psicofísica para la maternidad, la promoción de la lactancia materna, la promoción del vínculo madre-hijo, la atención en la crisis familiar y orientación para la procreación responsable. ¿Es esto todo?... No todavía hay más, ya que la tarea puede seguir en los colegios con educación sexual, en los comedores dando información sobre los distintos grupos de alimentos y alimentación adecuada para las distintas etapas de la vida. En fin, en pocas palabras he querido referirme al rol ampliado de la obstétrica, y yo como partera que vivió los altibajos de esta queridísima profesión me pregunto cuál será la causa de este resurgir, cuál fue el motivo de la extensión de nuestra tarea más allá de la sala de partos. Es probable que como sucede en cada cambio histórico se deba a una fuerte necesidad de los seres humanos. Estamos muy bien capacitadas para trabajar en salud y esta renovada visión es la que nos llena de responsabilidades y nos obliga a recordar que no debemos "desplazar a" ni "separarnos de" otros profesionales de la salud, sino asumir el importante papel que nos marcan estos tiempos que transitamos.

*Extraído de: (Rol de la Obstétrica en la Atención Primaria de la salud
Obst. María Raquel Salomone Obst. REGION SANITARIA VII "A")*

Objetivos Específicos:

Al finalizar esta unidad usted estará en condiciones de:

- Conocer el Rol que desempeña el profesional Obstétrico en las Areas tratadas desde el punto 1 al 6.

- Analizar con sentido crítico las diferentes actuaciones del profesional Obstétrico en las Areas tratadas.
- Identificar en forma clara el rol del profesional obstétrico en el primer nivel de atención.
- Planificar diferentes tipos de Actividades referidas a la Prevención y Detección de Factores de Riesgo con un abordaje comunitario.
- Reconocer y empoderarse del Rol del Profesional Obstétrico.

MATERIAL BIBLIOGRÁFICO:

El Rol del Profesional Obstétrico en el Control de Embarazo y Puerperio.

El rol que debe cumplir el profesional Obstétrico en el control de embarazo y puerperio tanto en el primer nivel como en el segundo o el tercer nivel de atención no presenta diferencias ya que sus competencias e incumbencias no se modifican en función de los niveles en que se desempeña.

Lo que si podría observarse como diferencia es la posibilidad y accesibilidad tanto del profesional como de la usuaria y su familia de vivenciar un acercamiento y conocimiento de la realidad de esa familia (contexto sociocultural, ambiental, etc), que debido a la frecuencia de las visitas al centro y el recorrido que se hace en el primer nivel de atención no se asemeja a las experiencias vividas en los niveles de mayor complejidad.

EMBARAZO:

Objetivos del Control Prenatal propuestos en las normativas perinatales 1 del Ministerio de salud de la Nación, los cuales son:

1. Brindar contenidos educativos para la salud, de la madre , la familia y la crianza,
2. Prevenir, diagnosticar y tratar complicaciones del embarazo,
3. Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal,
4. Detectar enfermedades maternas subclínicas,
5. aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo,
6. Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

CARACTERISTICAS DEL CONTROL PRENATAL.

Como es de nuestro conocimiento un control prenatal para ser eficiente y de calidad debe cumplir con los cuatro ejes que lo caracterizan:

1. precoz.
2. periódico.
3. completo
4. de amplia cobertura,

Para poder obtener resultados perinatales exitosos no basta solamente con tener todos los contenidos teóricos aprendidos sino que hay que aprenderlos y empoderarse y apropiarse de los mismos que traen como resultado el **EMPODERAMIENTO DEL ROL OBSTÉTRICO**.

Y, es con este empoderamiento planteado anteriormente y el sentido de compromiso con el que vamos a poder lograr en el primer nivel de atención(por las características que este nivel de atención plantea, como el acercamiento y el conocimiento de la comunidad en la que estamos insertos y, en la que luego de cierto tiempo de desempeño, formamos parte), un control de embarazo eficaz (lo que no quiere decir que en los niveles mas complejos no se haga un control de calidad, pero si la experiencia que se vive es diferente, la posibilidad de acercamiento, la confianza).

PUERPERIO.

En sentido general en el control de puerperio el desempeño del rol no sufre modificaciones salvo las relacionadas con las exigencias que este período tiene.

Debemos comenzar con la consejería para lograr que la usuaria vuelva a control de puerperio en la semana 34-36 dependiendo de las posibilidades de forma de terminación del embarazo. La misma consiste en brindarle a la mujer y su familia los conocimientos de cómo va a ser este período en sus diferentes instancias, primeras 2hs, primeras 24 hs, primeros 7 días, 15 días y hasta finalizar el puerperio alejado. Cuales son las modificaciones que va a experimentar, como higienizarse, como higienizar a su bebé y como alimentarlo (lactancia materna, su importancia, ayudarla a establecer el vínculo madre-hijo y una lactancia exitosa). Prevenirla a la mujer y su familia de cómo actuar ante la presencia de signos de alarma. Acompañar a la familia en todo éste proceso.

Y, por supuesto hacer un control exhaustivo y programar controles de éste período en el que, si la evolución es normal aprovechamos la oportunidad para reforzar y afianzar la información y la **CONSEJERIA** brindada **en SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE**.

CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE:

El concepto actual en Salud Reproductiva, trasciende el tradicional enfoque de salud materno Infantil. Rescata la función social de la reproducción humana, pasando desde una perspectiva individual hacia una concientización colectiva de compromiso y responsabilidad con el desarrollo humano y social.

Es un proceso fuertemente asociado al desarrollo de la mujer y la familia, como sujeto social con roles múltiples y fundamentales: reproducción biológica y social (cuidado y crianza de los hijos), trabajo doméstico (cuidado del hogar), trabajo productivo fuera del hogar, participación social y comunitaria.

Incluye la promoción de los derechos humanos y de relaciones armoniosas, de equidad e igualdad de género. La magnitud de este desafío requiere el compromiso de todos los actores sociales.

No se constituye en responsabilidad exclusiva del sector Salud, sino que incluye la intersectorialidad y la participación social con la intervención de Organismos Gubernamentales y no gubernamentales, organizaciones sociales, sectores políticos (autoridades, poder legislativo, medios de comunicación) y fundamentalmente el sector Educación.

La Consulta Integral de Salud Sexual y Reproductiva comprende la promoción y el cuidado preconcepcional, el cuidado prenatal y en el parto, anticoncepción, prevención del Cáncer Genito-Mamario, Enfermedades de Transmisión Sexual, S.I.D.A, y problemas derivados de la violencia de género.

La salud reproductiva y sexual es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones.**(estrategias de salud sexual y reproductiva OMS).**

El concepto de salud sexual y reproductiva implica el derecho a tener relaciones sexuales gratificantes sin coherción, sin temor a infecciones o embarazos no deseados, la posibilidad de poder regular la fecundidad, el derecho a un parto seguro y sin riesgos y el derecho a dar a luz y a criar niños saludables.

El rol protagónico de la mujer en la reproducción, la colocan en uno de los grupos vulnerables en cuanto a salud, teniendo en cuenta, además, que esa misma función es causa de discriminación en muchos órdenes de su vida, tanto social, como política, laboral y familiar.

Por todo ello se hace necesario ofrecer a la población el acceso a información en sexualidad y consejería, la utilización de métodos anticonceptivos, la prevención, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de

transmisión sexual incluyendo al VIH.SIDA y de patología genital y mamaria, así como la prevención del aborto.

Concientización, educación y promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.

Esta actividad puede realizarse con un abordaje individual, grupal y comunitario.

1. **individual:** es un proceso de interacción educativa que ocurre durante cualquier consulta realizada entre el integrante del equipo de salud y la persona que recibe la atención.
2. **educación de grupo y comunidad.**

Es el proceso de interacción educativa que ocurre en un lapso de tiempo dado, a través del cual los integrantes de un grupo intrainstitucional o comunitario participan, intercambian experiencias y deciden, adoptan o conservan comportamientos saludables orientados por un facilitador capacitado.

Objetivos:

Dar oportunidad usuario para:

- Tomar conciencia sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- Analizar características de la anticoncepción y los métodos disponibles con la finalidad de que los usuarios puedan decidir libre y concientemente el método anticonceptivo que a su criterio es el que más se adecua a sus requerimientos.
- Identificar conductas que constituyan riesgos para su situación actual.
- Definir acciones para prevenir esos riesgos en el uso del método anticonceptivo seleccionado.
- Identificar los derechos legales que les correspondan para la toma de decisiones individuales y grupales en defensa de su ejercicio.

Dar oportunidad al integrante del equipo de salud para:

- Establecer una adecuada comunicación empática con los usuarios con el fin de comprender mejor sus derechos, necesidades y problemas para orientarlos en la búsqueda de soluciones.
- Dar oportunidades a otros sectores sociales, públicos o privados (especialmente sector escolar) para:
- Reconocer la importancia de la perspectiva de género y promover una sexualidad sana.

- Definir la necesidad de acciones conjuntas para disminuir el embarazo no deseado.

(el libro de la salud sexual, reproductiva y la procreación responsable en la argentina. Política-programa-herramientas Ministerio de Salud y ambiente de la Nación).

EL OBSTETRICO ADQUIERE EN SU FORMACION LAS HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA:

1. Planificar, ejecutar y evaluar la asistencia del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo.

2. Colaborar en la administración de Servicios de Obstetricia en los distintos niveles de complejidad. **(GESTION)**

3. Colaborar en el planeamiento, implementación y evaluación de los programas de salud en el área de su competencia. **(GESTION E INVESTIGACION)**

4. Colaborar con otros profesionales en investigaciones en el área de salud de su competencia. **(INVESTIGACION)**

5. Realizar la prevención y detección precoz del cáncer genito-mamario.

La meta principal de los programas de control de cáncer de cuello uterino es prevenir el carcinoma invasora través de la detección, diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad en sus etapas invasoras, cuando es posible lograr una tasa de curación cercana al 100%. Las recomendaciones del Subprograma "Detección Precoz del Cáncer de Cuello uterino" proponen estrategias de prevención primaria y secundaria. Las actividades de prevención primaria están relacionadas con la educación sexual de la población con el objetivo de lograr conductas sexuales responsables, estimulando el uso de preservativos y en el futuro la vacuna contra el papiloma virus humano HPV. Las actividades de educación sexual deben ser incorporadas a la escolaridad primaria del niño y en todos los niveles de atención de la mujer, evitando oportunidades perdidas. (Malbran C, Picconi A, **Detección precoz de cáncer de cuello uterino**, Ministerio de Salud de la Nación, Modulo de Capacitación, 2 Edición Mayo 2003, pág 11 a 17.

6. Brindar consejería en salud sexual y reproductiva.

7. Realizar consejería, trabajo comunitario, interdisciplinario e interinstitucional para brindar todo tipo de consejería en el sentido amplio e integral del término, como así fomentar y participar en la formación de grupos de autoayuda con una intención superadora de situaciones problema detectadas y percibidas por la comunidad, entre ellas violencia de género, adicciones, malos hábitos de vida, cuidado del medio ambiente, etc. **(ACTIVIDADES DE PREVENCION Y TRABAJO COMUNITARIO)**

UNIDAD 3**ROL DEL OBSTÉTRICO EN EL HOSPITAL*****Objetivos específicos***

- Conocer el rol obstétrico a nivel hospitalario desde el punto de vista humano
- Identificar las diferencias con el desempeño en el primer Nivel
- Identificar la atención humanizada en cada sector

Rol del profesional obstétrico en el Hospital

Cuando nos referimos al Rol del obstétrico parecería que es algo pequeño o muy limitado, ya que cuando se cursa la carrera no se mencionan autores que amplíen y hablen en detalle de este tema.

Solo se recibe lo que transmiten los docentes durante las cursadas, o lo que dice textualmente la ley que nos rige. Sin embargo cuando se comienza la práctica, nos encontramos con un panorama muy amplio y diverso, debido a que el profesional obstétrico también ha evolucionado a través del tiempo y de su historia.

Hoy lo encontramos inserto en los distintos niveles de atención, tanto privados como públicos. Forma parte de los equipos de salud, los que también tuvieron procesos de cambio a través del tiempo, tanto en la atención del embarazo, como del parto y el puerperio.

Años atrás se consideraba norma “gobernar o dirigir” todo los parto incluso con la aplicación de prácticas que hoy lamentablemente en algunas instituciones se siguen realizando como por ejemplo, el rasurado perineal, venoclisis rutinarias, enemas. A esto se agrego el avance tecnológico (ecografías, monitoreos electrónicos, anestesia peridural etc.) Alejándonos más del parto natural.

En resumen, se transformo el nacimiento en una enfermedad las madres y sus familias aceptaron ser subordinados por el equipo de salud, perdiendo el protagonismo y aceptando las reglas de las instituciones.

En nuestro País y en el mundo comenzaron hace varios años a desarrollarse movimientos para volver a transformar el nacimiento en un hecho natural con la participación de la familia.

La OMS, 1985, en una reunión en Brasil dijo que el nacimiento no es una enfermedad, a lo que se sumaron múltiples iniciativas para “humanizar” la atención y transformar las maternidades en instituciones “centradas en la familia”.

Este concepto presupone que los equipos de salud deben facilitar la participación de los miembros de la familia, involucrarlos en las actividades y respetar sus decisiones. Ya que hay evidencias científicas que demuestran que con el apoyo de familiares y del mismo equipo de salud puede disminuirse el estrés del parto. Los prestadores deben crear un clima cálido garantizando la confidencialidad, el respeto por el cuerpo, facilitar la participación de la pareja y de la familia.

Este trabajo de la OMS dio lugar a la publicación de los 10 Principios de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en el cuidado perinatal. (Ver cuadro) a lo cual el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología) apoyo y también incorporó otros aspectos haciendo un llamado para que se transformen en Metas para la región de América y el Caribe (ver cuadro)

10 Principios de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en el cuidado perinatal

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones y aplicando la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico y tendiente a reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible.
4. Ser regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciario.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como obstétricas, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores, científicos sociales, etc.
6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias, y no solamente un cuidado biológico.
7. Centrado en las familias, dirigido a las necesidades de la mujer, su hijo y su pareja.
8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

DECÁLOGO CLAP OPS/OMS 2003: Metas a lograr en la atención materno perinatal en América Latina y el Caribe

1. Conocer la epidemiología de nuestra realidad para enfocar nuestras acciones a los problemas prioritarios.
2. Que toda mujer de la región pueda alcanzar su salud reproductiva.
3. Que las prácticas utilizadas en la atención sean basadas en la mejor evidencia disponible.
4. El trato brindado debe ser humanitario y centrado en la familia receptora.
5. El resultado de nuestra atención debe basarse no sólo en los aspectos físicos, sino también emocionales y sociales.
6. Que la mujer esté involucrada en sus cuidados y en el proceso de la atención.
7. Que las tecnologías sean evaluadas antes de ser introducidas en la práctica clínica.
8. Que la región investigue en forma mancomunada la búsqueda de soluciones a los problemas prioritarios.
9. Exigir que los profesionales de la salud cuenten con un sistema de certificación periódica por organismos de pares.
10. Todas las mujeres deben recibir calidad de la atención igualitaria.

Como se aprecia, todo nos conduce a HUMANIZAR...

Y el obstétrico es uno de los integrantes quizás más importante dentro del equipo de salud que debe llevar esto a la práctica.

A nivel hospitalario el desempeño de su Rol es muy rico en posibilidades de desplegar su potencial humano, porque su protagonismo casi siempre es mayor que en el nivel privado.

Esto puede deberse a factores económicos porque en el nivel estatal todos los integrantes trabajan en relación de dependencia y como tal perciben un salario, sin importar la cantidad de usuarias que estén a su cargo. Lo que implica también situaciones relajadas por parte de algunos, aumentando el trabajo de otros.

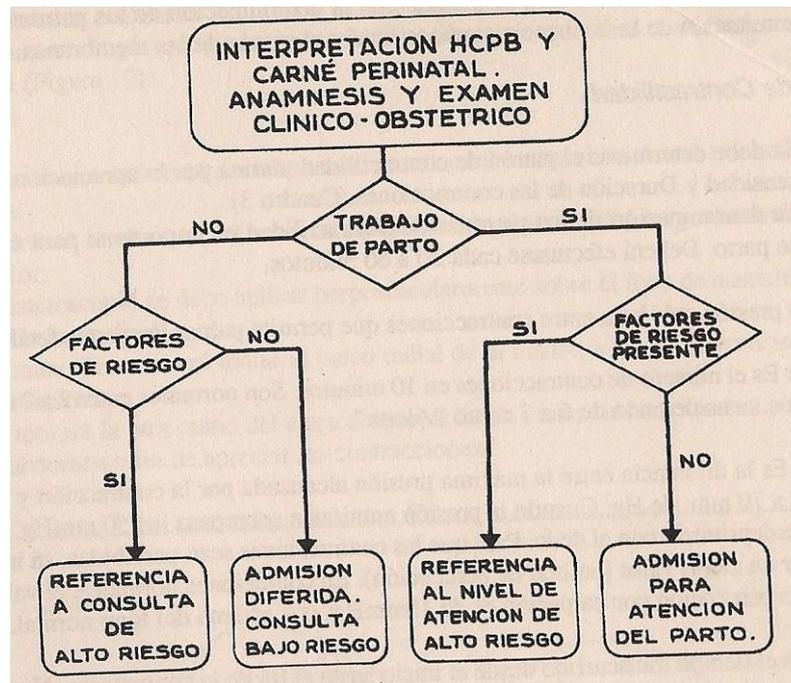
También puede deberse a los escasos de obstétricos en algunos sectores estatales.

Dentro de los hospitales también se diferencian distintos niveles de atención. En esta oportunidad nos referiremos al Nivel 3, donde los Servicios de Maternidad en general ofrecen los siguientes sectores.

- Consultorio de admisión
- Sala de embarazadas
- Sala de dilatante o parto
- Sala de partos
- Sala de puerperio

A esto se pueden agregar otros consultorios como: Bajo riesgo. De puerperio. De Salud Sexual y Reproductiva. De embarazo adolescentes. Para destacar el Rol obstétrico, seguiremos con el mismo orden.

Consultorio de admisión: aquí su asistencia se centrará principalmente en diagnosticar el trabajo de parto y/o en identificar el riesgo materno-fetal. Por lo general los hospitales cuentan con Normativas propias pero existen normativas como las del CLAP que serán de mucha ayuda al momento de admitir o no a una usuaria. Por ejemplo (ver cuadro)



Se cual fuese el motivo por el cual la usuaria llega al hospital. El obstétrico deberá comenzar a crear “ese clima cálido” del que se habló anteriormente. Esto se refiere a un buen recibimiento. Respetuoso y cordial, con mucha predisposición para escuchar, tratando de no interrumpir ya que algunas veces las usuarias llegan cargadas de ansiedad, temor y carentes de información y sin reales síntomas de partos. A esto se agrega una minuciosa observación que abarcara el aspecto físico, psíquico y social.

De esta correcta atención, escucha y observación dependerá el diagnóstico y la identificación de los factores de riesgo. Lógicamente que para llegar a un buen diagnóstico también debe realizar una interpretación objetiva del Carnet Perinatal, complementando los datos que obtenga de él, con la anamnesis, el examen clínico y obstétrico.

La anamnesis no debe ser un interrogatorio cerrado o de “tipo policial”. Contrariamente a esto, debe aprovecharse para lograr el acercamiento a la usuaria brindándole cierta seguridad y tranquilidad a través de lo que se expresa. Informándola en forma continua sobre lo que se está realizando y sobre todo con lo que se va a realizar (con su consentimiento) en su cuerpo. Como en toda relación humana, cuando el obstétrico actué con respeto, naturalidad y seriedad, difícilmente obtenga algún tipo de rechazo por parte de la usuaria. No solo encontrará una buena recepción sino además el agradecimiento de ella.

En el consultorio de admisión también deberá asumir la responsabilidad de una correcta derivación. Una vez analizado y evaluado lo anterior estará en condiciones de definir: es un falso trabajo de parto? Es un preparto? Es un franco

trabajo de parto? Es algo que escapa de lo fisiológico? Es un problema social? Es una patología actual? Y también tendrá que saber **qué hacer**: Le indico que regrese a su domicilio? La interno? Comunico a mi superior inmediato? La derivo a un hogar para futuras madres? Le informo, la contengo y la despido? La paso a sala de partos? Le digo que regrese en unas horas? Etc.

Una cosa traerá la otra... De un buen diagnóstico, habrá una buena toma de conducta y una buena y correcta derivación.

Sala de embarazadas: Esta sala de internación en hospitales de nivel 3, están divididas en sectores que agrupan a embarazadas de bajo riesgo y a las de alto riesgo. Dentro de las últimas suelen subdividirse en sectores de acuerdo a la patología o situaciones especiales como las que requieren estar aisladas por distintos motivos (enfermedades contagiosas, psiquiátricas etc.)

En esta sala el obstétrico cumple su Rol junto a médicos (de planta y residentes) y a enfermeros. En algunas maternidades, como por ejemplo en Santiago del Estero este trabajo lo realizan solo los residentes obstétricos. Mientras que en otros lugares los obstétricos de planta ya están desempeñándose en este sector. Pero tanto uno como los otros deben trabajar en equipo.

En primer lugar habrá que tomar contacto con la embarazada y su historia clínica, a fin de conocer los motivos de la internación. En general se analizan caso por caso durante una revista de sala y aunque el obstétrico tiene una activa participación asistencial, legalmente le corresponde al médico de toma de conducta.

El Rol obstétrico se basa en lograr un buen vínculo con la embarazada. Profundizar en la anamnesis si fuese necesario. Relacionar la patología o el motivo de internación con su estado actual en lo que respecta a la evaluación física, psíquica y obstétrica.

Aquí se fortalecen las relaciones Obstétrico-Médico y Obstétrico-Enfermera, teniendo como meta solo el bienestar de la embarazada. Demostrando no solo su capacidad a nivel científico sino a también nivel humano, generando armonía y conteniendo e informando a la embarazada en cada contacto.

Además es tarea suya el seguimiento de los casos que se le asignen. La actualización diaria de las historias clínicas la revisión de las tareas de enfermería. El dialogo permanente con todos los integrantes del equipo de salud y el consenso con el médico en las tomas de conductas, si se requiere. También tendrá en cuenta la necesidad de solicitar interconsultas de acuerdo a la necesidad o patología de la embarazada.

Además administrara su tiempo para impartir la preparación para el parto, sobre todo en nulíparas o derivarlas al lugar donde se realiza dicha preparación.

Como se sabe el profesional obstétrico está capacitado en lo fisiológico y patológico, y en esta sala es precisamente donde desplegara sus conocimientos teóricos, su agudeza clínica y demostrara objetividad en sus criterios.

Sala de Parto o Dilatante: este es el lugar a donde el profesional obstétrico debe llegar con una enorme carga de energías positivas otra de paciencia y tolerancia. Otra igual o más grande de objetividad. Aquí la tarea es más personalizada. Se enfrenta al verdadero “trance” del trabajo de parto.

su primer gran paso será lograr “conectarse” con la usuaria (lo cual no es muy fácil). Esto implica controlar la situación, conectándose con la mirada y la palabra y sutilmente demostrarle que está estableciendo una fuerte relación obstétrica-parturienta. Esto debe tener solidez para no perder el control de la situación más adelante.

Cuando esto se logre, podrá mimarla, informarla y contenerla de acuerdo a su propio carisma, sin perder la objetividad en el seguimiento y conducción del trabajo de parto. Actualmente a la tarea asistencial debe agregarse la vigilancia psicoafectiva. Otro recurso práctico para evaluar el progreso del trabajo de parto lo constituye el Partograma. Es de gran ayuda para evitar intervenciones innecesarias y permitir que todo siga un curso lo más natural posible.

También son parte del Rol obstétrico los controles clínicos y obstétricos y su actualización en la historia clínica. Corroborar los informes de enfermería y mantener comunicación fluida con todo el equipo y el entorno de la parturienta. No se aconseja que tome conductas sin comunicar a quien corresponda.

Sala de partos: Por lo general el obstétrico en el hospital realiza el control y seguimiento del trabajo de parto y continúa con el parto. Lo cual es lo ideal, porque es un proceso que él mismo comenzó. Logro un vinculo muy cercano con la usuaria y es ella la que ya no quiere se aparte de su lado. Este es el resultado de un buen trabajo obstétrico. La parturienta siente la necesidad de su contención y apoyo. Y el obstétrico siente que pudo controlar la situación sin descuidar lo afectivo.

El Rol aquí es igual de importante que en otros sectores, pero este tal vez sea el más estresante porque se siente más aún el peso de la responsabilidad. Hay dos vidas en sus manos y es el momento culmine del largo proceso del embarazo y trabajo de parto. La parturienta quiere que todo se termine “ya”. Pero como se sabe este periodo también lleva su tiempo y los controles obstétricos son mucho más frecuentes. No hay margen de error. La concentración y la dedicación deben ser plenas.

Hay que mediar y coordinar todo la sala de partos. Desde el control de material hasta mantener el orden en el personal que allí se encuentre. Pautando

quien será la “voz de mando” para la parturienta y que el resto tratará de colaborar manteniendo el orden, respeto y silencio.

Tanto en preparto como en sala de partos el obstétrico podrá establecer contacto con algún familiar en particular de la parturienta (el que ella elija) quien podrá acompañar en el parto. Su presencia será positiva cuando resulte un complemento para mejorar la calidad de atención.

Una vez que ha concluido la tarea asistencial, el obstétrico deberá volcar todo lo sucedido a la historia clínica en forma detallada, sin olvidar que es el instrumento que sirve para lograr la contra referencia además de ser un resguardo legal.

Sala de Puerperio: A través de los años el “lenguaje hospitalario” se dijo que esta sala era “tierra de nadie”. Los nuevos obstétricos se preguntaran porqué? . Sin duda que existen muchas respuestas, pero hay algo común a todos los integrantes del Equipo (incluyendo a demás a la parturienta). Se trata del hecho de “desembarazarse”.

Este acontecimiento de ver al recién nacido junto a su madre genera sensaciones como relajación, alivio, alegría, tranquilidad... Sensación de haber alcanzado un “trofeo” . Y no es para menos! ... Si todo salió bien estamos ante una madre feliz y una nueva vida en sus brazos!. Tal vez esto pueda explicar algo lo antes mencionado. Pero NO justifica un accionar leve por parte del obstétrico. El mismo en esta sala, debe lucir su profesionalismo y demostrar no solo los contenidos teóricos que trae consigo, sino también su asistencia humana para cada usuaria.

Las puérperas también suelen mostrar una postura relajada, pero el obstétrico deberá superar eso y mantener su postura profesional, desempeñando un control acorde a los días de Puerperio brindando Asistencia, Información. Contención Derivaciones oportunas y favoreciendo una buena Contra referencia. Su rol se centrara en esto pero sin olvidar los signos de alarma tanto de la puérpera como del recién nacido.

En este sector, a demás, el obstétrico debe saber que compartirá el desempeño de su rol junto a médicos (de planta y residentes) enfermeras, residentes obstétricos y educadores sanitarios. En algunos lugares también se incluye al nutricionista y al psicólogo.

La importancia del rol obstétrico en el puerperio está relacionado con los controles puerperales del primer y segundo nivel. Ya que es un nexo muy importante y del que se espera mucha responsabilidad.