

**Información que poseen las gestantes primerizas en relación del parto humanizado**

Karen Daniela Villalba

Carrera de Licenciatura en Enfermería,  
Universidad Abierta Interamericana, Facultad de  
Medicina y Ciencias de la Salud, Sede Buenos Aires

Código M3-17-44 Taller de Trabajo Final II

Profesor: Lic. Navarro, Cesar Hugo

14 de Septiembre de 2021

## Índice

Resumen.....	6
Introducción .....	7
Problema científico .....	8
Planteamiento del problema.....	8
Pregunta general.....	8
Preguntas secundarias .....	8
Relevancia.....	10
Relevancia teórica .....	10
Relevancia práctica .....	10
Justificación de conveniencia y relevancia social.....	10
Hipótesis .....	12
Contextualización .....	13
Antecedentes .....	13
Marco legal y normativo al problema .....	17
Contexto local .....	29
Marco teórico .....	30

Objetivos del estudio.....	37
Objetivo general .....	37
Objetivos específicos.....	37
Diseño metodológico .....	38
Tipo de diseño .....	38
Unidad de análisis .....	38
Población de estudio.....	38
Muestra.....	38
Fuentes de información .....	38
Análisis e interpretación de datos.....	39
Matriz de datos.....	40
Presentación y Análisis de Datos .....	44
Tabla 1.....	44
Grafico 1 .....	44
Análisis de tabla 1 .....	45
Tabla 2.....	46
Grafico 2.....	46
Tabla 3.....	47
Grafico 3.....	47
Análisis de tabla 2 y tabla 3 .....	48

Tabla 4.....	49
Grafico 4.....	49
Tabla 5.....	50
Grafico 5.....	50
Tabla 6.....	51
Grafico 6.....	51
Análisis de tabla 4, tabla 5 y tabla 6.....	52
Tabla 7.....	53
Grafico 7.....	53
Tabla 8.....	54
Grafico 8.....	54
Análisis de la tabla 7 y tabla 8.....	55
Tabla 9.....	56
Grafico 9.....	56
Tabla 10.....	57
Grafico 10.....	57
Tabla 11.....	58
Grafico 11.....	58
Análisis de la tabla 9, tabla 10 y tabla 11.....	59
Discusión.....	60

Conclusión ..... 63

Bibliografía ..... 65

Referencias..... 65

Anexos ..... 69

## **Resumen**

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de identificar el nivel de información que poseen las gestantes primerizas en relación del parto humanizado, en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el periodo de Mayo/Junio del año 2021.

El presente estudio es de un enfoque cuantitativo, descriptivo, no probabilístico, con un corte transversal, el instrumento de investigación fue la realización de 51 encuestas a este grupo en particular mediante canales digitales.

Se estableció que el nivel de educación es un factor determinante en cuanto a la información sobre parto humanizado, ya que ellas, con mayor conocimiento e instrucción, fueron las más destacadas en cuanto a la percepción de violencia. Se observó que la información respecto a la posibilidad de la participación de un familiar durante el parto, es buena en líneas generales.

Acercas de la información que le suministro el Equipo de Salud sobre Parto Humanizado, en su mayoría recibieron nada de información, ya que una pequeña parte recibió información. En cuanto a averiguar la información que poseen las gestantes primerizas sobre sus derechos en el parto, la mayoría de las encuestadas no tiene la información suficiente.

Se concluyó que las falencias destacadas a lo largo de este trabajo de investigación son relevantes para desterrar este tipo de violencia, por lo cual es fundamental asegurar el conocimiento de las gestantes primerizas sobre sus derechos durante el parto.

**Palabras clave:** Parto Humanizado, Gestantes Primerizas, Información, Percepción, Personal de Salud, Violencia Obstétrica

## **Introducción**

El parto, que ahora conocemos como humanizado, era considerado un proceso natural, atendido generalmente por mujeres que se entendían y conocían el cuerpo femenino. Sin embargo siempre existía la sombra de una complicación, generando toda una serie de mitología y tradiciones para enfrentarlas y darle sentido a las muertes contaminantes. (Almaguer González et al. 2012)

Hacia el fin de la edad media y principios del renacimiento (siglo XVII), los colegios de médicos, (...). Se apropiaron de la atención del parto y, desde su enfoque médico, lo abordaron como una enfermedad. Acostaron a la mujer para comodidad de ellos mismos durante la atención e inventaron diferentes herramientas, como el fórceps, para facilitar su práctica médica. De la misma forma, se desarrolló un procedimiento para resolver complicaciones, el cual ha venido perfeccionando, pero descuidando, sobretecnificando y sobremedicalizando la atención de los partos normales. (Almaguer González et al. 2012)

Esta investigación se realizará en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el periodo de Mayo/Junio 2021. Se toma como población del mencionado estudio a cincuenta gestantes primerizas.

En un Hospital Materno Infantil, es un Centro Perinatólogo de alta complejidad que asiste de 6.000 a 7.000 nacimientos por año, en Buenos Aires, Argentina. Es un modelo de referencia como Maternidad Pública al Servicio de las Familias. Ha sido acreditado por UNICEF / OMS y por el Ministerio de Salud de la Nación como "Hospital Amigo de la Madre y el Niño" por proteger, promover y apoyar la lactancia materna.

El objetivo es identificar el nivel de información que poseen las gestantes primerizas en relación del parto humanizado, en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## **Problema científico**

### **Planteamiento del problema**

El parto humanizado no sólo supone respetar los derechos de la mujer, sino que también conlleva de la delicadeza y empatía de la dotación profesional para interpretar y dar respuesta a las necesidades y miedos de cada mujer. (Silvestri, 2016)

Según la OMS, en todo el mundo, muchas pacientes sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación perdiendo la confianza hacia los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. Ellas son especialmente vulnerables durante el parto. Estas prácticas podrían tener consecuencias adversas tanto en la madre como en el bebé.

### **Pregunta general**

¿Cuál es la información que poseen las gestantes primerizas en relación del parto humanizado, en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el periodo de Mayo/Junio 2021?

## **Problemas secundarios**

### **Preguntas secundarias**

¿Cuál es la percepción que tienen las gestantes primerizas sobre violencia obstétrica?

¿Cuál es la información que tiene respecto a la posibilidad de la participación de un familiar durante el parto?

¿Cuál es la información que le suministro el equipo de salud sobre parto humanizado?

¿Cuál es la información que posee la gestante primeriza sobre sus derechos en el parto?

## **Relevancia**

### **Relevancia teórica**

Debido a la poca información que poseen las gestantes primerizas sobre el parto humanizado en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires, la presente investigación aportara nueva investigación que puede ser aplicada en futuras investigaciones con fines prácticos para el personal de salud. Aplicando un diseño metodológico descriptivo, cuantitativo, la población de estudio son las gestantes primerizas, de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires, tomando como población un total de 50 gestantes primerizas.

### **Relevancia práctica**

Esta problemática se puede solucionar a través de divulgaciones y realizando promoción de la salud, educando a las gestantes sobre sus derechos.

El personal de salud debe reconocer en su formación las distintas modalidades de violencia obstétrica con el fin de: diseñar mecanismos para su prevención, sanción y abolición; divulgar los derechos de las gestantes, su autoconocimiento y su autoconfianza entorno a las dinámicas fisiológicas, emocionales y espirituales en el trabajo de parto, parto y puerperio y promover la paternidad activa.

Corresponde a los profesionales de enfermería liderar iniciativas que permitan a las gestantes, escoger libremente la persona que acompaña el trabajo de parto y parto y la forma de parir.

### **Justificación de conveniencia y relevancia social**

Esta investigación tiene como objetivo determinar la información que poseen las gestantes primerizas sobre el parto humanizado.

Con los resultados de esta investigación se beneficiarán las gestantes primerizas, ese grupo familiar al que pertenece, participando activamente en decisiones, recibiendo información, respetando ideologías, raza, religión, intimidad y tiempo biológicos.

La comunidad ya que está compuesta en gran medida por estas familias y las futuras, nuestra disciplina siendo participes en la práctica profesional.

## **Hipótesis**

La información que poseen las gestantes primerizas en relación del parto humanizado en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el periodo de Mayo/Junio 2021, es insuficiente.

## Contextualización

### Antecedentes

#### Primer artículo científico

En la búsqueda de artículos que dieran cuenta el estado actual en el que se encontraba el tema, uno de ellos se propuso caracterizar las diferentes modalidades de violencia obstétrica, a partir de un diseño cualitativo con enfoque fenomenológico. La población estuvo conformada por 16 mujeres con experiencias obstétricas menores de dos años que asistieron a los hogares de Familia, Mujer e Infancia (FAMI) del Instituto Colombiano de bienestar familiar en la ciudad de Popayán (Colombia) durante el 2016. Se realizaron entrevistas estructuradas y a profundidad sobre sus experiencias en la atención institucional del parto, en términos de toma de decisiones e información sobre procedimientos, posición para el parto, presencia de acompañante, derecho a la intimidad, percepciones sobre maltrato físico y psicológico.

En la investigación antes mencionada, los resultados a los cuales arribaron fueron que el 69% de las entrevistadas reportaron alguna forma de violencia obstétrica. La violencia institucional se registró en la mayoría de los relatos y estuvo asociada a políticas institucionales que no satisfacen las expectativas de las gestantes en el proceso de parto e inconformidad con la atención en salud recibida durante el trabajo de parto; la violencia psicológica, fue percibida como falta de información y de autonomía en la toma de decisiones en el proceso de atención, malos tratos e impedimento a las gestantes para expresar sus sentimientos y emociones. Por todo lo antes mencionado es que llegaron a la conclusión que la mayoría de mujeres desconocen sus derechos y/o naturalizan los actos de violencia obstétrica. Los profesionales de salud deben reconocer en su formación y en los campos de práctica, los distintos tipos de violencia obstétrica con el fin de diseñar mecanismos para su prevención y abolición. Se hace necesario explorar la ocurrencia de eventos asociados a violencia sexual en el marco de la atención obstétrica. (Jojoa Tobar et al. 2019)

#### Segundo artículo científico

Otros de los estudios “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia” se analizan, desde una perspectiva feminista, algunas formas de maltrato y violación de los derechos humanos, sexuales y

reproductivos de las mujeres durante la atención del embarazo y parto, fenómeno conocido como violencia obstétrica. Se analizan las historias de embarazo/parto de seis mujeres que parieron sus hijos/as en instituciones hospitalarias, tanto públicas como privadas, así como la autoetnografía de los dos embarazos/partos de la autora, para analizar las maneras en las que las mujeres describen y dan sentido a sus experiencias de violencia obstétrica durante la atención de su parto. En el artículo, se visibilizan las diversas formas de violencia que componen la violencia obstétrica, como institucional, física, verbal, psicológica y simbólica. Conclusiones: se aportan algunos elementos que, a juicio de las mujeres y de la Organización Mundial de la Salud, deben transformarse para garantizar un trato digno y el derecho a un parto y nacimiento en condiciones de respeto y seguridad. (Vallana- Sala, 2019).

### Tercer artículo científico

Desde el siglo XX, comienza el interés respecto a la forma en que los seres humanos eran traídos al mundo. Autores cubanos en 2014 propusieron brindar una atención de salud con calidad, con elevado nivel de satisfacción de las mujeres y familias. Al tomar como referencia este tema para ser dirigido al equipo de salud que atiende a la mujer durante el proceso del parto.

Reforzar el conocimiento teórico del equipo de salud sobre la humanización al parto, que transforme, en la práctica asistencial, la atención integral a la mujer.

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática para desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de documentos. La búsqueda fue realizada en las bases de datos SciELO y Google académico de mayo a julio del 2016. Tras la identificación de los estudios pre-seleccionados, se llevó a cabo la lectura de los títulos, resúmenes y palabras clave, comprobando la pertinencia con el estudio.

Se realizó un análisis histórico de la humanización del parto. Este acercamiento reforzará los aportes al equipo de salud que atiende a la mujer durante este proceso al ofrecer un material que transita desde los orígenes de las corrientes humanistas hasta la importancia de este enfoque para la mujer y el equipo de salud durante el proceso de parto. (Borges Damas et al. 2018)

### Cuarta búsqueda, tesis

Según la OMS, en todo el mundo, muchas pacientes sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación perdiendo la confianza hacia los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. Ellas son especialmente vulnerables durante el parto. Estas prácticas podrían tener consecuencias adversas tanto en la madre como en el bebé.

Determinar la calidad del parto en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner durante el período noviembre - diciembre de 2016 a partir de la percepción de las puérperas, respecto a las distintas condiciones que debería cumplir la atención para ser considerada como parto humanizado. Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal el tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple donde se seleccionó a 179 puérperas internadas en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner internadas durante noviembre - diciembre de 2016 con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de un 5%. La técnica que se empleó para la recolección de datos fue una encuesta de carácter anónimo, previamente utilizado en estudios sobre parto humanizado.

En la dimensión trato profesional se caracterizó por una percepción siempre favorable para aspectos como la presentación del profesional (76,97%), respeto de la intimidad (97,21%), amabilidad (94,41%), entre otros. Con respecto al acompañante en el parto, el 62,50% de las puérperas manifestaron su deseo de estar con un acompañante en todo momento durante el parto o la cesárea y se observó que el 57,54% percibieron que los profesionales no les explicaron que pueden decidir tener un acompañante durante el parto o cesárea. En relación a la posición del parto al 75,21% no se les explicó que podían elegir la posición de parto; el 63,11% percibieron que no se les explicó que podían deambular libremente durante el trabajo parto y al 59,50% no se le permitió cambiar de posición. En cuanto a la percepción sobre el alivio del dolor de parto se evidenció que el 70,73% no conocen alguna opción para aliviar el dolor del parto; al 56,91% le explicaron opciones para aliviar el dolor de parto; al 73,81% las opciones ofrecidas no le permitieron aliviar el dolor del parto. Acerca del contacto piel a piel a piel del recién nacido con su madre el 70,79% percibieron tener contacto piel a piel con su hijo.

El parto humanizado no sólo supone respetar los derechos de la mujer, sino que también conlleva de la delicadeza y empatía de la dotación profesional para interpretar y dar respuesta a las necesidades y miedos de cada mujer. (Silvestri, 2016)

Quinta investigación, tesis.

Determinar la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015.

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 100 puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. En el análisis descriptivo de variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas.

La percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado se determinó mediante cuatro dimensiones: trato profesional, elección de la posición de parto, acompañamiento y manejo del dolor en la atención del parto. En la dimensión trato profesional, las pacientes percibieron que siempre existió comunicación con el profesional (82,0%), siempre se le explicó en qué consistía el trabajo de parto (81,0%), siempre se le identificó por su nombre (59%), siempre se le explicó los procedimientos a realizar (80%), siempre se respetó su intimidad (78%), siempre se le pidió permiso antes de examinarla (83%) y siempre percibió amabilidad del profesional (73%). En la dimensión libre elección de la posición de parto, las pacientes manifestaron que nunca se les explicó que podían escoger la posición de su parto (75%), nunca le enseñaron posiciones de parto (79%) y nunca le explicaron que podía deambular durante el trabajo de parto (75%). En la dimensión acompañamiento, al 73% le explicaron la decisión de tener un acompañante en su parto, el 58% siempre percibió que el acompañante debía de ayudarla a relajarse. El parto humanizado en su dimensión manejo del dolor: el 35% siempre percibió que se le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor en el parto. En general el 35% de las pacientes percibieron que la atención del parto humanizado se realizó de forma adecuada, sin embargo, el 53% percibió que su atención de parto fue a nivel regular.

Más de la mitad de las puérperas percibieron una atención de parto humanizado de nivel regular donde la comunicación, explicación de los procedimientos y respeto a la intimidad fueron percepciones adecuadas a diferencia de la libre elección de posición del parto. (Del Pilar Velal, 2015)

Sexta investigación, artículo científico.

El maltrato que sufre la mujer durante el parto es reconocido como un problema de gran importancia. El término que se suele usar para estos casos es “Falta de respeto y maltrato durante la atención del parto”. Aunque recientemente se ha introducido como sinónimo el término “violencia obstétrica” en el ámbito legal de Venezuela.

Estas malas prácticas afectan física y psicológicamente a la mujer, quien llega a temer la atención obstétrica que se brinda en los establecimientos de salud. Esto disminuye las probabilidades de buscar un parto institucionalizado en su siguiente embarazo, aumentando así el riesgo de mortalidad materna, en especial en países de bajos y medianos ingresos, en los que este temor se suma a otras barreras de acceso como el costo, la distancia y la falta de información.

La prevalencia de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto varía entre países, posiblemente debido a reales diferencias en la atención o a diferencias en los instrumentos y metodologías utilizadas para recolectar la información. (Montesinos-Segura et al. 2015)

### **Marco legal y normativo al problema**

Ley N° 25.929 Parto Humanizado Sancionada: 25 de agosto de 2004 Promulgada: 17 de septiembre de 2004 Publicada: B.O.: 21 de septiembre de 2004

Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales. i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar. j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña. k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Artículo 3° - Toda persona recién nacida tiene derecho:

- a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.
- b) A su inequívoca identificación.
- c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.
- e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

Artículo 4° - El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

- a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.

c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.

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

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

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

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

Artículo 8° - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Firmantes CAMAÑO – GUINLE – Rollano - Estrada (Ley N° 25.929 Parto Humanizado, 2004)

## **LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES**

### **Ley 26.485**

**Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales**

**Sancionada: Marzo 11 de 2009.**

**Promulgada de Hecho: Abril 1 de 2009.**

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

**LEY DE PROTECCION INTEGRAL PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LOS AMBITOS EN QUE DESARROLLEN SUS RELACIONES INTERPERSONALES**

**TITULO I**

**DISPOSICIONES GENERALES**

**ARTÍCULO 1º** — **Ámbito de aplicación.** Orden Público. Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación en todo el territorio de la República, con excepción de las disposiciones de carácter procesal establecidas en el Capítulo II del Título III de la presente.

**ARTICULO 2º** — **Objeto.** La presente ley tiene por objeto promover y garantizar:

- a) La eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida;
- b) El derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia;
- c) Las condiciones aptas para sensibilizar y prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos;
- d) El desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres; (1947)
- e) La remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres;
- f) El acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia;
- g) La asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en las áreas estatales y privadas que realicen actividades programáticas destinadas a las mujeres y/o en los servicios especializados de violencia.

**ARTICULO 3º** — **Derechos Protegidos.** Esta ley garantiza todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y, en especial, los referidos a:

- a) Una vida sin violencia y sin discriminaciones;

- b) La salud, la educación y la seguridad personal;
- c) La integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial;
- d) Que se respete su dignidad;
- e) Decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;
- f) La intimidad, la libertad de creencias y de pensamiento;
- g) Recibir información y asesoramiento adecuado;
- h) Gozar de medidas integrales de asistencia, protección y seguridad;
- i) Gozar de acceso gratuito a la justicia en casos comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente ley;
- j) La igualdad real de derechos, oportunidades y de trato entre varones y mujeres;
- k) Un trato respetuoso de las mujeres que padecen violencia, evitando toda conducta, acto u omisión que produzca revictimización.

**ARTÍCULO 4º** — Definición. Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

**ARTÍCULO 5º** — Tipos. Quedan especialmente comprendidos en la definición del artículo precedente, los siguientes tipos de violencia contra la mujer:

1.- Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.

2.- Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de

circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

3.- Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

4.- Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:

a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;

b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;

c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;

d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

5.- Simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

**ARTÍCULO 6º** — Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes:

a) Violencia doméstica contra las mujeres: aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia;

b) Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil;

c) Violencia laboral contra las mujeres: aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral;

d) Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

f) Violencia mediática contra las mujeres: aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.

## TITULO II

### POLITICAS PÚBLICAS

#### CAPITULO I

##### PRECEPTOS RECTORES

**ARTÍCULO 7º** — Preceptos rectores. Los tres poderes del Estado, sean del ámbito nacional o provincial, adoptarán las medidas necesarias y ratificarán en cada una de sus actuaciones el respeto irrestricto del derecho constitucional a la igualdad entre mujeres y varones. Para el cumplimiento de los fines de la presente ley deberán garantizar los siguientes preceptos rectores:

a) La eliminación de la discriminación y las desiguales relaciones de poder sobre las mujeres;

b) La adopción de medidas tendientes a sensibilizar a la sociedad, promoviendo valores de igualdad y deslegitimación de la violencia contra las mujeres;

- c) La asistencia en forma integral y oportuna de las mujeres que padecen cualquier tipo de violencia, asegurándoles el acceso gratuito, rápido, transparente y eficaz en servicios creados a tal fin, así como promover la sanción y reeducación de quienes ejercen violencia;
- d) La adopción del principio de transversalidad estará presente en todas las medidas así como en la ejecución de las disposiciones normativas, articulando interinstitucionalmente y coordinando recursos presupuestarios;
- e) El incentivo a la cooperación y participación de la sociedad civil, comprometiendo a entidades privadas y actores públicos no estatales;
- f) El respeto del derecho a la confidencialidad y a la intimidad, prohibiéndose la reproducción para uso particular o difusión pública de la información relacionada con situaciones de violencia contra la mujer, sin autorización de quien la padece;
- g) La garantía de la existencia y disponibilidad de recursos económicos que permitan el cumplimiento de los objetivos de la presente ley;
- h) Todas las acciones conducentes a efectivizar los principios y derechos reconocidos por la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

## CAPITULO II

### ORGANISMO COMPETENTE

**ARTÍCULO 8º** — Organismo competente. El Consejo Nacional de la Mujer será el organismo rector encargado del diseño de las políticas públicas para efectivizar las disposiciones de la presente ley.

**ARTÍCULO 9º** — Facultades. El Consejo Nacional de la Mujer, para garantizar el logro de los objetivos de la presente ley, deberá:

- a) Elaborar, implementar y monitorear un Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres;
- b) Articular y coordinar las acciones para el cumplimiento de la presente ley, con las distintas áreas involucradas a nivel nacional, provincial y municipal, y con los ámbitos universitarios, sindicales, empresariales, religiosos, las organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres y otras de la sociedad civil con competencia en la materia;
- c) Convocar y constituir un Consejo Consultivo ad honórem, integrado por representantes de las organizaciones de la sociedad civil y del ámbito académico especializadas, que tendrá por función asesorar y recomendar sobre los cursos de acción y estrategias adecuadas para enfrentar el fenómeno de la violencia;
- d) Promover en las distintas jurisdicciones la creación de servicios de asistencia integral y gratuita para las mujeres que padecen violencia;

- e) Garantizar modelos de abordaje tendientes a empoderar a las mujeres que padecen violencia que respeten la naturaleza social, política y cultural de la problemática, no admitiendo modelos que contemplen formas de mediación o negociación;
- f) Generar los estándares mínimos de detección precoz y de abordaje de las situaciones de violencia;
- g) Desarrollar programas de asistencia técnica para las distintas jurisdicciones destinados a la prevención, detección precoz, asistencia temprana, reeducación, derivación interinstitucional y a la elaboración de protocolos para los distintos niveles de atención;
- h) Brindar capacitación permanente, formación y entrenamiento en la temática a los funcionarios públicos en el ámbito de la Justicia, las fuerzas policiales y de seguridad, y las Fuerzas Armadas, las que se impartirán de manera integral y específica según cada área de actuación, a partir de un módulo básico respetando los principios consagrados en esta ley;
- i) Coordinar con los ámbitos legislativos la formación especializada, en materia de violencia contra las mujeres e implementación de los principios y derechos reconocidos por la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres destinada a legisladores/as y asesores/as;
- j) Impulsar a través de los colegios y asociaciones de profesionales la capacitación del personal de los servicios que, en razón de sus actividades, puedan llegar a intervenir en casos de violencia contra las mujeres;
- k) Diseñar e implementar Registros de situaciones de violencia contra las mujeres de manera interjurisdiccional e interinstitucional, en los que se establezcan los indicadores básicos aprobados por todos los Ministerios y Secretarías competentes, independientemente de los que determine cada área a los fines específicos, y acordados en el marco de los Consejos Federales con competencia en la materia;
- l) Desarrollar, promover y coordinar con las distintas jurisdicciones los criterios para la selección de datos, modalidad de registro e indicadores básicos desagregados —como mínimo— por edad, sexo, estado civil y profesión u ocupación de las partes, vínculo entre la mujer que padece violencia y el hombre que la ejerce, naturaleza de los hechos, medidas adoptadas y sus resultados, y sanciones impuestas a la persona violenta. Se deberá asegurar la reserva en relación con la identidad de las mujeres que padecen violencias;
- m) Coordinar con el Poder Judicial los criterios para la selección de datos, modalidad de Registro e indicadores que lo integren que obren en ambos poderes, independientemente de los que defina cada uno a los fines que le son propios;
- n) Analizar y difundir periódicamente los datos estadísticos y resultados de las investigaciones a fin de monitorear y adecuar las políticas públicas a través del Observatorio de la Violencia Contra las Mujeres;

- ñ) Diseñar y publicar una Guía de Servicios en coordinación y actualización permanente con las distintas jurisdicciones, que brinde información sobre los programas y los servicios de asistencia directa;
- o) Implementar una línea telefónica gratuita y accesible en forma articulada con las provincias a través de organismos gubernamentales pertinentes, destinada a dar contención, información y brindar asesoramiento sobre recursos existentes en materia de prevención de la violencia contra las mujeres y asistencia a quienes la padecen;
- p) Establecer y mantener un Registro de las organizaciones no gubernamentales especializadas en la materia en coordinación con las jurisdicciones y celebrar convenios para el desarrollo de actividades preventivas, de control y ejecución de medidas de asistencia a las mujeres que padecen violencia y la rehabilitación de los hombres que la ejercen;
- q) Promover campañas de sensibilización y concientización sobre la violencia contra las mujeres informando sobre los derechos, recursos y servicios que el Estado garantiza e instalando la condena social a toda forma de violencia contra las mujeres. Publicar materiales de difusión para apoyar las acciones de las distintas áreas;
- r) Celebrar convenios con organismos públicos y/o instituciones privadas para toda acción conducente al cumplimiento de los alcances y objetivos de la presente ley;
- s) Convocar y poner en funciones al Consejo, Consultivo de organizaciones de la sociedad civil y redactar su reglamento de funcionamiento interno;
- t) Promover en el ámbito comunitario el trabajo en red, con el fin de desarrollar modelos de atención y prevención interinstitucional e intersectorial, que unifiquen y coordinen los esfuerzos de las instituciones públicas y privadas;
- u) Garantizar el acceso a los servicios de atención específica para mujeres privadas de libertad.

### CAPITULO III

#### LINEAMIENTOS BASICOS PARA LAS POLITICAS ESTATALES

**ARTICULO 10.** — Fortalecimiento técnico a las jurisdicciones. El Estado nacional deberá promover y fortalecer interinstitucionalmente a las distintas jurisdicciones para la creación e implementación de servicios integrales de asistencia a las mujeres que padecen violencia y a las personas que la ejercen, debiendo garantizar:

- 1.- Campañas de educación y capacitación orientadas a la comunidad para informar, concientizar y prevenir la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- 2.- Unidades especializadas en violencia en el primer nivel de atención que trabajen en la prevención y asistencia de hechos de violencia, las que coordinarán sus actividades

según los estándares, protocolos y registros establecidos y tendrán un abordaje integral de las siguientes actividades:

- a) Asistencia interdisciplinaria para la evaluación, diagnóstico y definición de estrategias de abordaje;
- b) Grupos de ayuda mutua;
- c) Asistencia y patrocinio jurídico gratuito;
- d) Atención coordinada con el área de salud que brinde asistencia médica y psicológica;
- e) Atención coordinada con el área social que brinde los programas de asistencia destinados a promover el desarrollo humano.

3.- Programas de asistencia económica para el autovalimiento de la mujer.

4.- Programas de acompañantes comunitarios para el sostenimiento de la estrategia de autovalimiento de la mujer.

5.- Centros de día para el fortalecimiento integral de la mujer.

6.- Instancias de tránsito para la atención y albergue de las mujeres que padecen violencia en los casos en que la permanencia en su domicilio o residencia implique una amenaza inminente a su integridad física, psicológica o sexual, o la de su grupo familiar, debiendo estar orientada a la integración inmediata a su medio familiar, social y laboral.

7.- Programas de reeducación destinados a los hombres que ejercen violencia.

(...) (LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES N° 26.485, 2009)

## **Contexto local**

El trabajo se llevará a cabo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el Hospital Materno Infantil.

El hospital Materno Infantil, es un Centro Perinatológico de alta complejidad que asiste de 6.000 a 7.000 nacimientos por año, en Buenos Aires, Argentina. Es un modelo de referencia como Maternidad Pública al Servicio de las Familias.

Ha sido acreditado por UNICEF / OMS y por el Ministerio de Salud de la Nación como “Hospital Amigo de la Madre y el Niño” por proteger, promover y apoyar la lactancia materna.

## Marco teórico

La presente investigación se basará en estudiar la información que poseen las gestantes primerizas sobre el parto humanizado en un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires.

El presente estudio es de un enfoque cuantitativo de tipo no experimental, transversal porque los resultados fueron recogidos en un periodo de tiempo establecido.

Teniendo en cuenta que el tema que se aborda trata de gestantes/ maternidad la Teoría de Ernestina Wiedenbach se aplica a esta investigación, por su trabajo en el desarrollo de teorías y su trabajo en enfermería materno infantil, basada en sus 40 años de experiencia como comadrona. Publico el artículo Childbirth as Mothers Say They Like It, en el que señalaba que las madres desean dar a luz a sus hijos de la forma más natural posible, recibir recomendaciones en el parto y contar con la participación del padre.

La orientación de Wiedenbach es una filosofía de la enfermería que guía la acción de la enfermera en el arte de la enfermería. Wiedenbach especifico los cuatro elementos de enfermería clínica: a) Filosofía, b) objetivo, c) practica, d) arte. Esta autora postulo que la enfermería clínica se dirige a satisfacer las necesidades de ayuda percibidas por el paciente. (Alligood et al. 2011)

Wiedenbach propone que las enfermeras identifiquen la necesidad de ayuda de los pacientes mediante los siguientes pasos:

1. Observación de comportamientos compatibles o incompatibles con su bienestar.
2. Exploración del significado de su comportamiento.
3. Determinación de la causa de su malestar o incapacidad.
4. Determinación de si pueden resolver sus problemas o si tienen necesidad de ayuda.

(Alligood et al. 2011)

Se denomina gestante primeriza, a toda mujer que pasa por un embarazo por primera vez, independientemente de su edad, religión u etnia. Esta denominación se da en diferentes países. Puede que esta mujer desconozca información sobre qué hacer durante este proceso, lo que

significa el parto humanizado, esta información es mayormente ofrecida por el personal de salud durante la atención preparto, número de consultas, estudios y/o preferencias u opciones de parto.

El parto, que ahora conocemos como humanizado, era considerado un proceso natural, atendido generalmente por mujeres que se entendían y conocían el cuerpo femenino. Sin embargo, siempre existía la sombra de una complicación, generando todo una serie de mitología y tradiciones para enfrentarlas y darle sentido a las muertes contaminantes. (Almaguer González et al. 2012)

Hacia el fin de la edad media y principios del renacimiento (siglo XVII), los colegios de médicos, (...). Se apropiaron de la atención del parto y, desde su enfoque médico, lo abordaron como una enfermedad. Acostaron a la mujer para comodidad de ellos mismos durante la atención e inventaron diferentes herramientas, como el fórceps, para facilitar su práctica médica. De la misma forma, se desarrolló un procedimiento para resolver complicaciones, el cual se ha venido perfeccionando, pero descuidando, sobretecnificando y sobremedicalizando la atención de los partos normales. (Almaguer González et al. 2012)

Se ha llamado "humanizado" al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre donde, como y con quien parir, en este momento tan importante de su historia (Almaguer González et al. 2012)

La Organización Mundial de la Salud cree que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

Recomendaciones específicas: Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional. Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebe), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes. El recién nacido sano debe permanecer

con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos. Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de 10% de cesáreas. No pueden justificarse que ningún país tenga más de 10- 15%. (...). No existe evidencia que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica solo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. (...). No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto. No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente que posición adoptar durante el expulsivo. Debe protegerse el peritoneo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía. La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de las inducciones. Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria o analgésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación). Se requieren más estudios para valorar cual es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden el parto o el recién nacido. (Organización Mundial de la Salud, 1985)

Para identificar la información que poseen las gestantes primerizas en relación al parto humanizado realizare una encuesta. “La técnica de encuesta es ampliamente utilizada como procedimiento de investigación, ya que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz. En el ámbito sanitario son muy numerosas las investigaciones realizadas utilizando esta técnica”. (Casas Anguitaa et al. 2003)

“Define percepción como: 1. Acción y efecto de percibir.2. Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. 3. Conocimiento, idea”. (Real Academia Española, 2019) Es la sensación que tienen las gestantes primerizas sobre violencia obstétrica.

Muchas mujeres de diferentes países sufren tratos irrespetuosos y ofensivos durante el parto en el centro de salud, violando la atención respetuosa, amenaza sus derechos a la vida, la integridad física y la discriminación. La Organización Mundial de la Salud realiza una declaración y reclama un accionar más energético, dialogo, investigación y apoyo en relación a esta problemática de salud pública y de derechos humanos. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

La violencia obstétrica ha sido tipificada como una modalidad de violencia de género, que hace referencia a las conductas de acción u omisión que se derivan del proceso de atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio en el ambiente hospitalario que incluyen: el maltrato físico y verbal, la humillación, los procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), la falta de confidencialidad, el incumplimiento con la obtención del consentimiento informado, la negativa de administrar analgésicos, las violaciones flagrantes de la privacidad, el rechazo de la admisión en el centro de salud y la retención de las mujeres y de los recién nacidos debido a su incapacidad de pago. (Organización Mundial de la Salud, 2014). Esta se divide en diferentes tipos: institucional, psicológica., simbólica y sexual.

Violencia institucional es una modalidad de políticas institucionales que no satisfacen las expectativas de las gestantes en el proceso del parto. Son decisiones escritas, protocolos de atención estandarizados en relación a los procedimientos administrativos y prestación de los servicios de salud. El tacto que es utilizado para valorar la dilatación es realizado reiteradas veces por profesionales diferentes y a veces sin consentimiento. Este vulnera el derecho a la intimidad por la intromisión no consentida de la privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. En algunas instituciones no se permite el acompañamiento de un familiar durante el proceso de parto ni en el parto, se estaría violando y vulnerando otro derecho. Las instituciones no dan la autonomía a la mujer para decidir sobre la posición para su trabajo de parto y parto, las inmovilizaciones innecesarias, la prohibición de deambulación dentro de las instituciones, la falta de respuesta y contención al dolor son parte de esta subcategorización de violencia. (Jojoa Tobar et al. 2019)

Violencia psicológica las gestantes no siempre reciben información suficiente sobre el proceso de trabajo de parto y el parto durante los controles prenatales, el personal de salud por la gran demanda de pacientes no posee disponibilidad de tiempo para brindar educación sobre el tema. No poseer información sobre parto humanizado y derechos vulnera a la gestante. A este tipo de violencia ya que estas no pueden expresarse verbalmente, consideran que los regañones, críticas, optan por una actitud sumisa y en ocasiones burlas por parte del equipo de salud son parte de este proceso. (Jojoa Tobar et al. 2019)

Violencia simbólica este tipo es la naturalización de las gestantes sobre el “maltrato” considerando que este hace parte del proceso de parto, la identificación de esta violencia puede

ser dificultosa, definida por la sumisión de las mujeres como medio de protección ante una inadecuada atención, como regaños, maltratos o mala atención. Esta naturalización de la violencia en este proceso es resultado de experiencias que le han relatado otras mujeres, por observación o por algún evento que han presenciado. (Jojoa Tobar et al. 2019)

Violencia sexual este tipo de violencia se encuentra poco documentada a través de investigación sobre violencia obstétrica. (Jojoa Tobar et al. 2019)

La Organización Mundial de la Salud define violencia sexual como: “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. (Organizacion Mundial de la Salud, 2014)

La Ley N° 25.929 de nuestro país Argentina, trata sobre parto humanizado, derechos de la gestante, familia y recién nacido en el artículo 2, letra g: refiere que toda mujer tiene derecho a estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y posparto. En el mismo artículo en la letra a expresa que debe ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener de manera que pueda optar libremente cuando existieran diferentes alternativas. (Ley N° 25.929 Parto Humanizado, 2004). Este centro de salud no cuenta con el espacio físico para que un familiar la acompañe durante el trabajo de parto, pero si durante el parto, esto es información que la gestante debería de conocer y luego decidir si es el lugar en el que quiere pasar este proceso.

Hasta el momento se han presentado 2 explicaciones teóricas complementarias sobre los efectos del apoyo familiar durante el trabajo de parto en los resultados del parto y ambas tienen como hipótesis que el apoyo mejora la fisiología del trabajo de parto y la sensación de control y competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas:

- La primera explicación considera la repercusión del medio circundante, con su efecto en el progreso del trabajo de parto, por la adaptabilidad de la paciente y su

influencia en el grado de seguridad y competencia para enfrentar este evento, por lo que el apoyo durante esta etapa mejora su percepción del entorno.

- La segunda no se concentra en un tipo de lugar en particular para tener el parto; por el contrario, describe 2 caminos: mejora el paso del feto a través de la pelvis y los tejidos blandos, así como también disminuye la respuesta al estrés, por lo que el apoyo durante el trabajo de parto reduce las posibilidades de parto instrumental y complicaciones subsiguientes y mejora la sensación de control de la mujer en cuanto a su experiencia acerca del parto. (Verdecia Rosés & Díaz García, 2005)

El acompañamiento de la madre durante el parto reduce la ansiedad, el tiempo de trabajo de parto, el dolor, la analgesia e instrumentalización del parto incluyendo cesáreas. Aumenta la confianza y mejora el nivel de satisfacción con la experiencia. En Chile, el 40% de las mujeres es acompañada durante el parto. (...). Solo algunas mujeres tienen acceso al acompañamiento pese a que es un derecho legal. El incumplimiento de este podría relacionarse con falta de información y voluntad de los profesionales de salud e infraestructura de los hospitales. Es necesario implementar estrategias que aseguren el cumplimiento del derecho, para que todas las mujeres tengan la posibilidad de vivir los beneficios descritos y tengan una experiencia grata y feliz. (Wallece & Loreto, 2020)

Desde el año 2004, durante la segunda semana de mayo tiene lugar la Semana Mundial del Parto Respetado. Con el objeto de generar conciencia sobre el nacimiento como un proceso en el que las protagonistas son las personas gestantes y sus bebés, la Semana Mundial del Parto Respetado nos convoca a reflexionar sobre la prioridad de sus derechos por sobre la visión o el interés particular de los/las profesionales del sistema sanitario: en Argentina, las mujeres y personas gestantes tienen derecho a vivenciar un parto respetado. Año tras año a lo largo de esta semana el debate se enfoca en un tema diferente: posiciones para parir tiempo para nacer, entorno amoroso durante el parto, disminución de cesáreas innecesarias, derecho a elegir donde, como y con quien parir, “parir es poder”, entre otros. (...). Las recomendaciones planteadas son generales; cada

institución o equipo de salud deberá, por tanto, adecuarlas a su contexto, estructuras y circunstancias. (Instituto nacional contra la discriminación, la xenofobia y el racismo, 2020)

El Ministerio de Salud de la Nación, los ministerios de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud Argentina (OPS/OMS), UNICEF, La sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la Fundación para la Salud Materna Infantil (FUNDASAMIN) y algunos servicios de neonatología e infectología del país recomiendan las medidas generales planteadas sobre el parto humanizado, luego cada institución pública o privada deberá adaptarlas a su estructura, población, comunidad y valores.

Los derechos humanos son normas que reconocen y protegen la dignidad de todos los seres humanos. Estos derechos rigen la manera en que los individuos viven en sociedad y se relacionan entre sí, al igual que sus relaciones con el Estado y las Obligaciones del Estado hacia ellos. (UNICEF, 2015).

Las gestantes tienen derecho como todo individuo a recibir el nivel más alto de salud, a ser llamadas por su nombre, a un trato digno, a respetar sus valores principios y creencias, a no ser discriminadas y respetar su autonomía.

## **Objetivos del estudio**

### **Objetivo general**

Identificar el nivel de información que poseen las gestantes primerizas en relación del parto humanizado, en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el periodo de Mayo/Junio 2021.

### **Objetivos específicos**

Indagar la percepción que tienen las gestantes primerizas sobre violencia obstétrica.

Averiguar la información respecto a la posibilidad de la participación de un familiar durante el parto.

Identificar la información que le suministro el equipo de salud sobre el parto humanizado.

Averiguar la información que posee la gestante primeriza sobre sus derechos en el parto.

## **Diseño metodológico**

### **Tipo de diseño**

El presente estudio es de un enfoque cuantitativo de tipo no experimental, transversal porque los resultados fueron recogidos en un periodo de tiempo establecido, el enfoque cuantitativo proporciona cifras de las gestantes primerizas en un Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre la información que poseen las gestantes primerizas sobre el parto humanizado.

### **Unidad de análisis**

Constituido por cada una de las gestantes primerizas que dieron a luz en el periodo de Mayo/ Junio en un Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### **Población de estudio**

La población está constituida por gestantes primerizas que dieron a luz en el periodo de Mayo/ Junio en un Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, un total de 51.

Criterios de inclusión: Gestantes primerizas.

Criterios de exclusión: Gestantes multigestas.

Aquellas que no deseen participar.

Menores de edad sin consentimiento de sus padres/ tutores legales.

### **Muestra**

El muestreo se realizará en base a los criterios de inclusión y exclusión, por medio de la difusión de la encuesta vía WhatsApp a 51 gestantes primerizas que dieron a luz en el Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El tipo de muestra será de elección aleatoria. No probabilístico. Se procesarán todas las encuestas que se recepcionen.

### **Fuentes de información**

Fuentes primarias: Se obtuvo información a través de una encuesta a las gestantes primerizas que dieron a luz en un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires en el periodo de Mayo/

Junio de 2021, mediante esta encuesta y una guía de preguntas y respuestas y observación, las cuales serán de gran guía para este estudio descriptivo.

Fuentes secundarias: Se obtuvo información a través de consultas a libros, tesis.

Instrumento: Se procederá a aplicar una encuesta como instrumento de medición, se aplicará el método de observación.

### **Análisis e interpretación de datos**

La calificación cuantificada de la percepción que tienen las gestantes primerizas sobre violencia, es Alta: 5 - 6 puntos. Media: 3 - 4 puntos. Baja: 1 - 2 puntos.

La información respecto a la posibilidad de la participación de un familiar durante el parto, es Bueno: 7 - 9 puntos. Regular: 4 - 6 puntos. Malo: 1 - 3 puntos.

Respecto a la información que le suministro el equipo de salud sobre parto humanizado, es Correcto: 7 - 9 puntos. Medianamente correcto: 4 - 6 puntos. Incorrecto 1 - 3 puntos.

La información que posee la gestante primeriza sobre sus derechos en el parto, es Adecuado: 7 - 9 puntos. Medianamente adecuado: 4 - 6 puntos. Inadecuado: 1 - 3 puntos.

### Matriz de datos

VARIABLE	V	DIMENSION	VD	INDICADORES	CATEGORIA
DEMOGRAFIC A		EDAD		1.En años	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) 15 a 20</li> <li>b) 21 a 25</li> <li>c) 26 a 30</li> <li>d) 31 a 35</li> <li>e) 36 o mas</li> </ul>
		EDUCACION		2.Nivel alcanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Primario</li> <li>b) Secundario</li> <li>c) Terciario</li> <li>d) Universitario</li> </ul>
		ESTADO CIVIL		3.Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Soltera</li> <li>b) Casada</li> <li>c) Concubinato</li> </ul>
		OCUPACION		4.Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ama de casa</li> <li>b) Trabajo en relación de dependencia.</li> <li>c) Trabajo independiente.</li> </ul>

VARIABLE	V V	DIMENSION	VD	INDICADORES	CATEGORIA
INFORMACION QUE POSEEN LAS GESTANTES PRIMERIZAS SOBRE PARTO HUMANIZADO		PERCEPCION QUE TIENEN LAS GESTANTES PRIMERIZAS SOBRE VIOLENCIA	Alta: 5 - 6 puntos.  Media: 3 - 4 puntos.  Baja: 1 - 2 puntos.	5.Percibio algún tipo de violencia por parte del equipo de salud durante el parto  6.Cual	a) Si b) Poco c) Nada  a) Maltrato físico b) Verbal c) Ambas
		INFORMACION RESPECTO A LA POSIBILIDAD DE LA PARTICIPACION DE UN FAMILIAR DURANTE EL PARTO	Bueno: 7 - 9 puntos. Regular 4 - 6 puntos. Malo: 1 - 3 puntos.	7.Se le permitió estar acompañada durante el parto  8.Estaba informada de que podía estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el parto	a) Si b) No c) No quise estar acompañada  a) Si tenía conocimiento b) No estaba informada c) No lo tenía en claro

				<p>9. Algún profesional del equipo de salud le informo sobre su derecho a estar acompañada durante el parto</p>	<p>a) Si b) No</p>
		<p>INFORMACION QUE LE SUMINISTRO EL EQUIPO DE SALUD SOBRE EL PARTO HUMANIZADO</p>	<p>Correcto: 7 - 9 puntos. Mediamente correcto 4 - 6 puntos. Incorrecto: 1 - 3 puntos.</p>	<p>10. Recibió por parte del equipo de salud información sobre el parto humanizado</p> <p>11. Quien considera usted que es protagonista del parto</p> <p>12. Durante su hospitalización le han informado sobre cada procedimiento antes de realizárselo</p>	<p>a) Mucha b) Poco c) Ninguna</p> <p>a) La mujer b) El equipo de salud c) Ambos d) Ninguno</p> <p>a) Siempre b) A veces c) Nunca</p>

		<p>INFORMACIÓN QUE POSEE LA GESTANTE PRIMERIZA SOBRE SUS DERECHOS EN EL PARTO</p>	<p>Adecuado: 7 - 9 puntos.</p> <p>Mediamente adecuado: 4 - 6 puntos.</p> <p>Inadecuado: 1 - 3 puntos.</p>	<p>13. Conocía la existencia de la Ley N° 25.929 que habla sobre los derechos del parto</p> <p>14. Como la conoció</p> <p>15. Fue informada sobre las distintas intervenciones como el tacto y la utilización de anestesia de manera de poder optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.</p>	<p>a) Sí, tengo poco conocimiento. b) Tengo poco conocimiento. c) No tengo nada de conocimiento.</p> <p>a) Por internet b) Publicidad. c) Familiar d) Equipo de salud e) Nada</p> <p>a) Siempre b) A veces c) Nunca</p>
--	--	---	---	---	---

## Presentación y Análisis de Datos

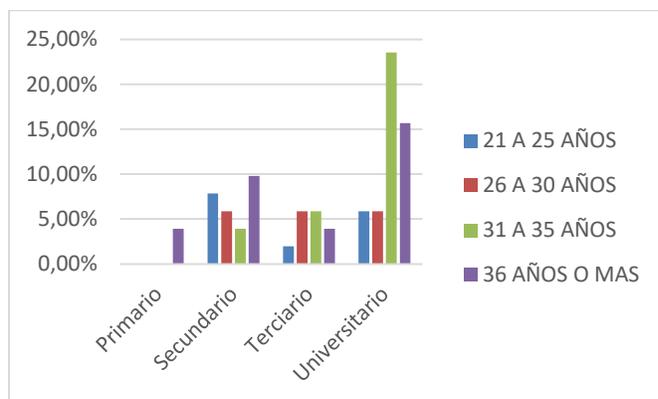
**Tabla 1**

*Edad/ Nivel de Educación*

Edad	21 a 25 Años	26 a 30 Años	31 a 35 Años	36 Años o mas	Total general
Primario	0,00%	0,00%	0,00%	3,92%	3,92%
Secundario	7,84%	5,88%	3,92%	9,80%	27,45%
Terciario	1,96%	5,88%	5,88%	3,92%	17,65%
Universitario	5,88%	5,88%	5,88%	15,69%	50,98%
Total general	15,69%	17,65%	17,65%	33,33%	100,00%

*Nota:* Fuente primaria encuesta

**Grafico 1**



Fuente Primaria: encuesta

### **Análisis de tabla 1**

En la tabla 1 se observa que las gestantes primerizas encuestadas, poseen en su mayoría un nivel de educación universitaria con un 50,98%, son el grupo de 36 años o más con un 15,69%, un 27,45% con nivel de educación secundario, un 17% con nivel de educación terciario y por ultimo solo un 3,92% poseen nivel de educación primario.

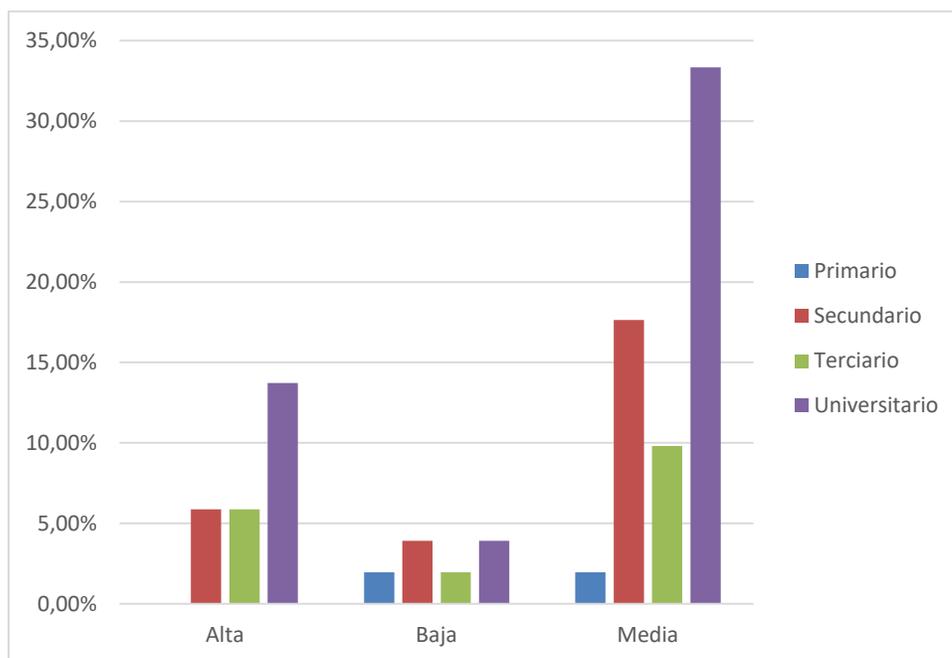
**Tabla 2**

*Percepción de Violencia / Nivel de Educación*

	Primario	Secundario	Terciario	Universitario	Total General
Alta	0,00%	5,88%	5,88%	13,73%	25,49%
Baja	1,96%	3,92%	1,96%	3,92%	11,76%
Media	1,96%	17,65%	9,80%	33,33%	62,75%
Total General	3,92%	27,45%	17,65%	50,98%	100,00%

*Nota:* Fuente primaria encuesta

**Grafico 2**



Fuente Primaria: encuesta

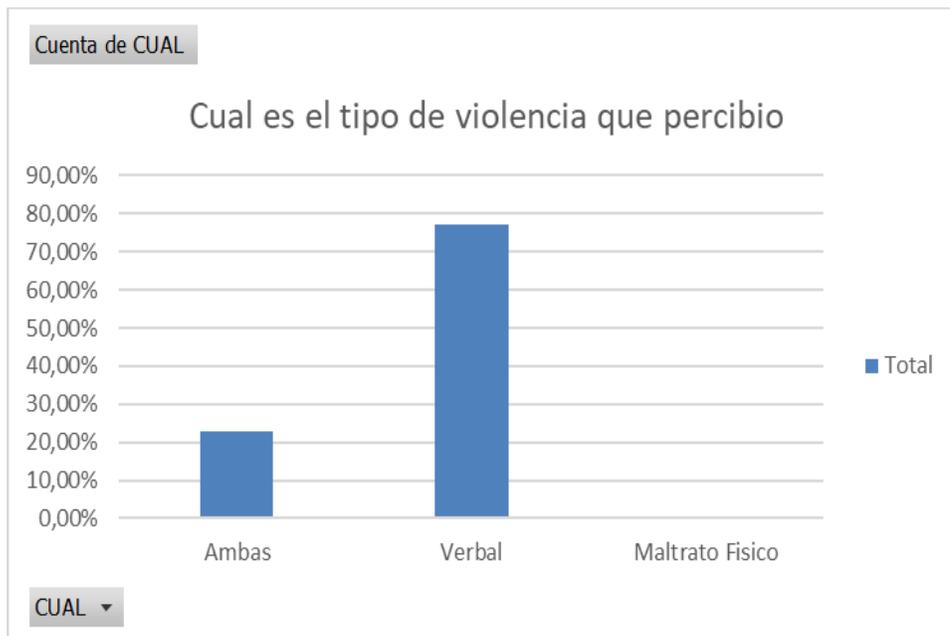
**Tabla 3**

*Cuál es el tipo de violencia que percibió*

Ambas	22,73%
Verbal	77,27%
Maltrato Físico	0,00%
Total General	100,00%

*Nota:* Fuente primaria encuesta

**Grafico 3**



Fuente Primaria: encuesta

### **Análisis de tabla 2 y tabla 3**

Tal como se evidencia en la tabla 2 la percepción de violencia fue de media con un 62,75% en su mayoría, el grupo de universitarias fue quien más la percibió con un 33,33%. Luego el 25,49% percibió un nivel de violencia alto, fueron también universitarias con un 13,73%. Y por último las que percibieron baja percepción de violencia con un 11,76% son las de nivel terciario y primario con un 1,96%.

Cuando se les pregunto qué tipo de violencia percibieron, la tabla 3 arrojó violencia verbal en un 77,27%, ambas que se refiere a violencia verbal y física en un 22,73% maltrato físico con 0,00%.

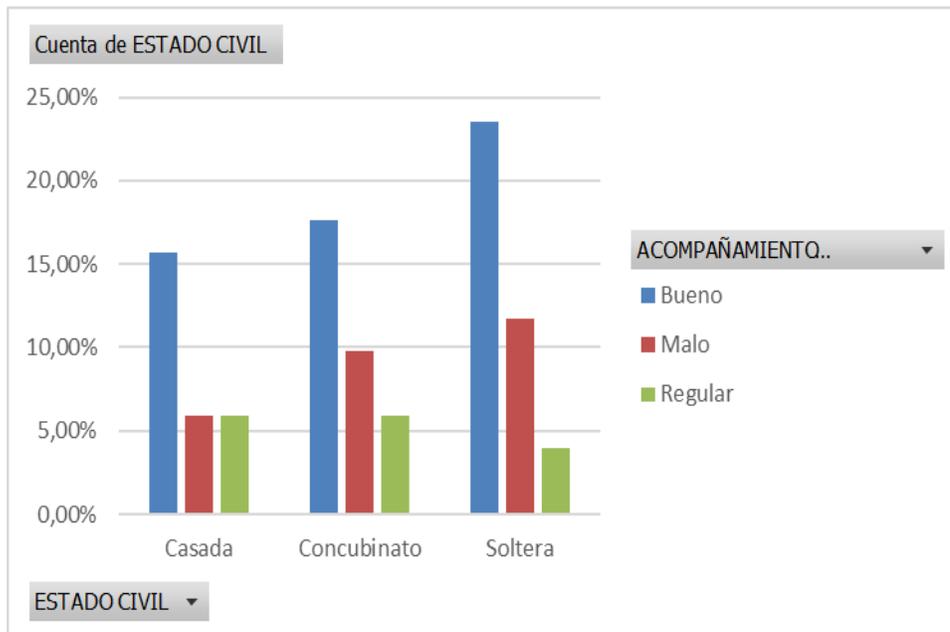
**Tabla 4**

*Acompañamiento durante el parto / Estado civil*

Estado Civil	Bueno	Malo	Regular	Total General
Casada	15,69%	5,88%	5,88%	27,45%
Concubinato	17,65%	9,80%	5,88%	33,33%
Soltera	23,53%	11,76%	3,92%	39,22%
Total General	56,86%	27,45%	15,69%	100,00%

*Nota:* Fuente primaria encuesta

**Grafico 4**



Fuente Primaria: encuesta

**Tabla 5**

*Se le permitido estar acompañada durante el parto*

No	29,2%
No quise estar acompañada	5,88%
Si	54,90%
Total General	100,00%

*Nota:* Fuente primaria encuesta

**Grafico 5**



Fuente Primaria: encuesta

**Tabla 6**

*Estaba informada de que podía estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el parto*

No estaba informada	29,41%
No lo tenía en claro	9,80%
Si tenía conocimiento	60,78%
Total General	100,00%

*Nota:* Fuente primaria encuesta

**Grafico 6**



Fuente Primaria: encuesta

### **Análisis de tabla 4, tabla 5 y tabla 6**

En la tabla 4 el estado civil que mayor predomina es el de solteras con un 39,22% su acompañamiento durante el parto fue bueno con un 23,53%. Luego siguen las de estado civil en concubinato con un 33,33% con un acompañamiento bueno del 17,65% y por último las casadas con 27,45% con un nivel de acompañamiento del 15,69.

En cuanto a la pregunta acerca si se le permitido estar acompañada durante el parto, la cual se analiza en la tabla 5 se observa que la mayoría de las encuestadas es decir un 54,90% si se le permitió estar acompañada durante el parto, a un 29,2% no se le permitió y un 5,88% no quisieron estar acompañadas.

Cuando se consultó si estaba informada que podía estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el parto, según la tabla 6, un 60,78% si tenía conocimiento, el 29,41% no tenía conocimiento, mientras que un 9,80% no lo tenía en claro.

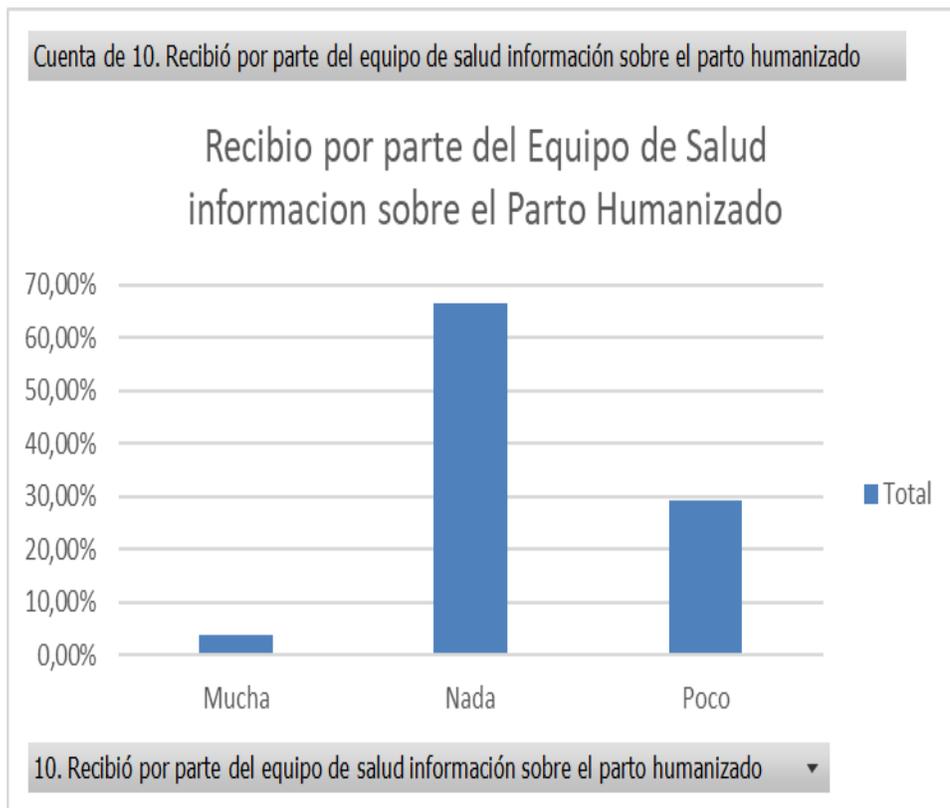
**Tabla 7**

*Recibió por parte del Equipo de Salud información sobre el Parto Humanizado*

Mucha	3,92%
Nada	66,67%
Poco	29,41%
Total general	100,00%

*Nota:* Fuente primaria encuesta

**Grafico 7**



Fuente Primaria: encuesta

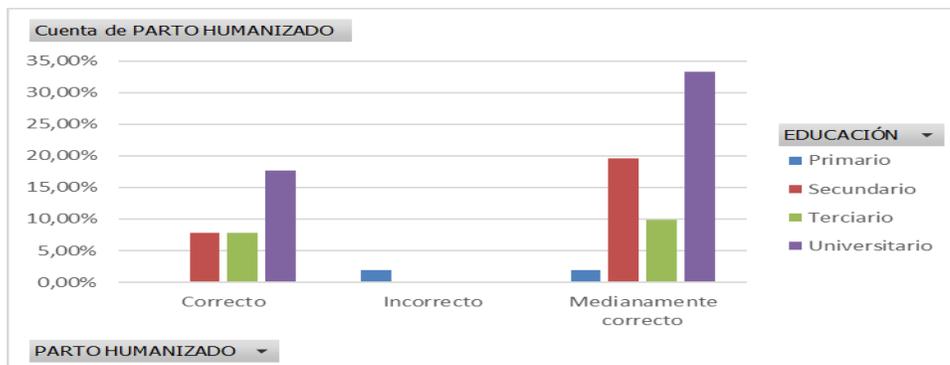
**Tabla 8**

*Educación/ Parto Humanizado*

	Primario	Secundario	Terciario	Universitario	Total General
Correcto	0,00%	7,84%	7,84%	16,65%	33,33%
Incorrecto	1,96%	0,00%	0,00%	0,00%	1,96%
Medianamente Correcto	1,96%	19,61%	9,80%	33,33%	64,71%
Total General	3,92%	27,45%	17,65%	50,98%	100,00%

*Nota:* Fuente primaria encuesta

**Grafico 8**



Fuente Primaria: encuesta

### **Análisis de la tabla 7 y tabla 8**

En relación a la pregunta recibió por parte del Equipo de Salud información sobre el Parto Humanizado, en la tabla 7 se puede observar que un 66,67% de las encuestadas recibió nada de información. El 29,41% recibió poca información y el 3,92% recibió mucha información por parte del Equipo de Salud.

En la tabla 8 se observa que las gestantes primerizas que poseen información medianamente correcta sobre parto humanizado con un 64,71% son las de nivel de educación universitaria con un 33,33%. Las que poseen información correcta sobre parto humanizado son el 33,33% perteneciendo al nivel de educación universitaria con un 16,65%. Y por último las que poseen información incorrecta sobre el parto humanizado son el 1,96% pertenecientes al nivel de educación primaria con el 1,96%.

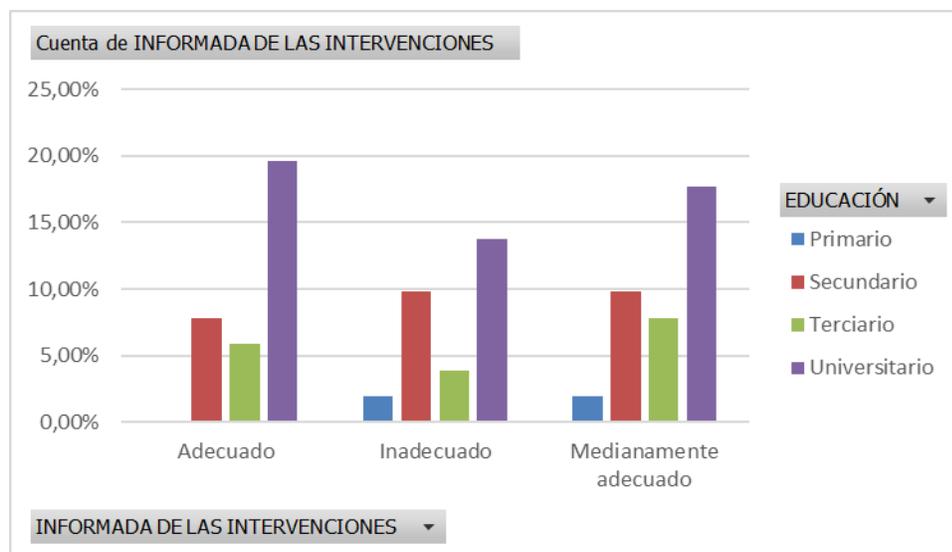
**Tabla 9**

*Educación/ Informada de las Intervenciones*

	Primario	Secundario	Terciario	Universitario	Total General
Adecuado	0,00%	7,84%	5,88%	19,61%	33,33%
Inadecuado	1,96%	9,80%	3,92%	13,73%	29,41%
Medianamente Adecuado	1,96%	9,80%	7,84%	17,65%	37,25%
Total General	3,92%	27,45%	17,65%	50,98%	100,00%

Nota: Fuente primaria encuesta

**Grafico 9**



Fuente Primaria: encuesta

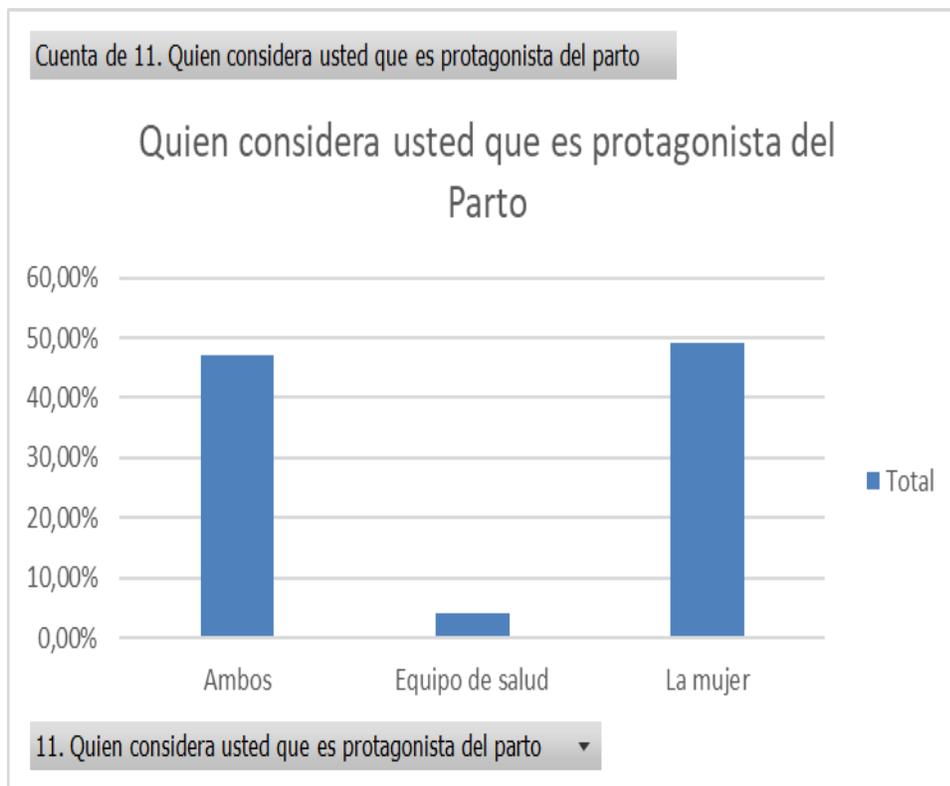
**Tabla 10**

*Quien considera usted que es protagonista del parto*

Ambos	47,06%
Equipo de Salud	3,92%
La Mujer	49,02%
Total General	100,00%

*Nota:* Fuente primaria encuesta

**Grafico 10**



Fuente Primaria: encuesta

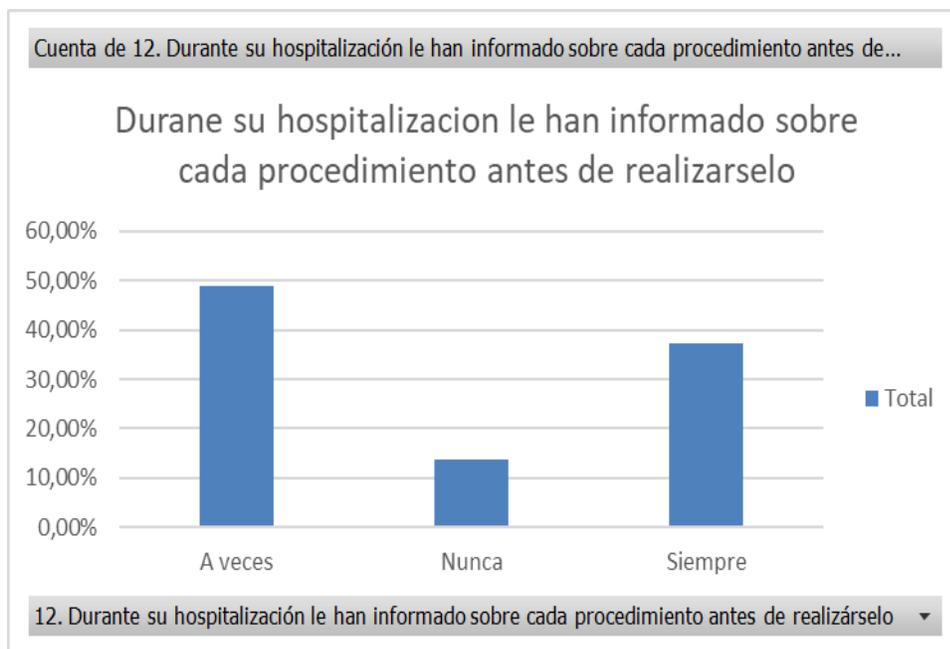
**Tabla 11**

*Durante su hospitalización le han informado sobre cada procedimiento antes de realizárselo*

A veces	49,02%
Nunca	13,73%
Siempre	37,25%
Total General	100,00%

*Nota:* Fuente primaria encuesta

**Grafico 11**



Fuente Primaria: encuesta

### **Análisis de la tabla 9, tabla 10 y tabla 11**

En la tabla 9 se observa que las gestantes primerizas fueron informadas medianamente adecuada sobre las intervenciones con un 37,25% pertenecen al grupo de universitarias con un 17,65%, las que recibieron información adecuada sobre las intervenciones son un 33,33% pertenecientes al grupo de universitarias 19,61% y por último las de inadecuada información son un 29,41% pertenecientes al grupo de educación primaria con un 1,96%.

Uno de los datos que contribuyó a este resultado, fue que, al momento de consultar, como representa el grafico 10 sobre quien considera usted que es protagonista del parto, un 49,02% respondió la mujer, un 47,06% respondió ambos. Solo un 3,92% de las gestantes primerizas respondieron el equipo de salud.

En la tabla 11 se evidencia que un 49,02% de las gestantes primerizas respondieron que durante su hospitalización a veces le han informado sobre cada procedimiento antes de realizárselo. Mientras que un 37,25% respondió siempre y un 13,73% nunca le han informado.

## Discusión

Este trabajo tuvo como objetivo general identificar el nivel de información que poseen las gestantes primerizas en relación del parto humanizado, en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el periodo de Mayo /Junio 2021.

El primer objetivo específico consistió en indagar la percepción que tienen las gestantes primerizas sobre violencia obstétrica, obteniendo como resultado que un 67% percibió un nivel medio de violencia, luego un 25,49% percibió un nivel alto y por ultimo un 11,76% percibió un nivel bajo de violencia.

**“...El 69% de las entrevistadas reportaron alguna forma de violencia obstétrica. La violencia institucional se registró en la mayoría de los relatos y estuvo asociada a políticas institucionales que no satisfacen las expectativas de las gestantes en el proceso de parto e inconformidad con la atención en salud recibida durante el trabajo de parto; la violencia psicológica, fue percibida como falta de información y de autonomía en la toma de decisiones en el proceso de atención, malos tratos e impedimento a las gestantes para expresar sus sentimientos y emociones. Por todo lo antes mencionado es que llegaron a la conclusión que la mayoría de mujeres desconocen sus derechos y/o naturalizan los actos de violencia obstétrica”** (Jojoa Tobar et al. 2019)

En el segundo objetivo específico de este trabajo busco averiguar la información respecto a la posibilidad de la participación de un familiar durante el parto, obteniendo como resultado que un 60,78% de las gestantes primerizas si tenía conocimiento, el 29,41% no tenía conocimiento y un 9,80% no lo tenía en claro.

**El acompañamiento de la madre durante el parto reduce la ansiedad, el tiempo de trabajo de parto, el dolor, la analgesia e instrumentalización del parto incluyendo cesáreas. Aumenta la confianza y mejora el nivel de satisfacción con la experiencia. En Chile, el 40% de las mujeres es acompañada durante el parto. (...). Solo algunas mujeres tienen acceso al acompañamiento pese a que es un derecho legal. El incumplimiento de este podría relacionarse con falta de información y voluntad de los profesionales de salud e infraestructura de los hospitales. Es necesario implementar estrategias que aseguren el cumplimiento del derecho, para que todas las mujeres tengan la posibilidad de vivir los beneficios descritos y tengan una experiencia grata y feliz. (Jojoa Tobar et al. 2019)**

Como tercer objetivo específico se trató de identificar la información que le suministro el equipo de salud sobre el parto humanizado, en donde se destaca que un 66,67% de las gestantes primerizas no recibieron nada de información, mientras que un 29,41% recibió poca información y solo un 3,92% recibió mucha información.

Como cito (Silvestri, 2016). **“El parto humanizado no sólo supone respetar los derechos de la mujer, sino que también conlleva de la delicadeza y empatía de la dotación profesional para interpretar y dar respuesta a las necesidades y miedos de cada mujer”.**

En el cuarto y último objetivo específico averiguar la información que poseen las gestantes primerizas sobre sus derechos en el parto, en donde se destaca que un 49,02% de las gestantes primerizas respondió que la protagonista del parto es la mujer, un 47% ambos haciendo referencia al equipo de salud y mujer y solo un 3,92% respondió el equipo de salud.

En relación si fueron informada sobre cada procedimiento antes de realizárselos un 49,02% respondió a veces, seguido de un 37,25% respondiendo siempre y por ultimo a un 13,73% nunca le se lo han informado.

**“...Se ha llamado “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre donde, como y con quien parir, en este momento tan importante de su historia”** (Almaguer González et al. 2012)

## **Conclusión**

Luego del análisis de datos, podemos concluir que la información que poseen las gestantes primerizas en relación del parto humanizado, en un Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el periodo de Mayo /Junio 2021 en general medianamente correcta.

Se estableció que el nivel de educación es un factor determinante en cuanto a la información sobre parto humanizado, ya que ellas, con mayor conocimiento e instrucción, fueron las más destacadas en cuanto a la percepción de violencia.

Se observó que la información respecto a la posibilidad de la participación de un familiar durante el parto, es buena en líneas generales.

Acerca de la información que le suministro el Equipo de Salud sobre Parto Humanizado, en su mayoría recibieron nada de información, ya que una pequeña parte recibió información.

En cuanto a averiguar la información que poseen las gestantes primerizas sobre sus derechos en el parto, la mayoría de las encuestadas no tiene la información suficiente.

Se concluyó que las falencias destacadas de este trabajo de investigación son relevantes para desterrar este tipo de violencia, por lo cual es fundamental asegurar el conocimiento de las gestantes primerizas sobre sus derechos durante el parto.

## **Recomendaciones**

- Crear publicidad en los Centros de Salud, posters y caratulas informativas sobre Parto Humanizado.
- Supervisar que el Personal de Salud brinde información completa sobre el Parto Humanizado.

- Sancionar al Personal de Salud que no respete la Ley 25.929.
- Incorporar charlas informativas durante el control prenatal.
- Incentivar a que las gestantes primerizas se informen, mediante páginas webs: OMS, OPS.
- Incorporar en el consentimiento informado un ítem que hable sobre parto humanizado.
- Adjuntar a la historia clínica una grilla evaluativa, en donde las gestantes primerizas corroboren sus conocimientos e información suministrada, sobre sus derechos.
- Realizar encuestas estadísticas anuales a las gestantes primerizas luego del parto, con el objetivo de identificar falencias, para poder trabajar sobre estas.
- Evaluar al Personal de Salud sobre el conocimiento de la Ley 25.929.

## Bibliografía

### Referencias

(s.f.).

Alligood, R. A., & Tomey, A. M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España : Elsevier.

Almaguer González, J., García Ramírez, H., & Vargas Vite, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Genero y Salud en cifras*, 11(2/3), 44-59.

Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Domínguez, R., & Sixto Perez, A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(3) .

Casas Anguitaa, J., Repullo Labrador, J., & Donado CampoS, J. ( 2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Aten Primaria*, 31(8), 527-538.

Del Pilar Velal, G. (2015). *Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015 ( Tesis de Licenciatura)*. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS , Perú.

Freyermuth G., S. P. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. Mexico: CIESAS.

Instituto nacional contra la discriminación, la xenofobia y el racismo. (2020). *Informe sobre parto respetado*. Obtenido de Instituto nacional contra la discriminación, la xenofobia y el racismo:

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe\\_sobre\\_parto\\_respetado\\_4.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_sobre_parto_respetado_4.pdf)

Jojoa Tobar, E., Chuchumbe-Sánchez, Y., Ledesma-Rengifo, J., Muñoz-Mosquera, M., Paja Campo, A., & Suárez-Bravo, J. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud* vol. 51(2), 134-146. doi: 10.18273/revsal.v51n2-2019006.

LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES N° 26.485. (01 de Abril de 2009). Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Argentina.

Ley N° 25.929 Parto Humanizado. (21 de Septiembre de 2004). Ley N° 25.929 Parto Humanizado. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Montesinos-Segura, R., & Taype-Rondán, A. (2015). ¿QUÉ SABEMOS SOBRE LA FALTA DE RESPETO Y MALTRATO DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL PERÚ? *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 32(3), 608-610.

Organización Mundial de la Salud. (1985).

<https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/oms/Recomendaciones%20OMS%20Fortaleza.pdf>. Recuperado el 14 de Octubre de 2020, de <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/oms/Recomendaciones%20OMS%20Fortaleza.pdf>

Organizacion Mundial de la Salud. (1985). *Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento*. Fortaleza, Brasil: Lancet.

Organizacion Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf;jsessionid=4A795B9CEB275A3DCDD51EA5721E8EC1?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=4A795B9CEB275A3DCDD51EA5721E8EC1?sequence=1)

Real Academia Española. (2019). *Persepcion*. En Diccionario de la Lengua Española (edicion de tricentenario).

Silvestri, S. (2016). *Descripción de la percepción de las puérperas sobre la atención y calidad del parto humanizado en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner durante el periodo de noviembre- diciembre de 2016 ( Tesis de maestria)*. Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

UNICEF. (2015). *¿Qué son los derechos humanos? Los derechos humanos nos pertenecen por igual a todos y cada uno de nosotros*. Obtenido de <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/que-son-derechos-humanos#:~:text=%20Los%20derechos%20humanos%20nos%20pertenecen%20por%20igual,Interdependencia%20e%20interrelaci%C3%B3n.%20El%20cumplimiento%20de...%20More%20>

Vallana- Sala, V. (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev Cienc Salud, 17(especial)*, 128-144. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125.

Verdecia Rosés, R., & Díaz García, I. (2005). Repercusión perinatólogica del trabajo de parto con apoyo familiar. *MEDISAN*, 9(2). Cuba.

VV, V. S. (2018). “*Es rico hacerlos, pero no tenerlos*”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. Colombia: Rev Cienc Salud.

Wallece, L., & Loreto, L. (2020). El derecho de acompañamiento durante el parto. *Horizonte de enfermería*, 20(2), 45-51, doi: [org/10.7764/Horiz\\_Enferm.20.2](https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.20.2).

## **Anexos**

### **Instrumento de recolección de datos**

**CUAL ES LA INFORMACION QUE POSEEN LAS GESTANTES PRIMERIZAS EN RELACION DEL PARTO HUMANIZADO, EN UN HOSPITAL DE LA CUIDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, EN EL PERIODO DE MAYO/JUNIO 2021.**

**Instrucciones:** Me dirijo a usted para solicitarle su participación en el presente trabajo de investigación. La misma es de carácter anónimo y su finalidad académica, la cual será utilizada para culminar con mi carrera de grado y obtener el título de Licenciada en enfermería.

Agradecería su sinceridad y veracidad en los datos brindados.

### **Marque con una x la opción correcta**

#### **1. Indique su edad:**

- a- 15 a 20
- b- 21 a 25
- c- 26 a 30
- d- 31 a 35
- e- 36 o mas

#### **2. Indique su nivel de educación:**

- a- Primario
- b- Secundario
- c- Terciario

**d- Universitario**

**3. Indique su estado civil:**

**a- Soltera**

**b- Casada**

**c- Concubinato**

**4. Indique su ocupación:**

**a- Ama de casa**

**b- Trabajo en relación de dependencia**

**c- Trabajo independiente**

**5. Percibió algún tipo de violencia por parte del equipo de salud durante el parto**

**a- Si**

**b- Poco**

**c- Nada**

**6. Cual**

**a- Maltrato físico**

**b- Verbal**

**c- Ambas**

**7. Se le permitió estar acompañada durante el parto**

- a- Si**
- b- No**
- c- No quise estar acompañada**

**8. Estaba informada de que podía estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el parto**

- a- Si tenía conocimiento**
- b- No estaba informada**
- c- No lo tenía en claro**

**9. Algún profesional del equipo de salud le informo sobre su derecho a estar acompañada durante el parto**

- a- Si**
- b- No**

**10. Recibió por parte del equipo de salud información sobre el parto humanizado**

- a- Mucha**
- b- Poco**
- c- Ninguna**

**11. Quien considera usted que es protagonista del parto**

- a- La mujer**
- b- Equipo de salud**

- c- Ambos**
- d- Ninguno**

**12. Durante su hospitalización le han informado sobre cada procedimiento antes de realizárselo**

- a- Siempre**
- b- A veces**
- c- Nunca**

**13. Conocía la existe de la Ley 25.929 que habla sobre los derechos del parto**

- a- Sí tengo poco conocimiento**
- b- Tengo poco conocimiento**
- c- No tengo nada de conocimiento**

**14. Como la conoció**

- a- Por internet**
- b- Publicidad**
- c- Familiar**
- d- Equipo de salud**
- e- Nada**

**15. Fue informada sobre las distintas intervenciones como el tacto y la utilización de anestesia de manera de poder optar libremente cuando existiere diferentes**

**alternativas**

**a- Siempre**

**b- A veces**

**c- Nunca**

## PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS

<b>5. Percibió algún tipo de violencia por parte del equipo de salud durante el parto</b>	
a- Si	1
b- Poco	2
c- Nada	3

<b>6. Cual</b>	
a- Maltrato físico	2
b- Verbal	3
c- Ambas	1

<b>7. Se le permitió estar acompañada durante el parto</b>	
a- Si	3
b- No	1
c- No quise estar acompañada	2

<b>8. Estaba informada de que podía estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el parto</b>	
--	--

a- Si tenía conocimiento	3
b- No estaba informada	1
c- No lo tenía en claro	2

<b>9. Algún profesional del equipo de Salud le informo sobre su derecho a estar acompañada durante el parto</b>	
a- Si	3
b- No	1

<b>10. Recibió por parte del equipo de salud información sobre el parto humanizado</b>	
a- Mucha	3
b- Poco	2
c- Nada	1

<b>11. Quién considera usted que es protagonista del parto</b>	
a- La mujer	3
b- Equipo de salud	1
c- Ambos	2
d- Ninguno	1

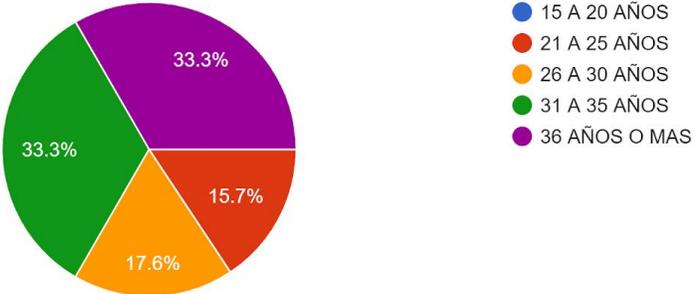
<b>12. Durante su hospitalización le han informado sobre cada procedimiento antes de realizárselo</b>	
a- Siempre	3
b- A veces	2
c- Nunca	1

<b>13. Conocía la existe de la Ley 25.929 que habla sobre los derechos del parto</b>	
a- Si tengo poco conocimiento	3
b- Tengo poco conocimiento	2
c- No tengo nada de conocimiento	1

<b>14. Como la conoció</b>	
a- Por internet	3
b- Publicidad	3
c- Familiar	2
d- Equipo de Salud	3
e- Nada	1

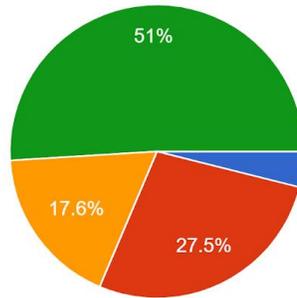
<b>15. Fue informada sobre las distintas intervenciones como el tacto y la utilización de anestesia de manera de poder optar libremente cuando existiere diferentes alternativas</b>	
a- Siempre	3
b- A veces	2
c- Nunca	1

1. Indique su edad:  
51&nbsp;respuestas



## 2. Indique su nivel de educación

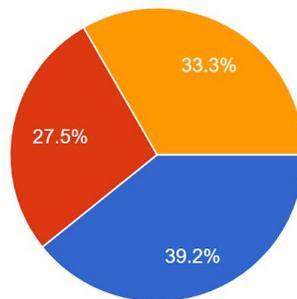
51 respuestas



- Primario
- Secundario
- Terciario
- Universitario

## 3. Indique su estado civil

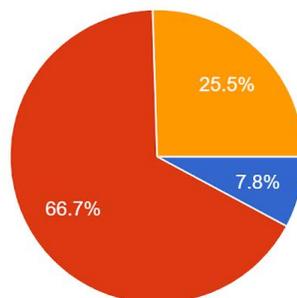
51 respuestas



- Soltera
- Casada
- Concubinato

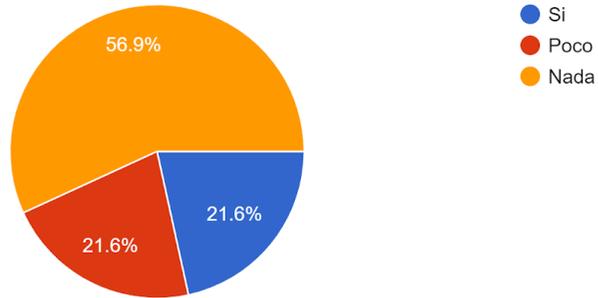
## 4. Indique su ocupación

51 respuestas

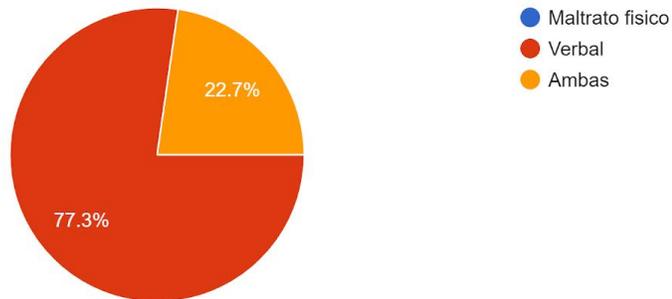


- Ama de casa
- Trabajo en relación de dependencia
- Trabajo independiente

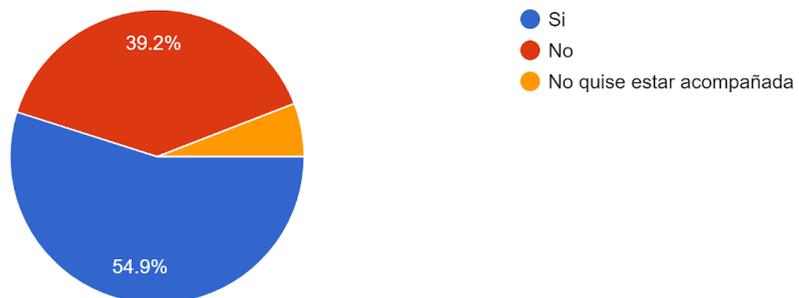
5. Percibió algún tipo de violencia por parte del equipo de salud durante el parto  
51 respuestas



6. Cual?  
22 respuestas

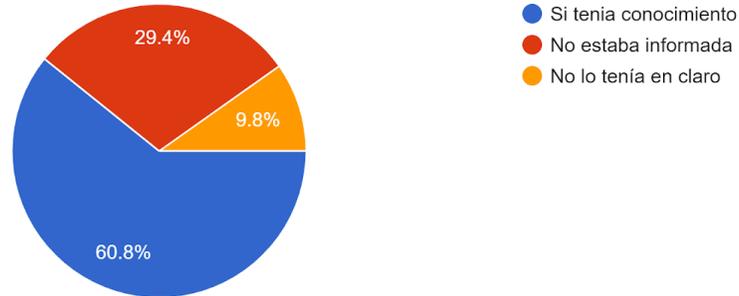


7. Se le permitió estar acompañada durante el parto  
51 respuestas



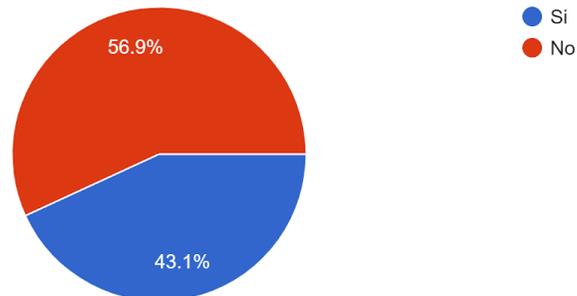
8. Estaba informada de que podía estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el parto

51 respuestas



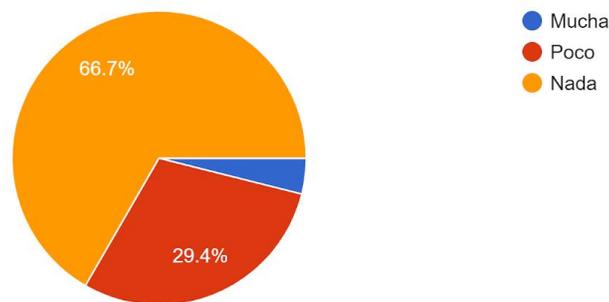
9. Algún profesional del equipo de salud le informo sobre su derecho a estar acompañada durante el parto

51 respuestas



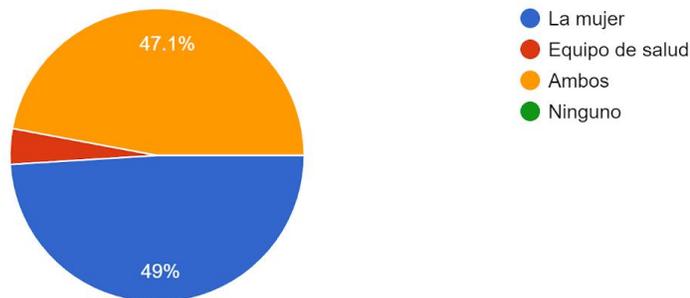
10. Recibió por parte del equipo de salud información sobre el parto humanizado

51 respuestas



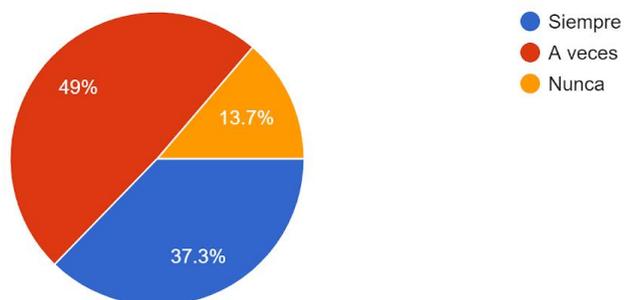
11. Quien considera usted que es protagonista del parto

51 respuestas



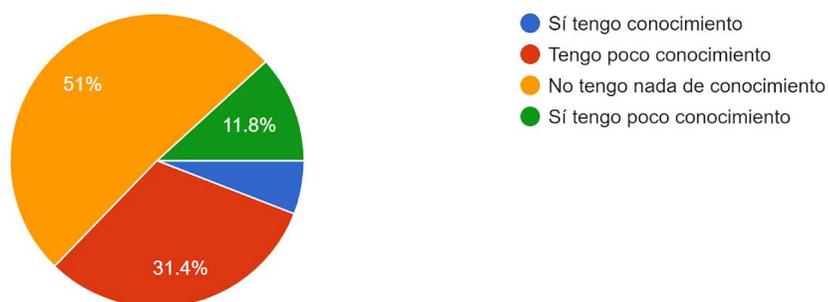
12. Durante su hospitalización le han informado sobre cada procedimiento antes de realizárselo

51 respuestas



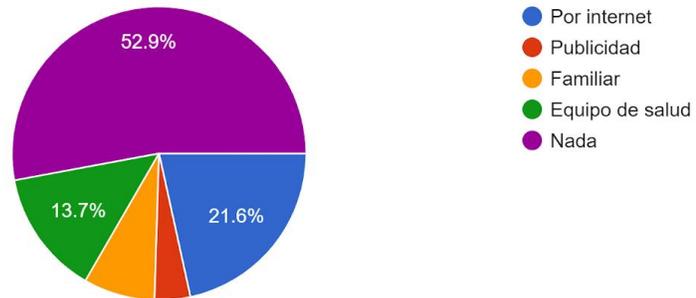
13. Conocía la existe de la Ley 25.929 que habla sobre los derechos del parto

51 respuestas



#### 14. Como la conoció

51  respuestas



#### 15. Fue informada sobre las distintas intervenciones como el tacto y la utilización de anestesia de manera de poder optar libremente cuando existiere diferentes alternativas

51  respuestas

