

TECNOLOGÍA APROPIADA EN OBSTETRICIA

DEFINICIÓN Y EVALUACIÓN DESDE LAS PERSPECTIVAS DE LA POBLACIÓN Y DEL PERSONAL DE SALUD*

Graciela Irma Climent**

CLIMENT, G. I. Tecnología apropiada en obstetricia: definición y evaluación desde las perspectivas de la población y del personal de salud. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 21:413-26, 1987.

RESUMEN: Se parte de la hipótesis de que para lograr satisfacer las necesidades de salud de la población, es preciso, entre otras cosas, que los servicios de salud utilicen tecnologías apropiadas. El problema que surge es el de definir lo que se considera "adecuado" y quiénes lo definen. Para ello se ha efectuado una investigación que permite detectar y analizar comparativamente la definición que, desde las perspectivas de la población y de los profesionales, se hace de la tecnología apropiada en obstetricia, como así también la tecnología utilizada en los distintos sectores de atención (público, de obras sociales y privado). Se presentan algunos datos referidos a dos aspectos de la atención: Utilización de técnicas y procedimientos biomédicos (pujar, jadear, episiotomía, anestesia, etc.) y consideración de las relaciones interpersonales en el proceso de atención (continuidad de la atención, rol del padre, favorecimiento del vínculo madre-hijo, etc.). Se observa que se utilizan modalidades de atención diferenciales según sectores de atención: son más tecnologizadas y medicalizadas en el sector privado. A la vez en éste se consideran más las relaciones interpersonales que favorecen la atención. Además, las opiniones de los profesionales, en cuanto a lo que consideran adecuado, concuerdan más con las de las madres de dicho sector, siendo sus necesidades satisfechas en mayor medida que las de las demás. Resulta así que las necesidades de las mayorías — las que se atienden en servicios privados y de obras sociales — son cubiertas en menor medida, no qual se opone a un enfoque de riesgo que vuelca sus recursos en los grupos considerados vulnerables.

DESCRIPTORES: Tecnología apropiada. Evaluación de la tecnología biomédica. Obstetricia. Atención de la salud. Salud maternoinfantil. Riesgo.

INTRODUCCION

El objetivo central del sector salud es, obviamente, la satisfacción de las necesidades de salud de la población, pero con poco que uno observe la realidad surge que ese objetivo está lejos de alcanzarse conspirando contra la meta que postula la Organización Mundial de la Salud: "Salud para todos en el año 2000" que se expone en el Plan de Acción para la instrumentación de las Estrategias Regionales¹⁵.

Tomando como marco de referencia a dicho plan se considera que la Estrategia de Atención Primaria de la Salud resulta la más adecuada para lograr la extensión de cobertura de los servicios de salud a toda la comunidad,

satisfaciendo sus necesidades de salud más frecuentes.

Para ello es necesario identificar dichas necesidades que variarán según los distintos grupos sociales así como también las acciones o conductas en relación con la salud que más frecuentemente llevan a cabo los miembros de la comunidad. Por lo tanto es de relevancia el conocimiento de estos aspectos ya que se parte de la concepción de que la comunidad desempeña un rol central y protagónico en el proceso tendiente a lograr la meta Salud para todos en el año 2000 y no es sólo un recurso "potencialmente" utilizable. Por lo tanto su participación activa es fundamental para el logro de dicha meta²³.

* Presentado en el 1º Congreso Nacional de AGORA y VI Jornadas de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, realizado en Buenos Aires, Argentina, Julio 1986.

** Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Av. Rivadavia 1917, 1033 Buenos Aires, Argentina.

Pero además es preciso evaluar, seleccionar y utilizar tecnologías que den respuesta a dichas necesidades y que se presenten, entonces, como "tecnologías apropiadas".

Para hacer un aporte en la resolución de ese problema es que se realizó una investigación sobre Tecnologías Apropriadas en Obstetricia cuyo marco teórico, metodología y resultados se sintetiza en este trabajo.

Se entiende por tecnología, las diversas maneras de actuar sobre la realidad para transformarla, logrando satisfacer necesidades. Al observar las tecnologías aplicadas por las organizaciones para el desarrollo de sus actividades tendientes al cumplimiento de sus objetivos se detectan las *básicas*, cuya presencia constituye la actividad fundamental de la organización, y las tecnologías de *apoyo*, que condicionan la actividad fundamental de la organización y que sólo existen en función de las básicas, a las que necesariamente deben adaptarse.

En el sector salud las tecnologías básicas son aquellas que se usan para atender las necesidades de las personas y los problemas del medio, y convencionalmente pueden llamarse *tecnologías de servicios de salud**. Muchas de estas tecnologías están incorporadas y se aplican por medio de aparatos o equipos y otros elementos materiales como medicamentos, mientras que otras no los requieren. Estas tecnologías incluyen, tanto las técnicas y procedimientos biomédicos como los modos de relación del equipo de salud-paciente, que hacen referencia al grado de comunicación establecido y a las bases psicosociales de la misma.

Teniendo como objetivo la extensión de la cobertura de servicios de salud, mediante la estrategia de atención primaria y participación de la comunidad, las *tecnologías de salud apropiadas* deberán reunir por lo menos, las siguientes características:^{3,7,11,21,24}

- satisfacer necesidades de salud reales, presentes y futuras de las mayorías, dando soluciones efectivas a los problemas que se plantean;
- asegurar la participación de la comunidad en el proceso de su elección, desarrollo, aplicación y evaluación;

- poner énfasis en los aspectos preventivo y promocional de la salud;
- favorecer su empleo con sentido humano, creador y transformador;
- articular los recursos del sistema tradicional comunitario con los propios del sistema institucional;
- adecuarse a las condiciones socioculturales, económicas y ecológicas de cada realidad concreta;
- plantear caminos alternativos para lograr la satisfacción de las necesidades de salud;
- facilitar el acceso a la salud de toda la sociedad;
- ser eficaces, eficientes, viables, seguras y evaluables;
- ser aceptables para la comunidad.

Esta última característica es imprescindible para garantizar la accesibilidad a la atención de la salud —expresado en la utilización de los servicios— y la cobertura de las necesidades en salud.

Pueden detectarse dos tipos de necesidades en relación a la salud: 1) resolver una contingencia o problema de salud —curarse, prevenir, controlar la salud, recibir información y orientación y 2) recibir una atención humanizada —propia del ser humano, no animal o cosa— y una atención personalizada —propia de cada individuo—. Implica comprender que la salud y la enfermedad se dan en un hombre que pertenece a determinada cultura e integrado a distintos grupos y medio.

Sólo cuando la población logre satisfacer estas dos necesidades podrá decirse que sus necesidades en relación a la salud están cubiertas o satisfechas.**

El *objetivo* general de la presente investigación es detectar cómo la población y el personal de salud, desde sus respectivas *perspectivas*, definen cuál es la tecnología apropiada en Obstetricia y evalúan la tecnología utilizada.

MATERIAL Y METODOS

De las tecnologías mencionadas, en este trabajo se enfatizan, dentro de las de servicios

* Dentro de las tecnologías de apoyo pueden individualizarse las administrativas y las de capacitación. Aunque este trabajo se trate primordialmente de las tecnologías básicas, un análisis completo no puede obviar a las restantes, que condicionan a las primeras.

** Climent, G. y Mendez Diz, A. *Accesibilidad cultural: Satisfacción de las necesidades del paciente en la relación medico-paciente*. Trabajo presentado al Primer Congreso Argentino de Medicina Familiar. Buenos Aires, Sept. 1985 — Datos inéditos.

de salud, algunos aspectos referidos a los procedimientos y técnicas biomédicas y otros a las relaciones interpersonales establecidas en el proceso de atención.

Por razones operativas se abordó el tema en el estudio de una *área temática* específica: Obstetricia, pero con la finalidad principal de desarrollar una metodología que pudiera ser aplicada a otras áreas.

Este estudio se focaliza en la atención del embarazo y parto en una *área geográfica*: la Urbano-Industrial, donde se concentra la mayor parte de la población.

Por último se focaliza en el *sector Formal de atención de la salud* — el institucional — dado que casi la totalidad de los partos son institucionales.

Dentro de la primer perspectiva del objetivo se consideró a las mujeres que hubieran pasado por la experiencia de parto. Dentro de la perspectiva del personal de salud se consideró sólo a los obstetras y obstétricas.

Se procedió a la selección de las variables y indicadores tomando como base bibliografía, investigaciones previas, revisión de historias clínicas, consultas a profesionales y entrevistas a la población, considerados estos dos últimos como informantes claves. En base a esa metodología se definió lo que se considera Tecnologías Apropriadas en Obstetricia.

1 — Definición de Tecnologías Apropriadas en Obstetricia

La tecnología apropiada en la atención del embarazo y parto se basa en la síntesis entre el respeto a la naturaleza y la aplicación de

los conocimientos científicos. Permite el control del proceso sin interferir en su fisiología ni en las relaciones del grupo familiar. Sus principales características responden a las tecnologías apropiadas en salud y son:

- consideración del proceso de embarazo, parto y puerperio como un proceso fisiopsicológico normal;
- ubicación de la madre, hijo y grupo familiar en el centro del proceso de atención;
- promoción del vínculo temprano padres-hijos;
- educación y participación activa y responsable de ambos padres;
- promoción de un vínculo satisfactorio Equipo-Paciente;
- libertad en la elección de posiciones cómodas y naturales para la madre durante el pre-parto y parto;
- libertad en la elección de técnicas alternativas;
- no realización ni aplicación rutinaria de maniobras y medicamentos;
- utilización de criterios preventivos.

La aplicación de una tecnología con estas características permite que luego de un embarazo normal se produzca un parto también normal, y en especial, natural. Implica también un parto "humanizado" y "personalizado", es decir adecuado a las características del ser humano —no cosa, no animal— y a la individualidad propia de cada persona^{1,2,4,6,8-10,13,14,16-20,22,25,26,27}.

Comparación entre modalidades de atención del embarazo y el parto según tecnologías

Aspectos	Tecnologías no apropiadas	Tecnologías apropiadas
Concepción del paciente	Ser fragmentado	Unidad biopsíquicasocial
Concepción del embarazo y el parto	Enfermedad	Proceso fisiopsicológico normal
Concepción de la embarazada/parturienta	Mujer enferma	Mujer sana
Embarazada/parturienta/madre	Rol pasivo Aislada del grupo familiar Delega responsabilidad en el profesional No informada ni educada	Rol activo Integrada y acompañada por el grupo familiar Comparte la responsabilidad con el profesional Informada y educada
Padre/marido	Rol pasivo Ausente durante el pre-parto y el parto Excluído del proceso embarazo-parto	Rol activo Presente durante el pre-parto y parto según voluntad Participa del proceso embarazo-parto

Aspectos	Tecnologías no apropiadas	Tecnologías apropiadas
Médico/profesionales	Dirigen	Ayudan, guían
Criterio de atención	Reparador, curativo Enfasis en el síntoma	Preventivo Enfasis en el significado del síntoma
Responsabilidad	Delegada en los profesionales	Compartida entre padres y profesionales
Toma de decisiones	Profesionales	Compartida
Posibilidad de elegir entre técnicas alternativas	Sólo por parte de los profesionales	También por parte de los pacientes
Trabajo en equipo interdisciplinario	No se conoce a los profesionales previamente al parto	Se conocen a todos los profesionales previamente al parto
Rol central	Médico	Madre/hijo
Control periódico pre y post natal	Efectuado por distintos médicos Aspectos no relevantes; incompleto Solicitud de estudios en exceso o en defecto Frecuencia excesiva o escasa	Efectuado siempre por el mismo médico Todos los aspectos relevantes; completo Solicitud de estudios necesarios Frecuencia necesaria
Relación Médico-Paciente, Equipo-Paciente	Insatisfactoria Centrada sólo en aspectos técnico-médicos y en necesidades biológicas	Satisfactoria Se crea también un vínculo emocional y se consideran necesidades psicológicas y sociales
Anestesia y control del dolor	Aplicada rutinariamente	Aplicada según necesidad y requerimiento de la paciente
Rotura de membranas	Artificialmente, si no se da espontáneamente	Espontáneamente
Rasurado y enema	Considerados necesarios	Considerados innecesarios
Episiotomía	Efectuada rutinariamente	Efectuada según necesidad
Oxitócicos	Aplicados rutinariamente para acelerar el parto	Sólo en caso de necesidad
Medicación	Administrada en exceso y rutinariamente	Según necesidad
Pujos	Exigidos	Espontáneos
Jadeos	Exigidos	Según voluntad de la paciente
Posición durante el pre-parto y parto	Impuesta según criterio médico	Elegida por la paciente según comodidad
Curso psicoprofiláctico	Informativo Sólo preparación física y/o aspectos parciales del proceso embarazo-parto-puerperio No se realiza o no se le concede importancia Objetivo: lograr obediencia de la paciente	Formativo-Integral Preparación psicofísica sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales del emb. parto y puerperio Se realiza/se le concede importancia Objetivo: lograr participación activa de la paciente
Sala de partos	Desconocida para la paciente Existen factores que interfieren en las relaciones interpersonales y en el proceso del parto (ruidos, excesiva luz, temperatura inadecuada, disposición espacial, normas) Contexto de violencia	Conocida por la paciente Facilita las relaciones interpersonales y el proceso del parto Contexto de no violencia
Primer contacto con el hijo	Sólo después de ser revisado por el médico, a veces hasta varias horas después del parto	Inmediatamente después del nacimiento
Relación con el hijo	Esporádica, sólo para alimentarlo	Permanente

Esta caracterización o definición, de carácter provisorio, funcionó como modelo hipotético, siendo el objetivo específico de la investigación detectar:

- tipo de tecnologías utilizadas;
- grado de satisfacción de la población con las tecnologías utilizadas;
- definición de tecnologías apropiadas en obstetricia, realizada por población y personal de salud;
- relación entre la tecnología apropiada definida con carácter provisorio y la tecnología apropiada definida por la población y el personal de salud.

2 — Recolección y Procesamiento de los Datos

Perspectiva de la población

Los datos se recolectaron a través de una encuesta en la cual la mayoría de las preguntas constan de dos partes. Una *fáctica*, que recaba información sobre hechos acaecidos o sea las tecnologías utilizadas y otra *normativa* que recaba información sobre lo que se considera adecuado, o sea la definición de la tecnología apropiada. El análisis de los datos tabulados cruzando la información de ambas preguntas permitiendo detectar la satisfacción con las tecnologías utilizadas.

La encuesta fue aplicada a una muestra por cuotas de 163 madres residentes en la Capital Federal y Gran Buenos Aires con hijos menores de 5 años. La determinación de las cuotas de la muestra se realizó según lugar de internación para el parto, definido según vía de financiación (sector público (37%), sector de obras sociales (48%) y sector privado (15%). El lugar de atención resultó tener relación con la clase social*.

Perspectiva del Personal de Salud

Se aplicó una encuesta a una muestra de 104 profesionales que se desempeñan en el área de Obstetricia (37 obstétricas y 67 médicos obstetras) en la que éstos definen lo que consideran adecuado en la atención del embarazo y el parto.

RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En este trabajo se presenta una síntesis de parte de la información relacionada con los siguientes temas: 1) utilización de técnicas y

procedimientos biomédicos durante el trabajo de parto y el parto; 2) consideración de las relaciones interpersonales en el proceso de atención del embarazo y el parto y 3) posibilidad de elegir una modalidad de atención. Los temas restantes se refieren al control del embarazo y del puerperio (control periódico, frecuencia, análisis y estudios) —con énfasis en los criterios de prevención utilizados— posiciones adoptadas durante el trabajo de parto y parto, relaciones con el equipo de salud —y entre los miembros del equipo— traslado hacia y desde la sala de partos y realización del curso psicoprofiláctico.

1 — Utilización de Técnicas y Procedimientos Biomédicos

En la atención del embarazo y del parto suele seguirse los principios de la obstetricia moderna: control de la evolución y asistencia de la madre y el niño con todos los recursos tecnológicos necesarios, supervisión médica, internación en una institución, lográndose en la mayoría de los casos, un parto clínicamente exitoso, es decir, en el cual madre e hijo sobreviven sin mayores problemas.

Pero estos principios se llevan a cabo con distintos matices. En muchos casos se suele recurrir a maniobras, posiciones artificiales de la madre, medicaciones y otras intervenciones. Algunas de éstas resultan necesarias para evitar o corregir complicaciones que se producen en partos patológicos, que, en realidad no sobrepasan el 15% del total de partos. Lamentablemente estas intervenciones se han generalizado y se las emplea también en los partos normales, en los cuales son innecesarias y hasta perjudiciales. Por otra parte aumentan el costo y complejizan la atención. Algunas de estas prácticas son el uso de oxitócicos y anestésicos, la episiotomía, el rasurado y la enema previa al parto, etc.

A continuación se presentan algunos ejemplos de las características que adopta la atención, definiéndose cuál sería la adecuada y dándose un breve fundamento sobre esa definición (para ampliación del tema remitirse a la bibliografía).

Rasurado y enema

Efectuar enemas y rasurados son medidas que, en nombre de la asepsia se aplican en forma rutinaria y generalizada en todos los servicios aunque según muchos autores son

* De las atendidas en el sector público el 45% pertenecían a clase baja y el 40% a media baja, de las que lo fueron el de O.S. el 42% eran de clase media baja y el 40% de clase media. De las atendidas en el sector privado el 52% era de clase media y el 32% de media alta.

innecesarios, tanto desde un punto de vista médico como desde uno psicológico (enemas: 55%; rasurados 85%)*.

Por otra parte son más aceptadas como necesarias por los profesionales (enema: 77%, rasurado: 80%), que por la población aunque también son altos los porcentajes de éste último grupo que las aceptan, en especial al rasurado (70%) que resulta menos molesto y conflictivo que la enema (51%).

Pujos y jadeos exigidos

El pujo y jadeo exigidos son técnicas, que con la incorporación del método de parto sin dolor se comenzaron a utilizar como rutina, basándose en que las contracciones y los pujos afectaban al bebé, por lo cual estos últimos debían controlarse y sincronizarse con las primeras.

Otros autores consideran que ésta es una tecnología inapropiada, ya que los pujos prolongados hacen que la madre esté en apnea prolongada afectando la oxigenación del bebé en forma más marcada que cuando puja de modo espontáneo. Lo adecuado sería que las parturientas realizaran esfuerzos expulsivos cuando sientan deseos e necesidad de pujar, regulando de manera natural la oportunidad, duración, intensidad y números de pujos. Reconocen que a veces, en el momento en que el bebé asoma la cabeza la madre tiene que seguir las indicaciones obstétricas para que su esfuerzo coincida con el trabajo que realiza el bebé.

En cuanto al jadeo los autores lo consideran inconveniente dado que produce fatiga, dificultad para relajarse y para la ventilación pulmonar. Pero lo importante no es si el bebé nació en dos o en diez pujos, con o sin jadeos, sino que la mujer pueda percibir sus necesidades, expresarlas y actuar en consonancia.

Según los datos, se ve que son técnicas utilizadas ampliamente (exigir pujar: 61%; exigir jadear: 47%) y como en el caso anterior son altos los porcentajes de profesionales que consideran que es necesario utilizar estas técnicas en forma exigida (pujo: 80%; jadeo: 69%) y opinan así en mayor proporción que las madres (pujo: 47%; jadeo: 41%). Ha de señalarse que un 22% de las entrevistadas no saben si estas técnicas son necesarias o no.

Episiotomía

En cuanto a la episiotomía, puede decirse que es también una técnica que se generalizó con la difusión del parto sin temor y que tiene sus defensores tanto como sus detractores.

Muchos obstetras consideran que de no realizarse el corte preventivo de los tejidos, que implica la episiotomía, puede producirse desgarros cuya extensión y gravedad es variable. Además, se evita así la ruptura de las miofibrillas de la piel del periné, lo que permite una mejor recuperación del tono muscular. La distensión prolongada de los ligamentos que sostienen a la vejiga, útero y recto, producida por el esfuerzo realizado, conduce en algunos casos, al prolapso.

Explican también que en su pasaje por el canal de parto, el bebé inspira la mucosidad que lo rodea, y si esta etapa se prolonga mucho tiempo le será difícil expulsar esa mucosidad, provocándole trastornos respiratorios. La episiotomía evita al niño la prolongación de un momento que le es sumamente angustiante: el paso por un conducto muy estrecho. También protege la delicada cabeza del niño de posibles traumatismos.

Sin embargo existen otras opiniones de otros profesionales que trabajan con la premisa de no convertir lo natural en patológico. En el momento en que el bebé asoma la cabeza, la madre, sentada, lo ayuda a nacer. La bolsa de aguas intacta, va facilitando la lenta distensión de la vagina. Esta modalidad de trabajo permite que el pasaje del niño se realice gradualmente, controlado por el médico que protege con su mano la zona perineal para que no se produzca el desgarro, y por lo tanto no sea necesario practicar episiotomía. Mencionan además, que los desgarros, si los hay no alcanzan la magnitud de la incisión preventiva; a la vez dos bebés nacen sin signos de sufrimiento. Este procedimiento facilita que la mamá pueda iniciar fluidamente la relación con su hijo y reanudar su vida sexual sin los trastornos que provoca la herida.

Según los datos, los profesionales consideran como necesario esta práctica en mayor medida que la población. Así resulta que el 70% de los mismos considera que la episiotomía es necesaria en "casos de primíparas"—dando como fundamento que es una medida preventiva— y el 22% "en todos los casos".

* Se usan las siguientes abreviaturas: *Púb*: Público; *O.S.*: Obras Sociales; *Priv*: Privado; *M*: Médicos; *O*: Obstétricas.

Cuando no se especifica a que sector corresponden los datos es porque no se encontraron diferencias.

Sólo un 17% opina que debe efectuarse "cuando es necesario".

Por su parte, el 41% de las madres opinan que esta es una práctica necesaria, habiendo un 23% que no puede opinar al respecto.

Esta técnica fue usada en el 54% de los casos, habiendo un 16% en los que se practicó cesáreas y sólo un 30% en los que no se empleó ninguna de esas técnicas, siendo en este último caso, mayor el porcentaje entre las atendidas en el sector público (40%) (O.S: 23%; Priv: 28%). También puede observarse que se la efectúa por igual tanto en caso de primíparas como en el de multíparas, lo que no coincide con lo que los profesionales declaran "necesario".

Anestesia

También son generalizadas las polémicas en torno al uso de las anestésicas y la importancia del tema surge del hecho de que el dolor existe y se le teme, constituyendo un fuerte obstáculo para la evolución normal del parto.

Son varios los medios para controlar el dolor: relajación, sugestión, y diversos medicamentos como ansiolíticos, hipnóticos, analgésicos y anestésicos. El uso alternativo de las distintas opciones tiene que ver tanto con las situaciones concretas que se producen en el curso del trabajo de parto y del parto, como con concepciones subyacentes que favorecen o no el uso de medicamentos. Se asocia también con una actitud de intolerancia ante el dolor, el cual se intenta eliminar aún a costa de efectos secundarios nocivos.

El uso de medicamentos para controlar el dolor viene de dos motivaciones: 1) por pedido de la mujer a causa del dolor, o por el temor al dolor; 2) por indicación médica: en caso de cesáreas, por ejemplo, es indispensable, y en caso de preverse el uso de fórceps es muy útil. También se indica cuando se detecta un cuello duro, tenso y espasmódico y por ende de dilatación lenta y molesta para la mujer. Pero muchas veces se la indica rutinariamente, supuestamente por el "bien de la paciente", aunque en realidad se lo hace para controlar el proceso.

Los tipos de anestesia actualmente más usadas son: *la anestesia local, la anestesia peridural y la anestesia raquídea*, estando la madre consciente en todos los casos.

En escasa medida son usadas las anestésicas totales que implican tanto pérdida de sensibilidad como de conciencia, obligando muchas veces a utilizar fórceps porque la madre no puede realizar esfuerzos expulsivos.

Todos estos medicamentos son utilizados rutinariamente por muchos profesionales y su uso es normatizado por las organizaciones de salud. Sin embargo, la necesidad de su utilización es discutida por otros grupos profesionales, quienes afirman que las madres preparadas por un adecuado curso psicoprofiláctico no solicitan medicación analgésica, ansiolítica ni anestésica. El apoyo afectivo del marido u otro familiar y del personal, obran en el mismo sentido, junto a la libertad para elegir la posición más cómoda y cambiarla a voluntad.

Según los datos del estudio el uso de la anestesia es generalizado —75% de los casos— en especial en el sector privado en el que alcanza al 96% de los casos (en el público es usada en una proporción mucho menor, 63%). La anestesia local es la más utilizada (44%), siendo la peridural la utilizada en segundo lugar (25%). Por otra parte las dos terceras partes de las entrevistadas consideran que es necesario algún tipo de anestesia, pero como en casos anteriores hay un 23% que no opina.

Por su parte los profesionales —que opinaron sólo respecto a la anestesia peridural— sostienen que esta debe suministrarse "cuando la madre lo solicita" en un 47% de los casos, en "todos los casos" en un 30% y "en otras ocasiones" en un 45%, que se refieren a casos con problemas o complicaciones. Hay un 11% que opina que no debe suministrarse nunca.

Además el 68% opina que se trabaja mejor cuando la madre está consciente sin anestesiarse o con anestesia local y mientras que el 23% considera que se trabaja mejor con pacientes anestesiadas con peridural, mencionándose, en la mayoría de los casos, que así "la paciente colabora mejor con el médico" y "no molesta".

Como síntesis de este capítulo puede decirse que como pauta general en relación al uso de todas estas técnicas —enema, rasurado, exigir jadear, exigir pujar, episiotomía y anestesia— se observa que la población acepta como necesarias, y por ende como adecuadas, su empleo tal como se hizo en su caso. O sea que, si por ejemplo, le efectuaron episiotomía, considera que esto es lo adecuado, y si no se la efectuaron también opinan así.

Luego resulta que el 67% está satisfecha respecto a la enema, el 74% respecto al rasurado, el 60% en relación al jadeo, el 62% en relación al pujo, el 57% con la episiotomía, y el 58% con la anestesia. En todos los casos es mayor el porcentaje de las que están satisfechas porque se usaron esas técnicas que las que lo están porque no se las hayan usado,

aunque hay entre un 22 ó 23% de los casos que no saben si su uso es adecuado excepto respecto a la enema y al rasurado en el que el porcentaje desciende a 10%.

No hay mayores diferencias en relación a la satisfacción de las madres según sector de atención, salvo en cuanto al uso de anestésicos: las madres del sector público están más insatisfechas por el no uso de anestésicos.

Por último, respecto a estas técnicas hemos de mencionar que parece elevado que en una muestra en la que el 81% de los partos fueron normales, se hayan usado las siguientes técnicas en la siguiente proporción: enemas 55%; rasurado 85%; exigir pujar 61%; exigir jaldar 47%; episiotomía 54%; anestesia 75%.

Estos datos estarían hablando de la tecnologización y medicalización del proceso de embarazo y parto, que deriva de su previa patologización.

2 — Relaciones Interpersonales

El proceso de embarazo y parto, como hecho social, implica una serie de relaciones interpersonales a través de las cuales se establecen vínculos, es decir modos de relacionarse que resultan más o menos adecuados para satisfacer las necesidades de los participantes.

Es entre la madre, el padre, el hijo, los distintos profesionales del equipo de salud y otras personas significativas que se establecen esas relaciones y esos vínculos y puede decirse que la calidad de las primeras se relacionan con la calidad de los segundos.

Cuando se establece un vínculo, cada integrante de la relación tiene una representación interna del otro: sabe cuáles son sus necesidades y sus expectativas. Implica un reconocimiento de sí mismo y del otro como diferenciado de sí mismo, a la vez que relacionado con él. Así, cuando se crea un vínculo se crea también un compromiso con la tarea en común, que en este caso es la atención del embarazo y parto.

Por lo tanto puede entenderse como vínculo adecuado a aquél que resulta satisfactorio para los participantes, en el sentido de que satisfacen sus necesidades.

En este caso estas necesidades se refieren a aspectos tales como: control del desarrollo del feto y de la salud de la madre, control de la evolución del trabajo del puerperio, atención del parto, alivio de malestares y dolores. Pero también hay necesidad de saber qué es lo que pasa y lo que pasará, de aclarar dudas

y disminuir temores, de confiar en que serán respetados como personas, con sus actitudes, valores, temores, costumbres, creencias, etc. Y esto puede darse si hay continuidad en la interacción entre los distintos participantes del proceso: futuros padres, profesionales, y cuando llega, el hijo.

Fundamental es que cada uno asuma un rol activo, que implica la asunción de un compromiso y de la responsabilidad que les cabe a cada uno con las diferencias inherentes a cada rol. A los profesionales les corresponde informar sobre lo que sucede, orientar sobre las alternativas posibles, aclarar sobre la evolución esperada. A los futuros padres les corresponde informar sobre sus dolencias, sus dudas, sus expectativas, seguir las indicaciones que se habrán discutido previamente con los profesionales, con la creencia en que cuando proceden así lo hacen porque eso es lo más adecuado para sí mismos y no por una obediencia ciega a alguien que se considera "que sabe".

El "saber" en esta concepción, es una construcción que surge de la interacción y no de la propiedad de unos —los profesionales— y de la carencia de otros —los llamados "pacientes"—. Cada uno aporta un "saber" distinto. La futura madre es la que por su experiencia sabe qué es lo que siente y cómo lo vive. Los profesionales aportan conocimientos científicos, teóricos y los derivados de su práctica profesional. Cada cual es un "experto" desde su propia perspectiva.

Pero para esa participación activa es condición esencial la preparación de los futuros padres y, obviamente, la del equipo de salud, preparación que permita la aceptación crítica de determinada modalidad de atención, no meros conocimientos y ejercicios, y que se logra —entre otros medios— a través de la interacción con el equipo de salud ya sea en la consulta de control periódico o en el curso psicoprofiláctico, o en otras ocasiones de encuentro.

El acompañamiento del proceso es, así mismo, otro de los pilares en los que se basa la satisfacción de las necesidades en relación al embarazo y parto. Implica comprensión y apoyo, favoreciendo la comunicación y la confianza.

En este trabajo utilizamos como indicadores del establecimiento de relaciones interpersonales y vínculos adecuados al hecho de que la futura madre pudiera estar acompañada, por su pareja u otra persona allegada, durante el trabajo de parto y el parto, al hecho de ser

atendida siempre por el mismo médico durante el embarazo y también en el parto, y finalmente, a la posibilidad de establecer un vínculo con el hijo teniendo un contacto con él inmediatamente después del parto y permaneciendo luego con él, el mayor tiempo posible.

Acompañamiento del trabajo de parto y parto

Respecto a la presencia de una persona allegada durante el pre-parto y el parto, en especial la del futuro padre, puede decirse que su importancia reside en el compartir una experiencia, dado que esto aumenta la confianza en que se tendrá el apoyo y la ayuda del otro. Pero la participación es un derecho, no algo que deba exigirse ni realizarse por snobismo. Si por ejemplo, la mujer prefiere pasar por determinados momentos del proceso sola, esto debe respetarse. O en el caso de que el futuro padre no se sienta preparado para presenciar el parto, ya que existen condicionamientos sociales y pautas educativas que han llevado a que el padre no tuviera un rol protagónico en el nacimiento del hijo. No obstante a partir de la identificación con la madre a través de todo el embarazo y luego con el hijo, desde el momento del nacimiento, es que se va estableciendo el vínculo con éste, y un adecuado vínculo es sinónimo de salud mental.

Lo que más resalta de los datos es que la mayoría (59%) no pudo estar acompañada por el marido u otra persona allegada durante el trabajo de parto —siendo mayor la proporción entre las atendidas en el sector público (73%) (O.S: 56%; Priv: 36%)— aunque el 68% así lo prefería. La presencia más deseada es la del marido (51%), siendo más alto el porcentaje entre las atendidas en el sector privado (72%) que las que lo fueron en el de obras sociales (55%) y en el público (37%). Sin embargo su ausencia es el motivo de insatisfacción más frecuente, en especial entre las madres atendidas en este sector, aunque también es donde se encuentra el mayor porcentaje de las que preferían no estar acompañadas (27%) o que preferían estarlo por la madre (22%).

Por su parte la mayoría de los profesionales define como adecuado hecho de que la parturienta esté acompañada, aunque como vimos, esto no se da en la mayoría de los casos. Hay, además, una mayor coincidencia con las opiniones de las madres atendidas en el sector privado.

La presencia del padre durante el parto es una pauta valorada por importantes sectores de la población (40%) y de los profesionales (62%) pero que se da escasamente en la

práctica (13%). Es considerada como adecuada más por las madres del sector privado (60%) (O.S: 44%; Pub: 27%), donde se la pone en práctica en mayor proporción que en los otros (44%).

A la vez, ha de señalarse que se da escasamente en el sector público (5%) pero, como vimos, las atendidas en el mismo tampoco lo consideran especialmente importante (27%).

Vínculo con el hijo

En cuanto al inicio del vínculo con el hijo en forma temprana, es una pauta valorizada fundamentalmente desde la psicología. El poner en contacto al bebé con la madre aún antes de cortar el cordón permite que se prolongue el vínculo establecido durante los nueve meses de gestación, una adaptación gradual a la vida extrauterina y el inicio de un nuevo vínculo.

Pero también desde la medicina se sostiene que a través del cordón la naturaleza asegura en los momentos iniciales de la vida una doble respiración: por 5 ó 10 minutos después del nacimiento todavía lleva oxígeno de la sangre materna al recién nacido. El corte inmediato del cordón umbilical, en cambio, obliga al recién nacido a respirar inmediatamente de una manera desconocida, y la entrada de aire en los pulmones provoca una sensación similar a una quemadura violenta.

Para establecer un vínculo adecuado con el hijo es tan importante que se de un contacto inmediato después del nacimiento entre la madre y el niño como que ese contacto pueda tener permanencia e intensidad. Esto es posible si en la institución donde se hallan internados se permite la internación conjunta o rooming-in. Características físicas del establecimiento y las normas organizacionales son los condicionantes básicos de dicha posibilidad.

Una de las consecuencias positivas más importantes de esta modalidad de atención — rooming — in — es que favorece el amamentamiento según demanda del niño. Además la madre puede acariciar al bebé, hablarle, arrullarlo, y el bebé tiene la posibilidad de sentir calor, de ser movido y sostenido todo lo cual favorece su desarrollo físico y mental.

Según los datos, eu 66% de las entrevistadas tuvo al bebé por primera vez en sus brazos en un momento cercano al nacimiento, estando aún en la sala de partos, pauta que consideramos ideal para favorecer el vínculo con el hijo en forma precoz. Esto se da en mayor proporción en el sector privado (de

todos modos, en muchos casos se aclara que el momento fue muy breve, apenas como para besarlo).

Esta pauta es valorada como adecuada por la mayoría de las madres (85%) y de los profesionales (95%) aunque puesta en práctica en menor medida que lo deseado, lo que lleva a la insatisfacción de altos porcentajes de madres, en especial del sector de obras sociales, en el que el porcentaje de insatisfechas por no tener al hijo en sus brazos tan tempranamente como lo hubiera deseado llega al 54% (Pub: 38%; Priv: 28%).

Sólo el 50% de las madres tuvo al hijo con él durante todo el día, siendo mayor el porcentaje entre las atendidas en el sector público (75%) que las que lo fueron en los otros (O.S: 36%; Priv: 36%). Esta pauta es valorada como adecuada por el 64% de las entrevistadas aunque también es mayor entre las atendidas en el sector público (77%) (O.S: 60%; Priv: 44%).

Por otra parte es mayor el porcentaje de profesionales que de madres que consideran que es mejor que el bebé permanezca todo el tiempo con la madre.

Continuidad en la atención

De importancia para el control del embarazo es la continuidad de la atención. El que la embarazada sea atendida siempre por el mismo médico permite que entre ellos se establezca un vínculo adecuado que favorece también al control de salud. A la vez, la presencia de profesionales conocidos en momentos críticos como el pre-parto y parto, con los que exista una buena relación, favorece el estado anímico de la parturienta, confiriéndole seguridad. Por lo tanto ser atendida en el parto por el mismo médico que la atendió durante el embarazo es una pauta que ha de valorarse como adecuada. Esto no significa que no pueda revalorizarse el rol de la obstétrica en la atención del parto normal. Lo remarcable es la continuidad de la atención por el mismo profesional. Dado que esto no es siempre posible se impone el trabajo en equipo como solución. Ser atendida siempre por el mismo equipo sería la pauta ideal.

La mayoría de los entrevistados, tanto los de la perspectiva de la población (90%) como la del personal de salud (100%) consideran adecuado que el mismo médico atienda a la embarazada durante todo el embarazo. Pero esta pauta se da menos en el sector público (60%) que en el de obras sociales (79%) o

en el privado (88%); concomitantemente es en el sector público donde se da el mayor porcentaje de insatisfechas por no ser atendidas siempre por el mismo médico (35%).

También la mayoría de las madres (84%) y el total de los profesionales (100%) consideran adecuado que el mismo médico la atienda durante el embarazo y el parto, pero esto se da en una medida mucho menor que lo deseado: sólo en el 45% de los casos, variando entre un 26% para las atendidas en el sector público hasta un 76% de las que lo fueron en el privado. Obviamente son las madres del sector público las que se encuentran más insatisfechas con este aspecto de la atención.

De los datos referidos a las relaciones interpersonales entre los participantes en el proceso de atención del embarazo y del parto surge que los profesionales adhieren a lo definido como adecuado por el modelo en mayor proporción aún que la población, pero las distintas pautas son escasamente puestas en práctica, en especial las referidas a la presencia del padre en el parto, la continuidad de la atención en el embarazo y el parto y la interacción conjunta madre-hijo. Excepto este último caso, en los demás se dan menos en el sector público que en los otros, y es así mismo, en ese sector en el que se encuentran los más altos porcentajes de insatisfechas. Son por lo tanto muy bajas las probabilidades de establecer buenos vínculos entre los miembros de la pareja, entre éstos y los profesionales, y entre todos los mencionados y el niño.

3 — Posibilidad de Elegir una Modalidad de Atención

Para completar la información presentada es necesario además de referirse a si se utilizó cierta práctica, si se la considera adecuada y deducir de ello si sus expectativas fueron satisfechas, referirse también a la posibilidad de elegir entre alternativas posibles o al hecho de ser consultada respecto a ellas.

Poder tomar decisiones significa libertad, o sea posibilidad de elegir, que se limita con variados fundamentos: "lo mejor para el paciente", "la asepsia", "la salud del bebé", "las normas de la institución", y otras "razones" aducidas para ejercer un autoritarismo que oculta diversos intereses: económicos, profesionales, relacionados con el prestigio, etc.

Estos intereses subyacentes no son percibidos por la mayoría de la población ni por buena parte de los profesionales, porque están encarnados en los valores y actitudes —que responden a una determinada estructura so-

cial— y como tal se “aprenden” a través de un proceso de socialización permanente y primordialmente inconsciente.

Así la población aprende a aceptar las decisiones que se le imponen como “necesarias” y comportarse como “pacientes” de acuerdo a las expectativas del grupo que funciona como dominante: el de los profesionales. En definitiva, se “adapta” al sistema de atención de la salud y se adapta a la sociedad. Esto ocurre porque no son informados sobre las distintas modalidades de atención posibles ya que no se contempla que puedan elegir.

Cabe preguntarse cuán genuinamente satisfechas pueden estar aquellas madres que aceptan como necesario la única alternativa que se les presenta como posible. En realidad los altos porcentajes de satisfacción, que se han encontrado sólo reflejan un alto grado de resignación o conformismo de acuerdo a los datos que surgen desde la perspectiva de la población:

- el 28% pudo elegir con quién estaría acompañada durante el trabajo de parto (Priv: 64%; O.S: 31%; Pub: 10%);
- el 26% pudo elegir con quién estaría acompañada durante el parto (Priv: 72%; O.S: 26%; Pub: 8%);
- el 40% pudo elegir al médico que la atendería durante el parto (Priv: 76%; O.S: 50%; Pub: 13%);
- el 18% pudo elegir la posición que adoptó durante el trabajo de parto (Priv: 44%; O.S: 18%; Pub: 3%);
- el 17% pudo elegir la posición que le resultara más cómoda durante el parto (sin diferencias por sector de atención);
- el 16% pudo elegir cómo se trasladaría a la sala de partos (Priv: 24%; O.S: 14%; Pub: 15%);
- el 18% pudo elegir o fue consultada acerca de si le darían anestesia (Priv: 32%; O.S: 18%; Pub: 12%);
- el 11% pudo elegir o fue consultada acerca de si le suministrarían oxitócicos (sin diferencias por sector de atención);
- el 7% fue consultada acerca de si le harían episiotomía (sin diferencias según sector de atención);
- el 34% fue consultada o pudo elegir acerca de la realización del curso psicoprofiláctico (Priv: 52%; O.S: 50%; Pub: 5%);
- el 28% no fue consultada ni pudo elegir en relación a ninguno de los aspectos

mencionados (Pub: 48%; O.S: 21%; Priv: 4%);

Los profesionales por su parte, consideran que la paciente debe elegir o ser consultada respecto a los siguientes aspectos y en las siguientes proporciones:

con quién estar acompañada durante el trabajo de parto: 67%;

con quién estar acompañada durante el parto: 72%;

quién la atenderá durante el parto: 72%;

posición durante el trabajo de parto: 36%;

posición durante el parto: 29%;

cómo se trasladará a la sala de partos: 31%;

si le darán anestesia: 36%;

si le harán episiotomía: 13%;

sobre la realización del curso psicoprofiláctico: 83%;

sobre la permanencia del bebé con la madre (61%).

Se ve entonces que hay aspectos sobre los que todas las entrevistadas son poco consultadas o tienen escasa posibilidad de elegir (oxitócicos, episiotomía, posición durante el trabajo de parto y parto, traslado a la sala de partos) y otros donde esto se da diferencialmente: es considerablemente mayor entre las atendidas en el sector privado, intermedio para las que lo fueron en el de obras sociales y bajo para las que lo fueron en el público, en el que en ningún ítem supera el 17%. Estos aspectos son: compañía durante el trabajo de parto y durante el parto, posibilidad de elegir el médico que la atendería en el parto, posición durante el trabajo de parto, curso psicoprofiláctico y en proporción menor, la anestesia.

En cuanto a los profesionales se ve que aceptan que la madre debe elegir o ser consultada respecto a los ítems referidos a las relaciones interpersonales pero no en cuanto a la utilización de técnicas y procedimientos biomédicos.

También se observa que a pesar de los profesionales consideran que las madres deben elegir o ser consultadas, esto se da escasamente en la práctica, aún en cuanto a las relaciones interpersonales. Parecería que hay un marcado hiato entre la palabra y la acción, y cuando hay coherencia entre ellas el sector favorecido es el de más altos recursos que es el que se atiende en el sector privado. Parecería que

la libertad de elegir es un privilegio más que un derecho.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Tanto de los ejemplos presentados como del resto de la información de la investigación, surge que existen distintas modalidades de atención* obstétrica que brindan distintas prestaciones para satisfacer las necesidades de atención del embarazo, parto y puerperio. El énfasis en determinadas prestaciones antes que en otras, la omisión de algunas, la realización rutinaria de otras, varía según la concepción subyacente en dichas modalidades y la utilización de éstas difieren según el sector del sistema de atención de la salud (público, de obras sociales o privado). Pero es una constante la tecnologización y medicalización de la atención: en mayor medida los profesionales, pero también la población tienden a considerar que lo adecuado pasa por lo más complejo y costoso, lo raro y lo artificial que se introduce en la atención.

A su vez la mayor o menor aceptación de estas modalidades por parte de la población se relaciona con la experiencia por la que han pasado: en general se consideran adecuadas las modalidades de atención que recibieron, a pesar de no haber sido consultadas y siendo probable que no hayan sido informadas de otras alternativas posibles por lo cual puede deducirse que no se las evalúa críticamente y que se las acepta con resignación o conformismo, por lo que no puede decirse que las necesidades se satisfagan.

Esa ignorancia acerca de las alternativas posibles no permite que el conflicto entre la población y los profesionales se manifieste abiertamente. Incluso puede pensarse si la desinformación no es el mecanismo utilizado consciente o inconscientemente para evitarlo. Por otro lado la información médica que se le brinda al paciente obra, en muchos casos, en pro de los intereses del grupo profesional que la emite, propiciando el consumo indiscriminado de tecnología médica.

Los ejemplos presentados llevan a reflexionar acerca de la implementación diferencial de modalidades de atención que parecen satisfacer más a las madres atendidas en el sector privado — pertenecientes a clases más altas— que a las que lo fueron en el público —pertenecientes a clases más bajas—.

A la vez las necesidades de los profesionales, lo que ellos consideran como adecuado, coinciden en mayor medida con las de las madres atendidas en el sector privado, por lo cual las necesidades de las mayorías —que son justamente las de menores recursos— son satisfechas en menor medida.

Justamente esto se opone a la aplicación del enfoque de riesgo que supone que no todas las personas y/o grupos tienen las mismas necesidades ni todos los problemas tienen la misma importancia, y por lo tanto no se vuelcan los recursos para aquellos grupos considerados vulnerables¹².

Surge, entonces, la necesidad de revisar críticamente las modalidades de atención que se ofrecen analizando sus objetivos y las necesidades a las que responden y si se advierte que no satisfacen a las de las mayorías reorientarlas en favor de ese objetivo.

Centrándonos en el área de Obstetricia se sabe que el embarazo y el parto transcurrían en familia donde las personas estaban ligadas por fuertes vínculos humanos que constituían la trama social en la cual descansaban. Ahora transcurren en organizaciones hospitalarias donde los vínculos se trocaron en meros contactos superficiales. Esto lleva a un sentimiento de soledad, de desamparo y no debe sorprender que las mujeres, sus maridos y sus familias — miembros solitarios y aislados en una sociedad atomizada— sean fácil presa de la manipulación de las organizaciones de servicios de salud encaradas como meras empresas que tienen verdadero poder de decisión e imposición.

Estas organizaciones al crear e imponer normas y procedimientos dificultan el proceso de atención. Imponer a la embarazada determinada posición durante el trabajo de parto y el parto, suministrarle oxióticos, analgésicos y anestésicos sin su consentimiento y en forma rutinaria, separar a la mujer de su marido primero y de su hijo después sin consideración de sus necesidades y muchas otras técnicas utilizadas en la atención obstétrica son algunas de esas normas que pueden ser necesarias para el funcionamiento de la organización. Pero su aplicación en forma rutinaria y rígida, sin contemplar las diferencias individuales, resulta no sólo insatisfactoria sino también ineficiente.

Habría que ver cuáles son los procedimientos y técnicas tradicionales que deben revalo-

* Por modalidades de atención se entiende tanto a los recursos, técnicas y procedimientos utilizados como a las ideologías inherentes: concepción acerca de la salud, del ser humano, de la prevención, de la medicina, la ciencia y la tecnología.

rizarse a la luz de la concepción humanizada del embarazo y el parto descripta en el modelo y cuáles de las modernas pueden incorporarse armónicamente con aquellas. Las pautas de la Tecnología Apropriada en Obstetricia propuestas propenden a la humanización de la atención del embarazo y del parto. El énfasis está puesto en la valorización de la comunicación humana y las relaciones interpersonales, en la satisfacción de las necesidades de los pacientes sin recurrir necesariamente a métodos y técnicas complejas ni imponiendo normas cuyos fundamentos no son válidos y en la priorización de lo "natural".

Una premisa básica en esta concepción es el respeto a la libertad del paciente para elegir

la modalidad de atención médica que va a recibir. Evidentemente, la elección, para ser adecuada, ha de basarse en la información precisa, inteligible, carente de prejuicios o tendencias que el paciente dispondrá acerca de las alternativas posibles para el diagnóstico y tratamiento.

En síntesis es preciso analizar las tecnologías utilizadas según las modalidades de atención, y adoptar aquellas que se evalúen como adecuadas en términos de su capacidad de satisfacer las verdaderas necesidades del ser humano. Esto implica actuar con un criterio de responsabilidad social, priorizando los intereses de las mayorías.

CLIMENT, G. I. [Tecnologia apropriada em obstetrícia: definição e avaliação a partir das perspectivas da população e do pessoal de saúde]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 21:413-26, 1987.

RESUMO: Parte-se da hipótese de que para satisfazer as necessidades de saúde do povo será necessário, entre outras coisas, que os serviços de saúde utilizem tecnologias adequadas, quando e como definir o que se considera "adequado", e quem deverá fazê-lo. Para tanto foi realizada pesquisa para detectar e analisar comparativamente a definição que, a partir das perspectivas da população e dos profissionais, se faz da tecnologia apropriada em obstetrícia e também da tecnologia utilizada nos distintos setores da assistência (público, de obras sociais e privado). São apresentados alguns dados referentes a dois aspectos da assistência: utilização de técnicas e procedimentos biomédicos e consideração das relações interpessoais no processo de assistência. Observou-se que foram utilizadas modalidades de assistência diferenciadas segundo o setor, sendo, no privado mais tecnologicizadas e medicalizadas, bem como nesse mesmo setor são levadas mais em consideração as relações interpessoais. Além disso, as opiniões dos profissionais, quanto ao que se considera adequado, estão mais em concordância com as das mães deste setor, sendo suas necessidades satisfeitas em maior intensidade que as dos demais. Como resultado deste enfoque, as necessidades da maioria — as que são atendidas nos serviços públicos e obras sociais —, recebem uma cobertura menor, ao que se opõe enfoque de risco que direciona seus recursos considerados vulneráveis.

UNITERMOS: Tecnologia apropriada. Avaliação da tecnologia biomédica. Obstetrícia. Assistência à saúde. Saúde materno-infantil. Risco.

CLIMENT, G. I. [Appropriate technology in obstetrics: definition and assessment of the public and of health professionals]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 21:413-26, 1987.

ABSTRACT: The starting point is the hypothesis that in order to satisfy the population's health needs it is necessary, among other things, that the health services should make use of appropriate technologies. The problem is to define that which is considered "appropriate" and who should define it. To that end a research project was carried out such as to permit the comparative detection and analysis of the definition that is given, from the point of view of the population and the professionals concerned, of the appropriate technology in obstetrics as well as of the technology utilized in the different sectors of health care (public, social services and private). Data on two aspects of care are provided: utilization of biomedical techniques and procedures (push, pant, episiotomy, anesthesia) and consideration of the interpersonal relationships in the care process (continuity of care, the father's role, the strengthening of the mother-child tie, etc.). It is observed that there are differentiated methods of care according to the care sector: they are more "technologized" and medicalized in the private sector. At the same time the interpersonal relationships which favor health care receive greater attention within this sector. Furthermore, the professionals' opinions about what they consider appropriate agree largely with those of the mothers in this sector, showing thus that their needs are satisfied to a larger extent than those of mothers in the other sectors. Therefore the requirements of the majority of the patients who receive care from public and social services are satisfied to a smaller extent — which runs counter to the risk approach which directs the resources of those sectors to those groups regarded as vulnerable.

UNITERMS: Appropriate technology. Technology assessment, biomedical. Obstetrics. Health care. Maternal and child health. Risk.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARANCHUCK, N. *Humanización de la atención materno infantil: nuevas modalidades para brindar servicios de atención médica*. Buenos Aires, Ediciones SMI, 1983.
2. CALDEYRO BARCIA, R. Tecnología apropiada para la atención del parto. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 90:69-79, 1981.
3. CLIMENT, G. & MENDES DIZ, A. Tecnología apropiada en salud. *Med. y Soc.*, Buenos Aires, 3(2):73-81, 1980.
4. DOYAL, L. Mujeres, medicina y control social. *Cuad. méd. soc.*, Rosario, (16):51-64, 1981.
5. ESCARDÓ, F. *Abandónicos y hospitalismo*. Buenos Aires, Eudeba, 1981.
6. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES. Escuela de Salud Pública. Grupo de Investigación y Difusión de la Atención Primaria de la Salud. *Conceptualización de la atención primaria de la salud*. Buenos Aires, 1985.
7. GAVENSKY, R. *Psicoprofilaxis obstétrica*. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 1967.
8. GRAHAM, H. & OAKLEY, A. Competing ideologies of reproduction: medical and maternal perspectives on pregnancy. In: Robert, E., ed. *Women, health and reproduction*. London, Routledge & Kegan Paul, 1981. p. 50-74.
9. LANGER, M. *Maternidad y sexo*. Buenos Aires, Paidós, 1964.
10. LLERENA, A. & ARROYO, P. Modelos de atención primaria. *Salud públ. Méx.*, 27:540-6, 1985.
11. MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL. Secretaría de Salud. *Atención primaria de salud*. Buenos Aires, 1985. (Documentos N.º 1, 2 y 3).
12. NIEREMBERG, O. & MARCONI, E. El concepto de riesgo en la atención de la salud. *Med. y Soc.*, Buenos Aires, 7(3):80-4, 1984.
13. NOTMAN, M. & NADELSON, C. Sexual and reproductive aspects of women's health care. In: Notman, M. & Nadelson, C. *The woman patient*. New York, Plenum Press, 1978. v. 1, p. 12-20.
14. OAKLEY, A. A case of maternity: paradigms of women as maternity cases. *Signs*, London, 4:607-31, 1979.
15. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales*. Washington, D.C., 1982. (Documento Oficial, 170).
16. PICHON RIVIERE, E. *Teoría del vínculo*. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1982.
17. QUIROGA, A. *El concepto de grupo y los principios organizadores de la estructura grupal en el pensamiento de Enrique Pichon Riviere*. Buenos Aires, Ed. Cinco Octubre, 1984. p. 71-8. (Temas de Psicología Social n.º 6).
18. RAMOS, S. *Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular*. Buenos Aires, 1973. (CEDES, v. 4, n.º 6).
19. RASCOVSKY, A. *Conocimiento del hijo*. Buenos Aires, Ediciones Orión, 1973.
20. RUIZ, A. *Hay mucho que aprender* (Investigación sobre atención del embarazo y del parto en maternidades españolas), Madrid, 1981.
21. SARUÉ, E. *La salud de los latinoamericanos: reflexiones en 1985*. Montevideo, CLAP, 1985. (Publicación Científica CLAP 1.065).
22. SOIFER, R. *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Buenos Aires, Ed. Kargieman, 1980.
23. SONIS, A. Recursos humanos en salud. In: Sonis, A. *Medicina sanitaria y administración en salud*. Buenos Aires, El Ateneo, 1978. p. 56-96.
24. VIDAL, C. Aproximaciones a tecnología y salud. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 83:197-210, 1977.
25. VIDELA, M. *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires, Peña Lillo, 1983.
26. VIDELA, M. *Psicoprofilaxis institucional y comunitaria*. Buenos Aires, Ed. Trieb, 1984.
27. VIVIR, (Ed. Abril). Buenos Aires. 1981 (31,63); 1982 (71-73, 75); 1983 (84); 1984 (93, 95, 96, 98, 101, 102); 1985 (105, 108, 111); 1986 (119).

Recebido para publicação em: 29/12/1986
Aprovado para publicação em: 13/5/1987