



DIPLOMATURA EN GESTIÓN Y DISEÑO DE EDIFICIOS PARA LA SALUD I

Directora: Arq. María Elvira Contreras

Coordinación Académica: Arq. José Turniansky

Organizan:

Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (AADAIH)

Universidad del Gran Rosario (UGR)

Trabajo Final

ARQUITECTURA DE LAS MATERNIDADES

La influencia del entorno físico en el Parto Humanizado

LAMAS Débora / **NUÑEZ** Fernando / **OTERO** Gabriel

Marzo - 2023

Buenos Aires, Argentina

ÍNDICE

1. Introducción

2. Marco Teórico

- 2.1. Violencia Obstétrica en Argentina
- 2.2. Guía de recomendaciones de la OMS (2018)
- 2.3. El parto humanizado en Argentina: Ley 25.929 (2004)
- 2.4. Psicología ambiental
 - 2.4.1. Concepto
 - 2.4.2. Influencia durante las etapas de gestación, embarazo, parto, post parto

3. Arquitectura de las maternidades

- 3.1. De las Instituciones: generalidades
- 3.2. De los recorridos: flujogramas
- 3.3. De los espacios: particularidades
 - 3.3.1. Accesos - admisión
 - 3.3.2. Sala de pre parto (dilatación) y sala de parto (expulsivo)
 - 3.3.3. Sala de recuperación
 - 3.3.4. Unidades combinadas (TPR y TPRP)
 - 3.3.5. Sala de internación conjunta
 - 3.3.6. Quirófano
 - 3.3.7. Sala de Cuidados Intensivos para recién nacidos/as
 - 3.3.8. Habitaciones
 - 3.3.9. Espacios complementarios
- 3.4. Adaptación de lo existente

4. Casos de Estudio

- 4.1. Área privada
- 4.2. Área pública
- 4.3. Comparativa y conclusiones

5. Conclusión

6. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

Esta monografía forma parte del trabajo final de la Diplomatura en Diseño y Gestión de Edificios destinados a la Salud I, que desarrolla la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (AADAIH) junto con la Universidad del Gran Rosario, Argentina (UGR).

Desde el siglo XX, ha comenzado un interés respecto de la forma en que los seres humanos son traídos al mundo, demostrándose la importancia que tiene el entorno físico durante los procesos de gestación, trabajo de parto y parto. Sin embargo, el parto se ha ido medicalizando y, junto con el embarazo se han conceptualizado como procesos patológicos que requieren un seguimiento institucionalizado, llevando a la desnaturalización de estos procesos.

La deshumanización y las barreras de acceso a la salud, no han permitido que muchas mujeres vivan la experiencia del parto como algo positivo, ya que el trato en las instituciones sanitarias se percibe de manera despersonalizada, donde la mujer es considerada como objeto y no como sujeto de cuidado. La falta de recursos no debería influir en la experiencia de ser madre pero, el acceso a la salud gratuito y de calidad, es un derecho que aún no se respeta en su totalidad.

Como profesionales intervinientes en el entorno físico, creemos que la arquitectura parte de una ideología respecto a la interpretación de diferentes procesos a los que debe dar respuesta. Dentro de ese contexto, tiene la posibilidad de desarrollar herramientas que potencien o dificulten la humanización de muchos de los procedimientos tradicionales de atención de la salud.

Por esta razón, pretendemos desarrollar a lo largo de este trabajo, un análisis sobre la importancia que tiene el entorno físico al momento del trabajo de parto y parto, describiendo los cambios y modelos alternativos que se han planteado tendientes a lograr una nueva perspectiva de **parto humanizado**, una modalidad que se centra en los derechos de la mujer y el/lal recién nacido/a. Si bien, en nuestro país existe la Ley 25.929, son pocas las mujeres que conocen su alcance real, así como también son pocas las instituciones de salud que lo respetan e implementan.

Durante el desarrollo de este trabajo, abordaremos temas relevantes para entender el discurso del parto humanizado, tales como la historia de este enfoque, el carácter social y cultural de los procedimientos en los partos industrializados, la violencia obstétrica, los roles de género y el sistema de salud en Argentina.

Además, analizaremos cómo estos elementos influyen en las relaciones entre las usuarias y las instituciones de salud dentro del marco del parto humanizado.

La implementación del parto humanizado es un avance significativo en la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y su consideración como un tema de salud pública es esencial. En Argentina, la Ley de Parto Humanizado N° 25.929 establece el marco legal para su aplicación.

Creemos que se puede mejorar exponencialmente esta situación mediante el uso del diseño arquitectónico como herramienta, el cual debe integrar no solo las necesidades espaciales y funcionales, sino considerar también los factores sociales, psicológicos y culturales.



2. MARCO TEÓRICO

Inicialmente los partos eran llevados a cabo en las casas particulares, luego a principios del siglo XX se comenzaron a desarrollar en los hospitales para disminuir la mortalidad materno-neonatal. De este modo, el parto se transformó en un "acto médico" cuyo significado científico dejó de lado otros aspectos esenciales para los cuerpos gestantes que perdieron protagonismo acerca de qué determinaciones tomar respecto del parto y aceptaron las reglas de las instituciones. ***También se instaló la falsa idea de que gestación y parto, son iguales a debilidad y enfermedad.***

A partir de 1985 en adelante se han desarrollado diversos instrumentos nacionales e internacionales cuyo fin es eliminar la violencia obstétrica, respetar al binomio bebé y cuerpo gestante y volver a venerar los pulsos de vida de cada cuerpo en particular.

2.1. VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ARGENTINA

La violencia obstétrica es un problema que afecta tanto a la mujer como al bebé en distintas etapas del embarazo, parto y postparto. Se manifiesta a través de diversas **prácticas, conductas, acciones y omisiones** por parte del personal de salud, ya sea en el ámbito público o privado, que impactan directa o indirectamente en el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres.

Es importante destacar que la violencia obstétrica es una de las muchas formas de violencia y discriminación que enfrentan las mujeres, aunque tal vez sea **una de las más naturalizadas**, lo que dificulta su identificación.

Hablar de violencia obstétrica implica reconocer situaciones de humillación, violencia y degradación que pueden ocurrir durante una consulta o parto, pero también significa hacer valer los derechos contemplados en la Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como en la Ley de Parto Humanizado.

Entre las formas en que se manifiesta la violencia obstétrica, se incluyen el trato humillante y denigrante, así como el abuso de la medicalización, la patologización innecesaria, el impedimento de acompañante en los distintos

momentos de embarazo, realización de estudios, trabajo de parto, parto y puerperio, la separación del binomio mujer u otra persona gestante - persona recién nacida, la falta de consentimiento informado en el proceso del parto como en la realización de estudios.

Existen diferentes indicadores relacionados a la salud materno neonatal que permiten reconocer y analizar si se constituye violencia obstétrica durante el parto y el puerperio, tales como:

- **Partos por cesárea**

De acuerdo con la Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea, esta práctica sólo está justificada cuando es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. No está demostrado que existan beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario.

Según registra la organización y profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que **la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre 10% y 15%**.

Como en cualquier otra cirugía, la cesárea tiene riesgos asociados a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer y la persona recién nacida, así como un embarazo futuro. Es importante evitar cesáreas injustificadas a fin de prevenir el nacimiento pretérmino y otras morbilidades en el/la recién nacido/a.

- **Episiotomías en partos vaginales**

De acuerdo con el Segundo Informe Nacional de relevamiento epidemiológico SIP - Gestión, elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación, la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud en 2018, se observa una prevalencia elevada en la tasa de uso de episiotomía en quienes tienen su primer parto. **Casi 2 de cada 3 mujeres reciben una intervención que debiera utilizarse en forma selectiva.**

La Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación y UNICEF, no hay evidencia de que su uso frecuente tenga efectos beneficiosos, pero sí que puede tener efectos perjudiciales.

- **Manejo activo del alumbramiento en partos vaginales**

De acuerdo con Sistema Informático Perinatal (SIP), el manejo activo del alumbramiento consiste en la aplicación de oxitocina u otro oxitócicos durante el proceso de alumbramiento, es decir, el momento de la expulsión de la placenta. Su justificación radica en que esta práctica tiene fuerte impacto en la prevención de la hemorragia post parto.

La **CONSAVIG** (Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género) tiene incluidas dentro de sus actividades la recopilación y publicación de estadísticas sobre las denuncias por violencia obstétrica. Después de analizar sus registros publicados entre 2017 y 2021, se ha obtenido información relevante sobre las causas de las denuncias.

Durante un período de cinco años en Argentina, la causa principal es el **trato deshumanizado (85%)**; en segundo lugar **la falta de información (60%)** y en tercer lugar, el **no respeto por las decisiones de las mujeres y otras personas gestantes (50%)**.

Durante el período mencionado, también se realizaron análisis de los indicadores de salud materno-neonatal, obteniéndose los siguientes números:

Se registraron un total de 277.330 nacimientos en todas las jurisdicciones del país, de las cuales el 37% fueron a través de cesáreas. **La tasa argentina triplica la recomendada por la OMS (entre el 10 y el 15%)**. Al 43.7% de las mujeres y otras personas gestantes no se les permitió tener acompañamiento en el proceso de parto (sea del tipo vaginal o por cesárea). Del total de partos reportados, 166.018 fueron partos vaginales, de los cuales al 73,5% de las mujeres y otras personas gestantes se les permitió un manejo activo del alumbramiento. Al 53,3% que atravesaban su primer parto (primíparas) se les realizó una episiotomía.

Estos números visibilizan una experiencia de vulneración cotidiana y sistemática presente en los nacimientos del sector público y privado de todo el país. Es por esto, que surge la necesidad inmediata de reflexionar sobre las posibilidades de transformar el sistema de atención perinatal hegemónico, hacia una práctica médica con perspectiva de derechos y género, lo que implica por supuesto un proceso profundo de sensibilización, difusión y formación.

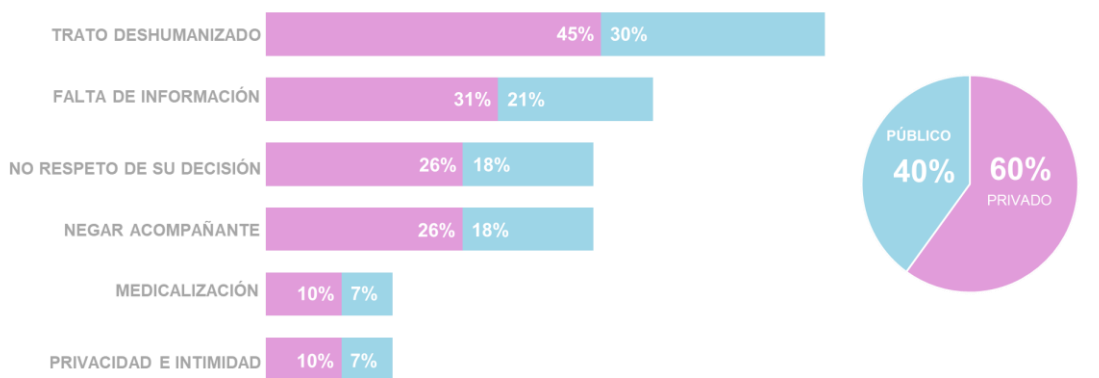


Gráfico 1. Elaboración propia a partir de cifras de violencia obstétrica año 2021. Fuente: CONSAVIG

“A casi 20 años de la sanción de la Ley de Parto Humanizado, las cesáreas continúan representando entre el 35 y 40% de los partos en el sistema público de salud y se estima que el 70% en el ámbito privado. Especialistas advierten que si bien es una práctica necesaria en algunas ocasiones -como placenta previa, hemorragia, presentación pelviana, etc.- muchas veces su indicación no tiene una justificación biológica” (TELAM; 2022)

2.2. GUÍA DE RECOMENDACIONES DE LA OMS (2018)

“A pesar de los importantes debates e investigaciones que se han desarrollado durante muchos años, el concepto de “normalidad” en el trabajo de parto y el parto no es universal ni está estandarizado.” (Organización Mundial de la Salud; 2018)

En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en octubre del 2018 una Guía de recomendaciones para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Este documento incluye 56 recomendaciones sobre cuidados necesarios durante el parto y el plazo inmediatamente posterior. En ellas, se hace hincapié en la importancia de que la madre esté en el centro de la toma de decisiones para una mejor experiencia. A través de esta guía, se busca que la experiencia que tienen las mujeres durante el parto sea positiva y segura, donde cada futura madre obtenga la atención y cuidados que merece, ejerciendo el pleno goce de sus derechos.

Las recomendaciones están orientadas no sólo a disminuir las intervenciones innecesarias, sino a mejorar la experiencia de las mujeres; a darles un mayor poder de decisión durante el trabajo de parto y durante el parto y a humanizarlo y se presentan de acuerdo con el contexto de cuidados durante el parto para el cual son relevantes, es decir, la atención durante todo el trabajo de

parto y el parto, durante el período de dilatación, durante el período expulsivo, durante el alumbramiento, la atención inmediata del recién nacido y la atención inmediata de la mujer después del parto.

A continuación, se presenta un gráfico esquemático del modelo de cuidados durante el parto propuesto por la OMS. Este modelo tiene como objetivo garantizar la atención adecuada y respetuosa para la madre y el recién nacido, promoviendo la salud y la seguridad de ambos en todo momento. El gráfico permite comprender de forma clara y concisa las diferentes etapas del proceso de parto y las acciones y procedimientos recomendados para brindar una atención humanizada y de calidad.

Este modelo de cuidados es fundamental para asegurar un parto respetuoso y sin violencia obstétrica, promoviendo así los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y una atención sanitaria más justa y equitativa.



Gráfico 2. Organización Mundial de la Salud, 2018

2.3. EL PARTO HUMANIZADO EN ARGENTINA. LEY 25.929 (2004)

La humanización en la atención de partos de bajo riesgo, pone el acento en que durante el proceso perinatal, se garantice una serie de derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres y las familias, que se lo entienda como un proceso integral (que adquiere significaciones psicoafectivas, emocionales, culturales y sociales) y que se modifiquen las prácticas profesionales clínicas y, por tanto, las relaciones médicas. *“De este modo, la humanización de la asistencia al parto implica una transformación tanto de la comprensión del parto como del hacer médico” (Porto, A., et al; 2015)*

En este sentido, la humanización aparece como alternativa al exceso de intervencionismo médico, patologización y medicalización construida alrededor de estos procesos, y desvinculada de los derechos y necesidades de las mujeres que paren. La humanización combina dos dimensiones centrales: **la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres** –y, por ende, de **la ciudadanía y autonomía de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo**.



Imagen 1 - 2: Lactancia materna y Parto Humanizado. [Fuente: https://www.sosmammys.com.br/](https://www.sosmammys.com.br/)

La reglamentación de la ley 25.929 “*Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento*” conocida como “**Ley de parto respetado/humanizado**” tuvo lugar en Septiembre del 2015 - once años después de su sanción, y en un contexto internacional que apuntaba a la humanización de la atención médica de embarazos y partos. En los años previos, los ministerios de salud tanto nacional como provincial establecieron normativas y guías de procedimientos en esa dirección, tales como:

- “*Normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad*” que se incorporaron al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica del Ministerio de Salud de la Nación RM 348 (2003)
- “*Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural: conceptualización e implementación del modelo*” - Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con UNICEF (2011)
- “*Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*” - Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación (2012)
- “*Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo*” - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2012)

A través de estos documentos el Estado legitima ciertas intervenciones médicas en los procesos de parto al tiempo que cuestiona mitos instalados en la práctica clínica y da nuevas orientaciones para el trabajo profesional. Entendemos aquí la humanización como un horizonte, vinculado a una política de salud que se traduce en determinadas formas de estatalidad, intervenciones protocolizadas y guías de procedimientos.

A continuación, se presentan tres gráficos de elaboración propia a modo de síntesis de los derechos establecidos por la Ley 25.929 de parto humanizado, diferenciando los tres sujetos de derecho:

Gráfico 3. La mujer

Gráfico 4. El/la recién nacido/a

Gráfico 5. El padre y la madre del recién nacido/a en situación de riesgo



Gráfico 3. Fuente: Elaboración propia



Gráfico 4. Fuente: Elaboración propia



Gráfico 5. Fuente: Elaboración propia

“La libertad de un país se puede medir por la libertad en la atención al parto y nacimiento” (Agnes Geber, Hungary; 2013)

En Argentina existe un marco jurídico amplio, que aborda diferentes temas como maternidad, derechos sexuales y reproductivos, violencias de género, médicas y de responsabilidad profesional, salud pública, derecho a la salud y derechos de los pacientes.

Además, existen regulaciones específicas como la **Ley 26.529 y Decreto 1089/2012** (Derechos del paciente) y la **Ley 26.485 y Decreto 1011/2010 (Protección Integral a las mujeres)** que son parte del contexto normativo.

A pesar de que antes de 2005 no existía una regulación nacional sobre parto respetado, las provincias de **Corrientes, Río Negro y Buenos Aires** ya habían desarrollado normas específicas sobre el tema.

La sanción o adhesión a la Ley de Parto Humanizado constituye el primer indicador para evaluar el grado de prioridad que el Estado nacional y los estados provinciales le han dado a la protección de los derechos de la mujer y su hijo o hija durante el nacimiento, especialmente en aquellos grupos de mayor vulnerabilidad social.

EN BUSCA DE UNA REFORMA: PROYECTO DE LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DEL DERECHO AL PARTO Y AL NACIMIENTO RESPETADO - 2020

En el año 2020 por iniciativa de la Defensoría del Pueblo de la Nación se presentó en el Congreso Nacional el **“Proyecto de Ley de Protección Integral del Derecho al Parto y al Nacimiento Respetado”**, a instancias de las innumerables

denuncias por la violencia gineco-obstétrica que sufren las mujeres, personas gestantes, progenitores, familiares, acompañantes, personas por nacer y recién nacidos/as.

Este proyecto surgió del trabajo conjunto entre el Área Legal y Técnica del Defensor del Pueblo, diferentes ONGs y Asociaciones vinculadas al tema y es de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en todo el territorio de la Nación. Adhiere a la nueva directriz elaborada por la OMS en el año 2018 que se integra con 56 recomendaciones y al Informe elaborado por *Reem Alsalem* (relatora especial de la ONU sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias) *“Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”*.

En el año 2017, la Defensoría del Pueblo de la Nación recomendó al Estado nacional actualizar los protocolos obstétricos y neonatológicos en función de las recomendaciones de la OMS y la medicina basada en evidencia, los cuales deberán ser revisados y actualizados periódicamente. Para tal fin, deberá crearse un comité interdisciplinario idóneo compuesto por profesionales de la salud, ciencias sociales y disciplinas afines, que incluya también integrantes de la sociedad civil.

En términos de la legislación, las instituciones médicas deben implementar - en su esfera de acción- el modelo de parto humanizado e integrar a su personal en el proceso, así como visibilizar la problemática de la violencia obstétrica y sensibilizar al personal de salud respecto al tema.

El proyecto hace especial hincapié en el derecho de las personas que hubieren resultado víctimas de violencia gineco-obstétrica, a gozar de mecanismos simples para formular sus denuncias, incluido su núcleo familiar, siendo responsabilidad de los establecimientos sanitarios e incorpora expresamente, la figura del **Defensor del Pueblo** (actúa como **Institución Nacional de Derechos Humanos**), para que reciba denuncias por violencia obstétrica, ejecute acciones que se deriven de la violación de los derechos individuales o colectivos, entre otras, de las personas gestantes, de los/as recién nacidos/as, y de su núcleo familiar, inspeccione centros de salud públicos y privados; recomiende ante los órganos competentes la aplicación de sanciones a que hubiere lugar por el incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente ley; así como que realice actividades de

promoción y difusión sobre la importancia y los beneficios del parto y nacimiento humanizado.

2.4. PSICOLOGÍA AMBIENTAL

2.4.1. CONCEPTO

El estudio del comportamiento humano en relación con el medio ambiente ordenado y definido por los seres humanos es la psicología ambiental. La psicología ambiental estudia, por lo tanto, todo lo que nos transmite un espacio y cómo ello nos afecta física y emocionalmente, ya que se ha comprobado que el diseño de los espacios afecta el comportamiento de las personas, aunque éstas no son conscientes de su influencia.

Existen muchos elementos directos o indirectos que influyen en relación a la humanización en servicios de salud. Las condiciones arquitectónicas del espacio constituyen uno de los elementos más relevantes en ese sentido ya que, deben garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual y no solo influyen en los/as pacientes, sino en el personal que trabaja dentro de la institución y en la comunidad en general.

La relación de los/las pacientes con el ambiente del establecimiento de salud puede influir de forma positiva o negativa en los niveles de estrés, así como potenciar la recuperación a través de herramientas como la luz natural, colores, visuales agradables, tipo de mobiliario, características morfológicas del espacio, etc.

Dentro de una estructura hospitalaria, debemos considerar los aspectos psicológicos entre los/las pacientes y el entorno que los/las rodea para alcanzar una correcta calidad espacial ya que, dentro de ese entorno las personas suelen ser más sensibles y vulnerables a las condiciones físicas del lugar.

“El carácter persuasivo y psicológico que se alcanza a través del lenguaje arquitectónico, no solo permite denotar la función de un espacio, sino acentuar o limitar las emociones que percibe el usuario” (Cedrés de Bello; 2000). Por eso, es importante pensar el elemento arquitectónico como una herramienta de curación y de bienestar y considerarlo un condicionante más que permitirá beneficiar a todas las personas no sólo física, sino también emocional, psicológica y laboralmente.

A través del diseño de los espacios de salud de forma humanizada se tiende a mejorar el bienestar de los/las pacientes, sus familias y los/las profesionales, y por tanto la curación del/la paciente, la reducción del estrés y la seguridad de los procesos.

2.4.2. INFLUENCIA DURANTE LAS ETAPAS DE GESTACIÓN, EMBARAZO, PARTO, POST PARTO

“Para maximizar el bienestar de la mujer durante el parto, y mejorar su experiencia, la madre debe estar preparada, informada, necesita humanidad, cuidado, gente de confianza, y un entorno tranquilo y seguro.” (Matrángolo, Paz y Simkin; 2007)

Todas las etapas del embarazo que transcurren dentro de las instituciones de salud, quedan condicionadas por el ambiente que las rodea, siendo este motor o freno de los propios procesos, en función de lo que se acerque a proporcionar las condiciones fisiológicas que la mujer necesita: **intimidad y seguridad**.

A pesar de los avances tecnológicos y sociales que se han desarrollado en los últimos años, muchas maternidades hospitalarias siguen funcionando bajo un modelo que despersonaliza a la paciente y no brinda espacios adecuados. Las características espaciales influyen positiva o negativamente en la madre. El entorno transmite y comunica estímulos que influyen en el estado de ánimo, comportamiento, respuestas físicas y emocionales.

Usualmente, se replica el modelo tradicional de las áreas de maternidad sin tomar en cuenta que no funciona correctamente para este proceso fisiológico, la gestante no puede moverse de manera libre ni hacer suyo el espacio.

En la mayoría de casos, los recorridos que hace una mujer embarazada desde que ingresa a una institución de salud en el comienzo del proceso de parto están dados por trayectos caracterizados por falta de autonomía e intimidad, estas características se ven reforzadas por elementos arquitectónicos secundarios como puertas con ojos de buey o difíciles de cerrar que permiten el paso de cualquier persona ajena y la visión del interior de las salas desde los pasillos. Las salas de

partos tradicionales suelen ser espacios fríos de aspecto y de temperatura, sin luz natural y/o conexión visual con el exterior y con acústica deficiente.

Además de los recorridos realizados, es importante pensar en el **campo visual** de la mujer, es decir: todo lo que ve a la altura de los ojos hasta llegar a la sala de partos y una vez allí. Este tipo de visión estresa y despierta los mecanismos de alarma que pueden bloquear el propio proceso de parto y/o desencadenar otro tipo de problemas.

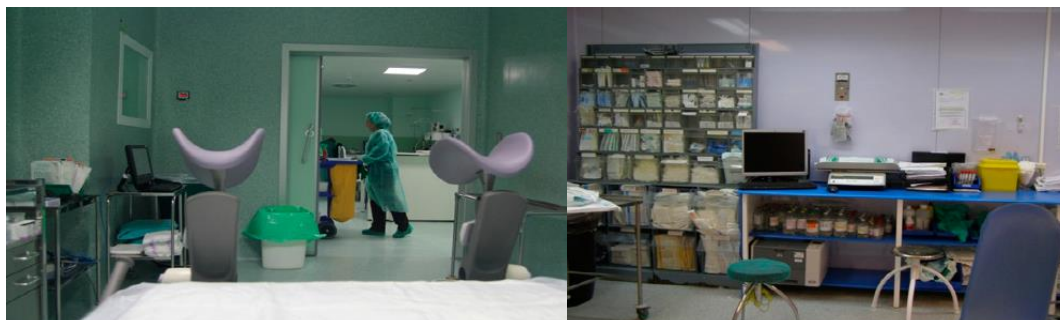


Imagen 3 y 4. Campo visual de una mujer desde el interior de una sala de parto tradicional

(Fuente: Parra-Muller; 2015)

*“(...) hay una serie de intervenciones externas que activan el neocórtex de la mujer (cerebro racional), la situación de alerta, el predominio de hormonas (...) que producen miedo, ansiedad y tensión, dificultando el proceso del parto. Estas interferencias externas inhiben además la expresión del cerebro “instintivo” o profundo(...). Estas sustancias llamadas endorfinas, facilitan la espontaneidad de expresión de la mujer y su movilidad del modo que más facilita el encajamiento y descenso del bebé, así como el estado de aparente “desconexión” del mundo real en el que se sumerge una mujer de parto si no hay interferencias, que produce una **diferente percepción del espacio, paso del tiempo e intensidad del dolor**” (De la Cueva; 2008).*

Por eso, en el caso de una sala de partos es importante analizar el tamaño de la habitación, su ubicación, si tiene o no vistas al exterior, luz natural, los colores fuertes o suaves de los acabados, materiales y texturas frías o agradables, temperatura cálida o incómoda, si se escucha lo que pasa fuera de la habitación, si hay o no corriente de aire, en definitiva, todos los elementos espaciales generan o facilitan la sensación de intimidad o su contraria.

Las áreas de parto y nacimiento deben garantizar un ambiente seguro e íntimo que la madre y su bebé necesitan. Considerar estrategias donde éstos se

habiliten de forma que pueda realizarse el proceso en un solo lugar y así evitar traslados que pueden resultar contraproducentes. También considerar la necesidad de privacidad en todo momento, diseñar mobiliario que apoye las diferentes posturas y etapas del parto, crear espacios de estancia para las personas acompañantes e integrar también áreas para los profesionales.

Los aspectos psicológicos de la arquitectura son la base para el diseño de estos espacios. La posibilidad de regular la iluminación y privacidad de la habitación, la incorporación de vegetación y luz y la utilización de materiales cálidos permite tener un espacio más sensible al proceso que ahí se desarrollará.

Es necesario que los espacios tanto en los pasillos como en las habitaciones, sean amplios con el fin de que se permita la deambulación de la madre durante la labor de parto, acompañados de mobiliario que apoye el proceso. Diseñar estas áreas de circulación en forma de circuito, permite optimizar los espacios y evitar barreras durante el recorrido. La transición de espacios interior-exterior permiten tener una dinámica al movilizarse por ésta.

La nueva arquitectura de las maternidades hospitalarias propone habilitar espacios que fortalezcan la autonomía de la mujer y fomenten su capacidad creadora. Los espacios pensados desde el cuidado por la percepción de la parturienta y sus necesidades físicas y ambientales generan un proceso liberador en un momento muy vulnerable para las personas implicadas. La consecuencia inmediata es una transformación del empoderamiento de las mujeres en el inicio de su maternidad. El diseño de estos espacios acompaña, empodera y cuida.

Porque el espacio sí importa...

Hospital HM Nuevo Belén en Madrid - Parra/Muller



Imagen 5 - 6. Sala TPR: mueble central de múltiples funciones: favorecer el libre movimiento y posturas del parto, zonificar la habitación, guardar el material médico ("ambiente deshospitalizado")



Imagen 7, 8, 9 y 10. Sala TPR: mobiliario, material de apoyo, bañera de dilatación y parto
[Fuente: https://www.virai.eu/utpr-en-clinica-belen/](https://www.virai.eu/utpr-en-clinica-belen/)

3. ARQUITECTURA DE LAS MATERNIDADES

3.1. DE LAS INSTITUCIONES: GENERALIDADES

Partiendo de una escala macro, todas las maternidades que asistan partos deberían cumplir con las siguientes exigencias mínimas:

- Condiciones quirúrgicas adecuadas para poder realizar cualquier operación necesaria (cesárea, fórceps, legrado, extracción placenta, reparación desgarros vaginales altos, cervicales, roturas uterinas, histerectomía, embarazo ectópico, etc.) - **O.M.S.**
- Servicio de anestesia (general y regional), transfusión de sangre segura, tratamientos médicos, asistencia neonatal inmediata, evaluación del riesgo materno-feto-neonatal y posibilidad de transporte al nivel de referencia - **O.M.S.**
- La **R.M. 348/2003** define las necesidades y los niveles de atención según la presencia de determinadas características (factores de riesgo) basándose en el siguiente esquema:

Nivel de Atención	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel
		(Servicios de Bajo Riesgo)	(Servicios de Alto Riesgo)
Tipo de Atención	Centros de Salud, unidades sanitarias, postas sanitarias, consultorios	Hospitales locales, maternidades	Hospitales regionales, maternidades
Ambulatoria	Atención prenatal y posnatal para el bajo riesgo	Atención prenatal y posnatal para el bajo riesgo y especializada	Consultas para el alto riesgo y alta complejidad
Internación	No corresponde	Atención del embarazo de bajo riesgo, parto y puerperio	Atención del embarazo, parto y puerperio de alto riesgo

Gráfico 6. Programa nacional de garantía de la calidad de atención médica - Resolución 348/2003

El segundo nivel (bajo riesgo y atención especializada) deberá incluir cuidados básicos y, por lo tanto, contará con una Unidad Coronaria intensiva Neonatal dentro de su planta física.

El tercer nivel (alto riesgo y alta complejidad) deberá incluir cuidados especializados y, por lo tanto, contará con unidades de cuidados intermedios maternos, unidad coronaria materna, terapia intensiva neonatal y diagnóstico fetal dentro de su planta física. Ambos niveles deberán contar con atención ambulatoria, salas de parto, salas de parto, quirófano, internación conjunta y recepción del recién nacido y podrán tener de forma opcional salas de TPR (Trabajo de parto, parto y recuperación) y salas de post-parto.

- Vinculación directa o indirecta con otros servicios como: *Neonatología, Centro Quirúrgico, Diagnóstico por Imágenes, Internación Maternidad, Cuidados críticos, Emergencia, Esterilización, Laboratorio, Banco de Sangre/ Hemoterapia, Farmacia y Abastecimiento*, comunicándose a través de circulaciones cubiertas y cerradas, idealmente exclusivas e

independientes, de fácil acceso, ubicadas en el mismo nivel o en diferentes niveles, pero en el mismo emplazamiento - **R.M. 348/2003**

- El trabajo de parto, el parto, el puerperio y la atención del recién nacido deberán brindarse en áreas tan próximas unas de otras como sea posible. Idealmente las Salas de Trabajo de Parto, Parto , Recuperación y Quirófano deben conformar un **Centro Obstétrico**. El mismo debe ser un área de acceso semi-restringido a Equipo de Salud del área, usuarias y familiar acompañante. El quirófano debe ser la única área de acceso restringido - **R.M. 348/2003**

3.2. DE LOS RECORRIDOS: FLUJOGRAMAS

LA MUJER

La mayoría de las mujeres que acuden al establecimiento de salud provienen del **servicio de emergencia** o **de consulta ambulatoria** (consultorios externos), y son recibidas en la recepción para completar los datos de su expediente clínico. En algunos casos, pueden provenir del **servicio de hospitalización**.

A partir de este punto, se elaboraron dos flujogramas diferentes. El primero de ellos (*Gráfico 7*) representa los recorridos que debe seguir una mujer en el esquema tradicional de parto, mientras que el segundo (*Gráfico 8*) tiene en cuenta los criterios básicos del parto humanizado.

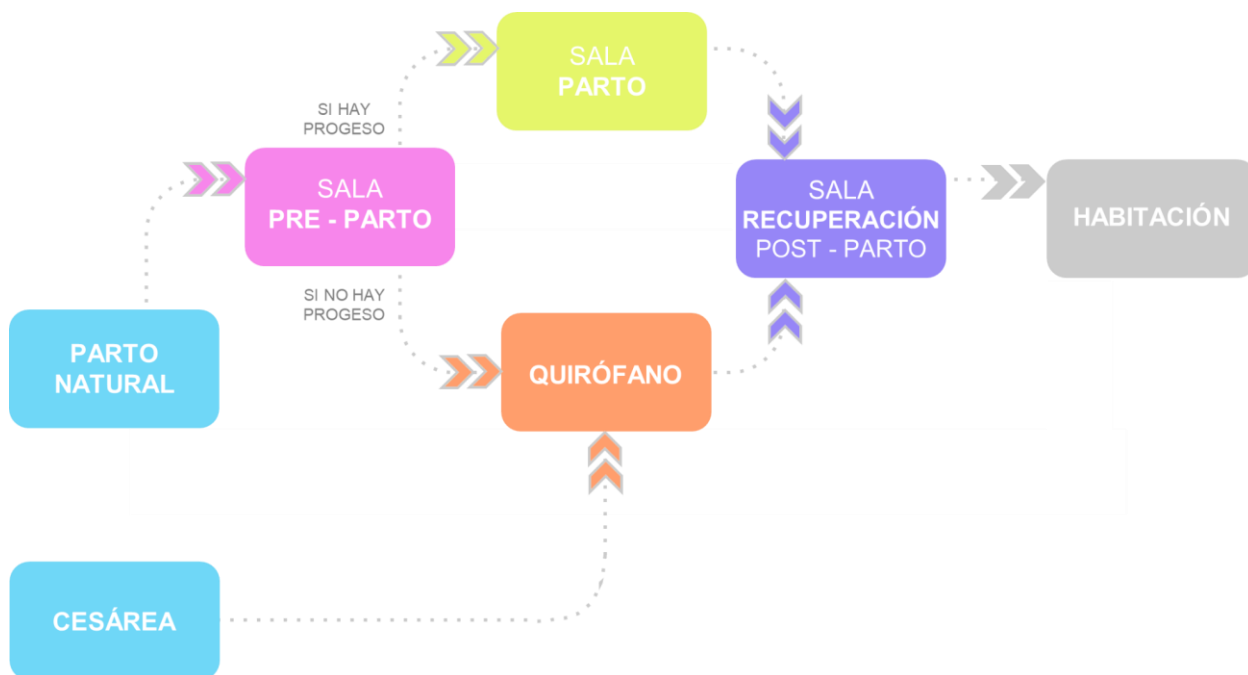


Gráfico 7. Recorridos dentro del esquema tradicional de parto. Fuente: Elaboración propia

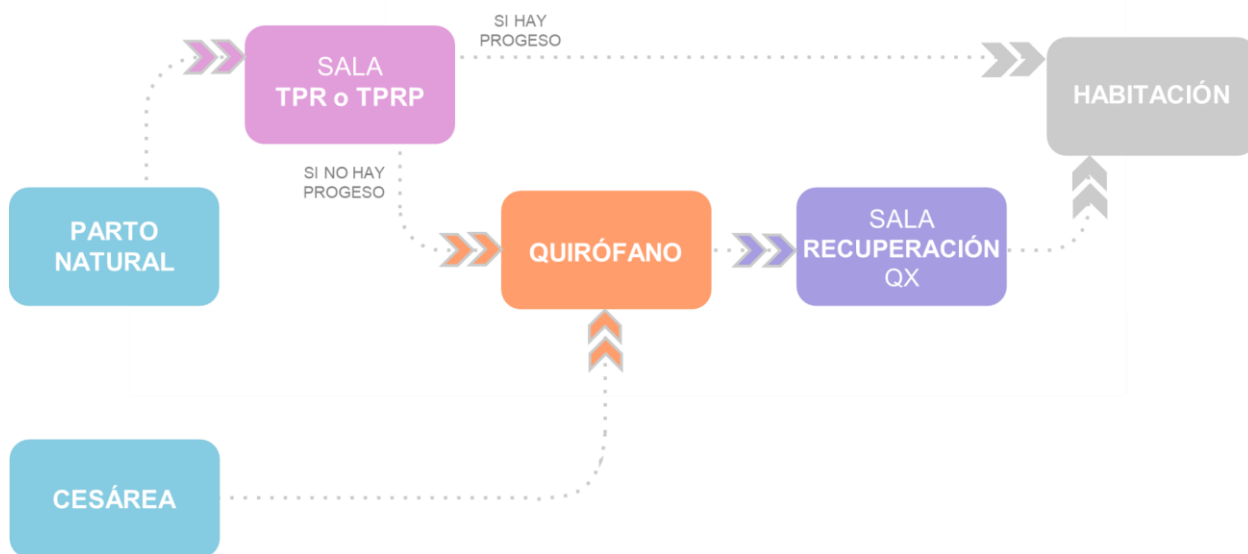


Gráfico 8. Recorridos dentro del esquema del Parto Humanizado. Fuente: Elaboración propia

EL/LA RECIÉN NACIDO/A

Después de que se ha proporcionado la atención inmediata al recién nacido/a, se ubicará en el área correspondiente según su estado y de acuerdo con el protocolo e indicaciones médicas. Los recorridos a seguir son los siguientes:

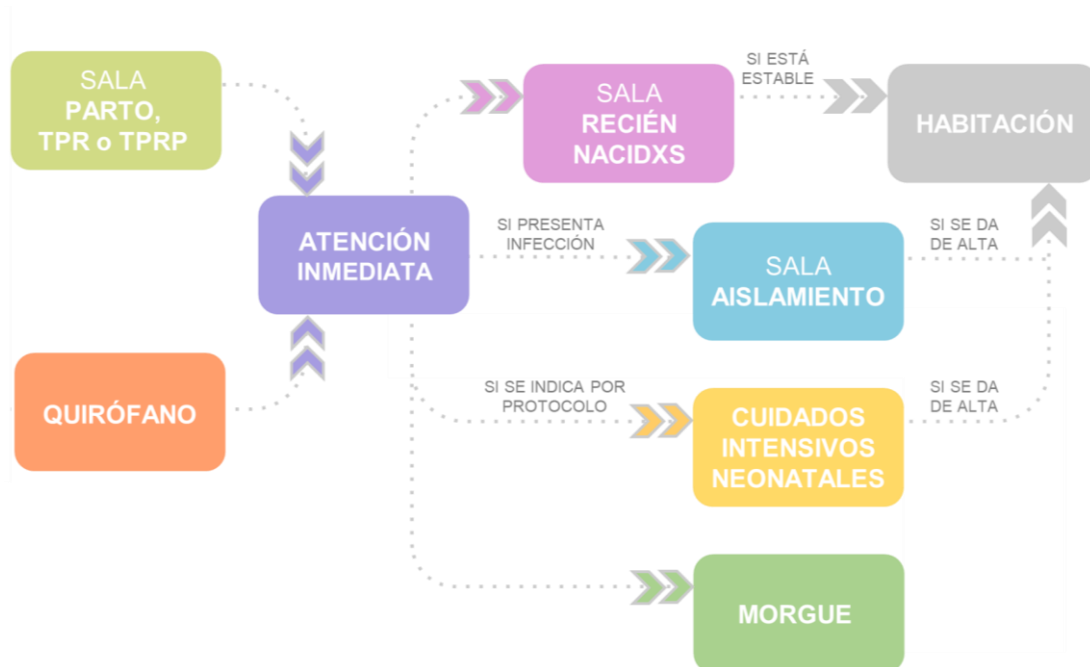


Gráfico 9. Recorridos del recién nacido/a Fuente: Elaboración propia

3.3. DE LOS ESPACIOS: PARTICULARIDADES

Basándonos en los recorridos previamente mencionados, se describirán las características arquitectónicas específicas de cada área, en cumplimiento de las normativas y recomendaciones actuales, incluyendo la regulación de los servicios de maternidad establecida por el Ministerio de Salud de la Nación - **RM 348/2003**. Además, se utilizará la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud de España - **SNS**.

Nuestra intención es proporcionar una referencia que establezca las condiciones mínimas necesarias para guiar el diseño o la reforma de un centro obstétrico completo o de cualquiera de sus componentes individuales.

En cuanto a la distribución de espacios, es fundamental considerar la posibilidad de combinar los componentes funcionales según las necesidades de cuidado y el volumen de demanda, ya sea en áreas cercanas o incluso en la misma habitación.

3.3.1. ACCESO - ADMISIÓN

Espacio destinado a la atención de pacientes (la mujer y su acompañante) que ingresan al servicio.

REQUERIMIENTOS BÁSICOS:

SNS

Debe disponer de baño y de dos ambientes separados visualmente, suficientemente amplios, uno para recepción, historia, asesoramiento y toma de decisiones y otro para exploración clínica.

RM 348/2003

Contará con sala de espera con asientos en cantidad adecuada a la demanda y sanitarios para mujeres y hombres.

REQUERIMIENTOS ÓPTIMOS:

SNS

A nivel de circulaciones debe separarse el ingreso de las parturientas que llegan en condiciones normales, del ingreso y recorridos de las gestantes con complicaciones.

3.3.2. SALA DE PRE-PARTO (DILATACIÓN) Y SALA DE PARTO (EXPULSIVO)

En la sala de pre-parto se realizan los procedimientos necesarios hasta el momento del parto con sus correspondientes monitoreos y controles de dilatación de la mujer embarazada y en la sala de parto se realiza la expulsión del recién nacido/a.

Si bien podrían constituir dos salas separadas, lo ideal es que todo el proceso del parto transcurra en un **único espacio arquitectónico** para no desconcentrar a la mujer, y evitar su traslado en un momento delicado a nivel hormonal y emocional como es el inicio del expulsivo. En cualquier sala de pre-parto (dilatación) puede atenderse el expulsivo, ya sea en la cama, en distintas posturas según el grado de movilidad de la mujer, o en el suelo en cuclillas, agarrada a las barras de la cama o en **la posición que espontáneamente ella adopte**.

REQUERIMIENTOS BÁSICOS:

SNS

- Buena iluminación natural, buenas vistas desde la ventana que ayuden a relajar a la mujer durante la dilatación.
- Materiales y colores cálidos.
- Buena, sencilla decoración.
- Buen aislamiento acústico entre habitación-habitación y habitación-pasillo, para permitir que la mujer se sienta **cómoda** para emitir ruidos durante su parto, y le brinde **tranquilidad e intimidad**.
- Iluminación artificial en dos circuitos: indirecta y graduable para que pueda ser regulada según los deseos de la mujer, y luz artificial de trabajo, según los estándares de necesidades lumínicas de habitación de hospital, en caso de complicaciones.
- Temperatura ambiente regulable, en función de las necesidades de la mujer, ya que **en cada fase del proceso adquiere y necesita una temperatura diferente**.
- Pequeño material y mobiliario: Mecedora, pelota, cojines y cuerda para alivio del dolor pélvico.



Imagen 11. Fuente: Parra-Muller; 2015.

REQUERIMIENTOS ÓPTIMOS

SNS

- Material quirúrgico fuera de la vista de la mujer.
- Silla cómoda y espacio para acompañante.
- Cama cómoda (baja) - no debería estar ubicada en el centro de la habitación. Se reubica en el perímetro de la misma, dejando el centro libre para que la parturienta pueda moverse, buscar elementos de acompañamiento según su necesidad.
- La mujer de parto tiene acceso a una movilidad según sus deseos y necesidad, por eso la cama deja de ser un objeto esencial, y resulta suficiente una cama estándar, mejor si es regulable en altura y posición. **Permitir una gran movilidad a la mujer en toda la habitación es una solución mejor y más barata que las camas de parto de última generación, "multipostural", ya que dichas camas requieren del control de la mujer, pudiendo entorpecer su proceso de desconexión mental, necesario en el parto.**
- Ducha o bañera de partos:
"Aparentemente hay evidencia de que la inmersión en agua durante el período dilatante reduce el uso de analgesia...y la notificación de dolor materno...sin resultados adversos en la duración de trabajo de parto, el parto quirúrgico o los resultados neonatales." (De la Cueva; 2008).
Se facilitará, al menos, una ducha en cada habitación, para que la mujer pueda beneficiarse del efecto calmante del agua caliente durante la dilatación y el parto

expulsivo. La solución óptima es introducir una bañera semi exenta. En caso de que no sea viable, es conveniente dotar al baño de la habitación de una ducha accesible, de generosas dimensiones. La puerta de la ducha debe abrir siempre hacia la habitación.



Imagen 12. Fuente: Parra-Muller; 2015.

RM 348/2003

La sala de pre-parto debe ser confortable y proveer privacidad aún en habitaciones con camas múltiples, compartimentado espacios convenientemente con mamparas, cortinas u otro medio adecuado y debe tener acceso directo a un baño, dentro de la habitación o adyacente a la misma.

En establecimientos de **bajo riesgo** se destinará un mínimo de **9 m² para cada cama**. En los que se brinde cuidados a **pacientes de riesgo** se destinarán **12 m² para cada cama**.

La sala de partos debe estar contigua al sector de preparto o dilatante con facilidad de acceso y privacidad para la mujer y el familiar acompañante. Cada sala debe estar destinada a la atención de una sola mujer.

La habitación para el parto normal debe tener 16 m² de superficie y la altura será de 3 metros.

REQUERIMIENTOS BÁSICOS (ambas salas):

- Deben tener adecuada iluminación, ventilación y temperatura (24 - 26 °C).
- Provisión de oxígeno, aire comprimido y aspiración, tanto para la madre como para el neonato.

- Debe contar con el siguiente equipamiento: camilla/sillón de partos que permitan variar la posición de la mujer en el parto y mesitas de luz, taburetes y sillas.
- Debe haber espacio suficiente para que las embarazadas puedan deambular en el trabajo de parto.

3.3.3. SALA DE RECUPERACIÓN

SNS

Se recomienda que la **sala de recuperación sea independiente**, para facilitar que el/la bebé no sea nunca separado de su madre, y poder mantener a ambos/as juntos/as incluso en caso de reanimación. En caso de que sea físicamente imposible, puede ser suficiente que en la sala general se reserve una zona en uno de los extremos para estas situaciones. Este espacio debe gozar de luz natural y buenas vistas.

RM 348/2003

La sala de recuperación es un espacio destinado a promover una estrecha vigilancia de la madre y su hijo/a durante las primeras dos horas del puerperio inmediato (luego de un parto normal u operatorio). Esta sala debe estar ubicada idealmente en el Centro Obstétrico, con un número similar de camas a la sala de trabajo de parto. Posibilitará una estancia confortable de las madres y sus hijos **idealmente en habitaciones individuales o de dos pacientes por vez**. Cada habitación contará con baño con lavabo, inodoro, ducha.

3.3.4. UNIDADES COMBINADAS (TPR Y TPRP)

SALA TPR: sala de trabajo de parto, parto y recuperación.

SALA TPRP: sala de trabajo de parto, parto, recuperación y puerperio.

Estas salas responden a conceptos de humanización tales como el parto centrado en la familia. Se basa en la idea de que, en el nivel de cuidados básicos, el parto no debe ser considerado como un acto médico-quirúrgico sino como un acontecimiento normal de la especie, que admite la presencia de la familia, sin traer riesgos de contaminación, permitiendo el fácil acceso a la tecnología de apoyo en el momento requerido. Se trata de salas de internación individuales, que *permiten la atención del período de dilatación, parto y recuperación en una sola habitación, arreglada como un dormitorio común con muebles adecuados, ventanas, cortinas y cuadros, pero con acceso a la aparatología y*

otros elementos tecnológicos que permanecen ocultos hasta su uso. Además, permiten maximizar con economía y flexibilidad el recurso humano y el espacio.

RM 348/2003

REQUERIMIENTOS BÁSICOS:

- Equipamiento: una cama de partos, que permite a la parturienta colocarse en la posición más cómoda, pudiendo transformarla, desde la posición horizontal de una cama de una plaza, a la de un sillón obstétrico apto para el parto vertical con el respaldo a 90 grados, pasando por la posición obstétrica intermedia con el respaldo a 120 grados. Esta cama de partos, dotada de ruedas, admite el traslado de la parturienta al quirófano en caso de cesárea y su devolución a la habitación luego de la intervención.
- Superficie mínima de 25 m² (sin contar los sanitarios) y un sector de 6 m² para guardar y ocultar los equipos. Es posible realizar algunas simplificaciones tales como: compartir el baño y disponer de un sector de recepción-reanimación del recién nacido/a cada dos o cuatro salas TPR.

3.3.5. SALA DE INTERNACIÓN CONJUNTA

Esta sala está destinada a alojar a los/las recién nacidos/as sanos/as con sus madres. Son utilizadas para la internación durante el embarazo, el puerperio y el post-operatorio, en caso que se justifique el control hospitalario.

RM 348/2003

REQUERIMIENTOS BÁSICOS:

- Es conveniente agrupar a las mujeres según la causa de internación y por niveles de riesgo.
- Cuando sean compartidas, se deberá contar con elementos de separación fijos o móviles entre las camas para respetar la privacidad de las mujeres.
- El espacio asignado debe ser suficiente para alojar a el/la recién nacido/a en su cuna, junto a la cama de su madre. Se calculan 9 m². por cama/cuna. Por tanto la distancia entre camas adyacentes será de 2 a 2,4 m. Y entre camas enfrentadas la distancia será de 2 metros entre una y otra.
- Deberá contar con un baño completo con ducha, como máximo, cada 4 camas de internación.
- La iluminación (natural y artificial) y ventilación deben ser adecuadas.
- **Ambientación hogareña (cortinas, acolchados, cuadros, etc.).**

- Mesa de luz para guardar pertenencias y sillas para familiares.

3.3.6. QUIRÓFANO

SNS

Es conveniente que en el área quirúrgica del centro se dedique **al menos un quirófano específicamente para la realización de cesáreas.**

RM 348/2003

El quirófano constituye un componente esencial del servicio de obstetricia y debe programarse para estar en **disponibilidad permanente** para las intervenciones obstétricas por lo que es ideal que esté integrado en el Centro Obstétrico.

Debe cumplir la *Norma de Organización y funcionamiento de Servicios de Cirugía (Centro Quirúrgico)* **Resolución Ministerial 573/00.**

3.3.7. SALA DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA RECIÉN NACIDOS/AS

SNS

Es conveniente que las criaturas recién nacidas hospitalizadas, estén rodeadas de un ambiente cómodo y placentero, lo más semejante a un hogar para ellas y sus familias, y facilitar la política de Unidades Neonatales abiertas a madres y padres las 24 horas. La prioridad es que los bebés estén siempre junto a sus madres, padres u otra persona de acompañamiento. Esta circunstancia implica repensar los espacios de cuidados intensivos del bebé desde la necesidad de que al lado de cada incubadora haya un espacio para un adulto que acompañe al bebé, y que pueda desarrollar el método piel con piel.

REQUERIMIENTOS BÁSICOS

- Ratio mínimo para cada bebé: 4m². (Incubadora, silla-cama para los padres, maquinaria hospitalaria, mesita-mueble de apoyo).
- La sala debería estar con iluminación mínima a través de focos pequeños puntuales (lámparas de mesa) para los espacios de trabajo del personal y los padres.

REQUERIMIENTOS ÓPTIMOS

- Ratio óptimo: 10m² (incluye espacio personalizado para cada bebé y su acompañante)
- Paredes no-reflectantes
- Insonorización, puertas con aislamiento especial.

- Equipamiento técnico preferiblemente montado en techo para disponer de más flexibilidad de espacios.



Imagen 13 y 14. Fuente: Parra-Muller; 2015

3.3.8. HABITACIONES

Lo más importante en la planta de maternidad es no mezclar pacientes enfermas con mujeres sanas. **La prioridad está en minimizar recorridos.**

SNS

REQUERIMIENTOS BÁSICOS

- Disponer de dos sistemas de iluminación para día y noche en las habitaciones, en especial en las dobles y en los pasillos y espacios comunes.
- Poseer un mueble con cambiador y bañera para que la madre pueda bañar a su hijo/a por primera vez **sin tener que desplazarse.**

REQUERIMIENTOS ÓPTIMOS

- Uso de una **cuna especial tipo "colecto"** junto a la cama de la madre para facilitar la lactancia. Esta cuna permite tomar al bebé sin necesidad de levantarse de la cama, lo que posibilita dormir juntos evitando el riesgo de caídas o aplastamiento. Además, su uso optimiza el espacio en la habitación.



Imagen 15. Fuente: "Tacklen" - España



Imagen 16. Fuente: "MaBim" - España

- Un baño individual con ducha por habitación.

3.3.9. ESPACIOS COMPLEMENTARIOS

La incorporación de estos espacios mejora significativamente la calidad de la atención obstétrica en los centros especializados. Aunque se recomienda su inclusión en casos de reformas integrales, su ubicación puede resultar desafiante. Por lo tanto, se sugiere aprovechar los espacios disponibles liberados al redimensionar secciones del programa que se encuentren en desuso.

DESPENSA DE LECHE: Espacio para las madres que tienen que sacar leche. Debe contar con heladera y microondas.

CONSULTORIO DE LACTANCIA: Espacio donde presta servicios la consultora de lactancia. Debería ser un espacio tranquilo y con buena luz, cerca de las habitaciones para evitar largos desplazamientos de las madres. Si la consulta también está abierta a madres no ingresadas, debería contar con una pequeña zona de espera.

SALA DE FISIOTERAPIA: Espacio con una superficie mínima de 15-20 m² para las sesiones de recuperación del suelo pélvico, tanto para grupos como para clases individuales. Esta sala se suele situar fuera de la zona de habitaciones, ya que acuden a estas clases también madres que no están ingresadas en el hospital.

HABITACIÓN ASISTENTE SOCIAL-INFORMACIÓN TRÁMITES REGISTRO CIVIL:

Espacio pequeño para una oficina básica.

ZONA DE JUEGO PARA HERMANOS/AS: Espacio en la zona de entrada o cerca del comedor, apartada de las habitaciones, con mucha luz natural. Debe ser una zona cerrada, controlable y con buen aislamiento acústico.

ESPACIOS COMUNES PARA LAS MADRES: Son espacios comunes de reunión donde puedan compartir dudas y experiencias de los primeros días o incluso recibir charlas de ayuda sobre lactancia y puericultura. Una sala del tamaño de unos 15-20 m², preferiblemente con luz y ventilación natural.

HABITACIÓN DE DESPEDIDA: Ante el fallecimiento del bebé, es importante proporcionar a los padres que lo deseen el lugar y el ambiente necesarios para que se despidan de su hijo/a. El espacio debe permitir una despedida íntima y tranquila, sin interferencias con el personal, sin prisas, en un ambiente que genere serenidad y calma. La necesidad física del espacio es el de una sala, del tamaño de una habitación, o incluso menor, con luz natural, luz artificial indirecta, y decoración sencilla y acogedora.

ESPACIOS MADRES - MADRES: Se debe favorecer el contacto entre madres y familiares de bebés ingresados en la UCI. Por ello, es importante destinar algún espacio cercano o contiguo a la UCI a este efecto. Los requerimientos físicos son los de una sala de reunión, con máquina de bebidas, asientos o sofás, y luz natural.

HOGAR MATERNO O RESIDENCIA PARA MADRES: Este espacio está diseñado para ofrecer alojamiento transitorio a mujeres que necesitan cuidados antes o después del parto, pero que no requieren tratamiento hospitalario, también posibilita la observación y evaluación de mujeres embarazadas con algún riesgo, pero que no necesitan ser hospitalizadas. La residencia es un **ambiente de autocuidado** en el que las mujeres alojadas se encargan de su propio cuidado y del entorno en el que se encuentran. La organización de una residencia para madres debe ir acompañada del desarrollo de programas prenatales que permitan detectar embarazos de riesgo, informar y motivar a las gestantes para que utilicen el servicio cuando sea necesario. La capacidad de la residencia está directamente relacionada con el número de plazas de internación neonatal y de embarazadas con domicilios alejados. Se estima que el 70% a 80% de las madres con neonatos internados pueden utilizar esta residencia. Los requerimientos espaciales son los siguientes:

- Recepción y oficina administrativa
- Dormitorios de 4 camas como máximo
- Baño
- Lavadero-tendedero
- Cocina
- Sala de estar/comedor

ÁREA DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA: Teniendo en cuenta que la familia es el núcleo principal de las instituciones dedicadas al cuidado de la embarazada y su hijo/a antes y luego de nacer, se podrán contemplar diversos aspectos como:

- Guardería para hijos/as de madres internadas y hermanos/as de recién nacidos/as prematuros internados.

- Aula en la que se llevarán a cabo actividades de educación para la salud tales como: educación prenatal, curso de preparación integral para la maternidad, programa de apoyo a futuros padres, programa de apoyo a madres adolescentes, programa de apoyo a padres de prematuros, etc.

- Espacios de recreación de la familia: bar, biblioteca, área de juegos para niños/as.

3.4. ADAPTACIÓN DE LO EXISTENTE

No es imprescindible realizar reformas arquitectónicas para ofrecer atención obstétrica humanizada y respetuosa con la fisiología del parto. Aunque algunas instituciones posponen la implementación de prácticas recomendadas debido a la falta de recursos para realizar reformas, es importante comprender que el cambio de actitudes y prácticas es más significativo que las reformas estructurales. Aunque un espacio reformado puede ser más cómodo y adecuado, la atención obstétrica humanizada puede llevarse a cabo en cualquier espacio físico mediante un cambio de perspectiva y prácticas en la atención al parto.

Al llevar a cabo una reforma o acondicionamiento de un centro obstétrico, es importante considerar los aspectos necesarios y reorganizar la distribución, agrupando las áreas programáticas de forma efectiva para optimizar la circulación. Esto permitirá crear centros obstétricos más eficientes, útiles y cómodos tanto para las mujeres y sus familias como para los profesionales.

A continuación, siguiendo los lineamientos del SNS, se identifican las posibles intervenciones a realizar, clasificándolas en tres niveles de intervención: bajo, medio e integral.

INTERVENCIÓN BAJA

El acondicionamiento de los espacios se produce desde el cambio de mobiliario y material auxiliar. En adecuaciones de maternidades en edificios existentes, con bajo presupuesto son pequeños cambios que no implican obra civil, o muy poca, pero que modifica las condiciones ambientales de modo que se consiguen espacios más cálidos y amables sin ser necesario una inversión económica significativa pero producen cambios sustanciales, haciendo el espacio mucho más acogedor y reduciendo el estado de alerta de la mujer de parto.

Algunas acciones en este nivel de intervención son:

- **Desplazar la cama** del centro de la habitación, para permitir más espacio de deambulación, así como la aparición de nuevos ambientes.
- Tener a disposición de la mujer algunos elementos como:

Pelota de dilatación: permiten apoyarse en ellas y balancearse, recibiendo un suave masaje.

Cuerda fijada al techo. barras suecas: la mujer a veces encuentra alivio al sujetarse en ellas durante la contracción.

Silla mecedora: permite realizar ventanas de monitorización si se decide realizarlas en una posición muy cómoda que evita, por las posturas y el balanceo, los riesgos de la compresión vascular aorto-cava. Durante la dilatación ayuda a pasar tiempo en posición sentada con más comodidad, y el balanceo puede proporcionar alivio durante las contracciones.

Taburete pequeño de madera: Hay algunos diseñados para el parto, con una hendidura semicircular en el centro. Pueden ser cómodos en algunos momentos de la dilatación o en el expulsivo. Permiten que un acompañante sujete a la mujer desde detrás, si ella se reclina entre contracciones, y mediante un espejo la/el profesional que asiste el parto tiene espacio para ver si la cabeza asoma en el plano vulvar.

Cojines, almohadas: útiles para apoyarse en distintas posiciones, y favorecer algunas posturas, también en el parto con epidural.

Espacio o bandeja con agua: Tenerlos a mano hará que la mujer los tome si los necesita.

Espejo de mano: para que la mujer si quiere pueda visualizar la cabeza de su bebé en la vulva. Esto le da ánimos si está cansada y le puede ayudar a controlar la salida.

Cuna o cama especial auxiliar: se coloca junto a la cama de la madre, para que si desea alterne tener al bebé con ella en la cama con un espacio seguro, facilitando el alojamiento conjunto e ininterrumpido.

Bañera portátil: para que se bañe al bebé en presencia de la madre, o lo haga ella misma.

Mesa de exploración: en la que el pediatra pueda explorar al bebé en presencia de los padres.



Imagen 17-18. Fuente: Hospital privado universitario de Córdoba - Argentina



Imagen 19. Fuente: Hospital de Sagunto de Valencia - España

- Modificar las condiciones de la iluminación, con **cortinas de tonos cálidos o dibujos agradables** que matizan la luz natural, o la colocación de lámparas y **luces indirectas** que permitan el oscurecimiento o iluminación puntual de la sala. Esto le permite recuperar

fuerzas con menos estímulos externos y tener una percepción más corta del paso del tiempo y del dolor.

- **Ocultar el material quirúrgico** de la habitación en muebles auxiliares o cubriendolas con una tela si se tratara de vitrinas transparentes.
- **Tapar ventanas u ojos de buey** que den a espacios por los que puedan asomarse observadores externos.
- Para la decoración evitar colocar pósters de casas comerciales de leche artificial y sustituir los pósters con motivos sanitarios o ginecológicos, por otros con **paisajes o motivos relajantes**.
- Permitir que la mujer traiga música de su elección, que facilitará su confianza y relajación, y tener un **reproductor de música** para que utilice si lo desea.
- Evitar que la temperatura de la sala sea fría, ya que activa las hormonas adrenérgicas en la mujer, y es perjudicial para el bienestar del bebé tras el nacimiento.

INTERVENCIÓN MEDIA

Se produce cuando se modifica la distribución de los espacios y las habitaciones, de modo que se adecue a las necesidades actuales, pero manteniendo la zonificación existente.

Algunas acciones en este nivel de intervención son:

- Mover tabiques en las habitaciones, para aumentar el tamaño del baño respecto de la habitación, y poder introducir una ducha grande y accesible, la mujer se puede beneficiar del efecto relajante y analgésico del agua caliente permaneciendo durante algunos períodos bajo la ducha templada o caliente si se dispone de ella. Algunas veces se utilizan las bañeras para uso en casos de cólico de riñón.
- Aprovechar los espacios que quedan huérfanos para mejorar otros o introducir usos que forman parte de la demanda actual.
- Acondicionar las salas de ingreso de las mujeres, dotando de privacidad la zona de exploración.

INTERVENCIÓN INTEGRAL

Responde a la necesidad de acondicionar las maternidades de modo global. Se aborda el proyecto y acondicionamiento de todo el centro obstétrico, para poder actualizar todos los espacios y áreas del mismo, según las necesidades. Las obras de acondicionamiento incluyen obras de albañilería, tabiquería y actualización de

instalaciones (electricidad, calefacción, instalaciones especiales) para dotar a cada espacio de la máxima comodidad posible, según las recomendaciones.

La intervención integral abarca a las maternidades existentes que deciden acondicionar completamente todos sus espacios para mejorar la calidad de su servicio, así como los hospitales y maternidades de nueva planta.

Algunos aspectos a tener en cuenta en este nivel de intervención son:

- Accesos diferenciados para mujeres de parto y gestantes con problemas.
- Recorridos y circulaciones minimizadas, tanto del personal del centro como de mujeres y familiares. Importancia de acercar la UCI de neonatos a la zona de habitaciones de planta.
- Habitaciones dotadas de ducha y/o bañera exenta, para la dilatación.
- Zonas auxiliares y complementarias para las madres y sus familias.
- Zona de UCI de neonatos acondicionada para que la madre o acompañante pueda acudir y vivir las 24 horas, con la consiguiente necesidad de comodidad en el espacio junto a la incubadora.

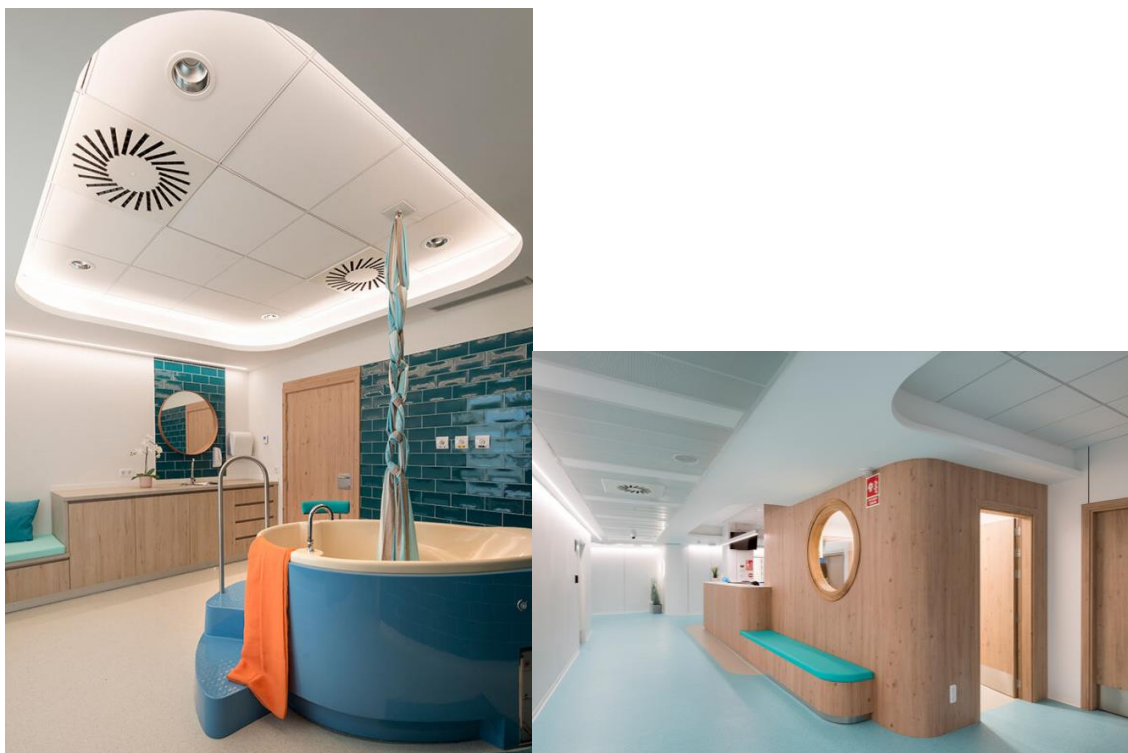


Imagen 20-21. Fuente: Área de Maternidad del Hospital Universitario Punta de Europa, Algeciras, España



Imagen 22. Fuente: Área de Maternidad del Hospital Universitario Punta de Europa, Algeciras, España

4. CASOS DE ESTUDIO

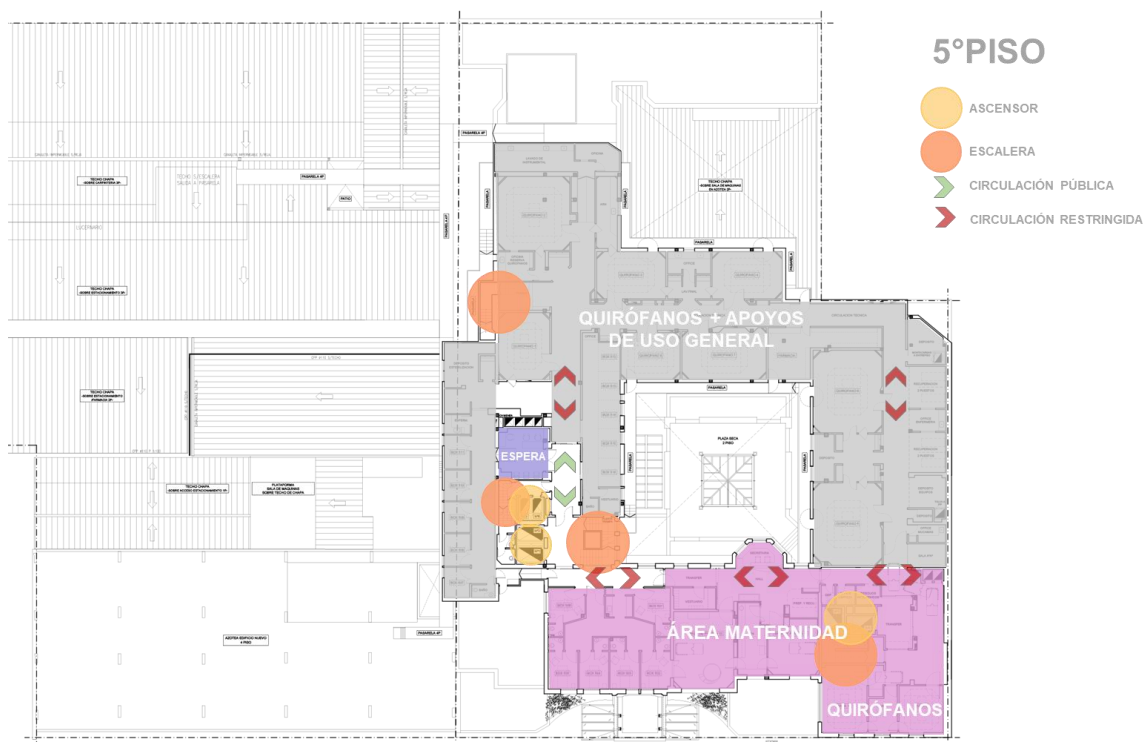
4.1. ÁREA PRIVADA

SANATORIO OTAMENDI MIROLI. CABA

El Sanatorio Otamendi Miroli, situado en el barrio de Recoleta de la ciudad de Buenos Aires, es una institución privada que brinda los siguientes servicios médicos a los/las pacientes: consultorios externos, emergencias, cirugía, laboratorio clínico, diagnóstico por imágenes, cardiología intervencionista, internación clínico-quirúrgica, medicina transfusional, terapia intensiva, unidad coronaria, **centro de la mujer, neonatología y consultorio de seguimiento neonatal**, entre otros.

En particular, el servicio de **maternidad y centro obstétrico** (salas de partos, quirófanos y área de recién nacidos/as) se encuentran ubicados en el quinto piso y el área de **neonatología y habitaciones de internación conjunta** en el segundo.

A continuación, se presenta la distribución de los servicios y las áreas de circulación existentes en ambas plantas:



En cuanto al recorrido de la mujer, se transcribe lo siguiente de la página web institucional:

*“Una vez realizados los trámites administrativos de ingreso, la mamá y su acompañante son acompañados al sector de **prepartos** en el 5º piso. Allí serán alojados en una **habitación** dónde se realizarán los procedimientos médicos **previos a la atención del trabajo de parto**. Posteriormente, el equipo de profesionales junto a la mamá y su acompañante se dirigirán a la **sala de partos o quirófano** de acuerdo con cada caso en particular. Finalizado el parto o la cesárea, la mamá, el/la recién nacido/a y su acompañante serán trasladados juntos a una*

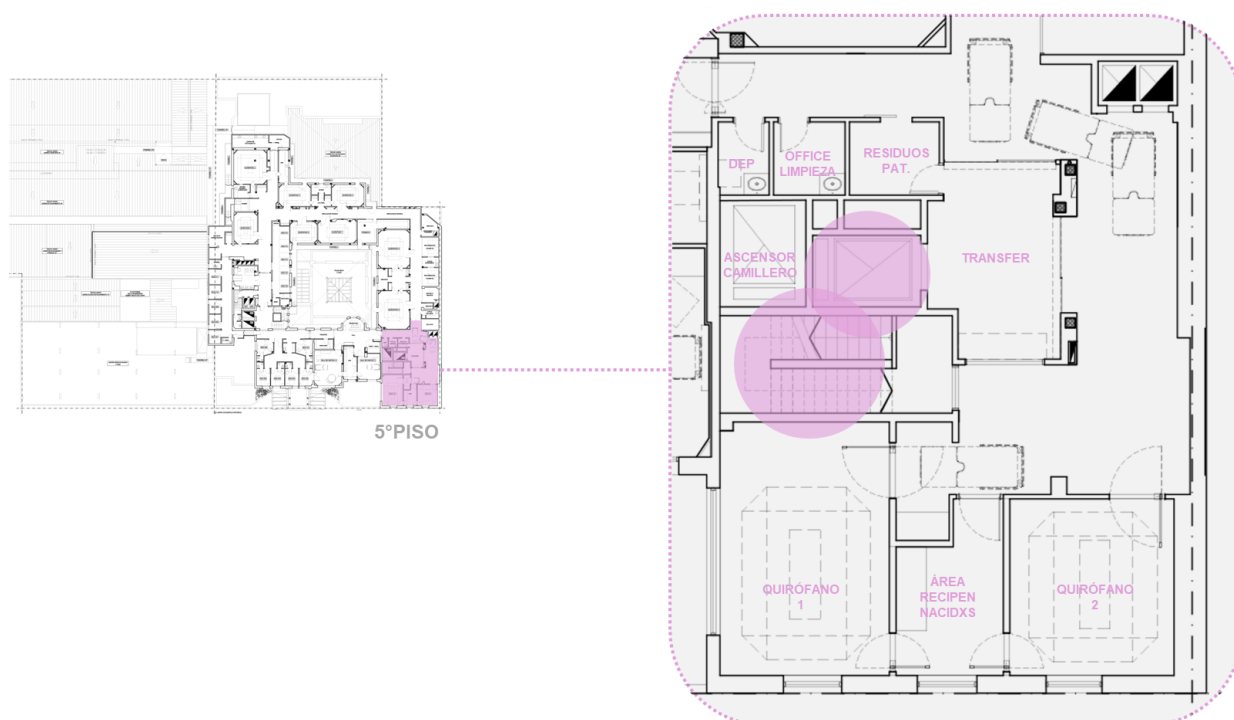
habitación en piso, si las condiciones médicas de ambos lo permiten. Allí mamá y recién nacido/a, serán atendidos/as por el equipo de salud integrado por profesionales de Neonatología y Obstetricia, enfermera, nurse y puericultora. La institución implementa **internación conjunta**, cuando la condición clínica del recién nacido y la mamá lo permiten. Los exámenes médicos a el/la recién nacido/a son realizados en la habitación junto a su familia (ARN)”

Fuente: <https://www.otamendi.com.ar/maternoinfantil.html>

El servicio está compuesto por las siguientes áreas:

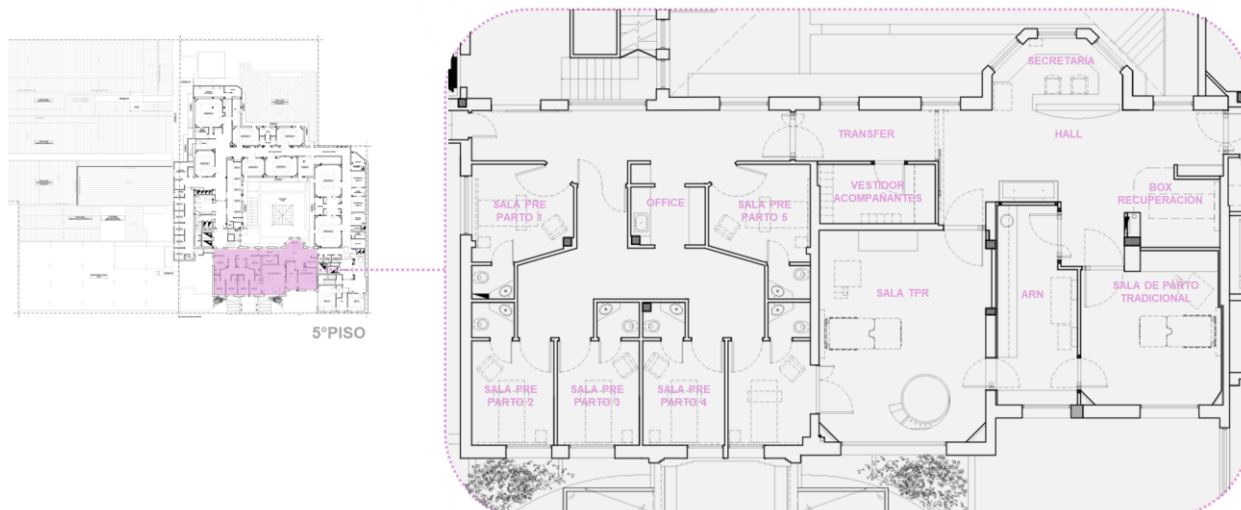
1. QUIRÓFANOS + ARN + APOYOS - 69m² (superficie total)

Área conformada por dos quirófanos (25m² y 15m²) con un área para recién nacidos/as común a ambos (8m²), un área de transfer contigua al ascensor camillero (12m²) y sus áreas de apoyo: cuarto de residuos patógenos (4m²), office de limpieza (3m²) y depósito (2m²).



2. SALAS DE PRE-PARTO, PARTO, RECUPERACIÓN Y APOYOS - 183m² (superficie total)

Área conformada por cinco salas de pre-parto con baño individual (50m²), una sala TPR (41m²) y una sala de parto tradicional (19m²), un área para recién nacidos/as común a ambas y con espacio para incubadora de traslado (14m²), un box de recuperación (6m²) y sus áreas de apoyo: transfer para personas (7m²), vestidor de acompañantes (7m²), office (4m²), hall (27m²) y secretaría (8m²).



3. NEONATOLOGÍA - 310m2 (superficie total)

Área conformada por 6 salas de neonatología (170m2); en cuanto al nivel de complejidad se distribuye de la siguiente manera: las salas 1 a 3 son de alta complejidad, la sala 4 es de aislamiento y cuidados intermedios y las salas 5 y 6 son de baja complejidad y cuentan con un lactario (10m2); sus respectivas áreas de apoyo son: estar médico con visión a las salas de neonatología 1 a 3 -mayor complejidad- (12m2); sala de reuniones (8m2); office para el personal (9m2); sector de extracción y flujo laminar (11m2); preparación médica (5m2); office de limpieza y residuos patogénicos (6m2); secretaria (5m2); vestuario del personal (8m2); dormitorio de médicos (8m2); vestuario (23m2); y un consultorio neonatología (10m2); además cuenta con un área de espera (25m2).

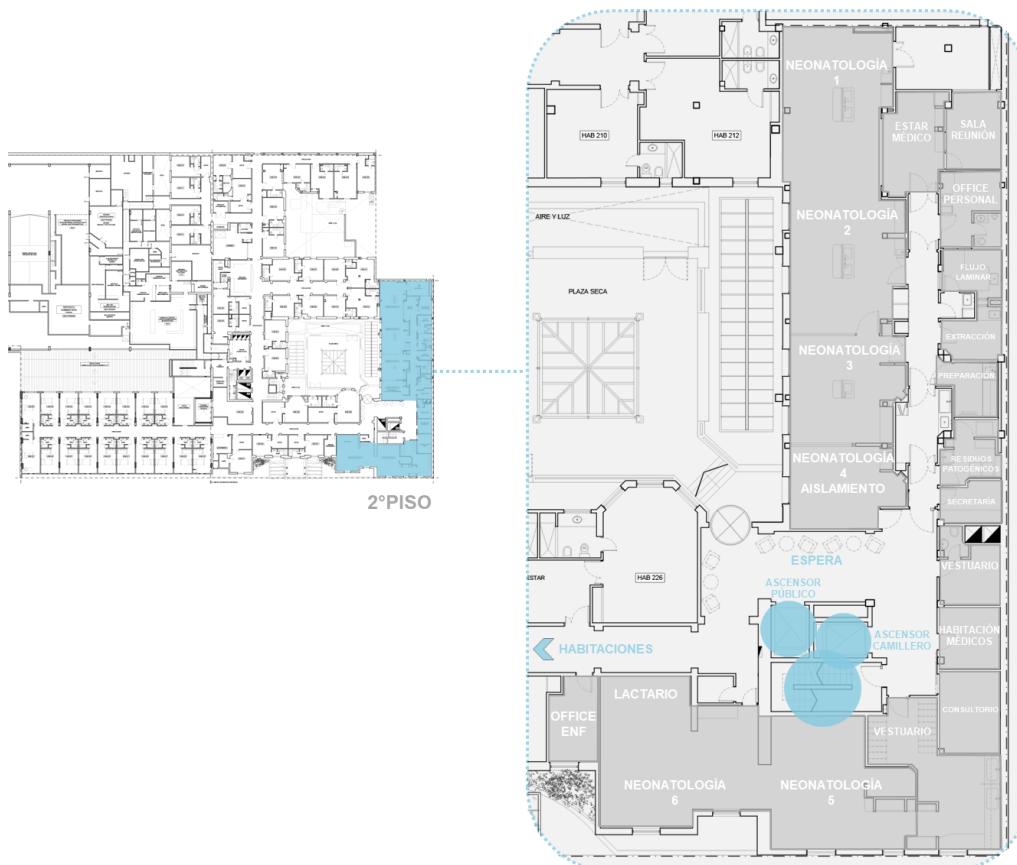




Imagen 23 - 24. Sala TPR-Sanatorio Otamendi. [Fuente: https://www.otamendi.com.ar/maternoinfantil.html](https://www.otamendi.com.ar/maternoinfantil.html)



Imagen 25. ARN-Sanatorio Otamendi. [Fuente: https://www.otamendi.com.ar/maternoinfantil.html](https://www.otamendi.com.ar/maternoinfantil.html)

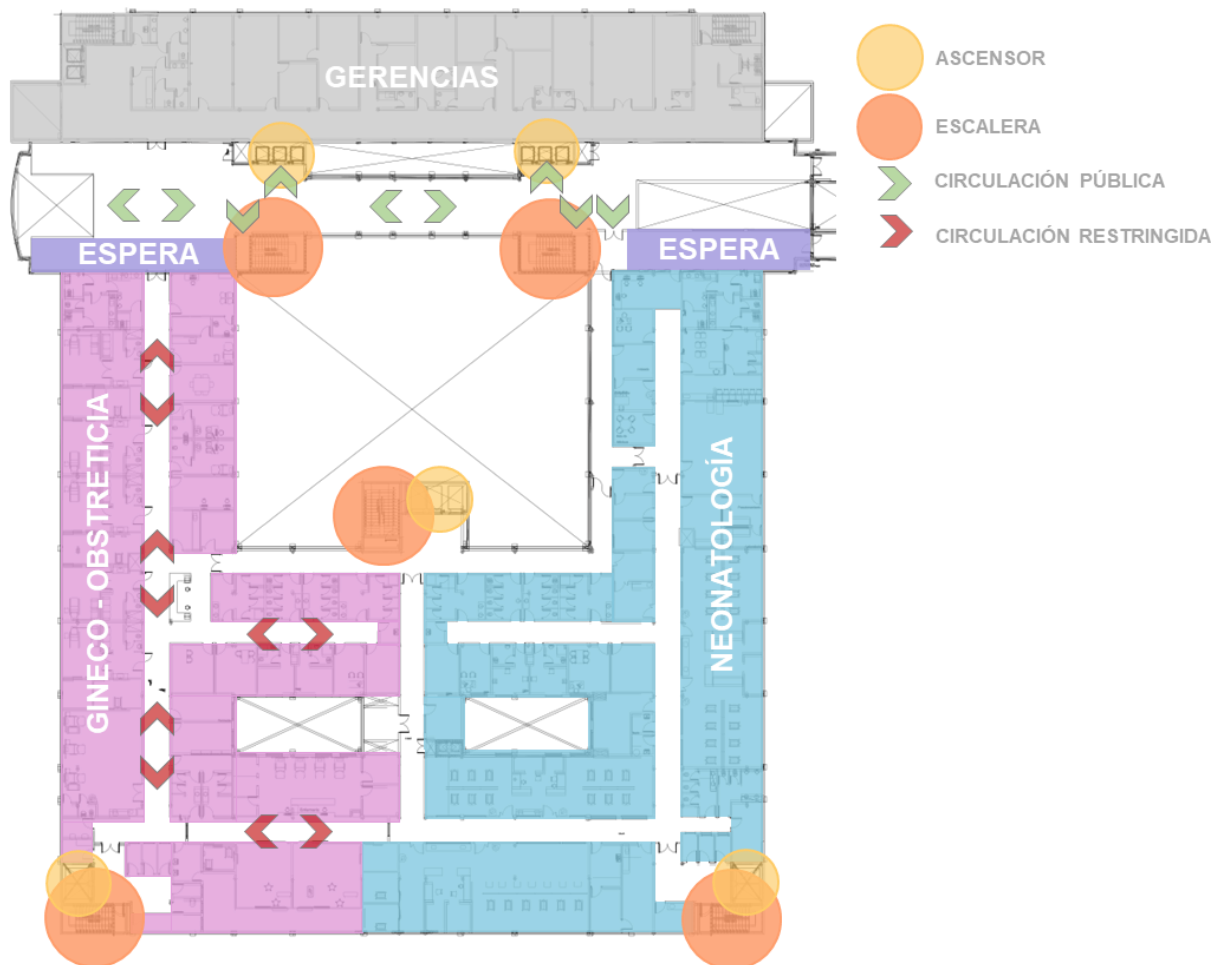
4.2. ÁREA PÚBLICA

HOSPITAL SAMIC. OBERÁ - MISIONES

El Hospital Samic de Oberá, situado en la provincia de Misiones a unos 100 km de la capital Posadas, es un hospital de nivel III encargado de manejar situaciones de alto riesgo.

La infraestructura del hospital se compone de dos edificios diferenciados: el primero, que se corresponde con el antiguo hospital, ofrece servicios de atención ambulatoria e internación hospitalaria. El segundo, que corresponde al hospital nuevo, presenta una arquitectura sistémica y acoge a los sectores de atención de urgencia-emergencia, servicio de diagnóstico y tratamiento, UTI, neonatología y gineco-obstetricia.

En particular, el servicio de gineco-obstetricia se encuentra ubicado en el segundo piso del nuevo hospital, en estrecha comunicación con el servicio de neonatología. A continuación, se presenta la distribución de los servicios y las áreas de circulación en la planta del segundo piso.



El recorrido que realiza **una mujer** durante su atención en el servicio de gineco-obstetricia puede iniciarse en el servicio de **emergencia** o en el **consultorio ambulatorio**, y continúa en la **sala de TPR**, luego de haber sido verificados los datos de la historia clínica.

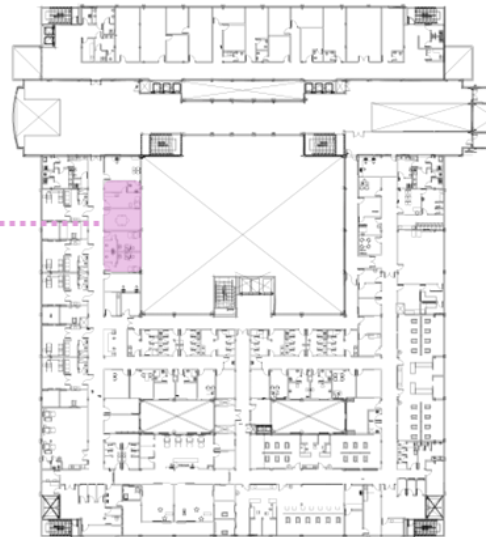
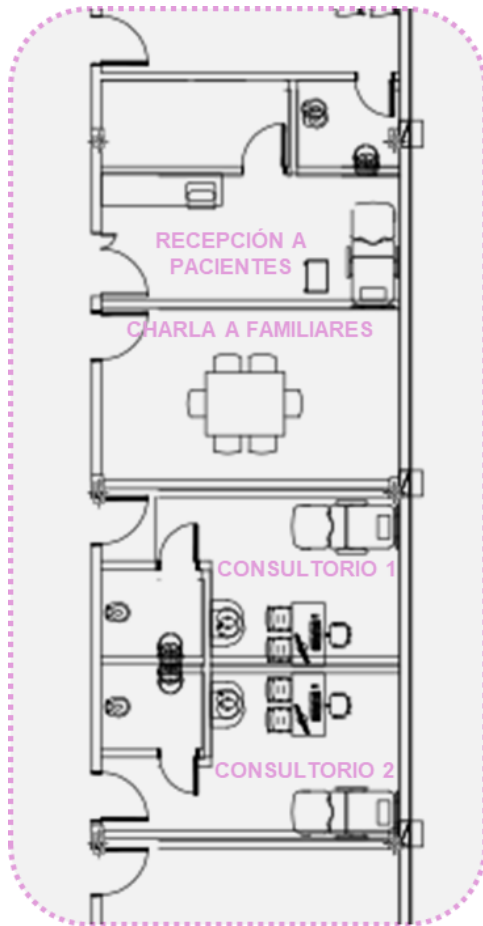
Una vez iniciado el trabajo de parto, **el/la recién nacido/a** es trasladado/a al **ARN** (área de recién nacidos/as), mientras que la mujer atraviesa el periodo de **recuperación** antes de dirigirse al sector de **hospitalización** para su posterior egreso.

En caso de que se presente alguna complicación que requiera intervención quirúrgica, la mujer es llevada al **quirófano** para su procedimiento, tras lo cual es trasladada a la zona de **recuperación** donde se le brinda control y cuidado permanente hasta su traslado al área de **hospitalización**.

El servicio está compuesto por las siguientes áreas:

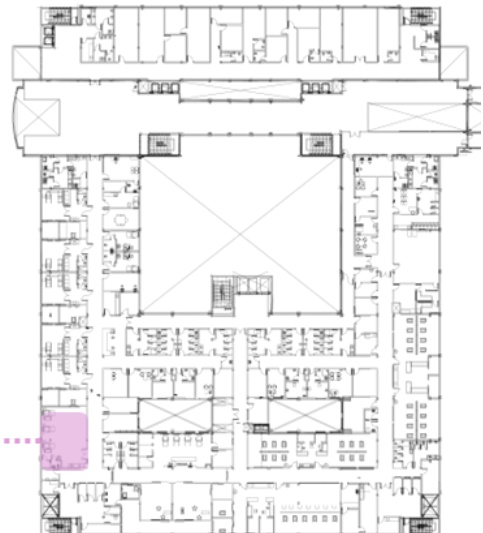
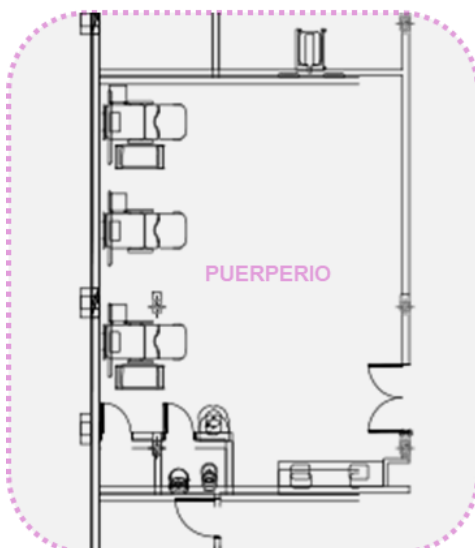
1. **CONSULTORIOS - 82m² (superficie total)**

Área conformada por dos consultorios con baño (18m² cada uno), un consultorio de recepción a pacientes con vestidor (18m²) y un espacio de reporte de evolución a familiares (18m²).



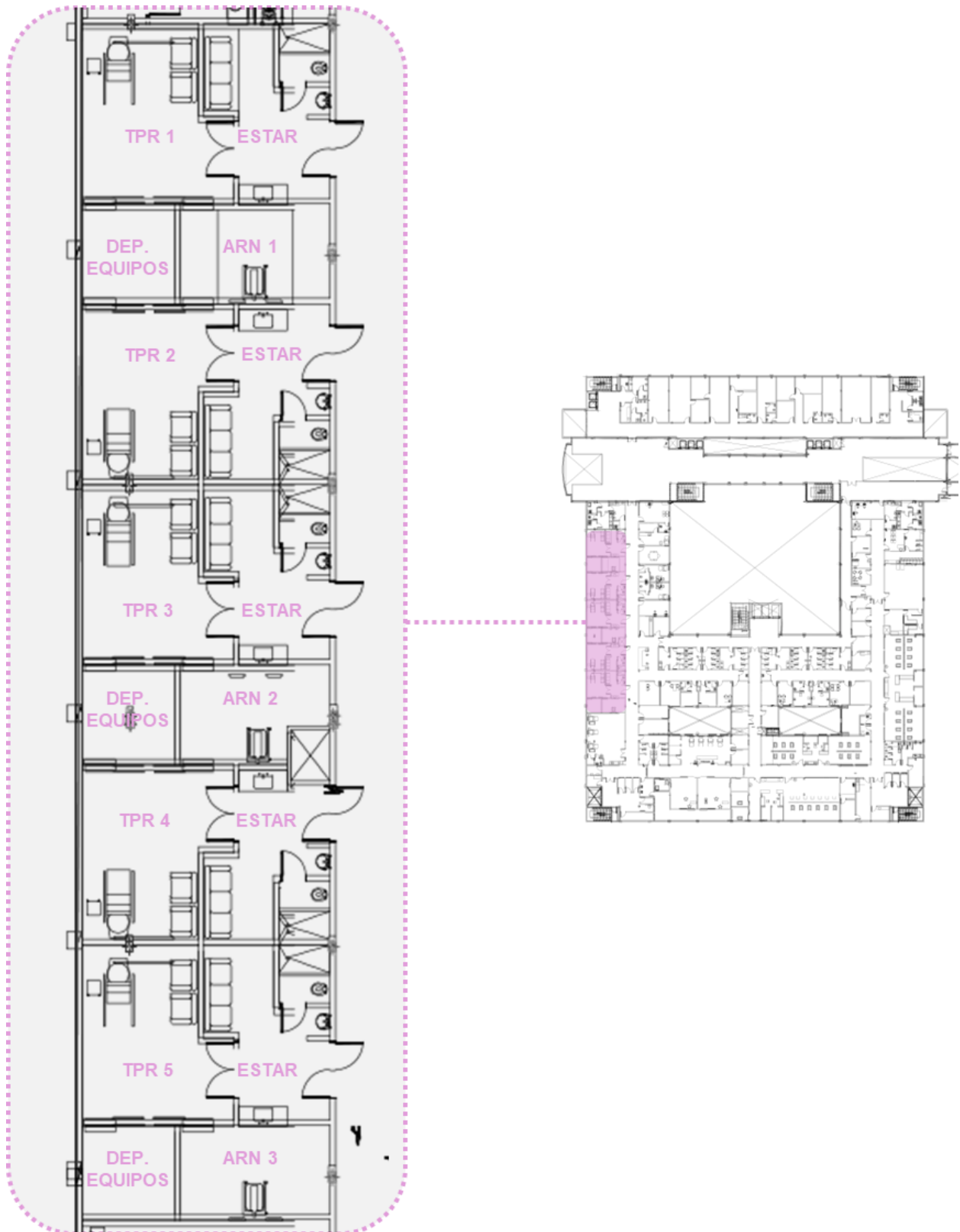
2. **PUERPERIO - 67m² (superficie total)**

Área conformada por 6 camas y un baño.



3. SALAS TPR Y ARN - 255,5m² (superficie total)

Área conformada por cinco salas TPR (20m² cada una), cinco salas de estar (13m² cada una), 3 ARN (12m² cada una) y tres depósitos para equipos (7,5m² cada uno).



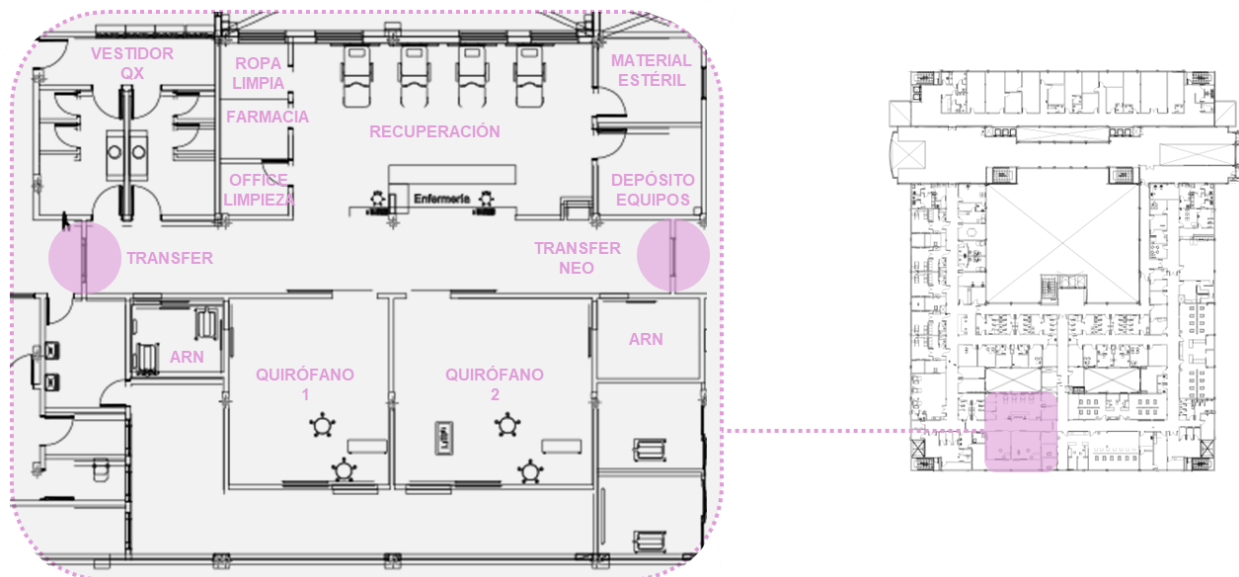
4. ÁREAS DE APOYO - 250m² (superficie total)

Área conformada por estar médico, office enfermería, dos dormitorios de médicos, oficina para jefe de servicio, dos vestidores y dos baños, farmacia, material estéril, vestidor para quirófano, office de limpieza, cuarto de desechos comunes y patógenos.



5. ÁREA QUIRÚRGICA - 178m² (superficie total)

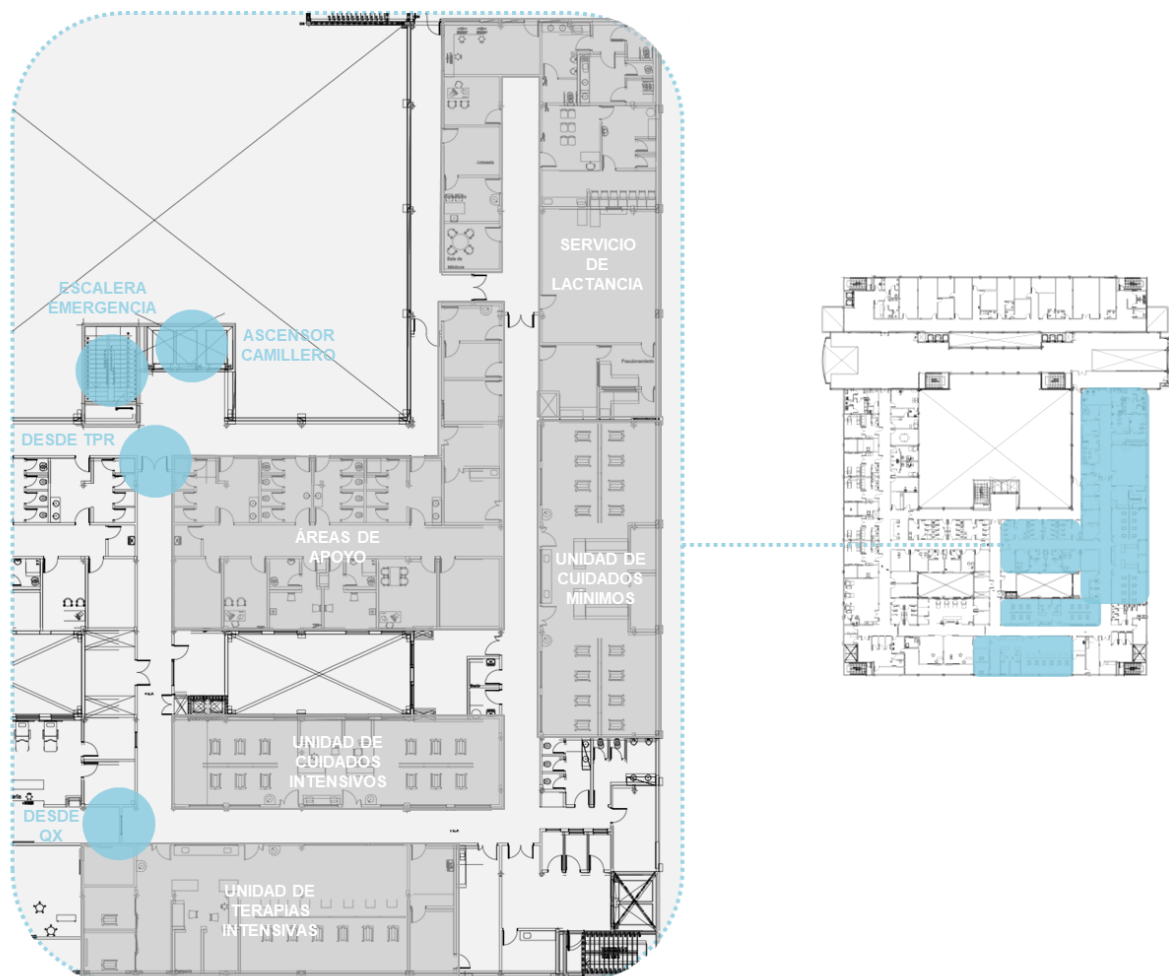
Área conformada por dos quirófanos (29m² cada uno), dos ARN (6,5m² cada una), una sala de recuperación para cuatro camas (30m²) y áreas de apoyo.



6. NEONATOLOGÍA - 850m² (superficie total)

Área conformada por: áreas de apoyo, UTIN (capacidad 12 cunas más 2 box de aislamiento), UCIN (capacidad 12 cunas, UCM (capacidad 24 cunas).

El paso de el/la recién nacido/a desde la sala TPR se da a través de pasillos restringidos y desde el área quirúrgica a través de una puerta tipo transfer.



4.3. COMPARATIVA Y CONCLUSIONES

En base a la información obtenida, podemos determinar que, en ambos casos, se repite el siguiente flujograma de recorrido de la mujer (color verde) y el/la recién nacido/a (color violeta), con la diferencia que en el Hospital SAMIC no existe una sala de parto tradicional y en el Sanatorio Otamendi - Mirolí aparece como opción en el caso que la sala TPR se encuentre ocupada.

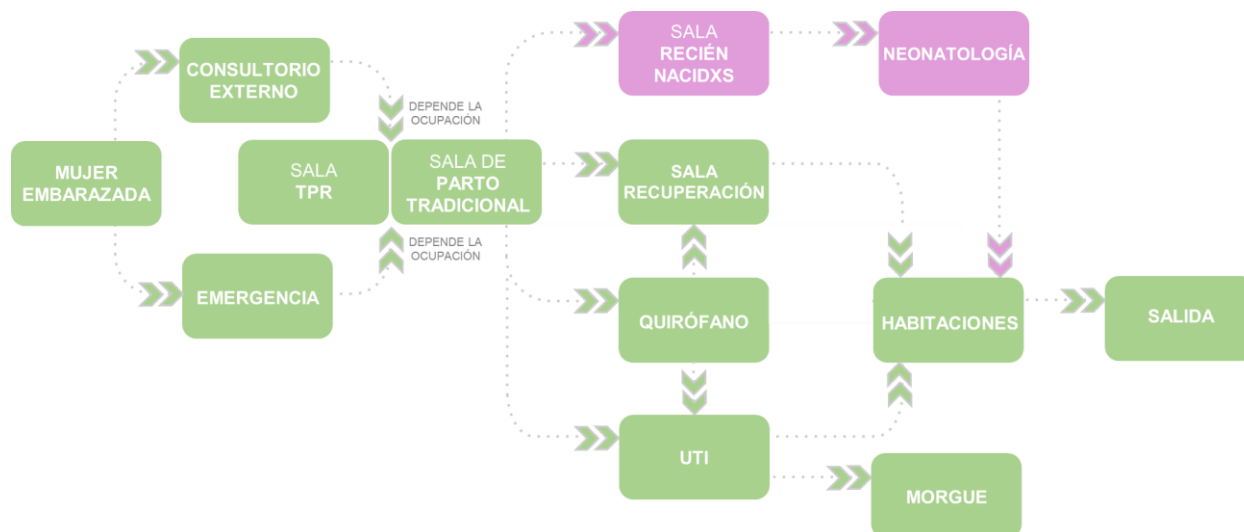
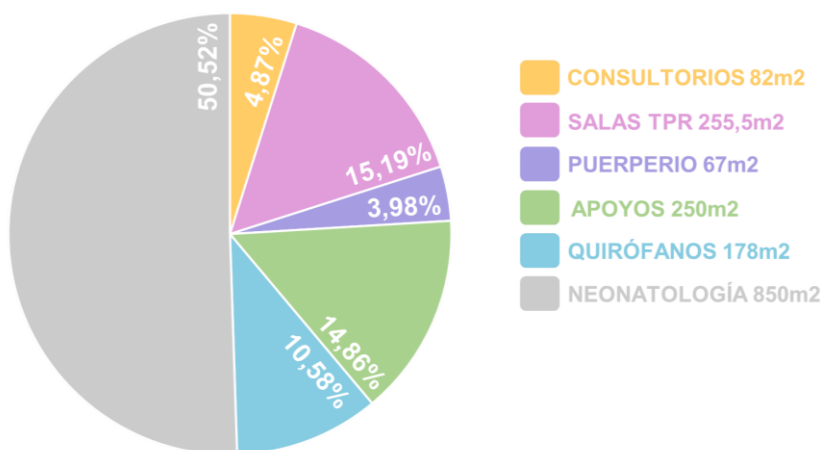


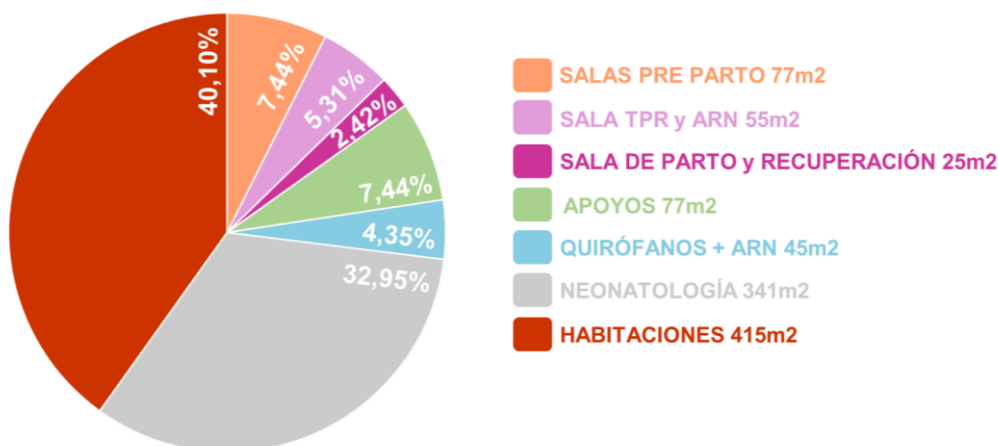
Gráfico 10. Recorridos de la mujer (verde) y el/la recién nacido/a (violeta). Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la distribución de áreas / m2 dentro del servicio - **centro obstétrico**, realizamos dos gráficos comparativos:

HOSPITAL SAMIC



SANATORIO OTAMENDI - MIROLI



En conclusión, en el marco de la Ley Nacional Nº 25.929 de Parto Humanizado, tanto el Hospital SAMIC perteneciente al ámbito público como el Sanatorio Otamendi-Miroli del ámbito privado, han incorporado los conceptos arquitectónicos macro en sus salas de parto, neonatología y áreas de apoyo, lo que ha permitido una distribución adecuada de los espacios para cumplir con el diagrama de ruta óptimo para la mujer embarazada en el momento de parir.

A pesar de que todavía hay aspectos de psicología ambiental que podrían mejorarse en ambos casos, consideramos que se han cumplido los grandes rasgos de la ley y sus recomendaciones, enfocándose en la atención centrada en la familia, promoviendo los derechos de la madre y del recién nacido, y adaptando las prácticas del equipo de salud a los tiempos de la familia para no interferir en el desarrollo natural del vínculo.

5. CONCLUSIÓN

La reflexión sobre los temas abordados previamente, permite comprender la gran influencia que ejerce el entorno físico en la humanización de los procedimientos del parto, independientemente de la metodología utilizada.

Hay suficiente evidencia para determinar que todos los espacios que una mujer atraviesa desde el inicio del embarazo hasta el parto y nacimiento de su bebé, deben ser acogedores, cálidos y cómodos, convirtiéndose en **espacios humanizados** diseñados desde una perspectiva de género que garantice la **seguridad y privacidad** necesarias.

“Los espacios pensados desde el cuidado por la percepción de la parturienta y sus necesidades físicas y ambientales generan un proceso liberador en un momento muy vulnerable. La consecuencia inmediata es una transformación del empoderamiento de las mujeres en el inicio de su maternidad” (Parra - Muller, 2015)

Como profesionales intervinientes en el entorno físico, creemos que un buen diseño arquitectónico es el resultado de una utilización consciente y precisa de los elementos que componen un espacio y se debe tener en cuenta el impacto que cada uno de ellos tiene en la experiencia y bienestar físico, emocional y mental de los/las usuarios/as, lo que permite potenciar la humanización de muchos de los procedimientos tradicionales de atención de la salud.

Para diseñar centros obstétricos de manera integral y adecuada, es necesario considerar la perspectiva humana sensible a las funciones que se desarrollarán y trabajar de manera multidisciplinaria con el personal de salud y los/las usuarios/as involucrados/as. De esa forma, podrá funcionar como un motor de cambio para la sociedad.

Promover el parto humanizado responde de una mejor forma al proceso fisiológico del parto, reduce el número de cesáreas injustificadas y brinda una atención actualizada y más respetuosa. Este modelo de cuidados es fundamental para **reducir la violencia obstétrica, promoviendo así los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y una atención sanitaria más justa y equitativa.**

El ideal del centro obstétrico compuesto **únicamente por salas TPR** aún no es una realidad en la atención médica de nuestro país, esto podría deberse a varios factores, ya que hoy en día transformar un centro existente o realizar uno nuevo con sistemas TPR requiere mayor cantidad de espacio físico para cubrir la cantidad necesaria de prestaciones a brindar, disponibilidad de amplios recursos para realizar reformas, etc.

Por ello, nuestra intención con el desarrollo de este trabajo es la de brindar herramientas de intervención en diferentes escalas, porque entendemos que **no siempre es posible realizar reformas arquitectónicas para ofrecer atención obstétrica humanizada y respetuosa con la fisiología del parto**, pero que con determinadas acciones puntuales de bajo costo es posible brindar este tipo de atención en cualquier espacio físico acondicionado de forma adecuada, con acciones simples como mover una cama o incorporar mobiliario y material auxiliar, podemos cambiar las prácticas que ocurren en ese lugar de manera significativa.

Implementar la humanización de la atención al parto implica además **cambiar el modelo de atención en obstetricia**, lo que supone un gran desafío para los profesionales de la salud, las instituciones, y la sociedad en general. Capacitar a la próxima generación de atención médica sobre la atención de maternidad respetuosa y basada en evidencia es esencial para lograr este objetivo. El personal de salud tiene el deber de brindar un **cuidado libre de violencia y respetar la autonomía de la mujer** en el proceso de parto.

En conclusión, es **esencial establecer un entorno físico bien diseñado** para apoyar a las mujeres y sus familias y hacer de los centros obstétricos lugares más seguros y cómodos. La promoción del enfoque de humanización en la atención del parto debe ser considerada como un tema de **salud pública esencial** y una prioridad para mejorar la calidad de la atención médica y garantizar los derechos de las mujeres.



6. BIBLIOGRAFÍA

Angela Elisabeth Müller - Marta Parra Casado. *“La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios.”* DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 147-155 ISSN 1989-7022.

Angela Elisabeth Müller - Marta Parra Casado - Pilar De la Cueva *“Arquitectura Integral de Maternidades. Material de apoyo a la estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud”*. 2008.

Begoña Iges de Juan. *“Nacimiento, Emociones y Arquitectura - Humanización de los espacios de parto a través de los sentidos”*. Trabajo fin de grado. ETSAM. Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid. 2019.

Cedrés de Bello S. *“Proceso de Renovación de las Estructuras Sanitarias. El Caso Italiano.”* Cuadernos de la Escuela de Salud Pública. Fac.Medicina. Caracas UCV. 1993; 59:13-18.

Elvira Contreras. *“Clase Centro Obstétrico”*. Diplomatura en Gestión y Diseño de Edificios destinados a la Salud I. AADAIH. 2022.

Julieta Saulo - Victoria Romero *“Parir y nacer en la Argentina”* - GÉNERO Y DIVERSIDAD SEXUAL. Revista Soberanía Sanitaria. Fundación Soberanía Sanitaria. CABA.

Matrángolo, Gisela, Paz, Gabriel y Simkin, Hugo (2015). *“Factores de la personalidad y su relación con la autoestima, la espiritualidad y la centralidad de los eventos traumáticos.”* {PSOCIAL}, 1 (2), 78-94.

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. *“Violencia Obstétrica: Análisis de los Registros de la Línea 144”*. Observatorio de las violencias y desigualdades por razones de género. Argentina. 2022.

Ministerio de Salud Argentina. *“Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad”*. Resolución 348/2003. Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. 2003

Ministerio de Salud Pública. *“Guía de diseño arquitectónico para establecimientos de salud”*. Santo Domingo, República Dominicana. Julio 2015.

Porto, A., et al. (2015). *“Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa.”* CIÊNCIA&TECNOLOGIA-Revista do Centro de Ciências da Saúde e Agrárias da UNICRUZ 1.1: 12-19.

“Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.” Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural "*Ley 25929 parto humanizado*". - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. 2018

LINKS

<https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/parir-y-nacer-en-la-argentina/>

<https://www.sosmammys.com.br/>

<https://www.otamendi.com.ar/index.php>

<https://arqa.com/arquitectura/maternidad-del-hospital-punta-de-europa.html>

<http://www.derecho.uba.ar/noticias/2021/semana-mundial-del-parto-respetado>

<https://www.telam.com.ar/notas/202302/620797-cesareas-parto-respetado-qualidec-argentina.html>