



UNC

Universidad
Nacional
de Córdoba



ESCUELA DE
TRABAJO
SOCIAL



VIOLENCIA OBSTÉTRICA:

Naturalización del modelo de
atención médico hegemónico
durante el proceso de parto

Autoras:

Alvarez Matteazzi, Eugenia

Russo, Pilar

Tutores:

Gattino, Silvia

García, Paola

Fuentes, Silvia

Córdoba, 2015-2016

*Luchar por un embarazo y parto respetado
es reivindicar la autonomía corporal femenina,
la capacidad de decidir y de sentir de las mujeres
y transformar lo personal en político.*

Felitti K. (2011)

ÍNDICE

	Página
<u>Introducción</u>	2
<u>Capítulo 1: Contextualización y reconstrucción del concepto de violencia obstétrica</u>	4
1.1 ¿Qué es la violencia obstétrica?.....	5
1.2 Institucionalización del proceso de parto.....	12
1.3 Enfoques para comprender la problemática.....	16
1.4 Marco legal y programas vigentes.....	21
<u>Capítulo 2: Escenario de intervención de práctica pre-profesional</u>	24
2.1 Sistema público de salud.....	25
2.2 Hospital Materno Provincial “Dr. Raúl Felipe Luccini”.....	25
<u>Capítulo 3: Sujetos del escenario de intervención</u>	33
3.1 Equipo de salud.....	34
3.2 Usuarios/as del servicio.....	38
<u>Capítulo 4: Reconstrucción de la práctica pre-profesional</u>	43
4.1 Abordaje de la problemática desde el Trabajo Social.....	44
4.2 Objeto de intervención.....	45
4.3 Estrategia de intervención.....	53
4.3.1 Dimensión teórico-metodológica de la intervención.....	57
4.3.2 Dimensión ético-política.....	58
<u>Capítulo 5: Evaluación del proceso de intervención</u>	60
5.1 Inserción y reconocimiento del escenario institucional.....	61
5.2 Elaboración de diagnóstico de la problemática.....	63
5.3 Formulación de estrategia para abordar el objeto de intervención.....	65
5.3.1 Talleres en sala de espera.....	67
5.3.2 Talleres en residencia para madres.....	73
5.3.3 Taller en Preparación Integral para la Maternidad.....	77
<u>Reflexiones finales</u>	83
<u>Bibliografía</u>	85
<u>Anexo</u>	89

Introducción

El siguiente trabajo fue realizado durante los años 2015-2016 a partir de las prácticas de intervención pre-profesional realizadas en el Servicio Social del Hospital Materno Provincial “Dr. Raúl Felipe Luccini” en el marco del convenio firmado por la Escuela de Trabajo Social y dicha institución.

Se abordará la problemática de violencia obstétrica entendida, a partir de la Ley N° 26.485, como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en el trato deshumanizado, el abuso de medicalización y la patologización de los procesos naturales.

El interés por la temática surge a partir de la materia “El sujeto psicosocial y el desarrollo humano” cursada durante el segundo año de la carrera de Trabajo Social, a partir de la cual tomamos conocimiento sobre la existencia de la violencia obstétrica. Al indagar, visualizamos por un lado que la problemática está naturalizada y legitimada en nuestra sociedad y no se la reconoce como una vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; y por el otro, concluimos en que, si bien es trabajada desde nuestra profesión, no se han realizado sistematizaciones escritas referidas a este abordaje desde la Escuela de Trabajo Social de la UNC.

Desde nuestra disciplina, a través de la promoción de derechos, podemos contribuir a la ampliación de la ciudadanía emancipada, que implica la habilitación de sujetos conscientes de sus derechos y responsabilidades.

Consideramos importante comprender y analizar cómo logra instalarse la violencia obstétrica como problemática social, para lo cual es necesario tener en cuenta a todos aquellos movimientos de mujeres que han luchado y luchan por hacerla visible a través de convocatorias a marchas, campañas de difusión y promoción de los derechos que establece la Ley Nacional N° 25.929, de foros, de talleres, de diferentes espacios de debate público, etc.

El siguiente trabajo está compuesto por cinco capítulos. En el primero se expondrá qué implica la violencia obstétrica, los diferentes enfoques para entenderla, su reconstrucción socio-histórica, la legislación vigente a nivel internacional, nacional y provincial y los programas nacionales y provinciales que existen en torno a la temática.

En el capítulo dos se caracterizará el espacio en donde nos insertamos para realizar nuestras prácticas, Hospital Materno Provincial “Dr Raúl Felipe Luccini” (HMP).

El capítulo tres abarcará los actores involucrados en la problemática, equipo de salud y usuarias/os del servicio, así como también las relaciones de fuerza, y los recursos existentes para enfrentar la violencia obstétrica.

El capítulo cuatro se abocará a nuestro objeto de intervención, los objetivos que nos proponemos y las estrategias para alcanzarlos.

En el quinto capítulo desarrollaremos la evaluación del proceso de intervención en general, para posteriormente detallar cada uno de los espacios donde se realizaron las actividades.

Las reflexiones finales expondrán una conclusión a partir de lo abordado en los diferentes capítulos, planteando posibles interrogantes y propuestas que permitan, en un futuro, darle continuidad a lo trabajado.

Este escrito se propone reconocer y poner en cuestión la problemática de la violencia obstétrica analizando la realidad institucional y las representaciones sociales que giran en torno a ella, como también exponer y realizar una evaluación de las estrategias de intervención definidas para abordarla.

Capítulo 1:
Contextualización y
reconstrucción del concepto
de violencia obstétrica

1.1 ¿Qué es la violencia obstétrica?

La violencia obstétrica, es definida por la Ley Nacional, sancionada en el año 2009, de Protección Integral a las Mujeres N° 26.485 artículo 6 inciso e, como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”.

El trato deshumanizado comprende tres aspectos, el primero refiere a la vulneración del derecho a la intimidad, que implica la intromisión del equipo de salud no consentida por la mujer en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y órganos genitales. Respecto a esto Canevari (2011) expone que:

Dentro de la sala de partos, mientras transcurre un parto, puede haber diez personas observando y aún se sigue restringiendo el ingreso a un/a acompañante. El hecho de que los cuerpos de las mujeres se transformen en campos de prácticas, las expone a la vulneración de sus derechos (p.38).

El segundo aspecto supone la vulneración del derecho de las mujeres y sus familias a recibir información clara y precisa por parte del equipo de salud. Esto involucra la realización de prácticas sin previa consulta, sin que se les brinde información sobre el estado de su salud, ni sobre las características de las intervenciones que se llevan a cabo (Lutz, E. y Misol, S. 2007).

El último aspecto refiere a los tratos crueles, inhumanos y degradantes, que implican la insensibilidad del equipo de salud frente al dolor de las mujeres, los silencios, la infantilización, los insultos, comentarios humillantes y malos tratos. Canevari (2011) plantea que en las instituciones de salud se da una despersonalización en la relación comunicativa, donde entre el equipo de salud y los/as usuarios se establece una relación anónima, donde la mujer es tratada como un objeto y no como un sujeto de derechos.

Respecto al uso y abuso de medicalización, la autora expone que ésta, si bien se justifica bajo los argumentos de controlar los riesgos y prolongar la vida, en realidad implica una forma de ejercicio del poder por parte del equipo de salud, que se caracteriza por la pérdida del control sobre las decisiones que se toman sobre el cuerpo propio.

Así, el abuso de medicalización refiere al uso rutinario de procedimientos médicos sin estar basados en la evidencia científica. Estos procedimientos pueden ser enemas, rasurado de pubis, suero con oxitócina para acelerar el parto, episiotomía, cesáreas, rotura artificial de bolsa, maniobra Kristeller, fórceps, raspaje de útero sin anestesia, tactos vaginales reiterados y corte del cordón umbilical instantáneo.

En cuanto a la patologización, Canevari (2011) plantea que responde a considerar el proceso de embarazo y nacimiento como una enfermedad, a partir del trato deshumanizado y el abuso de medicalización, así se justifican las intervenciones médicas.

Cuando la mujer llega al hospital su cuerpo se transforma en un cuerpo enfermo que necesita atención, se transforma en paciente, lo que implica entregarse de manera subordinada al saber y poder de los médicos.

Esto se contrapone a lo que plantea la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia Internacional de Fortaleza (Brasil) en abril de 1985 donde se afirma que el nacimiento no es una enfermedad, sino un proceso normal y natural.

Así el abuso de medicalización, el trato deshumanizado y la patologización del embarazo y el nacimiento nos permiten, como plantea Medina (2009), comprender dos aspectos de la violencia obstétrica, que para facilitar el análisis, se los abordará por separado, pero en la realidad se dan conjuntamente.

Por un lado, la violencia obstétrica física que se configura a partir de la realización de prácticas invasivas y suministro de medicación hacia la mujer cuando estos no están justificados por su estado de salud o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni posibilidades de parto natural. Y por el otro, la violencia obstétrica psíquica que implica trato deshumanizado, discriminación y humillación al momento de pedir asesoramiento o requerir atención durante el transcurso de una práctica obstétrica. También incluye la omisión de información sobre la evolución de su parto y el estado de salud del bebé.

A la hora de comprender la problemática creemos fundamental considerarla como una manifestación de dos tipos de violencia: como violencia de género, definida por la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral a las Mujeres en su artículo 4 como:

(...) toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial,

como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde del Estado o por sus agentes.

Y también, como violencia institucional, entendida por la misma ley en su artículo 6 inc. b como:

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

Para comprender cómo estos dos tipos de violencia se conjugan dando lugar a la violencia obstétrica, tomamos los aportes de Arguedas (2014) quien plantea, desde una perspectiva foucaultiana, que los cuerpos de las mujeres durante el embarazo y el proceso de parto¹ están bajo el control médico, lo que produce cuerpos dóciles, disciplinados y sexuados. Sexuados en término de que esos cuerpos, dentro de la estructura social del patriarcado en la que se encuentran, requieren de un disciplinamiento particular para encauzar la economía de la reproducción. Así el cuerpo sexuado no es solo el dato anatómico binario hombre, mujer, sino que responde a los mandatos de la socialización de género en la sociedad patriarcal.

Aquí el saber de las mujeres es descalificado por la institucionalidad médica, considerándolo ingenuo y acientífico, “No hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica” (Arguedas, G. 2014 p. 155), y a su vez está doblemente descalificado en razón del lugar social que ocupan las mujeres en la dominante estructura social de género donde se privilegia lo masculino sobre lo femenino.

En este marco la autora propone un nuevo concepto que consideramos relevante para analizar la problemática de violencia obstétrica: el poder obstétrico. Lo entiende como poder disciplinario, que tiene por objetivo la producción de cuerpos dóciles femeninos que

¹ Entendemos por proceso de parto al trabajo de parto, parto y posparto.

permitan maximizar la efectividad de los embarazos, partos y nacimientos. Esto sólo es posible si los procesos de alteración y desorden son vigilados para que no causen caos. De esta manera, un proceso biológico y natural como el embarazo, se transforma en patología o enfermedad.

Esta forma de poder disciplinario se acopla con la jerarquía del género para naturalizar lo que son funciones socialmente construidas. De ahí que la tolerancia al dolor durante el proceso de labor de parto será una exigencia moral, asociada a un indicador sobre la calidad y aptitud de la mujer para asumir su papel de madre. El maltrato adultocéntrico hacia las adolescentes que están en los salones de maternidad, forma parte de las lecciones morales que también se asocian al poder obstétrico. Es decir, el poder obstétrico se engarza con el mandato patriarcal de la reproducción: la maternidad como destino superior de toda mujer (Arguedas, G. 2014 p. 157).

Asimismo, entendemos a la violencia obstétrica como una vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres por parte de los equipos de salud durante el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto, y por ende también como una vulneración a los derechos humanos, ya que como plantea Tamayo (2001) la sexualidad y la reproducción son espacios donde se interrelacionan derechos fundamentales referidos a la autonomía, la libertad y la seguridad individual, y los denominados derechos económicos, sociales y culturales.

En este sentido es preciso tener en cuenta que en lo que respecta a los derechos humanos de las mujeres, el control de la sexualidad y de su capacidad reproductiva es el principal modo de violación de los mismos. Por este motivo resulta indispensable colocar a los derechos sexuales y reproductivos en la agenda de los derechos humanos, pero también de las políticas públicas. Centrar la temática desde un enfoque de derechos humanos implica que todos los agentes tienen el deber de promover y proteger esos derechos, fortaleciéndolos y denunciando su violación.

La violencia obstétrica es una vulneración a los derechos sexuales y reproductivos, en tanto, como plantea Tamayo (2001), es un tipo de violencia que tiene por objetivo el control de los cuerpos y deseos de las mujeres.

Estos derechos implican que las personas tienen autonomía y control sobre su sexualidad y vida reproductiva. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en el párrafo 7.3 del Programa de Acción (1994) incorpora una definición de los derechos reproductivos:

(...) derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ellos y el derechos a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de los derechos humanos.

En la formación conceptual de estos derechos emergen un conjunto de ejes interrelacionados que tienen que ver con: la autodeterminación sobre las esferas de la sexualidad y la reproducción; la integridad corporal e integridad personal, donde no solo se hace referencia a la no intromisión y prohibición de prácticas de violencia, sino que también se apunta a la recuperación y valoración del cuerpo y, al cuidado y conducción consciente de sus procesos; y la salud sexual y reproductiva, donde la salud no es un objeto reservado al saber técnico-medicalizado sino que constituye una experiencia de bienestar atravesada por relaciones sociales y de poder (Tamayo, G. 2001).

Los conceptos de derechos sexuales y derechos reproductivos son términos de origen reciente, el reconocimiento de estos implicó un largo proceso de luchas sociales a través de las cuales se fueron moldeando sus contenidos, fundamentos y formas de protección.

Fue el movimiento feminista contemporáneo junto a otros movimientos quienes, conectados políticamente, se constituyeron “en los portadores principales de pretensiones emancipatorias sobre las dimensiones de la sexualidad y la reproducción” (Tamayo, G. 2001, p. 26).

El movimiento feminista es definido por Camaraco Cuevas (2009 p. 150) como:

(...) un movimiento socio-político (...) que parte del cuestionamiento de todas las estructuras de poder; que aspira,

pretende y asume con su práctica una nueva trascendencia que avanza sin pausa hacia procesos liberadores en lo social, cultural y político, hasta subvertir las relaciones humanas (Camacaro Cuevas, M. 2009 p. 150).

En sus comienzos sus luchas iban dirigidas a la obtención de igualdad en derechos civiles y políticos, fundamentando éstas demandas en la condición materna de las mujeres “Si a las mujeres les correspondía una tarea tan importante como engendrar, criar y educar a los ciudadanos, esta obligación debía acompañarse con derechos equivalentes (...)” (Felitti, K. 2010, p. 792). Con los años y a partir de una reconstrucción histórica del movimiento se lo denominó feminismo de primera ola.

En la década del '60, tanto en Estados Unidos como en Europa Occidental, se da lo que se denominó la segunda ola del feminismo. Teniendo como consigna “lo personal es político”, abordaba cuestiones como los métodos anticonceptivos, aborto, embarazo, parto, puerperio, infertilidad, menstruación, entre otros.

En Argentina durante los años 60, la creciente participación de mujeres en el ámbito laboral, educativo y político, sumado a nuevas formas de ver y entender la salud sexual y reproductiva llevaron a que en la década del '70 se formará un movimiento feminista de la segunda ola a nivel local, que luchaba por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Felitti, K. 2010).

Este movimiento tuvo un rol clave en los años '90, donde las diversas organizaciones de mujeres se movilizaban en pos de confrontar las intervenciones abusivas del Estado y le exigían los medios y condiciones necesarias para hacer efectivas sus decisiones en las esferas de la sexualidad y reproducción.

De este modo fueron desarrollando acciones tendientes a generar cambios y mejoras en lo que respecta a la salud reproductiva de la población, haciéndolo a través de la promoción y visibilización, por medio del debate público, de problemáticas referidas al acceso a los servicios de salud reproductiva, y a partir del apoyo a propuestas legislativas dirigidas a mejorar estos servicios y posibilidades de acceso (Zamberlin, N. S/f)

Como consecuencia de las luchas sociales por instalar en la agenda de gobierno el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se sancionan diversas leyes como la Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003), la Ley Nacional N° 25.929 de Derechos de Padres e Hijos en el Proceso de Nacimiento también conocida como Ley de Parto Respetado (2004), la Ley

Nacional N° 26.150 de Derecho a recibir Educación Sexual Integral (2006) y la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009), y se crean diferentes programas, de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, de Salud Sexual y Procreación Responsable de donde surge la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva y en el 2006 se incluye la cobertura gratuita de la Anticoncepción Quirúrgica, entre otros.

Actualmente una de sus principales demandas es la legalización del aborto, la accesibilidad gratuita y segura a los servicios de salud para abortar y la prerrogativa de decidir sobre nuestros cuerpos.

Es de importancia mencionar que existen otros movimientos sociales que aportaron significativamente en el desarrollo de los derechos sexuales reproductivos, ya que se propusieron hacer pública una temática, una realidad que hasta ese momento se mantenía en el ámbito privado por ende no era abordada por las políticas públicas. Estos se posicionaron desde un enfoque humanístico en la atención durante el proceso de parto, el cual difiere al propuesto por la medicina hegemónica

Ubicamos los inicios de estos movimientos en Argentina a partir de los años '60 con la creación de la Sociedad Argentina de Psicoprofilaxis Obstétrica, que proponía un modelo relacional entre usuarios y profesionales donde se eliminaran asimetrías jerárquicas del saber-no saber, restituyendo a la mujer su lugar protagónico en el parto, a la población asistida su derecho a la salud y al respeto como personas. El equipo estaba orientado a lograr los partos más naturales posibles (Videla, M. y Grieco, A. 1993).

A nivel internacional y nacional se constituyen diferentes movimientos (en oposición a al modelo médico hegemónico) siendo los más reconocidos la Red Relacahupan de América Latina y el Caribe, la Asociación El parto es nuestro de España, ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento de Brasil, Dando a Luz de Argentina.

Estas organizaciones se proponen modificar el actual sistema de atención del proceso de parto promoviendo su humanización, teniendo como ejes la atención segura al parto y nacimiento propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la evidencia

científica actualizada, y el respeto de los derechos que tenemos como usuarios de los servicios de salud².

En contraposición a estos podemos mencionar a los movimientos conservadores y religiosos que a partir de sus propios intereses, apelando a la religión y a la preservación de la noción de familia definida bajo una concepción ligada a funciones reproductivas, han ejercido presiones, en diferentes momentos históricos, condicionando el debate social e impidiendo la implementación de políticas públicas relativas a los derechos sexuales y reproductivos (Tamayo, G. 2001).

En torno a esto, en Argentina, organizaciones y fundaciones católicas han interferido en el campo judicial en diferentes momentos, presentando recursos de amparo contra la aplicación de la Ley que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, contra el acceso a la información y a los métodos anticonceptivos sin restricciones de edad, contra la venta de la “píldora del día después”. Actualmente estos reclamos se dirigen a impedir el acceso a la ligadura tubaria y al aborto legal, seguro y gratuito (Zamberlin, N. s/f).

1.2 Institucionalización del proceso de parto.

Las mujeres han parido durante siglos en su hogar, sin grandes intervenciones y con la compañía de las matronas. A partir de fines del siglo XVIII se comienza a considerar al embarazo y al nacimiento como una enfermedad, y la profesión de partera empieza a desarrollarse bajo la tutela de los médicos, quedando desplazadas en beneficio de la tecnificación del nacimiento. Tomamos los aportes de Oiberman (2004) para realizar una reconstrucción de los distintos modos de parir que se han dado en la antigüedad.

En la época de la prehistoria el parto era considerado un ritual, donde las mujeres se cubrían de ocre rojo con el fin de aumentar la energía, y tenían sus partos en cuclillas, acompañadas por otras mujeres del grupo que habían pasado ya por la experiencia de parto.

En el antiguo Egipto durante el parto se pedía a la diosa Isis por la disminución del dolor, y quienes ayudaban a la mujer en este momento, lo hacían a través de la contención y masajes en el vientre durante las contracciones. Quien recibía al bebé elegía su nombre en función de la posición de los astros en ese momento.

² Información extraída de página oficial de la Asociación Civil “Dando a Luz”. Disponible en: <http://www.dandoaluz.org.ar/>

En la Grecia Antigua se invocaba a la diosa Artemisa, se preparaban brebajes para facilitar el trabajo de parto, para distender a la mujer se cantaba con ella, se la acompañaba y contenía.

Las mujeres de comunidades aborígenes de nuestro país también vivenciaban el momento del parto acompañadas por otras mujeres de la tribu, parían en cuclillas e ingerían infusiones de hierbas medicinales para aliviar los dolores durante el trabajo de parto. Asimismo, después del parto se realizaba un ritual con la placenta y el cordón umbilical donde se los enterraba como forma de devolver a las fuerzas de la naturaleza la vida (Bernardo, A. 2004).

A partir de lo antes mencionado podemos observar el rol preponderante de las “matronas”, “comadronas”, “parteras” en las distintas culturas y momentos históricos. No sólo aportaban desde un punto de vista físico sino también psicológico “(...) evitaban a la parturienta sentirse aislada y rodeaban de afecto el nacimiento del niño, transformando el nacimiento en un acontecimiento comunitario.” (Oiberman, A. 2004 p. 27).

Este saber popular que manejaban las “parteras” fue desvalorizado y deslegitimado desde la inquisición por distintas instituciones como el Estado, la Iglesia y la profesión médica.

Durante la Edad Media estas instituciones dieron comienzo a lo que se conoció como la “cacería de brujas”, que implicó el asesinato de millones de mujeres acusadas por “crímenes reproductivos” y herejía. Las brujas eran aquellas mujeres provenientes del medio rural, magas, parteras, herbolarias, sanadoras, que se encargaban de la medicina de los sectores populares, practicaban abortos, actuaban como enfermeras y consejeras. Esta etapa consolidó la demonización del saber de las mujeres, en especial de las comadronas, Arguedas (2014) afirma:

Así se rompe con un proceso histórico de acumulación y transmisión de saberes heredados de generación en generación (...) Esta pérdida allanó el camino (...) al progreso de la medicina profesional caracterizada, desde esos momentos preliminares, por el establecimiento de una frontera que hacía del conocimiento científico algo incuestionable, lejano y a la vez incomprensible para el pueblo (p. 150; 151).

En lo que respecta a América Latina, Pérez (1999) citado en Sadler (2003), plantea que a partir de la conquista del continente y desde una mirada etnocéntrica, se consolidó un discurso donde los saberes indígenas fueron considerados primitivos, paganos y bárbaros. Se proponía erradicar estas costumbres con el fin de instalar la racionalidad. En torno al parto, esto implicó la necesidad de capacitar a personal para su atención especializado en ciencias médicas.

Durante el siglo XIX y principios del siglo XX, con la Revolución Industrial y en función de las transformaciones a nivel político, económico y tecnológico que proponía, comienza una tendencia impulsada por parte de la medicina para institucionalizar los partos e intervenir sobre los nacimientos. Abandonándose así el espacio doméstico y trasladándose a los hospitales, desencadenando un proceso de expropiación del parto que lo tecnocratiza y medicaliza (Arguedas, G. 2014; Canevari, C. 2011).

Si bien el discurso médico justificó la institucionalización del parto planteando la necesidad de protección de aquellos casos patológicos y la disminución de la morbi-mortalidad materno infantil, esto tuvo como resultado la institucionalización de todas las mujeres embarazadas, más allá de que su embarazo no fuese riesgoso, lo que llevó a tratarlo como una enfermedad y no como un proceso natural. (Arguedas, G. 2014).

La posición de parto horizontal lleva a consolidar aún más la idea del embarazo como enfermedad. En torno a esto Arguedas (2014) expone que dicha postura se tornó una práctica común llevando a la mujer a no poder moverse durante el trabajo de parto y parto, incluso sujetándola durante la labor, lo que se enfatizó con el uso de drogas anestésicas a partir de la primera mitad del siglo XX. En relación a esto Giberti (citada en Felitti, K. 2011) remarca la importancia de utilizar una posición de parto vertical, dándole así un lugar de mayor igualdad a la mujer respecto del médico, exponiendo que el cuestionamiento a esta posición responde a una cuestión ideológica y no de espacios y tiempos.

Durante el siglo XX la falta de confianza en la naturaleza y el exceso de confianza en la tecnología llevó a la instalación de una serie de prácticas que fueron caracterizando la obstetricia moderna, así los médicos sustituyeron a las parteras, los hospitales reemplazaron a los hogares, el equipo de salud ocupó el lugar de la familia como apoyo durante el parto, la posición horizontal desplazó a la vertical, el examen del recién nacido

durante los primeros 20 minutos sustituyó el contacto materno, la leche artificial reemplazó a la leche materna, etc.³

En Argentina, frente a este orden establecido y a una vida institucional relativamente disciplinada que opera con mecanismos de control y subordinación (Canevari, C. 2011), se fundó en 1960 la Sociedad Argentina de Psicoprofilaxis Obstétrica, conformada por un grupo de profesionales de la salud que se proponían trabajar conjuntamente con las mujeres embarazadas para lograr partos más naturales sin un modelo fijo, planteando que el parto real es el que puede tener cada mujer. La propuesta surgía no contra el modelo médico hegemónico, ni como reivindicación feminista, sino que partía de la experiencia y la individualidad de cada madre, cada pareja, cada nacimiento (Felitti, K. 2011). En relación a esto, Videla y Grieco (1993) plantean que “La psicoprofilaxis obstétrica deberá ser un servicio gratuito otorgado por el Estado a toda la población, como un derecho inherente a la prevención y cuidado de la salud” (p.29).

Este servicio de psicoprofilaxis obstétrica se instaló en varios hospitales de la provincia de Buenos Aires como el Hospital Penna, la Maternidad Sardá, el Hospital Metropolitano, entre otros.

Los cambios que se fueron dando en estos años en la atención al parto se enmarcaron en un contexto de transformaciones sociales y culturales que afectaron los roles y relaciones de género y los modelos familiares (Felitti, K. 2011).

Con la dictadura militar de 1976 se cerraron los diferentes servicios y la Sociedad Argentina de Psicoprofilaxis Obstétrica fue disuelta, los profesionales continuaron trabajando de modo individual o grupal pero sin tanta visibilidad. Con la vuelta de la democracia los trabajos volvieron a hacerse visibles y de a poco comenzaron a posicionarse nuevamente como una cuestión de derechos humanos (Op. Cit. p. 125).

Consideramos que es fundamental repensar la institucionalización del proceso de parto, como plantea Oiberman (2004)

Podemos afirmar que la medicalización del acto del nacimiento en la sociedad occidental ha permitido disminuir el riesgo de morbimortalidad materno-neonatal, pero ese progreso se ha

³ Atención humanizada del parto y nacimiento. Carpeta informativa. Nueve Lunas. Documento en PDF, p. 11. Disponible en: https://attachment.fsbx.com/file_download.php?id=705045722924295&eid=ASsx-G_QPEKvaicoTt2jiaKRWAjmH-3RvcvEffhQFLlj3G9p11E5GvGNPVJEjf0Mcg8&inline=1&ext=1454531296&hash=ASvoNroCYMf-Vp3_

realizado a expensas de la expresión de la emoción en esos momentos. (p. 33)

De esta manera es necesario incorporar y avanzar en la instalación del enfoque humanístico en el sistema de salud argentino, ya que el mismo permitiría brindar una mayor seguridad y atención a la mujer, al recién nacido y a sus familias.

Actualmente es desde el Programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) que se busca promover en el sistema de salud una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre, el niño y la familia, que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en Argentina.

1.3 Enfoques para comprender la problemática

Para comprender la problemática de violencia obstétrica consideramos fundamental exponer dos modelos de atención en salud que se reproducen también en la atención al proceso de parto.

Modelo Médico Hegemónico (MMH): como plantea Menéndez (1992) este modelo presenta un conjunto de características que responden a una concepción biologista, teórica evolucionista-positivista del cuerpo y de los procesos de salud/enfermedad, tiene una postura a-histórica e individualista, propone la eficacia pragmática, considera a la salud como mercancía, el vínculo médico-paciente es asimétrico, la participación de los “consumidores” del servicio de salud es subordinada y pasiva, realiza acciones que tienden a excluir al “paciente” del saber médico, posee una identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio de exclusión de los otros modelos y tiene una tendencia al control social e ideológico.

Dentro de este modelo, Menéndez (1992) plantea la existencia del submodelo corporativo público, que se caracteriza por la estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas en la organización de la atención médica, burocratización, y consecuente disminución de las responsabilidades.

Es dentro de este enfoque que se da un fuerte proceso de medicalización de la vida social, que implica el dominio que ejerce el saber-poder médico sobre diversos aspectos de la vida de los sujetos que antes no formaban parte de su área de intervención, y con este proceso comienzan a ser definidos en términos de salud-enfermedad y de normal-patológico (Greco, A. 2005, citado en Lorenzo, E. 2013).

Desde este modelo la atención al parto se caracterizará como un proceso donde el cuerpo materno se convierte en máquina, el bebé en el producto de fabricación industrial y el hospital en la fábrica (Floyd, 2001).

Sadler (2003, citado en Lorenzo, E. 2013) expone que el proceso de medicalización conlleva a diversos mecanismos de control social que se dan en la atención al parto. Estos son: la homogenización, que implica despojar a las mujeres de su identidades particulares y suponer que todas necesitan la misma atención; patologización, que supone tratar a la parturienta como una mujer enferma; fragmentación, se fragmenta a la mujer cuando se tiene en cuenta sólo los factores físicos y fisiológicos, y no los culturales, sociales, emocionales y ambientales; naturalización, se infantiliza, se reta y se les brindan explicaciones muy simples y engañosas a las mujeres; exclusión, mecanismo por el cual se excluye a la mujer del sistema médico, planteándole que si no sigue las pautas que se le ordena puede interferir en la eficacia de la actuación de los profesionales, y culpabilización, que implica que los mecanismos antes mencionados dan lugar a que la mujer pueda ser responsabilizada por las dificultades que puedan producirse durante el parto.

Al concebir al proceso de parto como una enfermedad, el MMH se basa en un enfoque de riesgo. Trata de adelantarse siempre a cualquier complicación posible realizando intervenciones “preventivas”; y es así como una intervención crea la necesidad de otra intervención, teniendo como resultado un parto intervenido y no respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos de la mujer.

Modelo Humanístico: tomamos los aportes de Floyd (2001) quien plantea que este modelo surge como reacción a los excesos del modelo médico hegemónico, y concibe al cuerpo como un organismo que puede sentir dolor y dar respuestas emocionales en los procesos de interacción con otros y con el medioambiente.

Tiene como principio fundamental la conexión mente-cuerpo, la conexión de las personas con su ambiente social, y con las personas que les están brindando atención a su salud. A la hora de realizar diagnósticos y curaciones las decisiones y responsabilidades son compartidas entre los médicos y usuarios del servicio de salud.

Este modelo si bien utiliza los avances de la tecno-medicina, lo hace a partir de los resultados de la medicina basada en la evidencia, y no por la tradición o conveniencia médica. Asimismo, considera como válidas otras modalidades terapéuticas.

La autora expone que este paradigma pretende mejorar la vivencia del proceso de parto, buscando favorecer los derechos y el rol protagónico de la mujer, ofreciendo un ambiente de seguridad, confianza y respeto.

Es a partir de la Conferencia Internacional sobre la Humanización al Parto (1985) que se precisa el concepto de humanización y se considera al proceso de parto no como una enfermedad sino como un fenómeno fisiológico. Este cambio de paradigma permite que al momento del parto el centro de atención sea la mujer, y no el personal de salud.

Según las recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento (Declaración de Fortaleza-Brasil, 1985) la humanización del proceso de parto implica comprenderlo como un hecho fisiológico, natural, íntimo y personal, evitando intervención médica innecesaria, asumiendo las mujeres un rol protagónico participando en todos los aspectos de la atención, eligiendo el tipo de parto que prefieran, estableciéndose un vínculo personalizado entre los usuarios del servicio y el equipo de salud, respetando la elección de la mujer sobre la persona que la acompañará en el momento del parto, su privacidad, dignidad, cultura, rituales y conocimientos, y fomentando el vínculo inmediato de la mujer con el recién nacido.

Consideramos que la apropiación del este modelo en la atención al parto dentro de las instituciones de salud posibilitaría el efectivo cumplimiento de la Ley Nacional N° 25.929 sobre los Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento.

Entendemos que la problemática de la violencia de obstétrica es atravesada por la cuestión de género, por lo que consideramos relevante exponer su enfoque ya que nos permite analizarla.

Enfoque de Género: Lagarde (1996) plantea que permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Analiza las posibilidades vitales de hombres y mujeres, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos cotidianos e institucionales a los que se deben enfrentar.

Consideramos que para realizar un análisis desde este enfoque es necesario tener en cuenta dos categorías centrales, género y patriarcado.

Scott (1990) define al primero como “una construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo y que convierten la diferencia sexual en desigualdad social” (p. 24).

El segundo, el concepto de patriarcado, implica la dominación del hombre sobre la mujer, concepto que aparece históricamente redefiniéndose y adaptándose a las especificidades de cada contexto (Castro, R y Bronfman, M. 1993).

En este sentido Fox (1988 citado en Castro, R y Bronfman, M. 1993) plantea que para conceptualizar la categoría de patriarcado se debe tener en cuenta la estructura social y la subjetividad e ideología genérica de los individuos. Estas son una construcción históricamente específica que da cuenta de los modos en que las conductas, sentimientos, percepciones y concepciones de los individuos son moldeados en nuestra sociedad.

Así, posicionarse desde una perspectiva de género implica reconocer las relaciones de poder entre los géneros, entender tales relaciones como una construcción socio-histórica, por ende posibles de ser transformadas, y reflexionar sobre las diversas formas de opresión y la articulación con otros ejes de organización social como son edad, clase, etnia y sexualidad (Rodríguez, R. Gonzalez, P. y Yanes, A. 2013).

Centrándonos en la problemática de violencia obstétrica consideramos relevante los aportes de Adrienne Rich (1986 citado en Arguedas, G. 2014) quien introduce el concepto de institucionalización de la maternidad haciendo alusión a:

La apropiación de los cuerpos y psiques de las mujeres mediante un proceso histórico de esclavitud, es el eje de la acción patriarcal que insta a la maternidad como único elemento de valoración social de lo femenino. Del amor materno en la cultura hebrea, se pasó luego a la idealización de la maternidad en la cultura greco-romana tardía y, más tarde, en la Edad Media, surgió el mito de la virgen madre, que simboliza la máxima forma de glorificación de la maternidad como institución social (p. 157).

En torno a esto nos parece relevante tomar los aportes de Saletti (2009), quien expone que dentro de las teorías feministas existen dos posturas en relación al concepto de maternidad. Por un lado aquella que deconstruye el modelo maternal patriarcal que analiza dentro del sistema patriarcal la función hegemónica de la maternidad como punto clave en la opresión y dominación de las mujeres. Pone en cuestión la idea del “instinto maternal” y de la “maternidad como mandato biológico de la mujer”.

Y por otro y en contraposición a esta, una postura que reconstruye la maternidad asumiendo la capacidad generadora del cuerpo de las mujeres como fuente de placer,

conocimiento y poder, pero no aceptando la idea de madre patriarcal, la cual tiene como objetivo crear seres humanos fáciles de someter al sistema hegemónico.

Comparte con la otra línea el rechazo del “instinto maternal”, ya que lo entienden como un modo de reducir a las mujeres a la “categoría animal”, van a proponer hablar de “deseo maternal”.

Las teorías y metodologías feministas, permiten develar que desde los inicios de la medicina moderna hasta la actualidad, las mujeres fueron y son pensadas como objetos y no como sujetos, el poder médico se adjudicó el derecho de establecer cómo deben ser tratados sus cuerpos y sus vidas (Camacaro Cuevas, M. 2009).

Así mismo, es necesario comprender qué implica hablar de enfoque de género en salud, para lo cual tomamos los aportes de Tajer (2004) quien propone que el mismo tiene como objetivo identificar y resolver las problemáticas de salud de las mujeres no solo atribuibles a las diferencias biológicas entre ambos sexos, sino relativas a su lugar subordinado. Supone incorporar una nueva mirada acerca de las diferencias y especificidades en salud de mujeres y varones desde una perspectiva de ciudadanía y derecho.

Estas diferencias sociales entre hombres y mujeres en el proceso salud-enfermedad-atención operan estableciendo vulnerabilidades diferenciales de acuerdo a los roles sociales que estos asumen y deben cumplir dentro del patriarcado, lo que determina diferentes modos de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos, etc. (Tajer, D. 2004).

Dentro de estos roles socialmente adjudicados y asumidos podemos mencionar la responsabilización de las mujeres respecto de la crianza de los hijos y del cuidado de los enfermos y ancianos, que responde a una división sexual del trabajo restringiendo la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Esto intenta justificarse a través de una biología y una psicología diferencial que, en última instancia, se relaciona siempre con la capacidad reproductiva femenina (Esteban, M. 2006).

Los enfoques mencionados anteriormente nos permiten comprender la complejidad que presenta la problemática de violencia obstétrica. Posicionándonos desde el enfoque humanístico consideramos que es fundamental incorporar la cuestión de género, ya que la violencia obstétrica es una forma de violencia en donde se ve reflejada la opresión y dominación que existe hacia las mujeres.

En este sentido el enfoque de género en salud nos permite analizar las prácticas que desarrollan los agentes en el ámbito de la salud, en donde como plantea Arguedas (2014) se descalifican los saberes y conocimientos de las mujeres por el hecho de ser mujeres lo

que da cuenta del lugar que se les es asignado en una sociedad donde se privilegia lo masculino por sobre lo femenino.

Posicionarnos desde estos dos enfoques nos permite hacer una ruptura con lo que propone el MMH, comprendiendo a los sujetos con quienes trabajamos desde una mirada bio-psico-social, donde el contexto y las realidades los atraviesan y afectan a su subjetividad, buscando de esta forma ampliar la mirada hacia nuevos modos de intervenir en donde se trabaje con sujetos y no con objetos, con mujeres y no solo con madres, y en donde la igualdad y el respeto a los derechos sea el eje principal que guíe el ejercicio profesional.

1.4 Marco legal y programas vigentes.

En lo que respecta al marco normativo en torno a la problemática se pueden nombrar tres tratados internacionales que a partir de la Constitución Nacional artículo 75 inciso 22, tienen jerarquía constitucional.

- El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sancionado en 1966 que establece el derecho a la igualdad en la atención de la salud y que no haya discriminación por motivos de clase social, edad, raza o etnia.

- La Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer sancionada en 1979, en el artículo 12, inciso 2 expresa que “Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1994), la cual en su artículo nº 1 define a la violencia contra la mujer como “toda acción o conducta basada en el género que cause muerte, daño o sufrimiento, físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado”.

Asimismo uno de los hechos fundamentales que permitió cuestionar la concepción del proceso de embarazo, parto y nacimiento como enfermedad, fueron las Recomendaciones de la OMS sobre la atención del parto y el nacimiento establecidas en 1985. Las mismas se posicionan entendiendo al proceso de parto como un proceso normal y natural.

Dentro del marco legal nacional, la violencia obstétrica es definida a partir de la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, promulgada en el año 2009 en su artículo 6 inciso e, como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”.

La Ley de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento plantea los derechos que tiene toda mujer en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el post parto, como el derecho a ser informada sobre las diferentes intervenciones médicas realizadas durante este proceso, a ser tratada con respeto y de modo individual y personalizado, al parto natural respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, a ser informada sobre la evolución de su parto, sobre el estado de salud de su hijo/a, a estar acompañada, entre otros. Asimismo reconoce los derechos del padre, a estar informado, a tener acceso continuado y a recibir asesoramiento acerca de la evolución del niño/a nacido en situación de riesgo, y del recién nacido, a ser tratado de forma respetuosa, a su inequívoca identificación, a la internación conjunta con su madre.

El 24 de Septiembre del año 2015 se promulgó la reglamentación de esa ley, donde se faculta al Ministerio de Salud de la Nación como autoridad de aplicación, el cual a través de la Subsecretaria de Medicina Comunitaria y Maternidad e Infancia deberá realizar acciones tendientes a asegurar su cumplimiento y reglamentación. Esta reglamentación deja un vacío jurídico-legal en tanto quedan un gran número de artículos e incisos sin reglamentar como lo son por ejemplo los incisos b, c y d del artículo 2.

Así mismo la Ley Nacional N° 26.529 de Derechos de los Pacientes, plantea a lo largo de su texto que éstos constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y los profesionales de la salud, explícita los derechos a la asistencia, al trato digno y respetuoso, a la confidencialidad, a la autonomía de la voluntad, entre otros.

A nivel provincial existe la Ley N° 9.227, que es la Ley de adhesión de Córdoba a la Ley Nacional N° 25.929, que aún no ha sido reglamentada.

En lo que respecta a programas de salud relacionados a la temática podemos mencionar el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsables de donde surge la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, y en el 2006 se incluye la cobertura gratuita de la Anticoncepción Quirúrgica (ligadura tubaria y vasectomía).

El Programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia que UNICEF y el Ministerio de Salud de la Nación impulsan desde el año 2011 define los criterios mínimos

que debería reunir una maternidad para ser considerada una MSCF, reconociendo a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada. Este programa implica un nuevo paradigma de atención perinatal, tiene como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad materno infantil, promoviendo la atención humanizada centrada en los derechos de la madre y el niño⁴.

Consideramos que este marco legal permite dar cuenta de los avances significativos que se han logrado en la legislación de la problemática de violencia obstétrica. Estos avances, tanto a nivel nacional e internacional, rompen con los modelos hegemónicos de atención durante el proceso de parto, e incorporan un enfoque humanístico.

Este logro es producto de las movilizaciones sociales que han luchado y luchan por el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, lo que permitió en primera instancia instalar la problemática de violencia obstétrica en la agenda social, para luego poder demandar al Estado una respuesta concreta.

Si bien la promulgación y reglamentación de las leyes de parto humanizado y de protección integral a las mujeres constituyen un avance significativo, actualmente son necesarias políticas y programas que permitan implementarlas en las realidades institucionales, como así también mecanismos tendientes a sancionar a aquellos que incurren en determinadas faltas. El programa MSCF constituye un ejemplo de esto, el mismo se está gestionando actualmente en distintos hospitales del país, pero consideramos que es necesario seguir profundizando en su implementación y evaluación de su desarrollo en las distintas instituciones.

Esto nos brinda un panorama que nos permite reflexionar sobre cómo actualmente es reconocida y abordada la violencia obstétrica en las instituciones de salud pública, puntualizando en este caso en el Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Luccini.

⁴ Información extraída de la Guía del Programa MSCF. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf

Capítulo 2:
**Escenario de intervención
de práctica pre-profesional**

2.1 Sistema Público de Salud.

Para realizar las prácticas pre- profesionales de intervención referidas a la temática elegida, nos hemos insertado en el Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Luccini. Consideramos relevante mencionar ciertos aspectos del subsistema público de salud que nos permitirá situar nuestro escenario de intervención.

En Argentina, el sistema de salud está compuesto por tres sectores, el público, el de seguridad social y el privado. Nuestra intervención se desarrolló dentro del subsistema público, el que, como plantea Chudnovsky y Acuña (2002), provee servicios de salud de forma gratuita a través de hospitales públicos y centros de salud a la población. Está sustentado a través de los recursos que provienen del sistema impositivo; la distribución geográfica de sus servicios es amplia y tiene presencia en zonas consideradas no rentables por el sector privado. La población a la cual se dirigen sus servicios es aquella que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores.

Isuani y Mercer (1988) plantean que los servicios brindados por el subsistema de salud pública son no personales, de higiene, saneamiento básico, etc. y personales de tipo preventivo y curativo. Asimismo exponen que los servicios están disponibles para todos los miembros de la sociedad pero que se presentan ciertas restricciones a su acceso que se deben a la inexistencia de infraestructura y recursos humanos para responder a las demandas.

El subsistema de salud público se subdivide en tres niveles de atención. Esta división se realiza con el propósito de lograr un equilibrio en la cantidad y variedad de atención disponible para satisfacer las necesidades de la población. El primer nivel de atención refiere a las acciones más elementales y básicas del sistema de salud, mientras que el segundo y tercer nivel implican un conjunto de respuestas de diferentes grados de complejidad y especialización que actúan sobre lo detectado en el primer nivel⁵.

2.2 Hospital Materno Provincial “Dr. Raúl Felipe Luccini”

Analizamos el escenario institucional tomando la noción de espacio social que propone Bourdieu (1988), éste es entendido como un espacio pluridimensional de posiciones, donde toda posición actual puede ser definida en función de un sistema

⁵ Información extraída de Programa de capacitación en análisis e implementación de políticas de atención primaria de la salud.

pluridimensional de coordenadas, cada una de ellas ligadas a la distribución de un capital diferente. En el espacio social los agentes y grupos de agentes se definen por sus posiciones relativas según el volumen y estructura de capital que poseen.

El Hospital Materno Provincial “Doctor Raúl Felipe Luccini” depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. La maternidad fue fundada en 1952 primeramente como un hospital de higiene social y socio laboral, destinado a mujeres que carecían del carnet habilitante para ejercer la prostitución. Si estas mujeres estaban afectadas por alguna enfermedad venérea eran privadas de su libertad hasta que cumplieran un tratamiento y se las reinsertara en la sociedad con otro oficio.

A los meses de su inauguración se decide por medio de un decreto cambiar el destino de este hospital y habilitarlo para la atención materno-infantil, bajo el nombre de “Hospital 17 de Octubre”. En 1966 se funda el primer servicio de neonatología a cargo del Dr. Halac, hasta ese momento sólo funcionaba el servicio de ginecología y obstetricia. En 1969 comienzan las residencias médicas en clínica obstétrica.

Para 1985 ya contaba con servicios de diagnóstico por imagen y tratamientos de alta complejidad, se trabajaba con programas interdisciplinarios, “contención y embarazo”, “atención integral del adolescente” y “salud sexual y reproductiva” y comienzan las residencias en neonatología.

En 1999 la maternidad pasa a llamarse “Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Luccini”, ya que ésta había sido fundada bajo su gobierno⁶.

La Maternidad es un hospital bivalente de tercer nivel de atención (alta complejidad). Cuenta con una Dirección y tres departamentos: Departamento de Tocoginecología que incluye guardias de obstetricia y ginecología, quirófano, internado (Unidad de Terapia Intensiva), consultorios externos de ginecología y obstetricia, y consultorio de adolescencia, el Departamento de Neonatología, que cuenta con área de genética, UTI (Unidad de Terapia Intensiva), UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y el Departamento de Enfermería.

Asimismo existen áreas que dependen directamente de la Dirección como el Servicio de Laboratorio, Rayos, Hemoterapia, Anatomía Patológica, Fisioterapia, Nutrición, Farmacia, Anestesia, Archivos y Estadísticas, Recursos Humanos, Mesa de Entrada, recupero de gastos, Comité de Capacitación, Docencia e Investigación, Plan Nacer, Plan Sumar y Administración.

⁶ Información extraída de informe realizado en 2008 por la Universidad Siglo XXI y de video institucional realizado para el festejo de los 60 años del HMP.

Los servicios de Vacunación, Servicio Social y Salud Mental además de depender de la dirección del HMP dependen, en el caso de vacunación de la Dirección de Epidemiología del Ministerio, Servicio Social del Servicio Social Central del Ministerio de Salud, y Salud Mental de la Dirección de Salud Mental de la Provincia⁷.

Consideramos fundamental exponer el funcionamiento de la Comisión de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, ya que nos permite ver cómo se está abordando la problemática de violencia obstétrica dentro de la institución. Ésta trabaja con el proyecto que lleva su mismo nombre (MSCF) y comienza a funcionar en el hospital en 2011. A partir del 30 de Mayo de 2015 se constituyó como programa provincial.

Este programa implica un nuevo paradigma de atención perinatal, tiene como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil, promoviendo la atención humanizada centrada en los derechos de la madre y el niño⁸.

Para lograr este propósito, basándose en los ejes y pasos que establece el programa MSCF, se crean diferentes comisiones de trabajo que llaman “pétalos”. Estos son: comisión de lactancia materna, control de infecciones, salud sexual y reproductiva, adolescencia, te escucho (promoción de los derechos y sensibilización del personal, se implementa desde 2009 en la institución y luego en 2011 se incorpora al MSCF), interculturalidad (se comienza a implementar en 2012), PIM (preparación integral para la maternidad), semana del prematuro, evaluación de la cultura institucional (se realiza desde UNICEF cada 2 años), seguridad del paciente, seguimiento del recién nacido de alto riesgo y prevención de retinopatía del prematuro.

El PIM se constituyó como uno de nuestros espacios de intervención, por este motivo consideramos importante exponer su modalidad de trabajo. Se plantea como objetivo general:

Lograr un proceso que permita a la embarazada y su familia conocer en forma integral los temas anatómicos, fisiológicos, psicológicos, sociales y físicos del embarazo. Facilitar una mejor preparación física y psíquica para su desempeño durante el embarazo, parto, puerperio y en la atención del futuro hijo. Brindarles el soporte emocional necesario para que estos períodos

⁷ Datos extraídos de organigrama confeccionado por Jefa de Servicio Social.

⁸ Información extraída de la Guía del Programa MSCF. Disponible en:
http://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf

sean transcurridos sin temor y en forma feliz. (Martínez, I. 2005, p.11)

Como objetivos específicos se propone motivar la participación de las embarazadas respecto de la promoción de su propia salud, y de los distintos profesionales desde un enfoque integral, orientado a recuperar el protagonismo de la mujer en el parto.

En el HMP el PIM se realiza desde la década del '60 por el área de Salud Mental. Actualmente es coordinado por una Licenciada en Psicología y se lleva a cabo cuatro o cinco veces al año, cada uno conformado por siete encuentros que se realizan una vez a la semana.

Estos tienen una duración de dos horas, la primera hora es coordinada por una fisioterapeuta quien realiza conjuntamente con las mujeres ejercicios de gimnasia práctica, relajación, respiración, elongación, y fortalecimiento de los músculos. Durante la segunda hora se trabajan diferentes temáticas dependiendo del profesional que la coordine, nutricionista, enfermera/o, neonatóloga/o, obstetra, trabajador/ar social, etc⁹.

Con la implementación del MSCF se logra la construcción de la residencia para madres en el año 2013, con el propósito de evitar la separación madre-niño y buscando facilitar el establecimiento de un vínculo sólido, necesario para enfrentar la situación por la que se atraviesa. El HMP prioriza la residencia de madres que viven en el interior de la provincia y que tienen internados a sus bebés prematuros. La misma se construyó con fondos provenientes de UNICEF y Farmacity.

Para poder comprender desde donde se posiciona la institución, nos parece fundamental exponer la misión, visión y valores que plantea.

MISIÓN: proveer servicios de salud de la más alta calidad y eficiencia, a través de la gestión integral y efectiva promoviendo la educación en salud, docencia e investigación. Contribuir a través del accionar a las tareas sociales de la comunidad.

VISIÓN: que los servicios de salud del Hospital Materno Provincial sean reconocidos a nivel local, nacional e internacional por su calidad de atención, su tecnología, capacitación del equipo de salud, educación para la salud, docencia e investigación basadas en principios éticos y morales

⁹ Ver Anexo 2: Registro de entrevista a Coordinadora de espacio PIM. 12 de Mayo de 2015.

dedicados a satisfacer a los usuarios internos y externos a través de acciones con compromiso social.

VALORES: respeto a los derechos de los pacientes y compromiso para mejorar la calidad de atención. Visión integral de las personas, atención oportuna, confiable y segura centrada en la familia. Capacitación continua del personal de la institución. Calidad en investigación. Sentido ético profesional. Responsabilidad laboral.¹⁰

A partir de los registros y entrevistas realizadas pudimos visualizar que existe en los diferentes actores institucionales un compromiso discursivo que se relaciona con esta visión, misión y valores, pero en las prácticas institucionales se presentan ciertos obstáculos que no permiten el desarrollo pleno de estos.

Podemos mencionar la implementación del MSCF como ejemplo, ya que para que éste tenga una implementación efectiva es necesario que la institución cumpla con el primer paso que propone el mismo, el cual refiere a reconocer el concepto de MSCF como una política de la institución, donde el consenso institucional permita el desarrollo del programa a través del trabajo multidisciplinario y la implementación de un presupuesto destinado para su desarrollo.

En la realidad institucional por un lado la comisión expone los avances que se han logrado, como permitir el ingreso de un acompañante en el parto, la construcción de la residencia para madres, el ingreso irrestricto de padres y madres a las UTI y UCI, la implementación de horarios de visita para el resto de la familia, la adecuación y equipamiento de las UCI, UTI y consultorio de Neonatología con un ambiente más familiar, el reemplazo de las camillas convencionales por camillas que se reclinan permitiendo a la mujer buscar una posición más cómoda durante el parto, y la creación de las comisiones antes mencionadas.

Pero por el otro, si bien algunas cuestiones significaron un avance, hay otras que no se visualizan en la práctica, como por ejemplo que el equipo de salud no asista a las capacitaciones que se hacen desde esta comisión, que se impida en muchos casos el ingreso al acompañante durante el parto, que no se brinde información a la familia sobre el estado de salud de la mujer y el niño de forma inmediata, el uso rutinario de ciertas prácticas médicas, entre otras.

¹⁰ Datos obtenidos de página web oficial del HMP. Disponible en: <http://maternidadprovincial.com>

Asimismo consideramos que si bien desde la institución no se obstaculiza el desarrollo del programa, tampoco se lo facilita. Esto se observa en la falta de directivas dirigidas a la promoción del programa, teniendo como prioridad la atención de lo que ellos consideran urgente, áreas de neonatología y control de embarazo¹¹.

Nuestra intervención se realizó dentro del Servicio Social del HMP. Esta área comenzó a funcionar en el año 1979, depende de la dirección del HMP y del Servicio Social Central del Ministerio de Salud Provincial. Se propone como misión identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de la población a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe de acciones de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud basada en sus necesidades¹².

Durante el periodo de realización de nuestras prácticas, estaba conformado por la jefa de servicio, cinco trabajadoras sociales de planta permanente, dos residentes y una pasante. La modalidad de atención de demandas directas e indirectas se da a través de la división de áreas de abordaje entre las profesionales.

Dos licenciadas se encargan del área de adolescencia trabajando conjuntamente con el consultorio de adolescencia. Éstas se proponen entrevistar a todas las adolescentes que se atienden en el HMP, para realizar consejería de salud sexual y reproductiva, e indagar si existen situaciones de vulnerabilidad social.

Del área de neonatología se encargan dos trabajadoras sociales, entre las tareas que llevan a cabo se puede mencionar entrevistas a padres de recién nacidos prematuros o con patologías para reforzar pautas de cuidado, gestión de estudios e insumos no disponibles en la institución como respiradores artificiales, válvulas, entre otros, y diligenciamiento de las derivaciones a otras provincias u hospitales.

El área de adultas es abordada por dos licenciadas que se encargan de la implementación del programa PROCORDIA dirigido a las mujeres con embarazos asociados a diabetes y del trabajo conjunto con el consultorio de planificación familiar realizando actividades referidas a salud sexual y reproductiva como el taller de ligadura tubaria, y la realización de entrevistas e informes sociales en aquellos casos derivados por los médicos y que se considere necesario.

¹¹ Ver anexo 2: Entrevista tocoginecóloga 12 de Mayo 2015

¹² Manual de Procedimientos Sección Servicio Social HMP, 2011.

Por último, la jefa de servicio se encarga de tareas de coordinación y supervisión, dado que plantean que es necesaria la evaluación permanente para mejorar la calidad y el clima de atención.

Respecto al abordaje de las demandas podemos mencionar que estas se realizan en un periodo breve ya que las mujeres, en su mayoría, no están más de 3 días en el HMP. Esto requiere por parte de las profesionales diseñar estrategias de intervención que puedan ser aplicadas en ese corto tiempo, articulando si es necesario con otras instituciones.

Asimismo, en muchas ocasiones al momento de abordar una problemática conjuntamente con profesionales que se posicionan desde el modelo médico hegemónico, se presenta por parte de estos una desvalorización y falta de conocimiento sobre las actividades que realiza servicio social.

Esto se puede visualizar en la constantes demandas que no corresponden al servicio, como por ejemplo cuestiones administrativas que tienen que ser resueltas por otras áreas de la institución, plantearles el modo de intervenir, lo que se puede observar en las siguientes frases: “la madre no atiende a su hijo, hace dos días que no va a verlo a neo, hay que llamar a la SENAF”¹³, “hay que ir a explicarle a esta mamá como cuidar a su hijo, a mí no me entiende”¹⁴.

Frente a esta situación es necesario tener en cuenta que la labor del trabajo social en el HMP se configura a partir de dos ejes. Uno está determinado por el trabajo asistencial, tendiendo a aliviar la situación por las que pasan las mujeres usuarias del servicio, mediante la orientación y acción terapéutica sobre el individuo y su núcleo familiar, y la articulación de recursos del sistema de atención de la salud.

El otro eje se refiere a la promoción y prevención de la salud, orientado a fortalecer los aspectos saludables en el ámbito individual y colectivo, promoviendo hábitos y prácticas saludables, y facilitando la conjunción de recursos sanitarios y sociales para lograr una mejor calidad de vida. El trabajador social como parte integrante del equipo de salud cumple un rol de sintetizador y mediador entre profesionales y usuarias/os¹⁵.

¹³ Ver anexo 4: Registro en S.S. 11 de Mayo de 2015.

¹⁴ Ver anexo 2: Registro de entrevista a trabajadora social. 29 de Mayo del 2015.

¹⁵ Información extraída del Plan Estratégico Sección Servicio Social 2014 y de los registros y entrevistas realizadas a diferentes profesionales del Servicio Social.

De lo expuesto anteriormente consideramos importante entender a el HMP como un escenario en cual se están realizando, a pesar de los distintos obstáculos y limitaciones presentes antes mencionados, cambios institucionales buscando constituirse en una maternidad segura y centrada en la familia. Éstos se relacionan con la implementación desde el 2011 del programa MSCF, que ha permitido lograr avances en la institución (construcción de la residencia para madres, remodelación de las salas de UCI y UTI, entre otros).

Es de esta manera que el HMP se constituye como un escenario propicio para visibilizar, problematizar y abordar la temática de violencia obstétrica.

Capítulo 3:

Sujetos del escenario de intervención

3.1 Equipo de salud

Este es un actor fundamental en tanto es quien se encarga de atender a la población usuaria de los servicios y de la implementación de los programas, proyectos y leyes en los hospitales y centros de salud para que estos sean accesibles a la población. Como plantea Canevari (2011, p. 17)

(...) ésta relación entre quienes proveen un servicio y quienes lo reciben, es una relación desigual, en donde la institución aplica sus normas y donde tanto los/las profesionales como las mujeres tienen el mandato de aceptarlas y exponen sus cuerpos en esa dinámica.

La autora plantea que es el equipo de salud quien facilita u obstaculiza la garantía de los derechos que concede el Estado a la población, pero que a la vez es el mismo equipo quien debe contener las carencias del Estado y a su vez responder a las necesidades de las personas.

Es importante tener en cuenta los aportes de Bourdieu y Wacquant (2008) para exponer que el equipo de salud cuenta con un capital cultural institucionalizado que lo posiciona dentro del campo de la salud como un actor fundamental, éste implica conocimientos, saberes, prácticas específicas que se ponen en juego en la atención de los procesos de salud-enfermedad, en muchos casos la hegemonía del saber profesional implica una desvalorización de los capitales culturales que poseen quienes acuden a los servicios de salud.

En el HMP el equipo de salud está conformado por la Dirección y las diferentes áreas: Servicio Social, Salud Mental, Departamento de Enfermería, Tocoginecología, Neonatología, Administración, entre otras.

Las demandas que llegan a la institución son en su mayoría espontáneas, realizándose a partir de la guardia que atiende las 24hs los 365 días del año o solicitando turno por teléfono o personalmente en el HMP. Estas responden a controles ginecológicos, obstétricos, partos, atención al recién nacido, etc. También existen demandas que surgen a partir de derivaciones de otras instituciones de salud, tanto de la ciudad como del interior.

Al referirse a la modalidad de abordaje los profesionales plantean una atención interdisciplinaria pero muchas veces se termina utilizando como modalidad la derivación a

otras áreas, por lo que cada servicio termina llevando a cabo una atención puntual desde su disciplina.

Por un lado visualizamos que desde prácticas institucionales hegemónicas se entienden a las demandas de las usuarias como necesidades que responden a cuestiones fisiológicas, biológicas, y que deben ser resueltas a partir de los conocimientos e intervenciones de los profesionales de la salud. Así las necesidades son interpretadas sólo desde su dimensión material que tiene que ver con lo que Agnes Heller (citado en Aquín, N. 1995) denomina necesidades necesarias y dentro de estas las necesidades existenciales o de sobrevivencia, que son aquellas que si no se satisfacen ponen en peligro la vida humana.

En este sentido Videla (1993) plantea que esto se relaciona con la falta de educación médica, que hace que los profesionales se dediquen completamente a la curación, entendida ésta como el único valor positivo para destinar sus esfuerzos. Así se deja de lado a la medicina humanista que se propone cuidar la salud, para convertirse en una medicina tecnicista.

En la misma línea Castro (2014) retoma a Bourdieu para analizar el campo médico, señala que éste abarca al conjunto de instituciones y profesionales de la salud, así como también a las instituciones educativas que reproducen los cuadros profesionales (Facultad de Medicina, y hospitales escuelas). Dentro del mismo se produce el habitus médico, una serie de subjetivaciones que son adquiridas en las instituciones de salud y educación, y reproducidas en la práctica profesional cotidiana.

Una característica que podemos mencionar del equipo médico, es la jerarquía establecida dentro del mismo, la cual está encabezada por los jefes de cada área, y va descendiendo con el nivel de instrucción que tiene cada sujeto (médico de piso, residentes de 3er año, de 2do, de 1ro), lo mismo sucede con enfermería. Esta estructura jerárquica interna contribuye a que se siga reproduciendo la práctica médica hegemónica en la institución.

Por su parte, Canevari (2011, p. 110-111) entiende que desde las prácticas hegemónicas los cuerpos humanos son entendidos sólo como portadores de procesos orgánicos, donde se invisibiliza una mirada sobre la construcción social y cultural de los mismos, entendiendo al cuerpo como expresión de una historia, edad, género, etnia, etc. “Las especializaciones de la medicina llevan a estudiar un fragmento del cuerpo y se pierde de vista la integralidad del mismo”.

Consideramos que desde este posicionamiento las prácticas de los agentes en el HMP obstaculizan el pleno desarrollo del programa MSCF, ya que si bien la

infraestructura y el equipamiento de la institución no responde a los lineamientos que este se propone, tampoco deberían constituirse en un obstáculo para humanizar ciertas prácticas. Ejemplo de esto es el trato respetuoso hacia las/os usuarias/os del servicio, el uso de procedimientos médicos (episiotomía, administración de goteo, maniobra de Kristeller, tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes profesionales, rotura artificial de bolsa) basados en la evidencia científica y no de modo rutinario, permitirles a las mujeres estar acompañadas por quien lo deseen durante el parto, informar a las familias el estado de salud de la mujer y el recién nacido, entre otras.

Por el otro lado visualizamos dentro de la institución prácticas contra hegemónicas desde las cuales se entienden a las necesidades de las mujeres tanto desde su dimensión material, como desde la no material (Aquín, N. 1995), la cual refiere a cuestiones sociales, culturales, relacionales, donde entran en juego los saberes, conocimientos, opiniones y representaciones de las usuarias, lo que permite una intervención integral para dar respuesta a las mismas.

Consideramos que desde estas prácticas se busca romper con la idea de embarazo como enfermedad, y apuntan a recuperar la idea de parto como un proceso natural, un proceso bio-psico-socio-ambiental. De esta manera y encuadrándose bajo el programa MSCF, se han logrado avances en la institución en lo que respecta a la humanización del parto. Esto lo pudimos observar en varias cuestiones como lo son la adopción de nuevas prácticas durante el proceso de parto por parte de algunos profesionales del equipo de salud, la creación de espacios de capacitación (ateneos) en donde se exponen y se trabajan diferentes temáticas referidas al campo de la salud, y la construcción y funcionamiento de la residencia para madres y las salas de neonatología.

Estos avances también los pudimos observar en el trabajo interdisciplinario que se lleva a cabo en varios espacios para abordar integralmente las demandas que presentan las usuarias/os del servicio, ejemplo de esto son la realización de los talleres PIM y de ligadura tubaria, la atención integral de las adolescentes que acuden al Consultorio de Adolescencia, y la planificación de diferentes actividades a lo largo del año tales como: charlas, talleres de diferentes temáticas como violencia de género, consumo problemático, anticoncepción, etc.

Esta modalidad de trabajo permite comprender que el aislamiento profesional y la tecnificación exagerada se deben enfrentar desde un trabajo interdisciplinario, facilitando el trabajo, disminuyendo la omnipotencia del ejercicio sintetizado en la disciplina médica y

generando condiciones sanas de desempeño para los profesionales de la salud (Videla, M. 1993).

A partir de las entrevistas y observaciones realizadas en el HMP pudimos visualizar diferentes representaciones por parte de los diversos agentes en relación a las usuarias del servicio. Para analizarlas nos basamos en los aportes de Moscovici (1979) y Jodelet (1986) quienes las definen como aquellas que se originan en la dialéctica que se da entre las interacciones cotidianas de los sujetos, su universo de experiencias previas y las condiciones del entorno, las cuales permiten a éstos orientarse en el contexto social y material. Toda representación es representación de algo y de alguien.

Desde las prácticas hegemónicas se caracteriza a estas mujeres principalmente como pacientes, lo que implica ver a la persona como un cuerpo medicado e intervenido, apartado de los vínculos que lo sostienen, dejando de tener autonomía sobre sí, sobre la posibilidad de tomar decisiones porque los conocimientos no le pertenecen (Canevari, C. 2011). Esto lo visualizamos por un lado en las entrevistas realizadas a diferentes profesionales del HMP, quienes plantean que en muchas ocasiones parte del equipo de salud, en la atención diaria desvalorizan la opinión, saberes y conocimientos de las mujeres, no les informan con claridad los procedimientos que les realizan, sus motivos, o estados de salud de sus hijos.

(...) en una de las capacitaciones en sala de médicos una me dijo una vez, mira si va a decidir el paciente si es conveniente que vaya a cesárea o no, yo tengo que decidir, a lo que le respondí, puede ser necesario pero tenés que explicárselo no a la omnipotencia de yo soy el que decide.¹⁶

Y por el otro en las demandas por parte de profesionales a servicio social, en donde se refieren a las mujeres haciendo alusión al número de la cama en que se encuentran o ciudad de donde provienen, lo que muestra una despersonalización en el trato y como plantea Canevari (2011) es una forma de entender a la mujer como un objeto, donde es un cuerpo que está siendo estudiado, analizado, sometido a tecnología, silenciando sus necesidades e inquietudes.

¹⁶ Ver Anexo 2: Registro de entrevista a trabajadora social. 29 de Mayo de 2015.

Se puede visualizar otra representación muy fuerte que tienen sobre las usuarias del servicio caracterizándolas como sujetos carentes, que solo tienen como proyecto de vida tener hijos, asociándolo a una cuestión “cultural”, que se reproduce de generación en generación.

En muchas ocasiones los diminutivos “mamita”, “gordita”, “mami”, etc. son utilizados por parte de los profesionales en el trato diario con las mujeres, lo que responde a una infantilización por parte de estos, este modo excesivamente familiar profundiza el anonimato e interpone con claridad quién tiene la autoridad como refiere Canevari (2011).

Estas representaciones difieren a aquellas que tienen los agentes que se posicionan desde prácticas contra hegemónicas en donde se reconocen a las mujeres y a sus familias como sujetos de derechos, contribuyendo a que estos asuman una actitud activa en la resolución de sus problemática, reconociendo saberes y capacidades de los/as usuarios/as como sujetos portadores de conciencia crítica, incluyendo aquí la idea de sujetos como portador de necesidades pero también de potencialidades.¹⁷

Consideramos importante remarcar que las disciplinas no definen modalidades de atención per se, sino que son los agentes a partir de sus prácticas quienes las definen, por este motivo en las diferentes áreas profesionales nos podemos encontrar con agentes que se posicionan realizando y reproduciendo prácticas hegemónicas y aquellos que buscan romper con ellas incentivando la adopción de prácticas humanizadas.

3.2 Usuaris/os del servicio

Es a partir de las demandas propias de la población que se crean los servicios de salud con el fin de dar respuesta a éstas. Como se plantea en el apartado anterior la relación médico/usuario del servicio de salud es desigual, en relación a esto Canevari (2011, p.15) expone que:

Cuando una persona ingresa a un hospital público, simbólicamente pasa a ser un/a paciente (...) pasa a subordinarse de manera obediente a las normas institucionales y a las/los profesionales que la asisten (...) cuando una persona ingresa a un hospital público, es enajenada. Si esta persona es mujer y pobre, la enajenación se

¹⁷ Extraído de Plan Estratégico Sección Servicio Social HMP, 2014.

profundiza en tanto se la considera un objeto y porta sobre sí una historia de discriminación, desvalorización y violencia.

Las/os usuarias/os de los servicios que provee el HMP son mujeres de diferentes edades y recién nacidos hasta los 45 días, a excepción de los niños prematuros que nacieron con un peso menor a 1500 gramos, los cuales son atendidos en el consultorio de neonatología hasta los seis años de edad. Proviene del sudeste de la provincia de Córdoba y del interior de la misma. En su mayoría no cuentan con cobertura social. Esto último nos permite visibilizar que un gran número de usuarios/as se encuentran en una situación laboral precarizada o no tienen trabajo. En este sentido y tomando los aportes de Castel (1991) consideramos que los/as usuarios/as de los servicios del HMP y sus familias podrían ser parte de lo que el autor denomina zona de vulnerabilidad, ya que la misma implica poseer trabajo inestable o precarizado y una fragilidad o deterioro en los soportes relacionales.

Una problemática que plantean muchos profesionales, es que existe un número significativo de mujeres que no concurren a los controles médicos de embarazo, siendo esto producto de diversos motivos, socio-económicos, horarios de trabajo, falta de recursos para el transporte, distancia entre la institución y sus hogares, otros niños a cargo, falta de información, etc.

Ante esta realidad en muchas ocasiones el equipo de salud tiene una reacción de censura, reproches, y recriminaciones por su falta de responsabilidad y abandono; cuando es su rutina profesional la que no se adecua a la realidad de las usuarias (Videla, M. 1993).

Las demandas por parte de las mujeres al HMP tienen que ver con la atención durante el embarazo, el trabajo de parto, parto y pos-parto, realización de controles de embarazo de alto riesgo, controles ginecológicos generales, cirugías, accesibilidad a métodos anticonceptivos, atención neonatal a los recién nacidos y seguimiento en consultorio de neonatología a los recién nacidos de alto riesgo y prematuros.

Puntualizando en lo que respecta a las demandas de atención durante el trabajo de parto, parto y posparto podemos decir que existen mujeres que llegan a la institución al momento de parir conociendo sus derechos y exigiendo por el respeto de los mismos. Pero la mayoría no los conoce, por lo que al momento del parto, como plantea Canevari (2011) las mujeres dejan de lado sus saberes, pierden protagonismo y se subordinan a la atención médica.

Otra demanda que se hace presente en la institución es la que llevó a la creación del PIM, este espacio ofrece a las mujeres una preparación integral para el momento del embarazo, parto y posparto. Aquí se brinda información sobre los derechos que tienen, los cambios fisiológicos por los que atraviesan, etc.

Consideramos importante mencionar que entre las mujeres y familiares usuarios del servicio, y los agentes que se posicionan desde prácticas hegemónicas existe en muchas ocasiones una relación conflictiva, que se observa cuando los/as usuarios/as plantean que no se informa a los familiares el estado de salud de la mujer y del recién nacido, así como la falta de información sobre los procedimientos médicos que se les realiza utilizando un lenguaje técnico que no siempre es comprendido por las usuarias, el maltrato, la despersonalización y el no respetar la intimidad y privacidad de la mujeres quienes durante su proceso de parto son expuestas a un público (residentes, enfermeros, estudiantes, médicos) sin ser consultadas previamente. Canevari (2011) señala:

Es así que desde las experiencias de las mujeres, ellas se enfrentan a situaciones de exposición física y psicológica, cuando su cuerpo pasa a ser un objeto de enseñanza-aprendizaje, se vulnera su intimidad y se la expone a múltiples “tocamiento”. (p. 118)

En este sentido las usuarias del servicio también poseen sus propias representaciones en torno al hospital, al proceso de parto, al equipo de salud.

El hospital es considerado como un espacio sin tiempos ni lugares para preguntar, sacarse dudas, consultar, etc., así la mujer se siente bloqueada en la comunicación con los profesionales por el ritmo interno de la institución y por el tipo de lenguaje utilizado (Videla, M. 1993).

Esto lo pudimos observar en los espacios de atención de demanda en Servicio Social, donde frecuentemente acudían las/os usuarias/os con derivaciones médicas o pedidos médicos desconociendo el motivo por el cual fueron realizados estos, lo que permite visualizar el posicionamiento desde el modelo médico hegemónico de algunos profesionales, a través de acciones tales como desvalorizar la capacidad de comprensión de las mujeres, sentirse ellos responsables de las decisiones que se tienen que tomar. También se acercaban al Servicio por consultas referidas a la ubicación de diferentes áreas dentro del hospital, dónde poder obtener turnos, información sobre algún familiar internado, etc,

lo que permite ver como sus demandas no son atendidas en los espacios que deben responder a éstas acudiendo así al Servicio Social en busca de respuestas.

Como resultado del diagnóstico, realizado a partir de treinta encuestas a usuarias del servicio y a partir de los talleres realizados en el HMP, pudimos visualizar que las representaciones en torno al parto se relacionan con considerar que es el equipo de salud quien sabe y tiene las herramientas para atender el mismo, no sintiéndose protagonistas, posicionándose desde un rol pasivo donde no se animan a hacer preguntas y sacarse dudas, sintiendo que deben “ser colaborativas, ayudar” al profesional en ese momento.

Esto nos permitió ver que aquellas mujeres que conocen sus derechos, y exponen la necesidad del respeto de los mismos, en muchos casos tienen miedo a reclamarlos en el momento del parto, por temor a cómo se lo tomen los profesionales, “si, está bien lo que dicen ustedes, pero después si una le dice a los médicos, estos se lo toman mal y (...) después es peor”¹⁸.

Estas representaciones llevan a la naturalización y legitimación de ciertas prácticas, como el abuso de medicalización, trato despersonalizado, invasión a la intimidad, que no son visualizadas como tales por parte de las mujeres, entendiéndolas a éstas como procedimientos rutinarios y no contemplándolas como una vulneración a sus derechos.

Respecto a esto último existen diversas instituciones y organismos, como la Defensoría del Pueblo de la Nación, la Defensoría del Pueblo de la Provincia (Instituto de Género) y el Consejo Nacional de la Mujer a través de la línea 144, donde (las mujeres y sus familias) pueden asesorarse y/o denunciar situaciones de violencia obstétrica. Estas configuran un tipo de recurso social para las mismas.

Al realizar una indagación en torno al procedimiento necesario para realizar una denuncia, desde Defensoría del Pueblo de la Provincia se nos envió un modelo de denuncia, la cual debía presentarse a la institución de salud, y además al INADI y en la Defensoría del Pueblo de la Nación. Dentro del instructivo para realizar la denuncia, en su pág. 1, se expone:

Existe la posibilidad de que esta denuncia no sea atendida por las autoridades de la institución de salud. Pero debe saber que aun así, su denuncia contribuye a poner en conocimiento de las autoridades

¹⁸Frase expuesta por participante de taller en sala de espera 30 Octubre 2015.

los hechos de violencia vividos por Ud. y visibilizar la gravedad de estas prácticas.¹⁹

Esta indagación realizada nos permitió visualizar que no existe ningún organismo puntual que dé una solución efectiva a esta problemática, por lo que consideramos fundamental que estos espacios trabajen en función de poder dar una respuesta a las mujeres que ven vulnerados sus derechos.

Dentro del HMP entendemos que tanto la implementación del programa MSCF como la realización de los talleres PIM, permiten a través del cambio de paradigma que proponen abordar la problemática de violencia obstétrica, posibilitando a las/os usuarias/os tomar conocimiento de los derechos que poseen en el proceso de parto, apropiándose de los mismos y reivindicándolos.

Realizar este análisis nos posibilita comprender la dinámica institucional, los modos de dar respuesta a las demandas de las/os usuarias/os, las asimetrías de poder y los posicionamientos respecto a la atención de la salud. Esto nos permitió definir nuestra estrategia de intervención y la viabilidad de la misma

¹⁹ Ver Anexo 7: Instructivo para realizar una denuncia por violencia obstétrica sufrida en una institución de atención de la salud.

Capítulo 4:

Reconstrucción de la práctica pre-profesional

4.1 Abordaje de la problemática desde el Trabajo Social

El Trabajo Social, a través de la acción profesional, interviene desde la perspectiva de construcción de ciudadanía, desde la habilitación de sujetos consciente de sus derechos y responsabilidades.

Posicionarse desde este lugar implica dejar de lado la idea de “víctimas”, abandonar los criterios clasificatorios que caracterizan a los sujetos o a ciertas instancias sociales desde el polo de la carencia y de la negatividad, e incorporar la idea de ciudadanos descuidados, sujetos no sólo despojados de sus derechos sino también de la conciencia respecto a estos y a sus responsabilidades (Aquín N., 2000).

Robles (2015) expone que como trabajadores sociales asumimos un compromiso con la vigencia, defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales. El trabajo junto a los ciudadanos y ciudadanas en nuestro quehacer cotidiano se enmarca en la ampliación de la ciudadanía emancipada.

Consideramos que la violencia obstétrica es una vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y por ende a los derechos humanos, y es por este motivo que entendemos fundamental la intervención desde nuestra disciplina en este campo.

El trabajo social como profesión que se proponen trabajar en relación a los derechos de los sujetos, a la construcción de ciudadanía puede aportar a la problematización de situaciones de este tipo particular de violencia.

En este sentido Weber Suardiaz (2010) plantea que la problematización es una herramienta para el Trabajo Social que permite cuestionarse sobre lo dado, y a la vez construir un objeto de intervención y de conocimientos, construir así el problema de intervención. La problematización debe ser una herramienta dirigida a explicitar nociones y esquemas naturalizados.

Problematizar aquello que viene dado al trabajador social, implica formularse interrogantes, buscar diferentes definiciones, reconocer a los sujetos involucrados en este, buscar relaciones entre fenómenos, etc., esto permite redefinir el problema para poder definir así la intervención (Grassi E., 1996).

En lo que hace a la problemática escogida consideramos, tomando los aportes de Gonzalez (2001), que el trabajo social puede intervenir a partir de la puesta en marcha de diferentes procedimientos, estos posibilitan y/o aportan a la consecución de objetivos tendientes a modificar esta porción de la realidad social.

Así, entendemos fundamental intervenir fomentando procedimiento de cogestión que permitan en este caso el diligenciamiento principalmente de recursos culturales, y también sociales de modo conjunto entre el trabajador social y los sujetos, esto tiene que ver con el trabajo conjunto respecto a saberes y representaciones que tienen los sujetos sobre el proceso de parto, la atención recibida durante el mismo, etc.

Este procedimiento involucra o moviliza otros procedimientos como son la problematización y la promoción. Esta última “implica impulsar a la realización de acciones o formación de determinados conocimientos y representaciones” (Gonzalez C., 2001 p.7). Puede darse de modo autoritario, donde prima el control, o ser de tipo orientadora, donde prevalece la cooperación y donde no existen soluciones predeterminadas u/o acabadas, permitiendo estimular la propia capacidad para reflexionar sobre diversas situaciones y poder cambiarlas mediante acciones propias.

Es sobre esta última modalidad de promoción que nos posicionamos nosotras, comprendiendo que a partir de ella se puede trabajar de modo conjunto con las/os usuarias/os del servicio, en torno a sus ideas, saberes y representaciones, buscando problematizar, desnaturalizar situaciones que vulneran sus derechos durante el proceso de parto.

Todo esto se relaciona con la dilucidación, procedimiento que refiere al esclarecimiento de situaciones a partir de un saber mutuo, analizando diferentes alternativas de acción y sus consecuencias, respecto a las necesidades, los recursos de los agentes tanto culturales como económicos y sociales, y todas aquellas cuestiones relacionadas con la intervención (Gonzalez C., 2001).

4.2 Objeto de intervención

Como plantea Aquín (1995) el objeto de intervención del trabajo social es una construcción intelectual que se hace a partir de las necesidades que se le presentan a los sujetos, se constituye por la red de relaciones que va tejiéndose entre los sujetos demandantes de satisfactores socialmente disponibles y necesarios para la reproducción, y los agentes que disponen de los recursos.

Definimos como objeto de intervención “la naturalización de la violencia obstétrica que se refleja en las prácticas de patologización, trato deshumanizado y abuso de medicalización.”

La naturalización se da a partir de los habitus (Bourdieu P., 2005) de los agentes, lo social hecho cuerpo, y de las trayectorias vividas. Los agentes al moverse en los diferentes espacios sociales van incorporando las realidades institucionalizadas, en este caso aquellas que hacen a la violencia obstétrica. Así como plantea el Observatorio Nacional de Salud, Género y DDHH (2003), los malos tratos se encuentran naturalizados por parte del equipo de salud que muestran resistencia a identificar estas acciones como violatorias a los Derechos Humanos, y por las propias mujeres que lo sufren, quienes los ven como “normal” o consideran que no tienen posibilidades de exigir o elegir otro tipo de atención o trato.

Las instituciones en sus estructuras jerárquicas y patriarcales son espacios en donde se aprende y reproduce la violencia. La misma se hace cotidiana y se naturaliza. El efecto de la naturalización es la invisibilización y es así que las mujeres son víctimas de la violencia patriarcal ya sea de manera sutil en forma de desvalorizaciones o de manera cruel, como la violencia física (Canevari C., 2011 p.16).

El trato deshumanizado involucra tres aspectos, la vulneración del derecho a la intimidad, la vulneración del derecho de las mujeres y sus familias a recibir información clara y precisa por parte del equipo de salud y los tratos crueles, inhumanos y degradantes, que se manifiestan en la insensibilidad del equipo de salud frente al dolor de las mujeres.

Greco (2010) define al proceso de medicalización como el dominio que ejercen el saber y poder médico sobre aspectos de la vida de los sujetos que antes estaban fuera del campo profesional, y que con este proceso pasan a ser categorizados en términos de salud/enfermedad y normal/patológico.

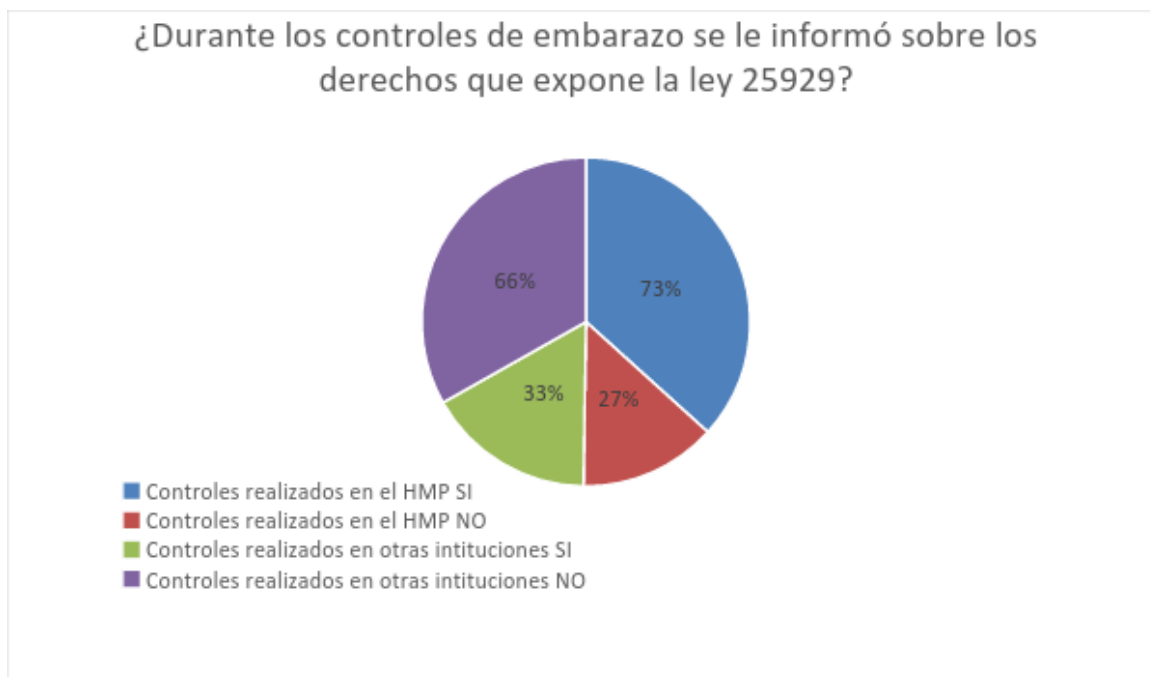
La patologización implica tratar a la mujer embarazada como una persona enferma, interviniendo de igual modo, utilizando los mismos procedimientos rutinariamente, tanto para la atención de mujeres que cursan un embarazo sin riesgos, como de aquellas que tuvieron alguna complicación durante este proceso (Lorenzo C., 2013).

La definición y delimitación de nuestro objeto de intervención fue posible a partir de la indagación teórica, del análisis del espacio institucional en el cual nos insertamos, de las entrevistas realizadas a diversos profesionales de la institución y del diagnóstico realizado a partir de 30 encuestas a mujeres usuarias del servicio del HMP durante el mes

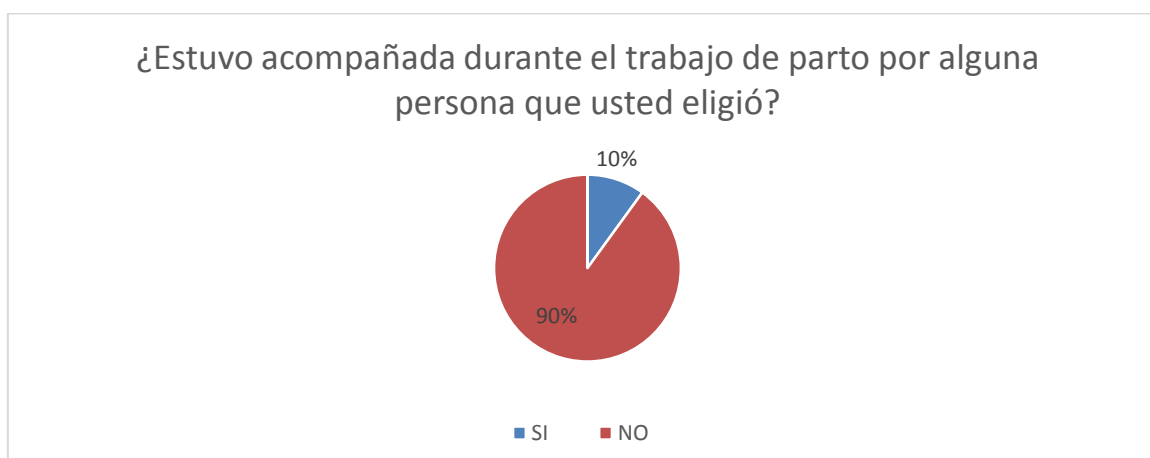
de julio. Estas últimas indagaban en torno a las experiencias de parto de las mujeres en el HMP, y sus representaciones respecto a la atención recibida en ese momento.

De las 30 encuestas obtuvimos los siguientes datos.

Del 100% (15) de mujeres que se realizaron los controles en el HMP el 73% (11) afirman que se les informó sobre los derechos que tenemos las mujeres en el momento del parto, mientras que del 100% (15) de mujeres que se realizaron los controles en otras instituciones solo el 33% (5) fue informada.



En relación al acompañamiento por parte de la pareja, familiar o amigo durante el trabajo de parto, el 90% de las mujeres (17) afirman no haber estado acompañadas, mientras que solo el 10% (3) sí estuvieron acompañadas.

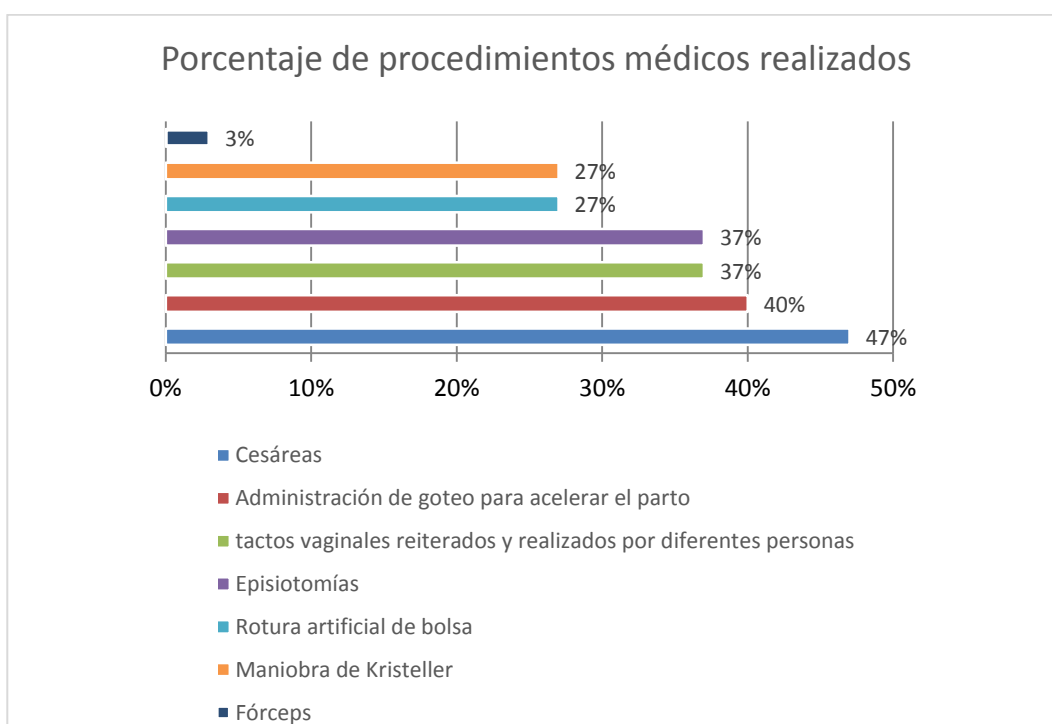


En lo que respecta al momento del parto 40% de las mujeres (12) pudieron estar acompañadas. Del 60% de mujeres (18) que no estuvieron acompañadas, 2 expresaron que fue por elección propia y 16 que no se lo permitieron.



Respecto a los procedimientos médicos, las mujeres encuestadas afirman no haber sido informadas sobre la aplicación de ninguno de estos.

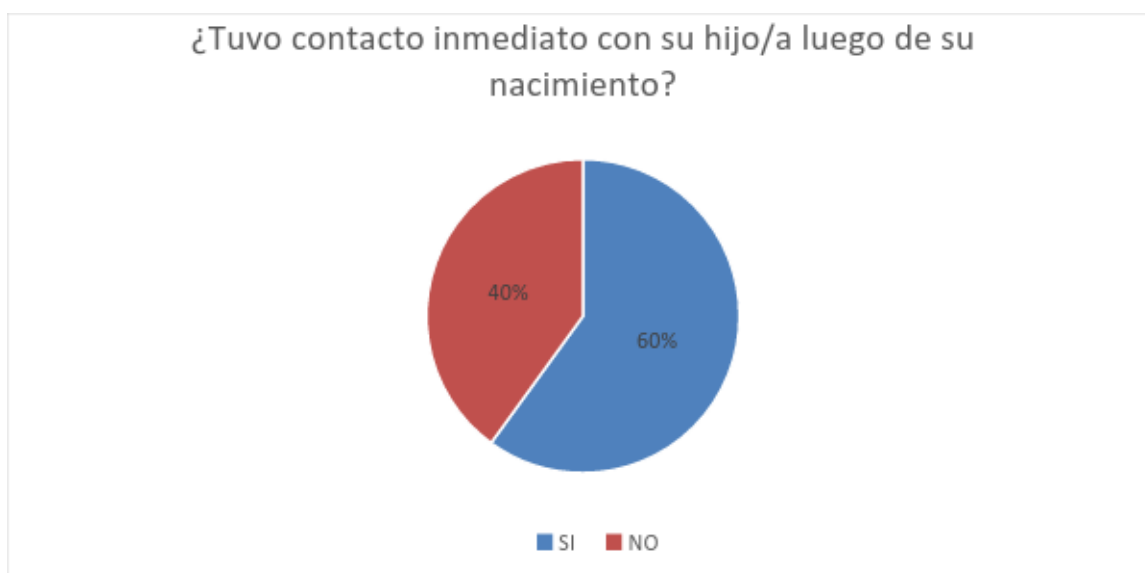
De los resultados obtenidos se observa un porcentaje alto de cesáreas 47% (14), administración de goteo para inducir el parto 40% (12), tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas 37% (11), y episiotomías 37% (11). En los resultados de las encuestas no se presenta un gran porcentaje de los procedimientos médicos de rotura artificial de bolsa 27% (8), Maniobra Kristeller 27% (8), y fórceps 3% (1).



El 77% (23) de las mujeres desconocen los profesionales que estuvieron presentes durante su parto, y expresaron incomodidad ante la presencia de residentes en el exterior de la sala de parto sin previa consulta.



El 60% (18) de las mujeres expresa haber tenido contacto inmediato con su hijo/a, detallándonos que el mismo consistió en tener a su hijo en brazos unos minutos después del parto.



Al preguntar sobre el trato recibido por parte del equipo de salud durante el parto, la mayoría (23 mujeres) de las encuestadas responde sentirse acompañadas y seguras.

A partir de estos datos realizamos el siguiente análisis teniendo en cuenta las Recomendaciones de la OMS sobre el proceso de embarazo, parto y postparto; la ley nacional n° 25.929 sobre Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso De Nacimiento y lo propuesto en el Programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia, el cual es de gran importancia ya que el HMP aspira a alcanzar los lineamientos de éste.

Del 100% (15) de mujeres que se realizaron los controles en el HMP el 73% (11) afirman que se les informó sobre los derechos que tenemos las mujeres al momento de parir, mientras que del 100% (15) de mujeres que se realizaron los controles en otras

instituciones sólo el 33% (5) fue informada. Esto permite visualizar que existe una falta de promoción de los derechos que establece la Ley Nacional n° 25.929 en los diferentes niveles e instituciones de salud. Al mismo tiempo el programa MSCF pretende que el equipo de salud sea capaz de conocer e informar a todas las mujeres que se asisten en la institución sobre sus derechos y los de su hijo/a.

En relación al acompañamiento por parte de la pareja, familiar o amigo durante el trabajo de parto, el 90% de las mujeres (17) afirman no haber estado acompañadas, mientras que solo el 10% de las mujeres (3) expresaron que sí lo estuvieron, una de ellas por una doula, lo que deja a la vista la vulneración del derecho expresado en el artículo n° 2 de la Ley Nacional n° 25.929 inciso “g” el cual expone que toda mujer tiene derecho a estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. Al mismo tiempo en el programa MSCF dentro del paso 3 “respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y en el parto” establece que el equipo de salud debe garantizar el acompañamiento de la madre durante el trabajo de parto y parto por un familiar o por una persona de su elección, considerando eventualmente la participación del voluntariado.

Se entiende que esto se ve dificultado por cuestiones infraestructurales, pero es necesario hacer visible que es un derecho de la mujer, y que como tal debe ser respetado. Desde el programa MSCF se plantea como una actividad para el logro del paso 3 antes mencionado la adecuación de las salas de trabajo de parto y parto de acuerdo con el modelo maternidad segura y centrada en la familia esto implica la existencia de políticas públicas que respondan a las demandas de las instituciones brindándoles los recursos necesarios para poder cubrir estas..

En lo que respecta al momento del parto 40% de las mujeres (12) pudieron estar acompañadas, lo cual es importante y necesario para el bienestar de la madre, es así que la OMS dentro de sus recomendaciones específicas plantea que un miembro elegido por la mujer debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal, de igual modo la Ley Nacional n° 25.929 y MSCF exponen el derecho y la importancia del acompañamiento durante el parto. Esto se reafirma con la adecuación infraestructural que plantea el programa.

Del 60% de mujeres (18) que no estuvieron acompañadas, 2 expresaron que fue por elección propia y 16 que no se lo permitieron; de estas 16 mujeres, 14 se les realizó cesárea, pero esta práctica médica no es un impedimento para que la mujer este

acompañada mientras que se tomen los recaudos necesarios de acuerdo a los lineamientos de MSCF.

Del 100% de las encuestas realizadas, al 47% (14) de las mujeres se les realizó cesárea, dato que consideramos significativo teniendo en cuenta las “Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985”, el cual sugiere que la tasa de cesáreas no debe ser superior al 10-15% en una institución, en este caso la muestra es mínima pero marca una tendencia.

Respecto a los procedimientos médicos, las mujeres encuestadas afirman no haber sido informadas sobre la aplicación de ninguno de estos. Esto vulnera el derecho a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudiesen tener lugar durante el trabajo de parto, parto y postparto de manera que pueda optar libremente cuando existiesen diferentes alternativas, lo cual está contemplado en el artículo 2 inciso “a”, Ley Nacional N° 25.929. Por su parte el programa MSCF en el paso 3 expone la necesidad de capacitar al equipo de salud para que pueda brindar apoyo continuo a la mujer durante el trabajo de parto, evitar la medicalización del parto y emplear intervenciones de probada efectividad y seguridad. Plantea también la importancia de la participación de las madres y sus familias en la toma de decisiones respecto de temas vinculados con el nacimiento y cuidado de sus hijos, respetando su privacidad y confidencialidad.

De los resultados obtenidos se observa un porcentaje alto de cesáreas (47%. 14), administración de goteo para inducir el parto (40%. 12), tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas (37%. 11), y episiotomías (37%. 11). Las “Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985” plantean como recomendación específica que la inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas, el programa MSCF expone que no existe indicación de canalización en partos de bajo riesgo, y explica que esta es una práctica que no aporta beneficios, interfiere el proceso natural y limita la posibilidad de caminar o de adoptar posturas libremente.

Además, la realización de tactos vaginales reiterados y realizados por varias personas vulnera el derecho a la intimidad y privacidad de la mujer en el momento del parto, derecho que es consagrado en la Ley Nac. 25.929 art n° 2 inciso “b”. Este debería ser un procedimiento regulado, donde se realicen los tactos necesarios y por no más de dos profesionales.

Por último, tanto la OMS, como el programa MSCF recomiendan la protección del periné siempre que sea posible, no justificando el uso sistemático de episiotomía.

En los resultados de las encuestas no se presenta un gran porcentaje de los procedimientos médicos de rotura artificial de bolsa (27%. 8), Maniobra Kristeller (27%. 8), y fórceps (3%. 1 mujer), pero es importante tener en consideración estas prácticas, ya que alteran el proceso fisiológico natural del parto por lo que no son consideradas saludables. La OMS expone que no está justificada la rotura artificial precoz de membranas como procedimientos de rutina, y con respecto al fórceps y a la Maniobra Kristeller se los clasifica entre los procedimientos a emplearse con cautela ya que no existe evidencia que confirme su utilidad. Asimismo, el programa MSCF expone que la rotura artificial precoz de las membranas puede producir la aparición de desaceleraciones en la frecuencia cardiaca fetal, aumento en la tasa de infecciones, y disconfort materno por aumento del dolor en presencia de las contracciones.

Respecto al procedimiento de inmovilizar las piernas durante el parto y las indicaciones de permanecer todo el tiempo acostada, la OMS plantea que son prácticas que impiden a las mujeres buscar una posición en la que se sientan cómodas, remarca la importancia de la movilidad durante la dilatación y que cada mujer pueda elegir libremente la posición a adoptar al momento del parto. El programa MSCF consagra el derecho de la madre a elegir la posición en la que desea permanecer en el trabajo de parto y el parto. Nuevamente se presenta la necesidad de adecuar la infraestructura del HMP como lo propone MSCF.

El 77% (23) de las mujeres desconocen los profesionales que estuvieron presentes durante su parto, y expresaron incomodidad ante la presencia de residentes en el exterior de la sala de parto sin previa consulta. Se puede observar la vulneración de los derechos a la intimidad y al trato de modo individual y personalizado garantizados por la Ley N° 25.929 y el programa MSCF que explicita la necesidad una atención por parte del equipo de salud personalizada, recordando de que los verdaderos protagonistas son las mujeres y sus familias, y que toda interacción con estas debe comenzar con la presentación del proveedor sanitario.

El 60% (18) de las mujeres expresa haber tenido contacto inmediato con su hijo/a, detallándonos que el mismo consistió en tener a su hijo en brazos unos minutos después del parto. Considerando que este contacto no responde a lo que recomienda la OMS, ya que esta expresa la importancia del contacto piel a piel madre-niño, no separar al bebé de su madre las primeras horas después del parto, intentando realizar los exámenes necesarios para el recién nacido normal en la cama de la madre. Del mismo modo, el programa MSCF plantea fortalecer el COPAP temprano con la madre, ya que este contacto favorece el

vínculo natural madre-hijo y facilita la iniciación de la lactancia materna antes de la primera hora de vida.

Al preguntar sobre el trato recibido por parte del equipo de salud durante el parto, la mayoría (23 mujeres) de las encuestadas responde sentirse acompañadas y seguras, mientras que 7 mujeres plantean haberse sentido inseguras y con miedo. A partir de este último dato pudimos visualizar que si bien en el conjunto de respuestas se refleja una vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, las mujeres plantean haberse sentido acompañadas y seguras durante el proceso de parto. Esta contradicción deja expuesta la naturalización y legitimación de este modelo de atención, por lo que consideramos fundamental desnaturalizar estas prácticas a partir del empoderamiento de las mujeres respecto a sus derechos en el proceso de parto.

En este sentido también es importante remarcar que si bien la mayoría de las mujeres que se realizaron los controles de embarazo en el HMP plantean que recibieron información sobre los derechos que expone la Ley Nacional N° 25.929, esto no se ve reflejado en el conjunto de respuestas, ya que las mismas durante el proceso de parto vieron vulnerados sus derechos, lo que relacionamos al desconocimiento por parte de estas de los mismos (no eran informadas de los procedimientos que se les iban realizando; pudieron ver a su bebé inmediatamente luego del nacer por solo unos instantes, no pudiendo tener el contacto piel a piel recomendado, no estuvieron acompañadas durante el proceso de parto, entre otros). Esto también lo pudimos ver en los diferentes talleres realizados, en donde las/os usuarias/os exponían desconocer la ley y su contenido.

4.3 Estrategia de intervención

La estrategia de intervención refiere como plantea Gonzalez (2001, p. 8) “(...) a un conjunto teórico-metodológico que opera como matriz orientadora, de la actuación profesional, así como de su análisis”.

Éstas se dirigen a resolver situaciones problemáticas, e incluyen conocimientos en forma de instrumentos, procedimientos y técnicas, que se redefinen en el mismo proceso de intervención. Son alternativas posibles de acción a seguir, donde se ponen en juego los recursos profesionales. Están atravesadas por el diagnóstico y la evaluación continua, la comprensión de la situación de los agentes y una vigilancia constante del proceso de intervención en su conjunto. Son flexibles, porque son modificables a la luz de nuevas situaciones, ampliación de la información, ingreso de nuevos sujetos, etc.

La estrategia de intervención llevada a cabo en un primer momento respondió a la inserción y al reconocimiento del escenario institucional, particularmente en el área de Servicio Social. Esto se realizó a través de la lectura y análisis de información brindada por el área, el recorrido y observación del espacio físico y las entrevistas realizadas a diversos profesionales del HMP que nos permitieron también conocer cómo era abordada la problemática de violencia obstétrica.

En un segundo momento indagamos a partir de la realización de un diagnóstico que se basó en 30 encuestas a usuarias del servicio, cuál era la realidad de la problemática en la institución.

Esto, sumado a lo realizado en un primer momento, nos permitió definir nuestro objeto de intervención, como así también conocer las posibilidades y limitaciones del escenario de intervención para poder definir la estrategia para abordar la problemática.

Esta última tuvo como objetivo general:

- Aportar a la problematización de situaciones de violencia obstétrica que se presentan en el Hospital Materno Provincial.

Y como objetivos específicos:

- Promover los derechos sexuales y reproductivos brindando información y asesoramiento a las mujeres sobre el proceso de parto enunciados en la Ley Nacional N° 25.929 y en el Programa MSCF.
- Promover la desnaturalización de aquellas representaciones que poseen las/os usuarias/os del servicio del HMP en torno al proceso de parto que se configuran desde el modelo médico hegemónico y desde una cultura patriarcal de la sociedad.
- Fomentar la asunción de un rol activo y protagónico en las mujeres en el proceso de parto.

A partir de estos objetivos definimos las actividades y espacios de intervención para llevarlas a cabo. Pensando en nuestro campo de intervención consideramos fundamental tomar los aportes de Aquín y Acevedo (2011) quienes proponen una perspectiva de análisis que permite comprender a la intervención como construcción de lo viable, pensar los límites de lo posible para incorporar modificaciones sin salir expulsado del campo, es así que se discute lo necesario como elecciones libres y lo posible como las restricciones del medio. Las elecciones libres y las restricciones del medio se vuelven opciones para la intervención.

En función de las posibilidades y limitaciones que presentó nuestro escenario de institucional definimos como espacios para realizar nuestra intervención la sala de espera de obstetricia y ginecología del HMP, la residencia para madres y el espacio de Preparación Integral para la Maternidad (PIM).

El primer espacio definido fue la sala de espera ya que lo consideramos propicio para trabajar la temática de derechos sexuales y reproductivos durante el embarazo y proceso de parto con las mujeres embarazadas que se encontraban aguardando para ser atendidas en los consultorios de ginecología y obstetricia. Dicho espacio presentó algunas limitaciones como la constante circulación de personas, la infraestructura propia de esta sala de espera, y el hecho de que las mujeres podían ser llamadas para acceder a su consulta médica. Es por esto que la intervención debió ser de corta duración.

Implicó la realización de talleres participativos donde se trabajó con una actividad lúdica que consistió en la entrega de tarjetas, algunas con mitos y otras con realidades sobre el proceso de parto, para luego realizar una puesta en común sobre cada una de ellas exponiendo si su contenido era verdadero o falso, y fundamentando la respuesta.

Al finalizar cada taller se reflexionó en torno a los contenidos de las tarjetas con el fin que las mujeres se apropiaran de los derechos que tienen durante el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto y lograsen así asumir un rol protagónico durante el mismo. Por último, se invitó a las mujeres a participar de los espacios de Preparación Integral para la Maternidad, entregándose folletería al respecto.

Como segundo espacio definimos la residencia para madres, en esta se encontraban residiendo mujeres que ya habían pasado por la experiencia de parto y tenían a sus hijos internados en neonatología. Aquí se pudo abordar la misma temática desde otro enfoque, trabajando desde las experiencias vividas de las mujeres y la vulneración o no de sus derechos sexuales y reproductivos en el momento del parto.

Se coordinaron dos talleres participativos. Estos iniciaron con una dinámica de presentación. Se conformaron dos grupos en el primer taller y sólo uno en el segundo, y se trabajó en torno a las experiencias vividas en el momento del parto, centralizándonos en los siguientes aspectos: cómo fue el trato recibido por el equipo de salud, si se les fue informando sobre los procedimientos que realizaban, sí pudo estar acompañada, entre otros.

Al finalizar esta actividad se realizó una breve introducción sobre el Programa “Maternidad Segura y Centrada en la Familia” y su implementación en el HMP, continuando con la reproducción de dos videos relacionados con el tema, uno elaborado

por la agrupación “Las Casildas” que abordaba la violencia obstétrica a través del relato de la experiencia de cuatro mujeres y el otro por UNICEF que mostraba el funcionamiento de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

Posteriormente se amplió sobre los contenidos de las Ley Nacional n° 25.929 y el Programa “Maternidad Segura y Centrada en la Familia” con la finalidad de abrir un espacio de debate donde las mujeres pudieran reflexionar y comparar sus experiencias vividas con lo que se exponía en ambos videos.

Al finalizar el taller se entregó copias de la Ley Nacional N° 25.929 y se realizó una breve encuesta que nos permitió evaluar el mismo.

El último espacio definido fue el PIM (Preparación Integral para la Maternidad). Está constituido por un conjunto de talleres llevados a cabo interdisciplinariamente que tiene como fin

“(…) reducir la magnitud de los temores frente al parto, no sólo a través de la transmisión de conocimientos sobre el proceso de la reproducción, sino también con una actitud profesional que respete el autoestima y autonomía de cada persona, creando un clima cálido, garantizando la confidencialidad, el respeto por el cuerpo, facilitando la participación de la pareja y la familia” (Martínez I., 2005, p. 10).

Consideramos que insertarnos en este espacio desde la promoción de los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio contribuyó a este fin que se propone el PIM.

Se realizó un taller participativo con las mujeres y familiares que acudieron. Para comenzar se realizó una introducción de lo que se trabajaría en el taller, seguido por la presentación de cada una/o de las/os participantes.

En un segundo momento se llevó a cabo la dinámica llamada “La Caja Caliente”, en la cual se trabajó con una caja que contenía tarjetas con mitos y verdades en torno al momento del parto y puerperio. Se les pidió a los participantes que formaran una ronda, y se comenzó a girar la caja tomando una tarjeta cada uno/a. Posteriormente, cada una/o leyó su tarjetas y expuso si consideraba que su contenido correspondía a un mito o a una verdad, debatiéndose al respecto. Las tarjetas se fueron pegando en dos afiches “Verdades” o “Mitosis”, y se retomó la actividad hasta trabajar con todas.

En el cierre del taller se brindó información sobre los derechos que expone la Ley Nacional n° 25.929 y el programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia, se repartió folletería elaborada por Maternidad e Infancia y se realizó una breve encuesta útil para la futura evaluación del taller.

4.3.1 Dimensión teórico-metodológica de la intervención

Se trabajó desde una metodología dialéctica del conocimiento, la cual como plantean Vargas (1984) y García (1997) implica partir desde lo que la gente sabe, vive y siente, desarrollando un proceso de teorización de esas prácticas que permite ubicar lo cotidiano, lo inmediato, lo individual, dentro de lo social, colectivo, histórico. Este proceso permite generar nuevos elementos útiles para explicar y entender la situación de la cual partimos de manera integral.

A partir de esta metodología se propuso trabajar con diferentes procedimientos como fueron la promoción, la co-gestión y la dilucidación, a través de la técnica de talleres, espacios de trabajo grupal que permiten crear conocimiento e intercambiar reflexiones, fomentando la participación de sus integrantes desde sus experiencias y saberes. El formato de taller posibilita una cercanía entre los participantes y el equipo de salud, que ayuda a superar la distancia que suele existir con respecto al profesional. Además, habilita a plantear dudas y temores (Comas A. y Otero M, 2014).

En los talleres se trabaja con técnicas participativas que posibilitan desarrollar un proceso colectivo de discusión y reflexión, logrando un punto común de referencia a través del cual los participantes aportan su experiencia particular enriqueciendo y ampliando la experiencia colectiva. Permite la creación colectiva del conocimiento donde todos son partícipes en su elaboración (Vargas L., 1984).

Para registrar las distintas intervenciones llevadas a cabo se utilizó un tipo de registro escrito a partir de las observaciones realizadas.

Al finalizar cada taller en los diferentes espacios, nos reunimos para registrar lo acontecido con el fin de poder utilizar estos insumos para la elaboración de un informe de cada intervención. Consideramos que registrar en el momento que transcurrían los talleres incomodaba a quienes estaban participando.

4.3.2 Dimensión ético-política

La intervención en su dimensión ético-política implica que ésta no es aséptica, neutral, ingenua, sino que contiene componentes ideológicos, morales, éticos y políticos, que se ponen en juego en las prácticas cotidianas del trabajador social, en la direccionalidad de las acciones, sus objetivos y en la concepción de los sujetos.

Esta dimensión está constituida por tres esferas, la teórica, la moral práctica y la normativa. Ésta última está expresada en el Código de Ética profesional que prescribe normas, derechos, deberes, sanciones orientando el comportamiento individual de los trabajadores sociales (Crosetto R., 2012).

A partir del Código de Ética del Colegio de Profesionales en Servicio Social de la provincia de Córdoba, asumimos un compromiso con los Derechos Humanos.

En cuanto al marco ético propio de nuestra intervención consideramos fundamental el reconocimiento de la libertad, la igualdad de género, el respeto por el derecho a la autodeterminación de la persona, a la diversidad en general y la protección contra toda forma de discriminación, opresión y dominación.

Consideramos que si bien nuestra intervención se sustenta en estos principios, el HMP donde realizamos la práctica pre-profesional no se guía por los mismos a la hora de abordar la problemática de violencia obstétrica. Ejemplo de esto es que desde la institución no se nos permitió plantear la problemática como tal, sino que debíamos trabajar a partir de lo expuesto en el programa MSCF y hablar en términos de parto respetado y no de violencia obstétrica, invisibilizándola y no reconociéndola como una vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres por parte del equipo de salud.

Otro punto de tensión surge a partir de las limitaciones que encontramos en el ejercicio de nuestra autonomía, tanto por lo mencionado anteriormente, como por las otras profesiones que por tener mayor poder o autonomía dentro de la institución afectan o influyen en la nuestra.

Para concluir este capítulo nos parece importante remarcar que más allá de las limitaciones y obstáculos presentes en el HMP para abordar la problemática elegida, pudimos elaborar estrategias de intervención que nos permitieron trabajar en torno a la misma con usuarias/os del servicio.

Si bien trabajar con esta población supone un avance en el abordaje de la problemática, consideramos fundamental problematizar el modo de atención al proceso de

parto que ejerce el equipo de salud, ya que la violencia obstétrica es también violencia institucional.

De esta manera entendemos que el trabajo social puede aportar desde sus conocimientos teóricos y metodológicos a la desnaturalización y problematización de la violencia obstétrica y a la construcción de ciudadanía (sujetos conscientes de sus derechos y responsabilidades).

Capítulo 5:

Evaluación del proceso de

intervención

Como plantea Pineault y Daveluy (1987) la evaluación consiste en una mirada retrospectiva hacia las diferentes etapas del proceso de planificación. En relación a esto Rodríguez y otros (2013) plantean que la evaluación es

(...) un componente esencial de todo proceso de intervención planificada; entendiendo por evaluación a una acción científica – política de modo riguroso y sistemático, utiliza procedimientos de indagación preestablecidos, destinados a producir conocimientos (información), que retroalimentan los procesos de gestión y de toma de decisiones. Es un proceso de aprendizaje mediante la reflexión sobre las prácticas (p. 23).

Los mismos autores exponen que la evaluación permite realizar una lectura contextual de los procesos sociales detectando las oportunidades y amenazas que presenta el escenario para reposicionar la actuación profesional.

Tomando los aportes de Rotondi (2008) podemos decir que en el espacio institucional, al momento de intervenir, aparecen desafíos particulares relacionados principalmente al juego de negociaciones y luchas, estos se definen y articulan a partir de las posiciones que los agentes ocupan en el campo y los capitales que están en disputa.

De esta manera, comprender el espacio en donde intervenimos teniendo en cuenta los atravesamientos institucionales que lo afecta, los marcos normativos que condicionan, la experiencia y puntos de vista de los agentes (necesidades, trayectorias, posicionamientos), la dinámica social, el problema a abordar, entre otros, es lo que nos permitió visualizar las limitaciones y posibilidades que presentaba nuestro escenario, y a partir de esto poder pensar en la viabilidad de nuestra estrategia de intervención.

Para realizar una evaluación de nuestro proceso de intervención en el HMP decidimos separar éste, a modo de análisis, en tres momentos.

5.1 Inserción y reconocimiento del escenario institucional

Al comenzar nuestras prácticas nos insertamos en el área de Servicio Social del HMP dentro del cual se nos planteó desde un comienzo que la problemática que queríamos trabajar resultaba novedosa ya que era una temática que no estaba siendo abordada desde el

servicio, y se nos recomendó trabajar en torno y desde el enfoque que plantea el programa MSCF.

Esto nos permitió entender que desde la institución no se reconocía la problemática de violencia obstétrica, y qué hacerla visible y trabajar sobre ella generaría conflictos interinstitucionales entre los diferentes actores que se posicionan desde sus propios intereses, capitales e ideologías.

Asimismo, para realizar el reconocimiento institucional, desde Servicio Social se nos facilitó la vinculación con profesionales de distintas áreas para llevar a cabo entrevistas, nos parece importante remarcar que éstos se posicionaban desde el enfoque que plantea el programa MSCF por lo que no pudimos tener acceso a una perspectiva diferente sobre la problemática, lo que hubiese enriquecido nuestro análisis institucional.

En un segundo momento nos centramos en conocer cómo la problemática se manifiesta en la realidad institucional. Es así que a partir de las entrevistas realizadas a los diferentes profesionales pudimos observar que en todas se planteaba la existencia de ciertos límites infraestructurales y posicionamientos de distintos profesionales que impiden la plena implementación del programa MSCF.

Creo que la intención está y hay cambio de mentalidades, no todos, hay gente que sí y otros que no colaboran, es una cuestión de actitud, y ediliciamente por ahí no es tan fácil más en lo que es guardia, parto, trabajo de parto, puérperas, internación, no es ameno para ser un hospital amigable, son 6 internadas en una habitación, por más que tengas voluntad hay límites fijos hay profesionales con buena onda a darle participación a la familia, pero hay otros que no son (...) ²⁰.

(...) por lo pronto hay cuestiones que no tienen obstáculos, que sí existe el obstáculo ahí es sí puramente ideológico en ese si hay que trabajar, por ejemplo en que alguien pase a la sala de partos para estar acompañando a la parturienta, ese si era puramente ideológico ²¹.

²⁰ Ver anexo 2: Entrevista tocoginecóloga 12 de Mayo 2015

²¹ Ver anexo 2: Entrevista Coordinadora PIM 12 de Mayo 2015

Existe una naturalización de estas limitaciones y obstáculos que lleva a que los mismos profesionales que se posicionan desde el programa MSCF adapten sus discursos y modos de intervenir a la existencia de ellos. Esto se ve reflejado en la siguiente cita:

(...) no podemos decirle usted tiene el derecho y tiene que luchar y tienen que exigir que usted puede venir y parir en la posición que quiera, y no tienes acá un sillón de varias posiciones, entonces por ahí a veces disiento con algunos colegas que hacen como mucho énfasis que esta bueno digamos que se sepa que así tiene que ser pero no para la paciente que va a venir acá con toda esa cabeza hecha y que después se encuentra con una realidad que le va a demostrar otra cosa.²²

Esto permite ver cómo algunos profesionales por un lado, reconocen los derechos que poseen las usuarias/os del servicio, pero por el otro plantean que las limitaciones existentes llevan a promocionar aquellos derechos que el hospital puede efectivizar, como por ejemplo la internación conjunta madre-hijo/a, y a no promocionar aquellos que el HMP, ya sea por las limitaciones y/o posicionamientos de algunos profesionales, no da respuesta. Ejemplo de esto es no permitir que se promocionen los derechos que tienen las mujeres a estar acompañadas durante el trabajo de parto o elegir en qué posición parir.

5.2 Elaboración de diagnóstico de la problemática

A partir de estas contradicciones que visualizamos luego del análisis de las entrevistas, nos propusimos realizar un diagnóstico de la problemática en la institución a partir de la realización de treinta encuestas a usuarias del servicio que habían vivenciado la experiencia de parto.

Para poder llevarlo a cabo desde Servicio Social se nos solicitó la fundamentación del mismo y el instrumento que se utilizaría para realizarlo. En un principio decidimos utilizar el test elaborado por la Asociación Civil Dando a Luz y la Colectiva Maternidad Libertaria, desde el servicio se nos planteó que el mismo generaría conflictos con otras áreas de la institución, por lo que nos propusieron elaborar un nuevo instrumento tomando

²² Ver Anexo 2: Entrevista Coordinadora PIM 12 de Mayo 2015

sólo algunas de las preguntas que estaban presentes en éste. Posteriormente a la implementación del mismo se debió presentar un informe con el análisis de los datos obtenidos.

Haciendo un análisis de la elaboración e implementación del instrumento de recolección de datos nos parece importante mencionar, tomando los aportes de Sampieri (2006), que el mismo por un lado nos permitió reducir la ambigüedad de las respuestas, favorecer la comparación posterior entre estas, y requerir un menor esfuerzo por parte de las encuestadas ya que debían seleccionar la alternativa que sintetizara mejor su respuesta, pero por el otro al utilizar preguntas cerradas esto hizo que se limitaran las respuestas y, en ocasiones, ninguna de las categorías describió con exactitud lo que las mujeres tenían en mente.

Esto lo pudimos visualizar en tres de las preguntas que presentaron ciertas dificultades a la hora de su implementación y análisis. La primera “¿Quiénes estaban presentes durante el parto?” no logramos obtener los datos que pretendíamos, ya que la pregunta y sus respuestas eran confusas. Al comienzo la pregunta estaba dirigida en pos de identificar situaciones en las que se había vulnerado la intimidad y privacidad de la mujer a través de la presencia numerosa de profesionales, residentes y estudiantes durante el parto, pero nuestra referente institucional nos sugirió reformularla por la que finalmente utilizamos y con las opciones de “mi médico, enfermero, otro profesional que no conocía y residentes”, posteriormente se nos solicitó retirar “residentes” de las opciones, por lo que la pregunta perdió el sentido que tenía inicialmente.

La segunda “¿Qué opinas sobre el trato del equipo de salud en ese momento?”, ocurrió lo mismo que la anterior, nos interesaba poder identificar prácticas humanizadas y de violencia por parte del equipo de salud, y poder reconocer cómo se habían sentido las mujeres en ese momento, pero las respuestas que definimos utilizar (Me dieron seguridad, me hicieron sentir insegura, me hicieron sentir acompañada, me hicieron sentir miedo, ni bien-ni mal) no posibilitaron dar cuenta de esto. Nos parece importante resaltar que esta pregunta tuvo un resultado que no habíamos tenido en consideración, esto tuvo que ver con que se pudo observar la contradicción entre el conjunto de respuestas que reflejaban situaciones de violencia obstétrica y la respuesta a esta pregunta donde la mayoría de mujeres expresó haberse sentido seguras y acompañadas.

En la tercera “¿Te realizaron alguno de estos procedimientos médicos, sin haberte preguntado antes?” requirió en la mayoría de las encuestas tener que explicar a las mujeres a que se hacía referencia y en qué consistía cada uno de los procedimientos mencionados,

en tanto implicaban un lenguaje técnico-médico. Esto permitió que las mujeres pudiesen identificar y reconocer aquellos por los que atravesaron durante su proceso de parto, ya que en la mayoría de los casos el equipo de salud no se los había informado.

Más allá de estas dificultades que se nos presentaron consideramos que, al realizar una evaluación del instrumento que se construyó y utilizó, en general se pudieron obtener datos que reflejaban la realidad institucional en cuanto a la atención brindada por el equipo de salud durante el proceso de parto y la existencia de situaciones de violencia obstétrica.

5.3 Formulación de estrategia para abordar el objeto de intervención

A partir de todas las acciones realizadas y de los datos que pudimos obtener decidimos formular en un tercer momento la estrategia para abordar el objeto de intervención.

Para esto se nos solicitó desde el Servicio Social la elaboración de un proyecto de intervención donde se especificara su fundamentación, sus objetivos, la descripción de las actividades que se realizarían, la población destinataria, los espacios de intervención, el cronograma, la modalidad de evaluación de cada actividad y la folletería que se iba a utilizar para promocionar los derechos que expone la Ley Nacional N° 25.929.

Al momento de la devolución del proyecto se nos planteó por parte de agentes de la institución que se posicionan desde prácticas hegemónicas que sólo se debía modificar la folletería que habíamos realizado, ya que “No podemos promocionar algo que no podemos dar”²³.

Entendemos que es necesario superar la idea de “no podemos promocionar algo que no podemos dar” naturalizada a nivel institucional, en tanto nos estamos refiriendo a los derechos que poseen las usuarias y no simplemente a servicios brindados. No problematizar este posicionamiento implica no reconocer el Programa MSCF como política institucional, lo cual es necesario para su efectiva implementación.

Es de esta manera que decidimos no realizar las correcciones indicadas, ya que las mismas se oponían a lo que nos habíamos propuesto con la difusión del folleto, la promoción de los derechos de los usuarias/os durante el proceso de parto.

Ante esta realidad buscamos folletería sobre la temática realizada por algún organismo estatal que tuviese validez institucional, así nos comunicamos con la Dirección

²³ Información extraída de correcciones realizadas en folleto incluido en el proyecto de intervención.

Jurisdiccional de Maternidad e Infancia de la Provincia quien nos proveyó de un ejemplar que incluía todos los derechos que expone la Ley Nacional N° 25.929. Sobre éste también se realizaron cuestionamientos, se nos planteó que el mismo no podría ser difundido, remarcando nuevamente que la institución no podía dar respuesta a algunos de los derechos.

La desaprobación del folleto, el cual contemplaba los derechos que el Programa MSCF promueve, generó ciertos conflictos con la comisión de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, quien definió en última instancia que éste podía ser entregado a las/os usuarias/os en los talleres realizados por nosotras, pero sólo por profesionales de la salud, y que se debía informar sobre las limitaciones infraestructurales que impiden el cumplimiento efectivo de ciertos derechos.

Para realizar una evaluación respecto a los talleres propuestos definimos como variables a tener en cuenta, la participación de las mujeres, nuestro rol como coordinadoras, la apropiación de los contenidos trabajados en cada taller y la repercusión de estos talleres en la dinámica institucional.

Es a partir de estas variables que confeccionamos el siguiente cuadro detallando los indicadores y las fuentes de verificación.

Variables	Indicadores	Fuentes de verificación
Participación de las mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de las actividades propuestas. - Aportes, dudas, comentarios, opiniones respecto al tema trabajado. - Atención continua al taller, sin distracciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Registros de cuaderno de campo. - Encuesta.
Rol como coordinadoras.	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de dar respuestas ante dudas o consultas. - Capacidad de sobrellevar obstáculos que puedan presentarse (silencios prolongados, interrupciones, 	<ul style="list-style-type: none"> - Registros de cuaderno de campo. - Encuestas. - Opiniones de las mujeres. - Opiniones de otros

	desviación del eje temático). - Capacidad de lograr los objetivos de cada taller.	profesionales.
Repercusión de los talleres en la dinámica institucional.	- Comentarios, consultas de otros profesionales sobre lo que se está trabajando. - Críticas por parte de otros profesionales a los talleres realizados.	- Registros de cuaderno de campo. - Observaciones.
Apropiación de los contenidos trabajados en cada taller.	- Comentarios sobre experiencias vividas donde se vulneraron o no los derechos expuestos. - Dudas que surjan en torno a lo trabajado.	- Encuestas. - Registros de cuaderno de campo.

5.3.1 Talleres en sala de espera

Durante los meses de septiembre, octubre y noviembre se realizaron siete talleres en la sala de espera de obstetricia y ginecología, en los que se trabajó principalmente con mujeres embarazadas y con aquellas personas que las acompañaban.

Para evaluarlos decidimos analizar lo que se trabajó en cada una de las tarjetas utilizadas.

Inmediatamente después del parto es necesario separar al bebé para hacerle los controles médicos. Esta tarjeta se utilizó en cinco de siete talleres, en cuatro de ellos las mujeres plantearon que era verdadera, y sólo en uno se expuso que era falsa. Se justificaba que era verdadera por la necesidad e importancia que tienen los controles médicos en las primeras horas del recién nacido. Respecto a la respuesta falsa, una de las mujeres comentó que si bien no tendría que ocurrir esto, en la institución sucedía cotidianamente “a mi bebé

me lo dieron dos horas después”²⁴. Ante estas respuestas, en cada uno de los talleres, expusimos que la misma era falsa, e informamos sobre la importancia que tiene el contacto piel a piel en el binomio madre-hijo/a durante las primeras horas del recién nacido para ayudar a la expulsión de la placenta y a mejorar la lactancia materna.

El médico debe ir informándonos sobre las intervenciones que nos realiza durante el parto. Se abordó en cuatro talleres, en todos ellos se presentaron dudas en torno a la verdad o falsedad de la misma. Esto puede estar relacionado a que en la tarjeta no se especificaba a qué hacíamos referencia con intervenciones médicas, por lo que las mujeres nos preguntaban en torno a esto. Una vez que se explicaba esto algunas de las respuestas de las mujeres fueron “Es verdadero y es necesario que nos informen”, “es verdadera pero muchas veces los médicos no te contestan o lo hacen de mala manera”. Al encontrarnos con esta realidad planteamos y remarcamos la importancia y lo necesario que es preguntar qué nos están haciendo y por qué, conocer cuáles son los motivos, ya que lo importante es poder estar tranquilas y seguras en ese momento, así mismo expusimos que esto es algo que tanto la ley de parto respetado, como la del paciente amparan.

Es necesario permanecer acostada durante el trabajo de parto y parto. Se trabajó en los siete talleres, en tres de ellos se planteó que era verdadera, una de las mujeres expuso que esto era así porque “cuando te paras te mareas”, en otros tres talleres se expresó que era falsa, ya que “se puede sentir cómoda en distintas posiciones” y una de las mujeres comentó que en su experiencia anterior caminar durante el trabajo de parto le aliviaba los dolores. Posteriormente a estas respuestas comentamos que esta tarjeta era falsa ya que la mujer necesita tener libertad de posición y movimiento durante toda la labor de parto y parto, lo que le permite reducir la intensidad del dolor durante este proceso. Asimismo, se expuso que este derecho está reconocido en la ley de parto respetado, pero que es necesario tener en cuenta que la institución presenta ciertas limitaciones infraestructurales que no permiten durante el parto elegir la posición en la cual parir.

Gritar nos hace perder fuerza en el momento del parto. Se utilizó en cuatro talleres, en todos ellos las mujeres expresaron que era verdadera planteando que “en la maternidad no te permiten gritar, porque dicen que si gritas te duele más”, “le quitas oxígeno al bebé” y “si gritas no puedes hacer fuerza”. Comentamos que esta tarjeta era falsa y que lo importante es que cada mujer pueda sentirse cómoda, que los profesionales no deben

²⁴ De aquí en adelante toda frase entrecomillada pertenece a palabras expuestas por usuarias/os durante los talleres de sala de espera.

prohibirles gritar y que si bien lo central es mantener la respiración si sienten la necesidad de gritar no hay motivos que se lo impidan.

Durante el trabajo de parto y parto podemos estar acompañadas por la persona que elijamos. Se trabajó en seis talleres expresándose en todos ellos que era verdadera, pero se dudaba en torno ella, ya que en la institución no es una práctica habitual. Lo consideraban una práctica beneficiosa, ya que les permitiría sentirse más tranquilas, aunque surgieron dudas respecto a si en los casos de cesárea se podía estar acompañada o no. Dos mujeres, en base a su experiencia anterior, expresaron que los médicos muchas veces se comprometen a llamar a la persona que deseas que te acompañe pero que nunca lo terminan haciendo, y en el mismo sentido plantean que en muchos casos no les preguntan o informan que pueden estar acompañadas. Ante esta realidad nos pareció fundamental explicar que es un derecho reconocido en la ley de parto respetado, y que se le debe exigir al equipo de salud que lo respeten, se planteó nuevamente que las limitaciones infraestructurales impiden poder estar acompañadas durante el trabajo de parto, pero que durante el parto y el posparto no existen impedimentos que obstaculicen el cumplimiento de este derecho.

El médico debe estar concentrado, no hay que interrumpirlo con preguntas. Se abordó en cuatro de siete talleres, en dos se planteó que era falsa y en dos verdadera. Los/as participantes plantearon por un lado la importancia que tiene que el médico esté concentrado y que “podés hacer una que otra pregunta, pero tampoco preguntarle todo”, por el otro se expuso que si bien el equipo de salud debe estar concentrado debemos sacarnos todas las dudas que tengamos “yo prefiero quedar como una pesada pero sacarme todas las dudas”. Acordamos con esta última posición, y remarcamos la importancia de poder preguntar aquello que consideremos necesario durante el proceso de parto, y que los profesionales tienen el deber de explicarnos y respondernos.

El equipo de salud debe informar a nuestros parientes nuestro estado de salud y el de nuestro hijo/a. Esta tarjeta fue trabajada con las mujeres en los siete talleres, en todos se planteó que la misma era verdadera. Todas las respuestas indicaron que esto debería ser así, que se debería informar inmediatamente a los familiares su estado de salud y del recién nacido, pero que en la realidad no sucede “mi marido la otra vez quedó esperando noticias por horas”, “si no los tienen horas esperando sin saber nada”. Ante estas respuestas se manifestó que es un derecho reconocido por la ley de parto respetado y que se debía exigir al equipo su respeto.

Es nuestro parto, nuestras elecciones y decisiones deben ser escuchadas. Se trabajó en tres talleres, en todos se manifestó que era verdadera. Una mujer expresó que “no todas las decisiones deben ser escuchadas ya que son los médicos los que saben”, frente a esto explicamos que si bien los médicos tiene una formación académica que los capacita para la atención al parto, esto no implica que no tengan validez nuestras elecciones y conocimientos, es necesario hacernos escuchar y poder tomar decisiones sobre nuestro parto, sobre cómo queremos vivenciarlo.

Todos los partos requieren administración de goteo. Se utilizó en tres talleres y en todos la respuesta fue que la misma era falsa. Comenzamos informándoles a las mujeres a qué hacíamos referencia con administración de goteo. Las respuestas manifestaban que cada cuerpo es particular, por lo que no en todos los casos es necesario. Se amplió comentando que muchas veces el equipo de salud utiliza este procedimiento de manera rutinaria, por lo que es importante preguntar e informarse acerca del porqué de las distintas intervenciones médicas.

El equipo de salud debe respetar nuestra intimidad y privacidad. Esta tarjeta fue incluida en el quinto taller y se utilizó en dos de ellos. En ambos talleres las mujeres expusieron que era verdadera, pero que en la realidad institucional no sucede, manifestando que siempre hay estudiantes y residentes presentes, que es una situación incómoda estar frente a tantas personas en ese momento. Ante esto planteamos que es un derecho que el equipo de salud debe respetar, que si bien el HMP es un hospital escuela y que los residentes y estudiantes deben poder estar presentes en los partos para aprender bajo la supervisión del médico responsable, es importante que esto se nos explique y se pida nuestra aprobación.

Solo 2 médicos pueden realizarnos los tactos vaginales para controlar cómo va el parto. También fue incluida en el quinto taller y se trabajó en dos de ellos. Surgieron dudas, algunas mujeres consideraban que era verdadera, mientras otras no estaban seguras, por lo que planteamos que efectivamente era así, que en el HMP sólo dos profesionales pueden realizar los tactos vaginales, ya sea por un cambio de turno o por alguna circunstancia especial, pero que se debe evitar que lo realicen diferentes profesionales o estudiantes por el simple hecho de ser una práctica que deben aprender, ya que están interviniendo sobre nuestro cuerpo, nuestra intimidad.

El equipo de salud debe pedir nuestro consentimiento para realizarnos estudios con fines de investigación a nosotras y a nuestros hijos, al igual que las dos últimas tarjetas se incluyó en el quinto taller y se utilizó en dos de ellos. Las mujeres dudaban en cuál era

la respuesta, algunas planteaban que era verdadera pero no mencionaban el porqué de su respuesta. Expusimos que era verdadera, que siempre que los profesionales necesiten utilizar muestras de nuestros cuerpos o del de nuestros hijos, ya sea sangre o cabello, para realizar análisis con fines de investigación es su obligación informarnoslo y solicitar nuestro consentimiento, si no estamos de acuerdo tenemos el derecho de no aceptar su realización.

Como mencionamos anteriormente, para realizar una evaluación de estos talleres tuvimos en cuenta las siguientes variables: participación de las/os usuarias/os y apropiación de los contenidos trabajados, rol de coordinadora y repercusión de talleres en la dinámica institucional.

Respecto a las primeras podemos decir que hubo en general una participación activa en los talleres, en donde las mujeres estuvieron predispuestas a realizar la actividad que se propuso, aportaron comentando acerca del contenido de las tarjetas, sus experiencias anteriores de parto, plantearon dudas y opiniones en torno a lo que estábamos trabajando. Una de las situaciones en donde pudimos visualizar la apropiación de contenidos fue en diferentes planteos que hicieron las mujeres donde reconocían los derechos que se estaban trabajando pero expresaban que en la realidad institucional no se respetaban o cumplían, y que demandar su cumplimiento a los profesionales de la salud podría tener consecuencias negativas en su atención “Si, está bien lo que ustedes dicen, pero después si una le dice a los médicos, estos se lo toman mal y (...) después es peor”.

En cuanto al rol de coordinadoras consideramos que pudimos dar respuestas a las diferentes dudas y demandas presentadas por las mujeres, así como también afrontar y superar los obstáculos que fueron surgiendo en el devenir de los talleres. Estos tuvieron que ver con las características propias de la sala de espera, donde muchas veces se dificultaba el desarrollo de las actividades por el tránsito de personas, porque las mujeres eran llamadas para pasar a su consulta médica, y en los últimos talleres realizados por la remodelación de los consultorios lo que generaba ruidos que imposibilitaban la realización de los talleres, teniendo que modificar el cronograma inicial que nos habíamos propuesto.

Asimismo, en el transcurso de los talleres tuvimos que realizar modificaciones en las tarjetas que veníamos utilizando, ya que considerábamos que algunas tenían como fin trabajar el mismo derecho, mientras que otros no estaban siendo abordados. Es así que incorporamos las tarjetas de: *el equipo de salud debe respetar nuestra intimidad y privacidad, sólo dos médicos pueden realizarnos los tactos vaginales para controlar cómo*

va el parto, y el equipo de salud debe pedir nuestro consentimiento para realizarnos estudios con fines de investigación a nosotras y a nuestros hijos.

Por último, respecto a la repercusión de los talleres en la dinámica institucional nos parece importante remarcar que dos profesionales se acercaron posteriormente a la realización de los talleres y nos plantearon que la temática que estábamos trabajando no estaba siendo abordada por la institución y que resultaba positivo para la misma la realización de estos y la difusión de los derechos que poseen las/os usuarias/os durante el proceso el parto.

Al hacer un análisis general de lo trabajado en los distintos talleres pudimos llegar a la conclusión que existe una naturalización de ciertas prácticas y representaciones en torno al proceso de parto, como lo son la separación inmediata del bebé para realizarle los controles médicos, la necesidad que el médico esté concentrado y no se lo moleste con preguntas, la idea que gritar nos hace perder fuerza y que debemos permanecer acostadas durante el trabajo de parto. Visualizamos que las mujeres incorporan el discurso del modelo médico hegemónico para justificar sus respuestas (“si gritás perdés fuerza” o “si te parás te mareas”), no reconociendo el trato deshumanizado y la patologización del proceso por parte del equipo de salud, posicionándose de esta manera en un rol pasivo durante su parto, y colocando al médico como protagonista en tanto se considera que es quien posee los conocimientos y saberes necesarios para la atención del proceso de parto.

Asimismo, observamos que los derechos trabajados en las tarjetas no eran reconocidos como tales por los/as usuarios/as del servicio, sino que el cumplimiento de los mismos quedaba a disposición de la institución, si ésta permitía o no la realización de ciertas prácticas, como por ejemplo estar acompañada durante el proceso de parto, que se les informe a los parientes su estado de salud, entre otros. Esto se relaciona a la falta de promoción desde la institución de los derechos reconocidos por la ley de parto respetado, que lleva a que las/os usuarias/os del servicio no reconozcan que la realización de estas prácticas implica una vulneración de sus derechos.

Para finalizar exponemos los impactos y resultados obtenidos de la realización de estos talleres:

- Se contribuyó al empoderamiento de las/os usuarias/os del servicio que participaron en los talleres respecto a los derechos expuesto en la Ley N° 25.929.
- Se aportó a la visibilización de la problemática de violencia obstétrica en el HMP.
- La elección de este espacio permitió la promoción de los derechos expuestos en la Ley N° 25.929 con mujeres que no acceden a esta información en otros ámbitos.

5.3.2 Talleres en residencia para madres

Se realizaron dos talleres en la residencia para madres del HMP, el primero fue llevado a cabo el 24 de septiembre y participaron nueve mujeres, mientras que el segundo se realizó el 25 de noviembre y participaron siete mujeres. En ambos talleres las participantes eran mujeres que tenían a sus hijos/as internados en neonatología, y sus madres que las estaban acompañando.

Para evaluarlos, se analizarán de manera conjunta, ya que se trabajaron los mismos ejes, vivencia de sus experiencias de parto y el trato recibido por el equipo de salud.

En el desarrollo de los talleres una de las cuestiones que surgió como demanda fue la necesidad e importancia que tiene para ellas y su bienestar poder estar acompañadas durante el proceso de parto por la persona que ellas deseen. La mayoría de las mujeres no pudo estar acompañada, planteaban que se sentían solas y con miedo por lo que la presencia de un familiar las habría hecho sentir más seguras y tranquilas, también varias expresaron solicitar la presencia de un acompañante y la respuesta por parte del equipo de salud era “si en un ratito”²⁵, “que ya la llaman y nunca lo hacen, se olvidan”, pero no lo concretaban.

El hecho que los profesionales se comprometían a permitirle el ingreso a un familiar y luego no lo realicen, deja ver no sólo la vulneración de un derecho sino la falta de respeto hacia estas mujeres que se encuentran en una situación vulnerable. Por otra parte nos parece importante remarcar que en el HMP los profesionales justifican el incumplimiento de este derecho adjudicándolo a limitaciones infraestructurales, que sí existen en la sala de parto pero no en la sala de parto. Asimismo, a partir de los registros realizados durante el proceso de inserción, pudimos visualizar que un motivo implícito por el que los profesionales no permiten el ingreso de familiares durante el parto responde a que se sienten evaluados en su quehacer profesional.

Otra situación que plantearon las mujeres tuvo que ver con la necesidad de que el equipo de salud informe a los familiares el estado de salud de las mujeres y de los recién nacidos de manera inmediata. Una de las mujeres planteó que en su experiencia ella tuvo que avisar a su madre como se encontraban a través de un mensaje de texto, otras expresaron que luego de varias horas su familia aún no tenía noticias por lo que no estaban

²⁵ De aquí en adelante toda frase entrecomillada pertenece a palabras expuestas por usuarias durante los talleres en residencia para madres.

tranquilas, “mi hija entró en trabajo de parto a las 3 de la madrugada y tuve noticias recién a las 11 de la mañana” expresó una madre.

Durante nuestras prácticas pudimos reconocer que este planteo al que hacen alusión las mujeres es una demanda constante en la institución por parte de las/os usuarios/as a la que no se le ha dado respuesta aún. Es importante tener en cuenta que las salas de parto y pre-parto están situadas en el primer piso, mientras que los familiares esperan en planta baja, espacio en donde también se encuentra la policía que restringe el acceso al primero, por lo que en muchas ocasiones los familiares al no tener modo a través del cual obtener información acuden a servicio social en busca de respuestas.

En cuanto al trato recibido por el equipo de salud las mujeres en general expresaron que en sus experiencias, desconocían a los profesionales que las atendían ya que no existía una instancia de presentación, se las llamaba a través de diminutivos como “mami, mamá, gordi” entre otros. Esto nos permite ver la atención despersonalizada y la infantilización hacia las mujeres por parte del equipo de salud.

Las mujeres también plantearon que al exponer dudas, reclamos u opiniones no recibían respuestas por parte de los profesionales, una de las mujeres expresó “no te dan bolilla”, y cuando se recibían tenían que ver con frases como “quién es el que sabe” o “quédate tranquila”.

Respecto a las intervenciones médicas que se les realizaron, expusieron que no fueron informadas sobre el qué, ni el porqué de la mismas “no te explican, sólo te dicen que todo va a estar bien”, en este sentido también plantearon que existen contradicciones entre las indicaciones de los distintos profesionales durante el proceso de parto, una mujer expuso que “vino una enfermera y me dijo que haga una cosa, después vino el médico y me retó por hacer lo que me dijo la enfermera. Esto nos permite entender cómo se expresa la relación saber-poder en la relación desigual paciente-profesional, donde los profesionales infantilizan a las mujeres a través del reto, culpabilizándolas por cuestiones que responden a diferencias en los criterios de atención profesional.

Nos parece importante remarcar que en el segundo taller al preguntar en general cómo fue el trato recibido por parte del equipo de salud las mujeres respondieron que habían sido “tratadas bien, que no les habían faltado el respeto en ningún momento”. Consideramos que esto supone una contradicción con lo expuesto anteriormente, que responde a la naturalización y legitimación de este modelo médico hegemónico de atención de la salud.

Otra de las cuestiones que se trabajó en el taller tuvo que ver con el respeto a la intimidad y a la privacidad, en torno a esto las mujeres comentaron que la presencia de profesionales, residentes y practicantes en el momento del parto las hacía sentir incómodas, avergonzadas, e invadidas. Una mujer comentó “en el parto estuvieron, había 8 estudiantes que la enfermera había dejado pasar para ver el parto”.

También expresaron su disconformidad respecto a las prácticas de canalización y tactos vaginales realizados reiteradas veces por distintas personas. Ante esto planteamos que el HMP es un hospital escuela por lo que residentes deberían realizar estas prácticas supervisados por el profesional responsable, teniendo el consentimiento de la mujer y respetando el derecho a la intimidad, “yo pedía que no me hicieran más tactos porque estaba muy dolorida y los médicos me decían que me quedara tranquila”.

Por último nos parece importante remarcar el hecho de que estas mujeres tienen internados a sus bebés en neonatología, por lo que trabajamos en torno a lo expuesto en el art. 4 de la Ley N° 25.929 que expone los derechos que tienen padres y madres de la persona recién nacida en situación de riesgo. Varias mujeres plantearon que si bien la institución plantea que los padres y madres tienen acceso irrestricto a la UCI y UTI, esto no se efectiviza en la práctica ya que existe un horario definido que, si bien se adapta a las situaciones particulares, no es irrestricto.

Asimismo el programa MSCF se propone la participación e involucramiento de la familia en estas situaciones, pero las mujeres, quienes en su mayoría eran del interior de la provincia de Córdoba, manifestaron que en muchos casos los profesionales no permitían el ingreso a UTI o UCI de los abuelos o hermanos del recién nacido que viajan para conocerlo.

En un segundo momento del taller, luego de trabajar en torno a las experiencias de parto, reproducimos un video sobre violencia obstétrica y otro sobre la implementación del programa MSCF en un hospital. Respecto al primero, las mujeres se sintieron identificadas con las situaciones que se exponían en el video, comentando “sí eso a mí me pasó”, asintiendo con la cabeza, y planteando que si bien las situaciones que se mostraban resultaban fuertes, éstas reflejaban la realidad institucional.

En la reproducción del segundo video, las mujeres demostraron interés por un lado, por el modelo de atención que se proponía en torno al proceso de parto, donde se podía elegir la posición que le resultase más cómoda para parir, estar acompañada en ese momento, la priorización del contacto piel a piel entre la madre y el niño, entre otros. Y por el otro, por el funcionamiento del área de neonatología donde se mostraba a las

madres, padres y familiares cercanos pudiendo ingresar y establecer un vínculo más cercano con el recién nacido, alzarlo, amamantarlo, alimentarlo siempre que la situación médica lo permita y tomando los recaudos necesarios.

Para finalizar los talleres decidimos relacionar lo trabajado hasta el momento con lo que implica y se propone el programa MSCF en la institución y los derechos que expone la Ley N° 25.929. En este sentido manifestamos la importancia de exigir su cumplimiento a los profesionales de la salud y se trabajó en torno a los derechos que considerábamos que no se habían abordado durante el taller, como el derecho a no ser sometida ella y su hija/o a ningún examen o intervención con propósito de investigación sin consentimiento, a ser informada sobre los beneficios de la lactancia, y a la internación conjunta madre-niño/a.

Posteriormente entregamos encuestas a las mujeres con el fin de realizar una evaluación del taller. Algunos aspectos generales que obtuvimos tuvieron que ver con que éste les permitió conocer los derechos que poseen las mujeres durante el proceso de parto, reconocer situaciones por las que habían atravesado como una vulneración a sus derechos, y poder identificar que esta vulneración se presenta en todos los relatos expuestos por lo que constituye problemática presente en la realidad institucional.

Retomando las variables propuestas para la evaluación de los talleres podemos decir respecto a la participación de usuarias que estas se involucraron activamente durante los tres momentos del taller, consideramos que esto se debe a que la propuesta de la actividad permitía compartir las experiencias de cada una con otras mujeres que habían pasado por situaciones similares, enriqueciendo el debate.

La apropiación del contenido se pudo observar a partir de los comentarios, preguntas y dudas que surgían de las mujeres, y de las respuestas obtenidas de las encuestas realizadas. También se visualizó al finalizar el primer taller donde las mujeres al conocer los derechos expuestos por la Ley N° 25.929 expresaron reivindicar los mismos, demandándoles a los profesionales el respeto y cumplimiento del derecho al ingreso irrestricto de padres y madres a las salas de UTI y UCI.

En lo que respecta al rol de coordinadoras podemos decir que los talleres se realizaron respetando el cronograma propuesto, pudimos adaptar los mismos a las demandas que se fueron presentando y dar respuesta a las diferentes consultas, dudas e interrogantes que expresaron las mujeres.

Los impactos y resultados obtenidos a partir de estos talleres tuvieron que ver con:

- Se aportó a la desnaturalización de las situaciones vividas por las mujeres durante sus partos a partir de contrastar sus experiencias con lo expuesto en la ley N° 25929 y en el MSCF.

- Asunción de un rol activo por parte de las mujeres en función de lo expuesto en la ley N° 25.929 y en el MSCF en relación a los derechos que poseen los padres al tener a su hijo/a internado en neonatología.

- Reconocimiento de sus derechos y de la vulneración de los mismos en sus experiencias de parto.

5.3.3 Taller en Preparación Integral para la Maternidad

Luego de haber coordinado con la psicóloga encargada de la realización del PIM, llevamos a cabo el taller el día 27 de octubre de 2015. Para el desarrollo de éste se utilizaron las mismas tarjetas que en los talleres de sala de espera, por lo que no se redundará en la explicación de cada una de ellas.

Participaron del mismo diecisiete personas, entre ellas siete usuarios/as, seis estudiantes de psicología, la coordinadora del espacio, nuestra referente institucional y nosotras.

Posteriormente a la presentación, se explicó que se iba a trabajar en torno a los derechos expuestos en la Ley N° 25.929 y la dinámica propuesta. Una vez que todos los participantes tuvieron una de las tarjetas con los mitos y verdades sobre los que se trabajaría se dio comienzo al taller.

El equipo de salud debe respetar nuestra intimidad y privacidad. Quien la leyó planteó que esta tarjeta era verdadera, expresando que en el momento del parto están presentes no sólo los profesionales que deben atenderte sino también estudiantes y residentes, lo que resulta incómodo para la mujer en ese momento. Una de las mujeres que había tenido a su bebé recientemente expresó que a ella se le había vulnerado este derecho, ya que durante su parto estuvieron presentes doce personas, entre ellas diferentes profesionales, residentes, estudiantes. Asimismo, planteó que nadie le preguntó si podían presenciar el parto, pero que no dijo nada por “temor a como se lo toman”²⁶. Respecto a esto se comentó a las mujeres que si bien el HMP es un hospital escuela, los profesionales deben respetar nuestra intimidad y privacidad.

²⁶ De aquí en adelante toda frase entrecomillada pertenece a palabras expuestas por usuarias/os durante el taller PIM

El equipo de salud debe informar a nuestros parientes nuestro estado de salud y el de nuestro hijo/a. Una de las mujeres comentó que no sólo era verdadera sino que también resultaba necesaria ya que “uno está arriba, y los familiares abajo expectantes”. En este sentido expresamos que esto constituye un derecho, por lo que deben exigir al equipo de salud que informen a sus familias su estado de salud y el del recién nacido.

El equipo de salud tiene que pedir nuestro consentimiento para realizarnos estudios con fines de investigación a nosotras y a nuestros hijos. Uno de los participantes que estaba acompañando a su pareja planteó la importancia y necesidad que tiene no sólo de ser informado sino que pidan tu consentimiento para llevar a cabo estudios con fines de investigación. Se complementó con lo que establece la ley.

Todos los partos requieren administración de goteo. Se explicó a que se hacía referencia con administración de goteo, y quien la leyó expuso que era falsa, ya que cada parto es único, por lo que algunos lo requieren y otros no. Se coincidió con la mujer respecto a la falsedad de la tarjeta, mencionando también que es importante preguntar el porqué de esta intervención médica ya que no debe constituirse como una práctica rutinaria. En relación a esto la mujer que había tenido a su bebé recientemente planteó que tanto a ella, como a todas las mujeres que estaban en pre-parto se les realizó esta práctica, lo que deja ver como en el HMP suele ser utilizada de manera rutinaria.

Gritar nos hace perder fuerzas en el momento del parto. La mayoría afirmó que era verdadera, y una de las mujeres que había pasado por la experiencia de parto recientemente aportó al debate exponiendo “intente mantener la respiración todo el tiempo pero a lo último ya no aguante mas y grité por el dolor”. Con esta tarjeta pretendíamos hacer visible el hecho de que el equipo de salud no puede prohibirles expresarse como lo necesitan en ese momento, la coordinadora del PIM aportó a esto planteando que en la institución son comunes las frases “no grites que me aturdis”, “no grites que asustas a las demás”, frases que no solo dejan ver el trato que hay por parte de los profesionales hacia las mujeres, sino también el modo de responsabilizarlas y culpabilizarlas por cuestiones que las exceden.

El médico debe estar concentrado, no hay que interrumpirlo con preguntas. Uno de los participantes planteó que era verdadero “no se le puede estar preguntándole cualquier cosa al médico”, ya que éste debe estar concentrado en el nacimiento del bebé. Ante esto se comentó que era falsa, que es importante preguntar en torno a dudas o consultas que se nos presenten en ese momento.

La episiotomía previene desgarros. Se explicó que implicaba esta práctica y quien leyó planteó que era verdadera. Por lo que planteó que esto no era así, que no previene

desgarros, que en algunos partos es necesaria y en otros no, remarcando así que no debe ser utilizada de manera rutinaria y la importancia que tiene consultar el porqué de su aplicación.

Es necesario permanecer acostada durante el trabajo de parto y parto. Una de las mujeres planteó que era falsa, mientras que otra comentó que antes las mujeres parían semi-sentadas, considerando esta posición más cómoda que la horizontal, ya que “el bebé hace fuerza para abajo”. Se complementó exponiendo que lo aconsejable es buscar la posición en que una se encuentre más cómoda, y poder caminar durante el trabajo de parto ya que favorece la dilatación. Consideramos importante tener en cuenta, a partir de los registros y observaciones realizadas, que en el HMP las mujeres no pueden elegir la posición en la que parir ya que los profesionales plantean que es la posición ginecológica durante el parto la que permite una mejor atención a la mujer y al recién nacido.

Inmediatamente después del parto es necesario separar al bebé de la madre para hacerle los controles médicos. Expusieron que era falsa, que debían permitirte tener al recién nacido durante unos minutos en el pecho para luego sí llevarlo a realizar los controles. Complementamos esto planteando los beneficios que tiene el primer contacto piel a piel madre-niño/a para su vínculo, y para la lactancia materna, además se explicó que los cuerpos de las mujeres en ese momento adquieren una temperatura que hace que el recién nacido se sienta protegido estando en el pecho de su madre.

Si nuestro hijo/a está internado en neonatología podemos verlo cuando queramos y el tiempo que queramos. Quien la leyó la consideró verdadera, con lo que acordamos y añadimos que nadie podía impedirles ver a sus hijos/as si se encontraban en neonatología, que los padres tienen acceso irrestricto por ley. Se amplió sobre los beneficios que trae para el recién nacido en riesgo el contacto con la madre, y se comentó sobre los avances de la institución en lo que respecta a este tema.

Podemos estar con nuestro hijo/a cuando estemos internadas, siempre que no requiera un cuidado especial. Todos los participantes afirmaron que era verdadero. Asentimos respecto a esto y complementamos planteando que el bebé tiene que estar siempre con su madre. Así mismo la coordinadora del PIM añadió que es importante saber que siempre que se lleven al bebé para hacerle estudios o análisis, la madre o algún familiar debe ir con él.

Los tactos vaginales deben ser realizados por diferentes personas para controlar el proceso de parto. Aquí la coordinadora del PIM explicó en qué consistían los tactos vaginales. Al no responderse si era verdadera o falsa decidimos plantear que una persona

debe realizar esta práctica, y que sólo puede intervenir otra en casos donde a la primera le surja alguna duda, o si se dio un cambio de turno u otra situación excepcional. Pero más de dos personas no pueden hacerlo y deben exigir su cumplimiento.

Después de una cesárea, el próximo hijo también deberá nacer si o si por cesárea. Se expresó que era verdadera. Frente a esto expusimos que esto era un mito y que no existe impedimento para tener un parto natural luego de una cesárea.

Durante el trabajo de parto, parto y post-parto podemos estar acompañadas por la persona que elijamos. Todos los participantes plantearon que era verdadera. Nuevamente la mujer que había tenido a su hijo recientemente expresó que estuvo acompañada por su pareja en el parto, pero durante el trabajo de parto no se lo permitieron. Por lo que se explicó que existen limitaciones infraestructurales por las cuales en sala de parto no se puede estar acompañada, ya que al estar varias mujeres en una misma habitación la presencia de un acompañante resulta invasiva a la intimidad de otras mujeres.

Es nuestro parto, nuestras decisiones deben ser escuchadas. En esta última tarjeta se profundizó en la necesidad de ser protagonistas activas de sus partos, que son ellas quienes toman las decisiones, que el equipo de salud está allí para ayudarlas en ese proceso.

Al finalizar el taller se solicitó a los participantes que respondieran a una encuesta confeccionada por nosotras necesaria para la evaluación del taller. Con esta visualizamos que el taller permitió a los participantes conocer los derechos expuesto en la Ley N° 25.929 “Fue muy interesante porque había muchas cosas que no sabía”, “Me pareció muy interesante. Ayuda a estar bien informada de los derechos que las mamás tienen durante todo el trabajo de parto”.

Al preguntar respecto a otros temas que les interesase trabajar en próximos talleres, algunas respuestas que obtuvimos fueron por un lado, la importancia de informarse sobre los organismos y procedimientos que existen frente a situaciones de violencia obstétrica, respecto a esto plantearon “Tratar de lugares donde realizar denuncias por mala praxis y abusos de autoridad. Cuestiones éticas” “Cómo actuar en casos de maltrato o que algo no resulte como uno cree que debería ser”. Por el otro, profundizar en otras leyes que se constituyan como herramientas frente a situaciones donde se vulneren derechos relacionados al proceso de parto y nacimiento, ejemplo “Ley paciente-médico, que es bueno que conozcan también”.

Retomando las variables que nos permiten evaluar el desarrollo del taller, podemos decir que respecto a la participación de las/os usuarias/os la misma fue activa durante todo el transcurso del taller, esto lo visualizamos en la realización de la actividad propuesta, la

cual pudo llevarse a cabo sin interrupciones ni distracciones, y en los comentarios respecto a cada una de las tarjetas, esto también se observa en la siguiente frase obtenida de la encuesta realizada “fue un taller ameno, en un ambiente distendido, donde todos participamos, nos sacamos dudas y aportamos desde nuestro lugar”.

En cuanto a la apropiación de contenidos, los participantes aportaron al taller comentando experiencias anteriores y relacionándolas con las tarjetas trabajadas, y así mismo se fueron planteando dudas que surgían en torno a los temas abordados, esto quedó plasmado en las siguientes frases extraídas de las encuestas “Me enteré por la charla de cosas muy interesante e importantes que algunas me preocupaban, y otras no las tenía en cuenta.”, “ Fue muy interesante porque había muchas cosas que no sabía”, “La verdad que uno se informa de las cosas que nunca se imagina en el momento del parto”.

Desde nuestro rol de coordinadoras pudimos realizar el taller tal como lo habíamos planificado, dando respuesta a las diferentes demandas que fueron planteando los participantes en el transcurso de este. Asimismo, nos parece importante mencionar que la psicóloga encargada del espacio PIM aportó también en la coordinación.

Por último respecto a la repercusión del taller en la dinámica institucional podemos mencionar que este quedó instalado como uno de los talleres a realizar durante los siete encuentros que supone el espacio PIM. Para esto, y a demanda de la trabajadora social que se haría cargo de la coordinación, se elaboró una cartilla donde se detalla la dinámica del taller y las tarjetas utilizadas para su realización. Asimismo, consideramos oportuno incluir en ésta qué implica la violencia obstétrica, enmarcando teórica, conceptual, y legalmente la intervención.

Los impactos y resultados obtenidos a partir de la realización del taller fueron:

- Promover el empoderamiento de los usuarios/as de los servicios de sus derechos reconocidos por la Ley N° 25.929.
- Aportar a la desnaturalización de situaciones de violencia obstétrica presentes en el proceso de parto.
- Trabajar con los/as acompañantes de las mujeres fortaleciendo la importancia de su presencia durante el proceso de parto.
- Aportar para que servicio social coordine en posteriores encuentros PIM el taller que aborde los derechos durante el proceso de parto.

Los tres espacios donde se realizaron los talleres tuvieron en común el desconocimiento por parte de las/os usuarias/os de sus derechos expuestos en la ley N°

25.929. Esto nos permite visualizar la falta de espacios dentro del HMP donde se promuevan estos derechos.

En este sentido consideramos que en la institución no existen áreas que den respuesta, o que aborden las situaciones de violencia obstétrica, las/os usuarias/os frente a la vulneración de sus derechos no tienen dónde acudir en busca de una respuesta eficiente.

Si bien desde la Comisión de Maternidad Segura y Centrada en la Familia se lograron avances en torno a la construcción de la residencia para madres y en la promoción de la lactancia materna, consideramos que ésta actualmente se aboca específicamente al área de neonatología dejando de lado otros pasos que propone el programa MSCF, como el de respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y en el parto, y el de reconocer el concepto de Maternidades Seguras Centradas en la Familia como una política de la institución.

Reflexiones finales.

Al iniciar las prácticas pre-profesionales definimos como problemática a intervenir la violencia obstétrica. La misma resulta una temática novedosa en el campo profesional del trabajo social, por lo que nos planteaba un desafío.

¿Desde dónde abordarla? ¿Cómo comprenderla? ¿Con quiénes? ¿De qué modo?, fueron los primeros interrogantes que nos planteamos. Poder definirla, conocer a qué nos referimos cuando hablamos de violencia obstétrica y desde dónde nos posicionamos para analizarla fue el primer paso para dar lugar a la elaboración de este escrito.

Comprendemos a la violencia obstétrica como violencia de género e institucional, así mismo como una vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante el embarazo y el proceso de parto.

Es a partir de esto que consideramos que era necesario abordarla en tanto que como futuras trabajadoras sociales intervendremos en pos del reconocimiento, respeto y empoderamiento de los derechos de los sujetos.

Al insertarnos en el HMP e indagar respecto a la temática elegida, desde servicio social se nos planteó que el término violencia obstétrica era un concepto que generaría tensiones y conflictos con otras áreas, por lo que nos recomendaron no posicionarnos a partir de éste, sino desde lo que propone el programa MSCF.

En torno a esto consideramos importante remarcar que si bien el HMP adhiere a este programa, el mismo aún no ha sido reconocido como una política de la institución, lo que se visualiza en la falta de consenso institucional para desarrollar las acciones propuestas, y en el desconocimiento de los lineamientos que propone.

En la institución el modelo médico hegemónico enmarca el accionar de gran parte de los profesionales que allí trabajan, donde el poder/saber de estos es considerado superior al de las/os usuarios/as, desvalorizando de esta forma sus saberes, experiencia, sentires y opiniones. Esto se contrapone con los ejes que propone el MSCF, como la participación y colaboración de la familia y comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo/a durante el embarazo y proceso de parto, el uso de prácticas efectivas y seguras basada en la evidencia, entre otros.

Al momento de diseñar la propuesta de intervención consideramos necesario hacer visibles las situaciones de violencia obstétrica para que fuesen reconocidas tanto por los profesionales de la salud, como por las/os usuarias/os del servicio, quienes en su mayoría vivencian estas situaciones como algo dado, naturalizado.

Las prácticas pre-profesionales nos permitieron trabajar con las/os usuarias/os del HMP, aportando a la problematización y desnaturalización de la patologización, trato deshumanizado y abuso de medicalización presentes durante la atención del proceso de parto. Sin embargo, entendemos que quedó pendiente para un abordaje íntegro de la problemática, trabajar con los profesionales de la salud en pos del reconocimiento y respeto de los derechos que poseen las mujeres y sus familias en ese momento.

Entendiendo que en la institución el PIM es el único espacio donde los/as usuarios/as pueden informarse y empoderarse de los derechos que expone la Ley N° 25.929, consideramos necesario diseñar e implementar nuevos dispositivos de intervención que estén dirigidos al conjunto de la población usuaria de los servicios del HMP, que posibiliten la promoción de estos derechos, como así también de los lineamientos del programa MSCF.

Esto sólo es posible si las diferentes áreas de la institución asumen el compromiso y la responsabilidad en la promoción de estos derechos, para lo que previamente es necesario crear instancias de capacitación que efectivicen la apropiación de los contenidos expresados en el MSCF y en la ley de parto respetado.

En este sentido es fundamental que todas las instituciones de salud que adhieran al programa puedan implementarlo de manera efectiva, aportando así a incorporar en éstas un modelo de atención del proceso de parto que se caracterice por el trato digno y respetuoso a las/os usuarias/os, fomentando el protagonismo de las mujeres durante el proceso de parto, dándole a las familias un lugar central en la dinámica institucional, y promoviendo sus derechos.

Para finalizar nos parece importante remarcar que actualmente en nuestra sociedad son cada vez más los grupos comprometidos en la lucha por hacer visible y problematizar la violencia obstétrica. Si bien se han logrado avances significativos en la temática (sanción, promulgación y reglamentación de la Ley Nacional N° 25.929), estos no han sido suficientes para erradicarla en las instituciones de salud. En este sentido se constituye como demanda central la creación de espacios que logren dar respuestas efectivas a los casos de este tipo de violencia.

Con este trabajo pretendemos brindar un panorama sobre la situación actual de la problemática en una institución de salud pública, como así también aportar a la visibilización y problematización de la misma dentro del campo profesional buscando de este modo generar dispositivos, herramientas, estrategias que permitan abordarla en diferentes escenarios de intervención.

Bibliografía

- Acevedo, M & Aquin, N (2011). “Estrategias de intervención en el nivel de abordaje comunitario”. Ficha de Cátedra. Universidad Nacional de Córdoba. Escuela de Trabajo Social.
- Acuña, C. & Chudnovsky, M. (2002). “El sistema de salud en Argentina”. Documento 60. Universidad.
- Aquín, Nora (1995). “Acerca del objeto de trabajo social”. Revista Acto Social N° 10 año IV. Dirección de Publicaciones de la UNC. Córdoba.
- Aquín, Nora (2000). “Trabajo social, intervención social y ética profesional”. Disertación realizada en el Colegio de Profesionales de la provincia de Buenos Aires. Mimeo. La Plata, Argentina.
- Arguedas Ramírez, Gabriela (2014). “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe Vol. 11/ n° 1.
- Bernardo, Analía (2004). “Parir como las Diosas”. Art. n° 3 de Material de apoyo para los talleres de capacitación. RELACAHUPAN. Uruguay, 2007.
- Bonetto, A., & Mazziotti, M. & Zignago, M. (s/f). “Sistematización de la experiencia del Consultorio de Salud Reproductiva y Sexual del Hospital Materno Provincial de Córdoba (Años 1989-1996)”. Revista Herramienta N° 9. Argentina.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L (2008). “Una invitación a la sociología reflexiva”. Ed. Siglo veintiuno. Buenos Aires.
- Bourdieu, Pierre (1988). “Cosas Dichas”. Ed. Gedisa. Buenos Aires.
- Bourdieu, Pierre (2011). “Intelectuales, política y poder”. Ed. Eudeba. Buenos Aires, Argentina.
- Camacaro Cuevas, Marbella (2009). “Patologizando lo natural, naturalizando lo Patológico... improntas de la praxis obstétrica”. Revista venezolana de estudios de la mujer, Vol. 14 / n° 32. Caracas, Venezuela.
- Canevari Bledel, Cecilia (2011). “Cuerpos enajenados”. Ed Barco. Santiago del Estero.
- Castel Robert (1991). La dinámica de los procesos de marginalidad. De la vulnerabilidad a la exclusión. En el espacio Institucional. Rev. Topia. Buenos Aires.
- Castro, R. & Bronfman, M. (1993). “Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión”. Cad. saúde públ. 9, Río de Janeiro, Brasil.

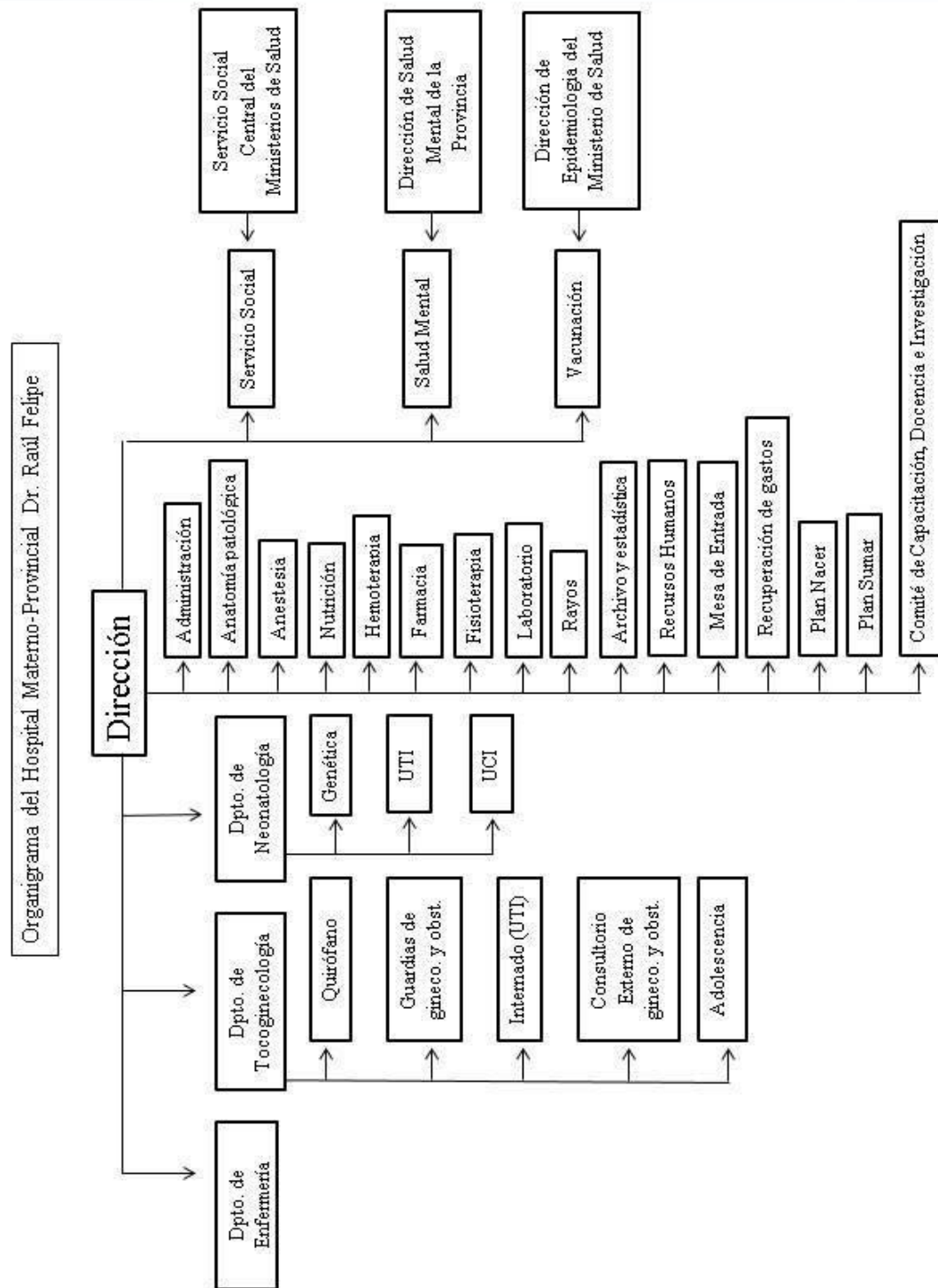
- Castro, Roberto (2014). “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales. Revista Mexicana de Sociología 76 n° 2. México, D.F.
- Comas A. & Otero M., (2014). “Experiencias para armar”. Manual para talleres en salud sexual y reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación.
- Davis Floyd, Robby (2001). “Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina”.
- Esteban, Mari Luz (2006). “El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista”. Salud colectiva Vol. 2/ n° 1.Lanús, Buenos Aires.
- Felitti, Karina (2010). “Sexualidad y reproducción en la agenda feminista de la segunda ola en la Argentina (1970-1986)”. Estudios Sociológicos, vol. XXVIII, núm. 84, p. 791-812. El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México
- Felitti, Karina (2011). “Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980)”. História, Ciências, Saúde. Vol. 18 / n° 1.Manguinhos, Rio de Janeiro.
- García Dora, (1997). “El Grupo. Métodos y Técnicas Participativas”. Cap. III Técnicas participativas. Ed. Espacio. Buenos Aires.
- Gonzalez, Cristina (2001). “La intervención en el Abordaje Familiar”. Mimeo.
- Grassi, Estela (1996). “La implicancia de la investigación social en la práctica del Trabajo Social”. Revista Margen n° 9.
- Greco, Adriana (2005). “Las voces acalladas en la maternidad”. CEDES-FLACSO, Buenos Aires. Argentina
- Isuani, E. & Mercer, H. (1988). “La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina: ¿pluralismo o irracionalidad?”. Boletín Techint N° 224.
- Jodelet, Denise (1986). “La representación social: fenómenos, concepto y teoría”. En Moscovici, Serge (comp.). Psicología II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Ed. Paidós Barcelona
- Lagarde, Marcela (1996). “Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia”. Ed. horas y HORAS. España.
- Lorenzo, Carolina Edith (2013). “Es un parto: indagaciones en torno a la construcción de un derecho”. VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Buenos Aires.
- Luts Elvira y Misol Sandra (2007). “Relacahupan: Parto humanizado”. Uruguay.

- Manual de Procedimientos: Sección Servicio Social (2011). Hospital Materno Provincial. Córdoba, Argentina.
- Martínez, Inés (2005). “Preparación Integral para la Maternidad: Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios”. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente. Argentina
- Medina, Graciela (2009). “Violencia Obstétrica”. Revista de Derecho de Familia y de las Personas N° 4. Buenos Aires.
- Menéndez, Eduardo (1992). “Modelo Médico Hegemónico: Modelo Alternativo Subordinado”. Cuadernos de la Casa Chata N° 86. México.
- Moscovici, Serge (1979). “El psicoanálisis, su imagen, y su público”. Ed. Huemul S.A. Buenos Aires, Argentina.
- Nari, Marcela (2004). “Políticas de maternidad y maternalismo político”. Ed. Biblos. Buenos Aires
- Nueve Lunas, (s/f). “Atención humanizada del parto y nacimiento”. Carpeta informativa. México.
- Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos (2003). “Con Todo al Aire” Cartilla.
- Oiberman, Alicia (2004). “Nacer y después... Aportes a la psicología perinatal” Ed. JCE. Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (1985). “Recomendaciones sobre el nacimiento”. Fortaleza Brasil.
- Plan Estratégico: Sección Servicio Social (2014). Hospital Materno Provincial. Córdoba, Argentina.
- Programa de Acción de la CIPD (1994). “Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”. El Cairo.
- Programa de Capacitación en Análisis e Implementación de Políticas de Atención Primaria de la Salud. Módulo 3.1 “Evolución histórica de un concepto polisémico”.
- Robles, Claudio (2015). “¿Y por casa cómo andamos? Reflexiones sobre la supervisión en Trabajo Social”. Ponencia presentada en el marco del VI Encuentro Internacional de Trabajo Social. “Sociedades y Universidades: Ciencias Sociales, Conocimiento Orientado y Políticas Públicas”. Buenos Aires, Argentina.
- Rodríguez, M., & Scavuzzo, J., & Taborta, A. & Buthet, C. (2013). “Metodología integral de evaluación de proyectos sociales”. Ed. Brujas. Córdoba, Argentina.

- Rodríguez, R., & Gonzalez, P. & Yanes, A. (2013). “Violencia contra las mujeres: quien calla otorga”. Instituto de Estudios de Género. INCIHVCA-CONICET. Mendoza, Argentina.
- Rotondi, G., & Verón, D. & Fonseca, C. (2008). “¿Agentes externos? Los sujetos de la intervención”. Informe de Investigación. Escuela de Trabajo Social, UNC. Córdoba, Argentina.
- Sadler, Michelle (2003). “Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario.” Tesis Título Antrop. Soc. Univ. De Chile. Fac. de Cs. Soc. Depto. De Antrop.
- Saletti, Lorena (2009). “Revisión bibliográfica de la literatura feminista en relación al concepto de maternidad”. Artículo presentado en IV Congreso Iberoamericano de Estudios de Género. Rosario, Argentina.
- Sampieri, H., & Collado, C. & Lucio, P. (2006). “Metodología de la Investigación. Cuarta Edición”. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México.
- Scott, Joan (1990). “El género una categoría útil para el análisis histórico” en Nash, Mery y Amelang, James S. (coord.) “Historia y Genero: Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea”. Edic. Alfons el Magnanim. Barcelona.
- Tajer, Debora (2004). “Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud”. “En políticas públicas, mujer y salud”. Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC. Popayan, Colombia.
- Tamayo, Giulia (2001). “Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos”. Centro de la Mujer Peruana “Flora Tristán”. Lima, Peru.
- Vargas Laura, (1984). “Técnicas participativas para la educación popular”. Publicaciones de educación popular. Ed. Hvmánitas. Córdoba.
- Videla M. & Grieco A. (1993). “Parir y nacer en el hospital: de la psicoprofilaxis obstétrica a la psicoprofilaxis perinatal interdisciplinaria”. Ed. Nueva visión. Buenos Aires. Argentina
- Weber Suardiaz, Clara (2010). “La problematización como herramienta desnaturalizadora de lo social”. Revista Escenarios n° 15. Facultad de Trabajo Social de la UNLP. Ed. Espacio.
- Zamberlin, Nina (s/f). “La salud y los derechos sexuales y reproductivos: avances y retrocesos”.

Anexos

Anexo 1: Organigrama institucional del HMP Dr. Raúl Felipe Luccini



Anexo 2: registro y desgrabación de entrevistas a profesionales

Registro de entrevista realizada a neonatóloga referente del MSCF. 14 de Mayo de 2015.

Plantea que el programa de MSCF tiene como objetivo por un lado disminuir la muerte materno-infantil, y por el otro hacer sentir a los pacientes como dueños de casa en el hospital, que antes a las pacientes se las trataba a todas igual como enfermas.

Neonatología es el área donde se han hecho más cambios para amoldarse a lo requerido por el programa de MSCF, sin embargo una de las principales fallas que observa es la falta de sostén psicológico a las familias por parte del equipo de salud.

Sin embargo comenta, que antes para pasar a ver al bebé el papá tenía que tener si o si bata, se consideraba a esto como un impedimento. En 2007 se destierran las batas, se comienza a promover la asistencia permanente de las madres en neonatología y se extiende el horario de visita, los abuelos, niños pueden ir los miércoles, sábados y domingos, y a los padres no se los considera visita, pueden estar de forma irrestricta.

Desde neonatología se considera fundamental el vínculo madre-niño, contacto piel a piel. Otro aporte significativo para MSCF fue la inauguración de la residencia de las madres en diciembre del 2013, lo que permite a las madres que tienen a su bebé internado poder quedarse ahí en el hospital. Esto beneficia principalmente a las madres que son del interior.

Por último comenta que en el momento del parto siempre la mujer está acompañada por quien lo desee, pero que en el momento del trabajo de parto, debido a que los cuartos son compartidos, no se permite entrar a acompañantes, se instalaron cortinas en las salas de pre-parto para separar las camillas y que de ese modo se pueda acompañar a la mujer, pero estas terminaron siendo incómodas e inusables. Según la neonatóloga a las adolescentes si se les permite ingresar acompañada.

En el 2011 se empieza a implementar el proyecto MSCF, que es de 4 años, en julio de 2015 pasó a ser un programa provincial. UNICEF evalúa cada dos años como va la implementación del MSCF.

Entrevista Tocoginecóloga 12 de Mayo de 2015.

N- ¿Qué tareas realizas en el consultorio de planificación familiar?

T- Principalmente consejería, sobre métodos anticonceptivos y la entrega digamos efectiva de los métodos.

N- ¿Hace cuánto estas trabajando en la maternidad?

T- En la maternidad desde el 2003 y el consultorio desde 2013

N- ¿Y el consultorio desde cuando existe?

T- El consultorio ya existe desde hace mucho con el dr Navarro y Dominguez, pero la resolución debe ser del 2013, 2012.

N- ¿Bueno, la t.s nos había contado que el consultorio trabajaba de otro modo a como es ahora, que paso que cambios hubo?

T- Es que en realidad el consultorio en 2012 y 2013 estaba a cargo de una sola persona con el horario reducido de 7 a 11 y la idea era ampliarlo ahora es de 8 hasta las 14 que se hace consultorio y algunos días cirugía de ligadura y ahora estamos dos personas, si no estoy yo hay otra dra. Los martes estoy yo y ella está de guardia.

N-¿Que cuestiones crees que llevaron a la necesidad de abrir este espacio?

T- La necesidad de la paciente de informarse y acceder a los métodos, tener un espacio un poco más amigable y accesible

Trabajadora Social- Tengo otro punto, creo que tiene que ver con los objetivos de la resolución también, con qué idea se gesta este consultorio de ser más integral, también para darle impulso a los métodos anticonceptivos transitorios no solo la ligadura, era una demanda tan grande que no se podía afrontar por eso también la necesidad de dar a conocer estos otros métodos

N-¿Cómo está compuesto y cómo funciona el consultorio?

T- Funciona de lunes a viernes y está compuesto con dos profesionales pero trabajamos EN conjunto a salud mental y a servicio social porque hay casos que son especiales donde tenemos que dar respuesta en ese momento. Esto es lo que se refuncionalizó también porque había muchos tabúes o con la implementación de otros métodos, pastillas, inyecciones por ahí le sacábamos un método y pasaban dos o tres meses sin método y así no se puede dejar.

N-¿Crees que se presentan obstáculos a la hora de trabajar en el consultorio?

T- Obstáculos siempre hay tanto de tener la disponibilidad de tiempo de uno de turnos que uno no puede satisfacer la demanda y a veces del mismo método, si bien siempre tenemos

los métodos por ahí no como ahora con el implante, que tenemos una restricción con una justificación de edad es un método nuevo entonces por ahí no llega a tiempo tenemos semanas que no está, otras que sí. Y con el tema de la ligadura también, nosotras en el consultorio hacemos ligadura de las mujeres puerperal, después de 42 día se planifica la cirugía también el tema de los turnos de cirugía darle el turno, después las otras pacientes que tienen hijos más grandes se hacen en otros consultorios y las patean de un consultorio a otro y anda boyando y no le pueden dar el turno, o que saque turno dos o tres veces y venga al divino botón ya es complejo para la paciente. La otra traba es la dificultad para hacer la ligadura pos parto, nunca logramos implementarlo para favorecer esto de la deserción posterior que es comprobado que la gente no vuelve, la paciente que tiene el niño de 2 o 3 meses no vuelve. Y más si tiene más hijos.

Trabajadora Social- Si a mí me parece que como obstáculo grande hay una cuestión política ideológica la ligadura no es una prioridad para el hospital, no sé si debería serlo, pero si es una prioridad para la mujer que la pide pero no está instalada y que habría que facilitar eso y no existe, no está esa idea instalada. Durante un tiempo se hizo pero el área médica decidió que no.

T- Pasa que es turno de cirugía pero dependía de si había espacio o no y la paciente quedaba a la deriva de lo que iba o no a pasar y actualmente es así.

Trabajadora Social- también hay objetores de conciencia que hace que se limita que se haga la ligadura

T- Otra contra no sé, por ahí trabajar más la consejería de otros métodos, por ahí el diu muchas pacientes no lo quieren por el embarazo porque es un método relacionado al órgano sexual. Como que hay todavía mucho para resolver, dudas, mitos con las pacientes.

N- ¿Que cuestiones hay que tener en cuenta a la hora de trabajar en el consultorio?

T- Y sin querer trabajamos muchas cosas, obviamente que las enfermedades de transmisión sexual, por ahí uno pregunta si tiene pareja estable, muchas, tratar de aclarar que estos métodos no te cuidan de las enfermedades, insistir en el preservativo para ese cuidado, lo mismo que la ligadura, por ahí trabajas otros tópicos que surgen en la consulta, violencia, violencia familiar, algunas situaciones obstétricas no feliz abortos, perdida de hijos, pacientes que vienen con la idea de la ligadura porque no quieren tener más hijos porque les fue mal y otras que vienen porque quieren quedar embarazadas.

N- ¿Y las mujeres que se atienden generalmente vienen solas, acompañadas?

T- Acá son todas mayores de edad de 19 para arriba y casi siempre vienen solas.

N- ¿Se atienden porque son derivadas por otros profesionales o por demanda propia?

T- Un poco y un poco algunas vienen derivadas de servicio social, las chicas después de la charla de los lunes vienen muchas, algunas que vienen a averiguar u optan por otros métodos que no es la ligadura, las que se van de alta vienen con sus bebés para planificar después el próximo embarazo o no, vienen también mujeres embarazadas que quieran ya ligarse las trompas pero son las menos, pero las dos cosas recibimos derivaciones pero también demanda espontanea.

N- ¿Visualizas alguna problemática frecuente en las mujeres que vienen a atenderse?

T- Si quizás esto de depender económicamente del marido y que él la maltrata o las tiene ahí sujetas a su disponibilidad, si eso hay mucho.

N- ¿A nivel institucional ves alguna problemática que dificulte el trabajo?

T- Yo creo que en general e históricamente se le dio prioridad a la cosa más urgente, al embarazo, a la urgencia, y a esto no se le da prioridad, que la mujer tiene la obligación de cuidarse o sea vienen a buscar la pastilla y le dice no hay vení mañana no pasa nada y y si pasa mañana llega embarazada. Pasa que es un hospital de tercer nivel pero trabaja primero y segundo, o sea no en todos los hospitales los tercer nivel son tercer nivel y no hacen nada de los otros así es el neo por ejemplo. Acá se hace todo pero como que se le da prioridad desde dirección a eso, ahora quizás se le está dando más bola al consultorio, pero con la resolución se le dio mucho impulso pero bueno después se fue decayendo eso también muestra la política que se le da a la institución. Neo y control de embarazo es a donde van todos los esfuerzos, es donde están los héroes (risas).

N- ¿Bajo qué planes y programas trabaja el consultorio?

T- Nosotras trabajamos con el de nación de salud sexual y reproductiva que es el que nos abastece los métodos anticonceptivos, le tenemos que rendir un trimestral con las pacientes que vemos cuentos anticonceptivos, diu se colocan, ese es el feedback que vamos teniendo, a través de la nación baja al ministerio de la provincia y eso llega a nosotras. En el de provincia salud sexual y procreación responsable de la provincia, a ese esa donde tenemos que demandar,

N- ¿Entendiendo que la maternidad de rige bajo el MSCF qué opinas sobre esto y cómo ves el funcionamiento como se está implementando y demás?

T- Creo que la intención esta y hay cambio de mentalidades, no todos, hay gente que si, otros que no colaboran, es una cuestión de actitud, y ediliciamente por ahí no es tan fácil, más en lo que es guardia, parto, trabajo de parto, puérperas, internación, no es ameno para ser un hospital amigable, son 6 internadas en una habitación, por más que tengas voluntad hay límites fijos, hay profesionales con buena onda a darle participación a la familia, pero hay otros que no, son los menos, darle participación a la pareja, esto se trata de ser un consultorio amigable.

Trabajadora Social- En los casos de pacientes con situaciones particulares tratamos de hacer todo lo posible por que pueda estar acompañada. Mujeres privadas de la libertad y demás.

T- También pasa por una barrera interna que se nos genera en ciertos casos.

N- ¿En los partos se permite que este acompañada?

T- En el trabajo de parto no, a no ser que sea una adolescente o caso especial, en el parto se llama al familiar para que pase. En el trabajo de parto no no están solas.

Entrevista coordinadora del PIM 12 Mayo de 2015.

N- Bueno nosotras estamos haciendo la tesis de trabajo social acá en la maternidad como ya te habíamos contado y en relación al tema que proponemos trabajar es que te queríamos hacer algunas preguntas.

P- Si si, es la primera vez que tienen practicantes ustedes, no T.S?

T.S- si si es la primera vez, ellas ahora tienen que conocer la institución por eso está haciendo entrevistas en las diferentes áreas, en el segundo cuatrimestre tienen que presentar una estrategia de intervención. Y si es la primera vez, si y bueno todo nuevo, hay muchas cosas que yo no las sé.

P- Y si pero es lindo, es una buena experiencia, tanto para ella como para nosotras.

T.S- Si ni hablar, ya con ella (señala a T.S.2) como residente es como que nos mueve el piso.

P- Traen aire fresco, cuestiones para innovar porque uno empieza con la rutina todo tan rápido muchas veces no llegas a reflexionar. Uno después de tantos años tiene vicios instituciones. Está muy bueno lo que pueden ver los que recién comienzan, que traen otro mirar.

T.S- si y a ellas esto les ayuda a ver como es la realidad. A ellas les interesa el tema de cómo es el parto respetado y por suerte una tarde las lleve para que vean lo que es la sala de pre parto

P- Claro, claro. Bueno el martes que viene, la semana que viene es la semana del parto respetado y el martes que viene el trabajo de PIM con las mamás y vamos a invitar a quienes estén en sala de espera y también a ustedes a que vengan, creo que va a venir J o X, y entonces vamos a hablar acerca de esto. Bueno un poco nosotras tenemos, va hablo por mí y por algunas otras colegas, como trabajamos acá con las mamás el tema de los derechos... e... haciendo hincapié en que las personas se puedan empoderar de los derechos o los puedan conocer pero además como dice T.S que tengan noción y conciencia de lo que es la realidad institucional, y en qué cosas uno puede avanzar pidiendo ese derecho y en qué cosas no. En beneficio de que, en beneficio de la propia paciente porque no podemos decirle usted tiene el derecho y tiene que luchar y tienen que exigir que usted puede venir y parir en la posición que quiera y no tenes acá un sillón de varias posiciones, entonces por ahí a veces disiento con algunos colegas que hacen como mucho énfasis que esta bueno digamos que se sepa que así tiene que ser pero no para la paciente que va a venir acá con toda esa cabeza hecha y que después se encuentra con una realidad que le va a demostrar otra cosa. Entonces preferimos hablar mucho de los derechos pero también que sepan y conozcan cual es la realidad así como ustedes han subido y han visto por lo menos las poquitas que vienen acá al grupo de preparación también subimos y que vean.

N- aa... le muestran...

P- Si, vamos hacemos todo un recorrido por la institución, especialmente lo que es la sala de preparto, parto y puérperas.

N- Si a nosotras con el tema elegido también no preguntamos y nos hace ruido hasta donde es la predisposición de los profesionales, si no como la infraestructura tampoco permite, o no te posibilita, hoy también nos decía Dra. que también qué es esto que por más que estuviese la predisposición hay cuestiones que son de la estructura.

P- Si, son procesos está bien podemos discutir si ideológicamente hay resistencia que hagan de obstáculo para cambiar cosas, si lo podemos discutir porque seguramente que hay y en eso hay que trabajar, no yo en lo que no acuerdo personalmente es en esto de hablar del derecho así crudo sin conocer la realidad con la que se van a encontrar después en la institución no.

T.s- es como muy individualista pensar que el sujeto por sí mismo va a poder como siempre tiene derecho y voluntad de tener información o no.

P- claro, si no es así, es todo un proceso que se hace desde diferentes lugares nosotros como profesionales de la salud por lo menos, desde salud mental y desde servicio social y me consta siempre hemos estado en la lucha de que sea sin tener el nombre pero que sea un hospital centrado en la familia, de muchos años o sea la postura nuestra ha sido que sea abierta de integrar al familiar a la pareja y que se respeten los derechos. Siempre hemos trabajado para eso y bueno creo que algo hemos logrado, por lo pronto hay cuestiones que no tienen obstáculos, que si existe el obstáculo ahí es si puramente ideológico en ese si hay que trabajar, por ejemplo en que alguien pase a la sala de partos para estar acompañando a la parturienta, ese si era puramente ideológico.

N- y hoy se dan muchos casos así, mucha resistencia?

P- la verdad todavía no tengo indicadores claros acerca de lo que está pasando pero si se nota que hay una mayor apertura, ya sea por la ley o por lo que sea hay una mayor apertura digamos ya pasa...

N- Pero se permite que acompañen a las mujeres en el momento del parto, en el trabajo no?

P- Bueno, pero ustedes vieron, entonces ahí yo trabajo en eso es un poco difícil.

N- y el tema de las Doulas? Que esta como muy reciente?

P- si, el tema de las doulas es todo un tema, a ver a nosotros desde salud mental digo, y con ellas (servicio social) también, hemos abordado porque es una función un poco ambivalente a nuestro parecer si bien en el discurso aparece como una compañía una empatía con la mujer en el tema del parto y del pre parto, hemos visto que por ahí realizan otras intervenciones que son de otro orden y ahí tenemos como un signo de pregunta.

N- ¿cómo cual por ejemplo?

P- y bueno cuando ellas se presentan por ejemplo acá en la institución en un momento una de ellas habla, da un ejemplo de compañía en todo el embarazo después dio otro ejemplo de un acompañamiento en duelo porque había fallecido el bebé, eso me consta porque eso fue lo que a mí me abrió todo un interrogatorio me abrió un signo de pregunta grande así, bueno donde comienza y donde termina la intervención de estas personas, si es así digamos están preparadas para hacerlo? No? De pronto son personas que hacen un curso de 6 meses no nosotros tenemos inclusive tenemos límites con las chicas estudiantes como ustedes que están haciendo la pasantía para que avancen de determinada manera y son personas que están súper avanzadas, que tienen una supervisión de cerca, que van en 5to año de una carrera, se supone que tienen ya todo un bagaje de algún lugar más importante y tenemos todo un recaudo.

T.S- si quizás podría ser todo un acompañamiento más tipo externo porque acá hay una estructura que ya hace al acompañamiento de la mujer.

P- si si, es todo nuevo estamos ahí.

N- a mí por ejemplo lo que ayer me llamo la atención es que en la sala de pre parto si le permiten a ellas estar ahí y no a un familiar y es una elección que este o no ella pero no el familiar.

P- si por eso es todo un tema, además no se dé quien reciben supervisión directa, además a forma en la que entraron, e... yo tengo mucho... no puedo hablar, no puedo decir nada porque no tengo digamos, no tengo ningún indicador de cómo están trabajando ellas, acá pasan una planilla y ahí dice sí estuvieron en parto pre parto y así. Pero no sé en realidad al hasta donde llega su intervención y ya me parece un abuso si hacen todo un acompañamiento al embarazo, si por ejemplo creen que están capacitadas para intervenir en un duelo, porque nosotros estudiamos muchos años para formarnos, cierto son intervenciones que hay que tocar cuestiones estructurales, la mujer embarazada y puérpera es muy vulnerable, entonces... y además digo que también están quitando un espacio hay cuestiones de enfermería, hay cosas que son de psicología, entonces uno no habla ni del todo bien ni del todo mal porque, pero tengo mi postura.

T.S- claro como que no se incorporan como debería ser donde hay un previo dialogo un acuerdo de cómo se va a trabajar, cuando el año pasado yo las sentí nombrar y ahora ya estaban.

P- hicieron un acuerdo muy a nivel ministerial muy entendes vienen por supuesto no tenemos derecho a decirles si no nada, ellas vienen del ministerio y cayeron acá y nadie va a poder y bueno tuvimos sus reuniones la jefa nuestra tuvo reuniones con ellas como que les acoto el campo en lo que teóricamente pueden hacer . Asi que bueno es todo un tema en realidad.

N- ¿claro, y e PIM desde cuando desde que año está funcionando?

P- bueno digamos este grupo la maternidad provincial es pionera en la provincia con este programa. Este programa está desde los años yo creo que 60, ya después les vamos a dar material donde se ve específicamente que año, pero así desde ya les digo sesenta y pico. Comenzó funcionando con el doctor Musicante a lo mejor ustedes a no porque son de sociales en la licenciatura... bueno ya es un hombre muy grande profesor muy reconocido de la facultad de psico, es un psicólogo, e comienza acá obviamente no había ninguna estructura entonces se consiguió que nos dieran las colchonetas y comenzaron en los pasillos, pasillos a la siesta ahí se hacia la preparación, después se fueron dando en distintos lugares, cuando yo entre estaba en un subsuelo donde es el depósito ahora, ustedes si entran van a ver un espejo grande, bueno ese era porque estábamos ahí y después nos trasladamos a farmacia y después vinimos para acá, pero esto está en funcionamiento hace tantos años, se llamaba primero grupo de psicoprofilaxis, después se llamó grupo de preparación para la maternidad y ahora se llama PIM, eee... e PIM como PIM es como algo nosotros siempre hacemos alarde de que lo tenemos hace tantos años incorporado, pero bueno tiene algunas características diferentes no?. Nosotros siempre fue coordinado por psicólogos de salud mental, ha ido cambiando la modalidad de acuerdo al tiempo, a los cambios de la población también, antes era grupos cerrados, de 15 personas siempre venían las 15 eran no cabia gente acá era una cosa y alguna vez venia algún profesional de otro lado pero lo fijo era la psicóloga y la fisioterapeuta, y ahora bueno después ha ido cambiando con el tiempo vimos que la gente empezó a desertar, empezó a desertar, a desertar, y entonces en un momento dijimos, yo lo voy a hacer abierto porque había escuchado otra modalidad de una psicóloga de Brasil que lo daba así abierto, o sea no importaba nada vos ibas entrando haciendo los módulos. La gente, la misma gente empezó a decir que eso les disgustaba un poco como que reclamaba un grupo estable de nuevo. Bueno volvimos al grupo cerrado, pero no hay muchos, se anotan 15 y vienen 4 van cambiando faltando creo que es una cuestión económica.

T.S- si si yo he escuchado y hablábamos con T.S.5 que pero yo no sé si el punto es económico, influye si pero no sé si es el determinante de porque la mujer dice no voy hoy.

P- no se e... lo mismo está pasando con los talleres para padres de Neo, escuchaba a enfermera antes de ayer que vino a una reunión que antes citaban a los padres un día específico y venían todos y hacían las reuniones de talleres de padres y ahora no dice les pones un día que tienen que venir a control y no vienen.

T.S- ¿de los que tienen los bebés internados?

P- no no no, son los que fueron dados de alta y viene a control, entonces le daban un turno de talleres y bueno antes venían todos y bueno ahora están más o menos, bueno no se bien yo ya no sé qué inventar.

N- ¿o sea ahora se está trabajando con la modalidad de grupo cerrado?

P- si pero por ejemplo hoy vino una chica este que estaba de 5 o 6 meses y la hice entrar si éramos tres.

N- ¿y capaz volver a pensar en hacerlo abierto?

P- ya probé este creo que es segundo grupo cerrado, estoy viendo estoy viendo ahora he tratado de poner mucha más cartelería porque a veces me olvida.

T.S- pero estas muy sola vos.

P- Si también es cierto eso bueno entonces hay unas cartillas de invitación, volví a entregar cartillas que por ahí el primer tiempo cuando se terminaban venían y me pedían ahora ya no me piden más entonces volví yo a llevar cartillas de invitación que las ponen en el claps en el control y volví a poner carteles a ver si la gente se interesen.

T.S.2- o sea el problema no sería que no se anota, si no que se anotan y después no vienen.

P- y en este grupo se anotaron 15 entre 10 y 15 y legaron solo 4 y hay un alto porcentaje que no sabe, muchísima, o sea ahora cuando implementemos las encuestas vamos a ver si hicieron pim o no si sabían o no sabían.

N- ¿y las que se anotan para hacer el PIM como llegan, demanda de ellas, derivadas?

P- generalmente la idea es que se enteren por cartelería por la invitación que es una cartilla que esta puesta ahí en el carnet y por la derivación del mismo profesional. La gente que más deriva es la gente de adolescencia, tal es así que la mayoría de las que vienen acá son

adolescentes, eso también es un tema, porque viste como es los adolescentes vienen un día otro no, a veces vienen y no enganchan, hoy por ejemplo vino una nena de 17 con la mamá, estaba enganchadísima la mamá la nena es la primera vez a lo mejor si la madre la trae una segunda o tercera vez engancha, pero viste en los adolescentes es otra cosa, viste esa disociación, que me importa lo que está hablando.

N- claro el tema es plantearse que si se anotan ya sea derivada o por propio interés que es lo que está pasando que después no vienen.

P- y paradójicamente viene gente que se atiende en la parte privada. Y que se enteran que se está haciendo acá y como a veces las obras sociales no los cubren y si es privado es costoso entonces vienen y o hacen acá. El grupo pasado tuve a una persona que ya lo debe haber tenido en una clínica y que no faltaba nunca, nunca.

T.S.2- ¿cuánto dura?

P- bueno entre 6 o 7 encuentros, e... los martes de 9 a 11 la primer hora es trabajo con la fisioterapeuta, y la segunda hora la idea y el aporte de lo que se hizo sobre lo que históricamente se venía haciendo en el hospi, es que esto es un trabajo en equipo en realidad, hay un coordinador pero es un trabajo en equipo, varios son los profesionales que tienen que intervenir. Que pasa, e... los profesionales están muy ocupados con sus actividades en sus consultorios, con sus guardias, con sus consultas, entonces cuesta muchísimo organizar para que vengan. Muchísimo cuesta, o que parecía que iba a venir y después no viene. Por ejemplo la doctora que ustedes conocieron, amorosísima ideológicamente concordamos en un montón de cosas, es la persona ideal, pero bueno como es tan predispuesta para trabajar esta en varios lugares, hace cirugía, está en planificación, en alto riesgo, entonces tiene que estar muy bien coordinado para que ella pueda venir, pero contamos así con un grupo de personas de distintos servicios que como pueden están participando, ese espacio de la segunda hora yo trato de ocuparlo con esas personas de otros servicios, esos servicios son obstetricia y toco ginecología con la Dra., neonatología que habla de los primeros cuidados del bebé de las primeras atenciones de la crianza y o médico, después nutrición que tengo suerte porque hay unas residentes divinas, pero ahora no hay más residentes, asique son tres en nutrición, ayer por ejemplo encontré a una hacen un esfuerzo para ver como participar pero bueno, bueno e... fisioterapia que viene siempre y yo siempre, cuando ella no puede ocupo yo todo, bueno sabe venir la señora de vacunación tratamos de que venga gente a veces de otros pétalos por ejemplo el

de interculturalidad a veces trato que venga T.S.5 y tratamos de coordinar para que se hable más específicamente si no pueden venir hablo siempre de los derechos es algo que en el servicio ya está incorporado, quien me falta e... bueno es como o básico no.

N- ¿y en esa segunda hora como se trabaja? ¿Cada profesional va haciendo lo suyo?

P- si cada uno viene y va tiene, obviamente también que nos pasa con los profesionales, no puede ser cualquier profesional, hay que tener como una misma mirada acerca de las cosas hasta que la encontramos a Dra. hemos rotado por muchas obstetras por ejemplo que tienen una mirada como no una mirada una forma muy académica y no buscábamos cuestiones de clases magistrales, son cosas que se tienen que ir puliendo, y hay gente que no puede, y la Dra. bueno vieron como es entiende esa forma de interrelacionarse con la gente. No sé si me falta algún profesional más, también yo les quiero contar que hablamos mucho del grupo, pero la preparación integral para la maternidad no es solo el grupo, abarca más mucho más, este manual que sacaron ellos incluye todo lo que es pre concepcional, ... por ejemplo algo que está pendiente es un consultorio como de bienvenida que reciba a la paciente y ahí se hace y comienza ya toda la preparación para la maternidad, no es solo, y que es una mirada que tiene que atravesar a toda la gente que trabaja en la institución y no solamente al grupo, a enfermería hay una comisión de enfermería que también participa pero nunca nunca puede venir.

T.S- ¿y de nosotras quien está?

P- La T.S.3 está en la comisión, antes estaba la T.S.4 ahora la T.S.3. A mí me gusta antes hablaban un poco del tema de los derechos esa línea, bueno ahora esta T.S.5 en lo de interculturalidad específicamente con derechos por eso a veces viene ella. Verónica trabajaba mucho cuando nos reuníamos la comisión de maternidad segura y centrada en la familia, y el PIM y a veces venía como a dar toda la información más vale administrativa, es tanto la forma en que se pierde la gente acá entonces daba toda esa información que venía perfecto. Y bueno eso es más o menos.

N- ¿y hay así como alguna instancia de evaluación del PIM?

P- si ahora lo estamos por hacer, digamos antes de evaluaba o valoraba cuando hacíamos el cierre de las 15 personas que venían después de 7 encuentros ahí mismo se podía hacer una valoración de lo que era eso, ahora ya lo integramos un poco más y vamos a hacer una encuesta a ver una encuesta por cada uno de los encuentros, una para los que cumplieron

los 7 encuentros y una encuesta para el piso donde ya ampliamos más y ponemos en cuenta el tema de los derechos que ahí está X para que lo vea y quiere especificar algo más, que integramos a la gente que no hizo PIM, para las puérperas que están por ser dadas de alta, que llenen esa encuesta para poder tener indicadores reamente de cómo está la cosa con el cumplimiento de los derechos, si pudo estar acompañada en el parto si no pudo porque, si ella eligió que no si no le avisaron si no le permitieron, bueno eso va a arrojar datos interesantes tenemos un paneo de cómo estamos pero más allá de la percepción nuestra. Hace tiempo que tenemos planificada esta encuesta pero no se concreta, como decías vos T.S estoy muy sola con todo.

N- respecto a eso bueno teníamos una pregunta si existe alguna instancia de encuentro del grupo que conforma el PIM para ver todas estas cuestiones.

P- Bueno hay ciertas cosas que están ya, como es una actividad de tan larga data y que ha pertenecido siempre al servicio de salud mental, hay cosas que están claras que funcionan así que sabemos manejarlas, que yo nunca voy a decir bueno no no doy el grupo porque nadie de los demás viene, porque es una actividad como central en el servicio nuestro, pero algunas cosas si trato de transmitirles, si no nos podemos juntar todos ir hablando con unos con otros, a ver qué les parece, o de las encuestas o estoy socializando porque son la comisión lo vea y el jueves nos vamos a juntar pero está difícil hay algunos que vienen una vez a la semana al hospital, entonces es difícil, se una wpp siempre así pero falta, pero ahí vamos.

N- ¿volviendo a los talleres, las mujeres vienen acompañadas?

P- Si vienen acompañadas por la pareja mejor si no las adolescentes si no vienen con la pareja vienen con la mamá o con una amiga, todos pueden venir menos niños porque se complica, pero por ejemplo una vez vino una adolescente con la mamá y el papá, y vinieron los tres y si eso es algo con lo que hay que romper en la institución, la apertura hacia la pareja por ejemplo no existe, estamos hablando de MSCF y en el consultorio está quedando el varón ahí afuera y ese es todo un tema que estuvimos estudiando acá en el servicio de salud mental hemos hecho talleres con un resultado muy, realmente el hombre se siente totalmente excluido, cuando vienen acá y se sientan y no se imaginan que les vas a preguntar cosas a ellos, por ejemplo como se sienten en el embarazo y te dicen no yo vengo a acompañar a ella para que ella esté bien, pero le preguntas pero vos como te sentís y se quedan helados ahora una vez que engancharon están felices porque el sistema

siempre los está excluyendo, en todos lados hasta en ecografía, y eso es algo centra en MSCF, ustedes como verán los procesos son así las teorías van por un lado las prácticas por otro hasta que en algún momento se encuentran en la historia. Bueno este librito (PIM) yo se los voy a prestar si quieren para que vean eso si se los pido por favor porque no sé si hay más hay re pocos, no tienen nada tan extraño pero bueno les va a dar como una idea de lo que es hoy. Es más se llama y PIM y así lo nombramos pero yo siempre digo preparación integral para la maternidad y la paternidad, porque es así.

T.S- si tal cual pero viste que en estos espacios es como que ellos solo acompañan porque son cosas de mujeres está muy instalado. En las adolescentes por ejemplo cuando vienen acompañadas por los novios después de la entrevista con ellas yo los llamo a ellos.

P- es verdad a veces en determinados momentos está bueno tener espacios solos para las mujeres, también, pero uno lo va percibiendo a eso, cuando hay alguien que hay casos que vienen con los varones y que no se expresan libremente y que hasta hay algunas cuestiones, y bueno se pide entrevista a parte y se ve, pero hay otra parejas donde es fabuloso que participen os varones, los chicos jovencitos sobre todo, es hermoso.

T.S- eso ayudaría mucho a poder concretarse si se pudiese completar desde la parte medica apoyara esto.

P- Lo que falta es... cual sería la palabra, acá hay todavía buenas voluntades, entonces en cada servicio vos tenes afinidad con determinadas personas que ideológicamente trabajan como vos pero no es una cuestión centra bajada viste, que se yo es así, en todos los servicios, en obstetricia vos sabes con cual médico podés hablar, de neo también vos sabes quién más o menos y así en todos menos nosotros dos que tenemos mucha afinidad.

N- ¿hace cuánto que trabajas acá?

P- yo en el hospital hace 26 años y hace desde el 2001 que estoy específicamente en salud mental.

N- ¿y desde que se comenzó a plantear lo de MSCF has visto cambios?

P- si la verdad que si, si, si, si esto no es tampoco producto de las buenas voluntades que hay en la institución, o sea esto es un programa que viene instalado a un nivel con mucho peso, y así y todo hay resistencias todavía, pero viene bien, nación, ministerio, dirección, jefes, entonces hay un ayornamiento, hay cuestiones legales también, aunque sea por ahí va. Un largo camino pero esta, ejemplo la presencia de alguien en el parto antes era

impensado. Hoy vino una señora que tiene 8 hijos y dice no lo puedo creer yo tuve 9 hijos acá y nunca pude estar acompañada.

N- y esa cuestión como se trabajó porque pasar de impensable a posible es todo un tema.

P- eso específicamente eso creo que es una cuestión que tuvo peso porque es ley y porque digamos que los directivos y el ministerio y la gente que trabaja arriba lo marco con peso y fuerza, no es que la gente se re concientizo en un período corto, y también hubo mucho prejuicio profesional, uuy que va a entrar que se va a desmayar que lo vamos a tener que atender a él, que va a causar problemas y después cuando empezó a suceder se dieron cuenta que no que al contrario que a lo mejor “colabora más” como dicen ellos, y si porque al sentirse acompañada relajada, bien la mujer está mejor y eso es lo que les va a pasar ahora con la doulas, porque son una compañía para ese momento a ellos les va a servir “que no griten tanto” la adolescente si o si tiene que estar acompañada.

T.S- si es una obligación nosotras les decimos a las mamás que es su derecho que no necesitan nuestra autorización como le dicen los médicos, que ellas le tienen que decir al médico que tienen que pasar que un derecho. La importancia de que las vean de que sepan que pasa, a veces entran a la noche a la guardia y los familiares no saben anda hasta el otro día.

P- y nosotros todavía en casos especiales hacemos indicaciones desde salud mental de que en tal caso tiene que entrar la madre por ejemplo. Un poco es ver el caso a caso.

N- ¿y con eso se cumple?

P- para que vean la resistencia a veces esa indicación basta y otras tenemos que poner el sello de la dirección o del jefe de guardia hay todavía y mucho. Pero bueno hay que seguir.

N- ¿bueno, además del PIM desde salud mental que otros talleres se brindan?

P- El de ligadura, el de adolescentes que también ha tenido una baja importante, y está pensando ahora en volver también al caso a caso cuando viene a adolescente hacer, porque se planteó hacer en talleres los días jueves y al principio también venia un grupito y ahora ya no están viniendo, pero bueno eso se está viendo pero eso está bien derivado desde el consultorio de adolescencia pasan por ahí medio como que viste anda al laboratorio, anda acá, acá y después pasa por el servicio.

T.S- si eso yo les contaba pero el tema es que está muy fragmentado, nunca se reúnen con nosotras para ver como son los casos o que pasó, salvo nosotras. Después de allá que son las que las controlan todos los meses decir que viste que vieron nunca. Solo casos muy puntuales.

P- claro entre nosotras si, ya sabemos que si el pedido viene con un asterisco tenemos que ver el caso detenidamente que algo se está significando y ya no es para un jueves si no que Cande ya la cita para hablar y profundizar a ver qué está pasando. Hace una entrevista más profunda y ver de qué se trata.

T.S- ahí también juega lo que cada uno ve o se representa por ahí viene el asterisco marcado desde un consultorio y nosotras hablamos con Cande y ninguna vio nada. Capaz que era una familia numerosa y ese es el riesgo que ven los médicos.

P- eso también es un criterio. A veces si hay cosas graves que esta bueno esa instancia pero a veces no. A veces se enganchan las chicas y siguen con terapia está muy bueno

N- ¿y ahí en salud mental cuantos son?

P- somos para que cuente, 6, y venimos de lunes a viernes.

N- ¿y el tema de las demandas como llegan o como las toman? ¿Y se dividen por área?

P- si tenemos dividido por área a fines de organización pero todas hacemos todo en eso por ahí nos diferenciamos de las chicas (servicio social) que tienen el trabajo más dividido, nosotras no te digo que hasta veces los casos de psicoterapia individual cuando alguien se va de licencia se le deja dicho al paciente y eso que la psicoterapia es bien bien personal no, pero se le deja dicho al paciente mira me voy de licencia tantos días ella va a estar y demás, y en los grupos también Psicóloga1 da ligadura pero si no viene ella cualquiera de nosotras lo puede y lo sabe hacer. Si yo no vengo al grupo Psicóloga1 lo dio muchos años también lo hace o cualquiera de las chicas, y así con todo, es la modalidad de trabajo que todos hagan todos. Con adolescentes lo mismo, específicamente esta Cande pero si no está ella lo hago yo o cualquiera lo mismo con los padres de neo, no es... y nosotras atendemos en internado, en interconsulta, psicoterapia en consultorio ya sea por derivación o gente de afuera, y también atendemos varones, niños y niñas no, y después todo en trabajo grupal.

N- bueno estamos ya con las preguntas asique te agradecemos.

P- ya estamos, bueno después cuando estén los grupos ya trabajando van a poder venir a ver si quieren no hay problema.

Registro entrevista a neonatóloga a cargo del consultorio de seguimiento del recién nacido en riesgo 20 Mayo de 2015.

Se atienden pacientes prematuros (menos de 1 kilo y medio se los considera prematuros extremos hasta los 6 años se los atienden), y a bebés de 1 año mensualmente y 2 año trimestralmente después 1 vez al año. 50 a 60 niños entran por año.

Política de descentralización donde cada hospital maneja su presupuesto. La alimentación no se ve como una cuestión de primera necesidad, los prematuros no acceden a la leche especial que necesitan y por lo tanto dejan de ir a los controles médicos. Plantea que la gente que hace políticas de salud no sabe a la población que se atiende.

NODOSUR: instancia en la que articulan los dispensarios, hospital misericordia, hospital de niños, maternidad nacional y maternidad provincial para solucionar los problemas que se les presentan.

Hay alrededor de 5000 partos por año en la maternidad.

Plantea como faltas más grave, los centros de neurorehabilitación y la nutrición (falta de leche), expresa que muchas familias concurren al consultorio en busca de leche-alimentos para sus hijos, y al no poder responder desde la institución a esta demanda dejan de acudir a realizarles los controles a los bebés, esto tiene que ver con que muchas veces ese dinero que utilizan para llegar al hospital lo necesitan para poder comprar el alimento para sus hijos.

El consultorio de neonatología está conformado por dos médicas, una jefa, dos enfermeras, dos fonoaudiólogas, una kinesióloga, y el neumólogo, oftalmólogo y el neurólogo vienen cada 15 días y 1 vez por semana el cardiólogo.

Registro entrevista a trabajadora social encargada del área de adolescencia 29 de Mayo de 2015.

El programa es transversal a todas las intervenciones porque trata de los derechos de las mujeres y de sus familias. El Te Escucho actualmente es uno de los pétalos del MSCF pero no empezó con este. Empezó con UNICEF en 2009 y en 2011 lo integra MSCF. Toma el libro de MSCF y nos comenta cómo funcionan los pasos y los ejes que propone.

“El MSCF es una posición filosófica, es un paradigma de poder integrar a la familia a la atención a la salud y difundir los derechos de los pacientes”.

La importancia del fortalecimiento de otras iniciativas de participación, con enfoque de derechos.

Es algo que involucra a toda la institución, todos tienen que adherir y trabajar en función de... para que funcione. Es un cambio cultural. Los médicos se resisten mucho a esta idea de yo tengo derecho, se quejaban de cómo iban a informar primero a los pacientes sobre el MSCF cuando ellos no estaban interiorizados, pero ellos tampoco van a las capacitaciones, entonces esa herramienta para defenderse ya no sirve. Los jefes firmaban que iban a asistir y no van. Ellos creen que al incorporar a la familia pierden lugar. Cuando se puede complementar perfecto.

Sobre interculturalidad: fue peor la barrera, de a poco se agregaron cortinas en el pre parto y se deja pasar a alguien para las adolescentes sobre todo. Ha habido sanciones cuando los médicos no han dejado entrar y la enfermera si, sanciones para la enfermera.

La capacitación a los residentes sobre el MSCF es un grave problema. Cuando vas al piso ves cómo ha sido la guardia, cuando no han respetado ningún derecho. El tema de la violencia obstétrica es un tema a tratar este año pero se resisten mucho. Los cambios no se dan de un día para otro.

En las capacitaciones de violencia obstétrica, aborto pero ellos no van. Hay que ver como se hace para que no se le haga un epicio o canalice una paciente por rutina.

El bebé nace y hasta que le cortan el cordón se lo dan a la mamá pero como no está enfrente se lo llevan, lo ideal es que lo hagan cerca de la mamá, después la bajan al piso a ella y el bebé queda esperando, por ahí pasan horas hasta que los dejan juntos en la sala. Lo ideal es que ella salga con el bebé de la sala de parto pero no se logra.

A las adolescentes hay que darles herramientas para que sean auto determinantes, no tiene herramientas para poder defenderse,

“Una adolescente fue y denunció, ella ya en internación le preguntaba el nombre y el apellido al médico y él decía ¿por qué te lo voy a decir?, y ella le decía ¿y por qué usted tiene que saber el mío? Y usted no me va a decir el suyo si me está atendiendo”. Denunció a una de las guardias.

INTERCULTURALIDAD: en 2012 se agrega a MSCF. En el hospital no hay una gran población de inmigrantes. Lo central era que estas mujeres seguían con sus partos domiciliarios porque no querían la atención hospitalaria por eso estos son los que se tiene

que adaptar. “tenemos que adaptarnos a la cultura de ellos por lo tanto 0 violencia obstétrica, cosa que nosotros tenemos al revés”.

En obstetricia las dejan transitar el parto normal, pero esta la limitación cultural y “te llaman a vos para como dicen ellos hagás de traductora” “hay que ir a explicarle a esta mamá como cuidar a su hijo, a mí no me entiende”

Los médicos tienen como un protocolo, no hay historia clínica de un ingreso que diga una cosa distinta. Han tratado de trabajar capacitando de a 3 o 4 profesionales.

“(…) en una de las capacitaciones en sala de médicos una me dijo una vez, mira si va a decidir el paciente si es conveniente que vaya a cesárea o no, yo tengo que decidir, a lo que le respondí, puede ser necesario pero tenés que explicárselo no a la omnipotencia de yo soy el que decide”

Este proyecto de MSCF termina el 30 de mayo y se instala como programa provincial. UNICEF va a realizar una medición de impacto este año.

Anexo 3: Registros de participación en talleres realizados en diferentes espacios institucionales.

Registro de Taller de Ligadura Tubaria 29 de Abril de 2015.

El taller tuvo lugar en el salón del área de Salud Mental, y se dio comienzo del mismo a las 9:30 horas.

Como coordinadoras del taller esta una trabajadora social, y una psicóloga del área de salud mental. Concurrieron 8 mujeres, de las cuales 7 estaban embarazadas.

Se dio comienzo comentando sobre que trata la ley 9344, sobre lo que implica la ligadura tubaria, se dio información de todos los métodos anticonceptivos, y la diferencia que existe entre estos métodos y la ligadura tubaria.

Se informó que ésta tiene 2 cuestiones de gran importancia que la distingue de los demás métodos anticonceptivos, por un lado que es una cirugía y por otro que no es reversible, salvo que se cuente con el capital económico suficiente para realizarse una fertilización in vitro.

Luego de esta introducción se les pidió a las mujeres algunos datos personales, como el nombre, lugar de residencia, número de historia clínica, la cantidad de embarazos y edad.

1º mujer: es del interior de Córdoba, tiene 44 años, tuvo 2 embarazos un parto y una cesárea. Plantea que las pastillas anticonceptivas le hacen mal, que los cambios hormonales la afecten negativamente, a lo que el médico que la atiende le recomendó la ligadura de trompas. La psicóloga le plantea por qué no usar otro método anticonceptivo como el de la varilla, a lo que plantea su desconocimiento sobre este método de anticoncepción. La psicóloga la pone en duda por su edad y le plantea para que se va a someter a una cirugía estando tan cerca de la menopausia.

2º mujer: es del interior de Córdoba, tiene 24 años, este es su tercer embarazo, tuvo una cesárea y un parto normal. Antes de quedar embarazada tomaba pastillas anticonceptivas, pero por decisión propia realizó un descanso de las mismas y en ese descanso quedo embarazada. Plantea que desde el 2º embarazo que está decidida a ligarse las trompas.

3° mujer: es de Córdoba, tiene 35 años y es el 3° embarazo por el que está pasando, tuvo 2 partos normales anteriormente. Consultó cuantos días tenían que quedar internadas por la operación.

4° mujer: es de Córdoba, tiene 42 años, es su 5° embarazo, tuvo 4 partos normales. Plantea que la decisión de ligarse las trompas la tomó con el marido. Que el año pasado por problemas de tensión le hicieron dejar las pastillas, cuando las dejó se les informó de los otros métodos de anticoncepción que podía utilizar. El marido comenzó a utilizar preservativo, pero al no utilizarlo con regularidad en todas sus relaciones sexuales, quedó embarazada. Esto dio lugar a que las coordinadoras del taller hagan una pausa para explicar sobre el correcto uso del preservativo. Por último esta mujer finaliza con “Mis hijos están grandes, tengo dos chiquitos, soy abuela y ahora voy a tener un bebé” (frase utilizada como haciendo hincapié de porque toma la decisión de ligarse las trompas).

5° mujer: es de Córdoba, tiene 34 años y está pasando por el 6° embarazo, tuvo 5 partos normales. Hace 7 años ya participó de esta instancia, pero al momento de realizarse la cirugía se arrepintió porque una sobrina de ella estuvo 2 meses internada por esa operación, por lo que le generó temor.

6° mujer: del interior de Córdoba, tiene 39 años es el 5° embarazo, tuvo 1 parto y 3 cesáreas.

7° mujer: es de Córdoba, tiene 35 años, es el 7° embarazo, tuvo 6 cesáreas.

8° mujer: es de Córdoba, tiene 35 años, es el 4° embarazo, tuvo 2 cesáreas y un aborto espontáneo. Y plantea su miedo en cuanto a que le han dicho que el post operación es muy doloroso.

Luego de estas presentaciones, una de las mujeres plantea cierto temor a operarse en el Hospital Provincial Materno Infantil, ya que conocía de una señora que luego de una cesárea tuvo una infección muy grande porque los médicos se habían olvidado una gasa adentro. La psicóloga y ts le comentaron que no habían escuchado de la existencia de ese caso y que muchas veces la información se tergiversa.

El siguiente momento del taller lo dictó la trabajadora social, y en este se mostró, a través de una lámina, cómo es la operación de la ligadura de trompas, también se aprovecha esta instancia para recordarles que más allá de realizarse esta operación deben continuar realizándose los estudios de PAP, colonoscopia, y para las mayores de 40 años o

para las que tienen antecedentes de cáncer de mamá, la realización de mamografía. También se da lugar para que las mujeres se saquen muchas de las dudas que tiene, por lo que hablan de los mitos que hay en torno a la operación y al post operación. Por último se habla de las cuestiones de género, de los derechos que tiene la mujer a decidir no quedar embarazada y a la responsabilidad mutua que hay en esto, o sea, tanto del hombre como la mujer. Y como parte de esto se les informa que en el Hospital Misericordia se realizan vasectomías gratuitas y que es un procedimiento mucho más sencillo que el de la ligadura de trompa, a lo que una de las mujeres comenta “no es fácil tratar estos temas con los hombres”.

Como última instancia la T.S realiza un informe social de cada una de las mujeres que participa en este taller. Estos informes se realizan a partir de una entrevista privada con cada una de las mujeres en el área de servicio social.

Registro de taller de PIM 19 Mayo 2015.

El taller comienza a las 9 de la mañana, hay 5 participantes y la fisioterapeuta que se encarga de la preparación física. Ésta le plantea a modo de introducción “que no gasten energías gritando, porque después pierden fuerzas” y que caminen media hora por día que “el embarazo no es una enfermedad”. Luego comienza con una serie de ejercicios de respiración y les comenta nuevamente la importancia de hacer alguna actividad física.

Ya que era la semana de parto respetado se había planificado una actividad a realizar, primeramente nos dirigimos al pasillo de espera de los consultorios externos ya que la intención era captar la atención de otras embarazadas para que se sumen al taller. Esperamos alrededor de 15 minutos, nos dirigimos nuevamente al salón de salud mental. Ahí se suman las practicantes de enfermería, la psicóloga encargada de dar el taller, nuestra referente institucional, residente y pasante de trabajo social, y la sub-jefa de enfermería.

El taller consistía en realizar un análisis de la ley de parto respetado, se usaba un lenguaje muy técnico, sacaban fotos. Durante el análisis de la ley se tenía una mirada muy contradictoria, ya que se leían los derechos de las mujeres contemplados por la ley, pero a la vez se utilizaban frases como “derecho pero hasta ahí”, “tener buena onda con el profesional” haciendo alusión que si no sería peor el trato que recibirían. También se avalan técnicas como la dilatación manual.

Una de las mujeres pregunta respecto a dos temas, el primero referido a cómo era el tema del tacto, y se le respondió que no más de 2 personas se lo pueden realizar (el residente primeramente y si tiene alguna duda consultaría con el jefe) y cada 2 horas. Lo segundo que pregunto es respecto al acompañamiento, y le contestaron que en el momento del parto puede estar acompañada por quien lo desee, pero en el pre-parto no. Se trataron de instalar cortinas que permitieran a las mujeres estar acompañadas en el trabajo de parto pero estas no se usan, ya que resultaron molestas tanto para los médicos como para las mujeres, no tienen caño redondo por lo que tampoco están diseñadas para responder a la necesidad con las que se las instalo ahí. Sin embargo la subjefa de enfermería plantea que se está permitiendo el ingreso de acompañantes a la sala de pre-parto, pero no se puede permitir su permanencia por la intimidad de las otras mujeres.

En la Maternidad cuando nace el bebé se lo pone en el pecho materno antes de cortar el cordón umbilical.

Por último se visualiza que en los controles de embarazo no se les informa sobre sus derechos, ni sobre la lactancia materna. “Los profesionales no tienen tiempo” es la respuesta a esto.

Finaliza a las 11:15 hs (6 mujeres embarazadas, 10 estudiantes de enfermería, 2 ts, 1 fisioterapeuta, 2 psicólogas y la subjefa de enfermería)

Anexo 4: Registros realizados en la secc. Servicio Social

Registro de charla sobre intervención del TS en adolescencia y neonatología 11 Mayo 2015.

Cuando llegamos se pactó entrevista con trabajadora social que participa en la comisión de adolescencia y en la comisión de interculturalidad.

Posteriormente la t.s no comento sobre el consultorio de adolescencia, nos mostró un informe social el cual está compuesto por datos personales, hábitat, dimensión social (si va a la escuela, donde vive, con quien, hacinamiento, datos de la familia), dimensión cultural simbólica, salud sexual, y a lo último tiene un apartado de sugerencias. Cuando se considera necesario se acuerda una nueva entrevista, a la cual se la trata de hacer coincidir con el día de control de embarazo, y en determinados situaciones se habla y coordina con salud mental.

La T.S nos comenta que en el informe social que va en la historia clínica se trata de poner lo básico, ya que hay cuestiones que los médicos después malinterpretan. Las órdenes médicas de derivación, cuando ven algo sobre lo que hay que indagar un poco más o notan algo “raro”, le ponen al lado de servicio social un asterisco.

En servicio social hay una trabajadora social que está a cargo de neonatología, la misma esta de licencia por maternidad, por lo que otras dos T.s están reemplazándola.

En neonatología están los recién nacidos hasta los 45 días máximo, y los únicos que se atienden hasta un tiempo después son los prematuros que necesitan algún cuidado especial, esto se da a partir de los lineamientos del Programa de Maternidad e Infancia de Seguimiento al Prematuro por parte del consultorio externo de neonatología. Tienen un 3º nivel de alta complejidad y atienden distintas patologías, los prematuros están hasta el año y luego son derivados al Hospital del Niño. Está compuesto por los jefes, los médicos de planta y los residentes, hay una jerarquía muy fuerte entre estos y utilizan a las demás disciplinas como auxiliares.

El área de neonatología tiene la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la cual es una unidad de cuidados intermedios, como casos de hidrocefalia, se divide en A, B, D que son las salas donde están las incubadoras, y la sala C es la de pre-alta. Luego está la Unidad de Terapia Intensiva, que se divide en 1, 2, 3 y 4, es donde están los casos más graves (prematuros, nacimientos con cardiopatías, malformaciones, dificultades respiratorias), serían los casos que requieren cirugía.

Para reforzar el vínculo madre-niño se pasa a la habitación 214, solo las madres pueden quedarse internadas con el bebé y en este espacio hay una enfermera permanente para el vínculo madre-hijo. En la UCI las madres y padres tienen ingreso irrestricto y hay horarios de visita para otros familiares. En la UTI solo la madre.

Los consultorios externos son de neonatólogos, pediatras, y un consultorio de rehabilitación compuesto por un fisioterapeuta y un fonoaudiólogo. Estos se encargan del seguimiento de prematuros y bebés hasta los 45 días. También entregan pañales, leche, o reciben donaciones que se encargan ellos de repartir. Los consultorios externos no hacen ninguna demanda al servicio social, lo cual constituye un problema. Otro problema que surge tiene que ver con que la historia clínica de la madre va separada de la historia clínica del bebé, no existe la historia clínica familiar.

El servicio social trabaja fortaleciendo el vínculo madre-niño, pero se plantea un problema de comunicación entre los distintos niveles. Por ahí ya hay un trabajo con alguna madre o se está realizando un seguimiento, pero desde neonatología no están enterados y piden una nueva intervención. Nuevamente se plantea la idea de ser lo más precisos posibles en el informe social, nos cuenta que en un informe habían puesto los distintos apellidos de los hijos de una mujer por lo que el médico interpretaba que no se iba a poder hacer cargo la madre del cuidado de su bebé.

La trabajadora social nos comenta que los médicos vienen a demandar nuestra intervención según lo que ellos consideran que se debe hacer, así nos comenta una frase de una neonatóloga “la madre no atiende a su hijo, hace dos días que no va a verlo a neo, hay que llamar a la SENAF”, y resulta que la madre estaba internada en el mismo hospital, o va de tarde a visitarlo al bebé y los médicos no la ven o no se registra la visita.

Demandas al Servicio desde esta área

- Si se tiene que hacer algún estudio, luego de haber agotado todas las instancias públicas, se acude a servicio social. (No funciona así)
- Si tiene que ser derivado a Buenos Aires
- Reforzar pautas de cuidado, por lo que se acuerda una entrevista con la madre.

A los prematuros si o si se entrevista a la madre, para reforzar las pautas de cuidado.

Desde el equipo médico se plantea una mirada medica extrema donde o se los criminaliza, o se tiene lastima justificando hacer cualquier cosa por lastima.

Anexo 5: Instrumento implementado en sala de espera (encuesta).

- Instrumento implementado en sala de espera (encuesta) durante el mes de julio

CONSENTIMIENTO.

Somos Pilar Russo y Eugenia Alvarez, estudiantes de la carrera de Trabajo Social y estamos realizando nuestra práctica pre profesional. Nos interesa conocer su opinión sobre cómo se sintió usted durante el parto y la atención recibida en esta institución.

La encuesta es anónima y voluntaria. Da usted el consentimiento para realizar encuesta que contiene 9 preguntas. Se mantendrá en reserva su identidad y los datos son confidenciales.

Encuesta a mujeres que hayan tenido al menos un hijo en la Maternidad.

1. ¿Cuándo fue tu último parto? ¿Dónde?
2. ¿Los controles de embarazo fueron realizados en el Hospital Materno Provincial?
SI -NO
3. ¿Estuviste acompañada durante el trabajo de parto por tu pareja o algún familiar o amigo?
SI -NO
4. ¿En el parto estuvo tu pareja o algún familiar o amigo?
SI -NO
5. ¿Te realizaron alguno de estos procedimientos médicos, sin haberte preguntado antes?
Rasurado
Enema
Indicación de permaneces todo el tiempo acostada
Rotura artificial de bolsa
Administración de goteo para apurar el parto
Tactos vaginales reiterados y realizados por varias personas
Compresión del abdomen en el momento de los pujos
Episiotomía

Cesárea

Raspaje de útero sin anestesia

Te inmovilizaron las piernas

6. ¿Qué opinas sobre el trato del equipo de salud en ese momento?

Me dieron seguridad

Me hicieron sentir insegura

Me hicieron sentir acompañada

Me hicieron sentir miedo

Ni bien, ni mal

7. ¿Quiénes estaban presentes durante el parto?

Mi médico

Enfermero

Otros profesionales que no conocía

8. ¿Tuviste contacto inmediato con tu hijo/a?

SI -NO

9. ¿Se te informó durante los controles de embarazo o en otros lugares los derechos que tenemos las mujeres al momento de parir?

SI -NO

Anexo 6: Proyecto con actividades para trabajar en los diferentes espacios presentado al Servicio Social del HMP

Talleres sobre Maternidad Segura y

Centrada en la Familia.

Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe

Luccini.



Alvarez Eugenia.

Russo Pilar.

Septiembre-Noviembre de 2015.

Fundamentación.

Durante los meses de junio y julio, del corriente año, llevamos a cabo un diagnóstico de situación en el Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Luccini, el mismo se realizó a partir de 30 encuestas realizadas a usuarias del servicio que habían tenido a sus hijos en dicho hospital en los últimos 3 años. La encuesta contenía preguntas referidas a cómo se habían sentido en el momento del parto, si conocían o no sus derechos, si habían podido estar acompañadas durante el parto, entre otras.

Luego de sistematizar y analizar las encuestas pudimos visualizar que existe una naturalización y legitimación de ciertas prácticas realizadas por el equipo de salud durante el trabajo de parto, parto y postparto, como el abuso de medicalización, trato despersonalizado, invasión a la intimidad, que no son visualizadas como tales por parte de las mujeres, entendiéndolas a estas como procedimientos rutinarios y de este modo no contemplan estas situaciones como una vulneración a sus derechos.

Por su parte el programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia, al cual adhiere el Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Luccini, propone una cultura organizacional que reconoce a los padres y a las familias, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido, definiendo la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte del equipo de salud; promueve la participación del padre, la familia y la comunidad en la protección de la mujer y el recién nacido e implementa prácticas seguras y de probada efectividad.

En la misma línea en 2004 se promulga la Ley Nacional n° 25.929 de “Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento”, donde se establecen los derechos de la mujer en el proceso de embarazo, trabajo de parto, parto y postparto, de los padres y del recién nacido. A 11 años de su promulgación la misma aún no se encuentra reglamentada.

Como plantea Zamberlin Nina (s/f) para el efectivo cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos es necesaria la implementación eficaz de políticas públicas orientadas a reducir las brechas de género y las sociales en el acceso a información y servicios de salud reproductiva.

Es a partir de lo antes mencionado y principalmente del diagnóstico realizado que consideramos fundamental trabajar con las usuarias del servicio sobre los derechos que expone la Ley Nacional n° 25.929 y los principios que rigen el programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia, con la intención de desnaturalizar prácticas institucionalizadas que no son respetuosas de los tiempos biológicos de las mujeres ni de sus derechos.

Objetivo General:

- Promover los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el momento del embarazo, trabajo de parto, parto y postparto.

Objetivos Específicos:

- Brindar información y asesoramiento sobre los lineamientos que establece el Programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia y los derechos que se exponen en la Ley Nacional n° 25.959.
- Incentivar la asunción de un rol activo y protagónico en las mujeres en el proceso de embarazo y parto.

Descripción

Para lograr estos objetivos realizaremos diferentes actividades en 3 espacios del Hospital Materno Provincial “Dr. Raúl Felipe Luccini”.

El primer espacio definido para la intervención es la sala de espera, consideramos propicio este lugar para trabajar la temática de derechos sexuales y reproductivos durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio con las mujeres embarazadas que están aguardando para ser atendidas en los consultorios de ginecología y obstetricia. Dicho espacio presenta algunas limitaciones como la constante circulación de personas, la infraestructura propia de esta sala de espera, y el hecho de que las mujeres pueden ser llamadas para acceder a su consulta médica. Es por estas cuestiones que la intervención debe ser de corta duración.

En la Residencia para Madres se encuentran residiendo mujeres que ya han pasado por la experiencia de parto y tienen a sus hijos internados en neonatología. Aquí se puede abordar la misma temática desde otro enfoque, trabajando desde las experiencias vividas de las mujeres y la vulneración o no de sus derechos sexuales y reproductivos en el momento del parto.

Por último el espacio de Preparación Integral para la Maternidad (PIM) se basa en un conjunto de talleres llevados a cabo indisciplinadamente que tiene como fin “reducir la magnitud de los temores frente al parto, no sólo a través de la transmisión de conocimientos sobre el proceso de la reproducción, sino también con una actitud profesional que respete la autoestima y autonomía de cada persona, creando un clima cálido, garantizando la confidencialidad, el respeto por el cuerpo, facilitando la

participación de la pareja y la familia” (Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios- Preparación integral para la maternidad. 2005). Consideramos que insertarnos en este espacio desde la promoción de los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio contribuirá a este fin que se propone el PIM.

Actividad n° 1.

Para lograr estos objetivos se realizarán talleres participativos con la coordinación de ambas estudiantes en la sala de espera de obstetricia y ginecología del Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Luccini. En los mismos se trabajará con grupos de entre 5 y 8 mujeres, realizándose una actividad lúdica que consiste en la entrega de cartillas, algunas con mitos y otras con realidades sobre el momento del trabajo de parto, parto y postparto, para luego realizar una puesta en común sobre cada una de ellas exponiendo si su contenido es verdadero o falso, y fundamentando dicha respuesta.

Al finalizar la actividad se reflexionara en torno a los contenidos de las cartillas con el fin de que las mujeres conozcan y puedan apropiarse de los derechos que tienen, pasa de ese modo poder asumir un rol protagónico durante el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto. Por último se entregara folletería realizada por nosotras que contiene información sobre los derechos que tienen las mujeres a estar acompañadas en el trabajo de parto, parto y postparto por la persona que ellas elijan, a recibir información sobre su estado de salud y el de su hijo/a, sobre los procedimientos que se le realizan, sobre los beneficios de la lactancia materna, entre otros.

Posteriormente habrá un momento de registro del encuentro que servirá de insumo para la evaluación de la intervención.

Población destinataria.

Los talleres están dirigidos a mujeres embarazadas que se encuentran en la sala de espera de obstetricia del HMP y tendrá como beneficiarios indirectos a toda aquella persona que se encuentre allí y les interese participar.

Cronograma.

Los talleres comenzarán la tercera semana de Septiembre del corriente año, hasta fines de Octubre. Se llevaran a cabo 7 encuentros con una duración aproximada de 15 minutos, realizándose una vez por semana, un día hábil de la misma, entre las 11:30 hs y las 13:00 hs.

Evaluación.

El equipo coordinador realizara una evaluación al finalizar cada taller teniendo en consideración los siguientes ejes:

- la participación de las mujeres, sus opiniones, dudas, y respuesta a la actividad propuesta.
- nuestro rol de coordinadoras.
- sugerencias para el próximo taller elaborado conjuntamente con la referente institucional.

Actividad n° 2.

Para llevar a cabo los objetivos propuestos se realizarán dos talleres participativos en la residencia para madres del Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Luccini.

Se iniciará el taller con una dinámica de presentación “Nombre y algo más” con las mujeres que estén en la residencia y con aquellos familiares que estén presentes y estén interesados, la misma consiste en que cada uno/a se presente por su nombre y comente algo que la represente. Posteriormente se propondrá conformar, dependiendo la cantidad de mujeres, uno o dos grupos, en los cuales se trabajará en torno a las experiencias vividas en el momento del parto, teniendo de referencia principalmente estos tres ejes, cómo fue el trato recibido por el equipo de salud, si se les fue informando sobre los procedimientos que realizaban y si pudo estar acompañada durante el parto, luego se escribirán en un afiche las diferentes experiencias.

Al finalizar esta actividad se hará una breve introducción sobre el Programa “Maternidad Segura y Centrada en la Familia” y su implementación en el HMP, continuando con la reproducción de dos videos relacionados con el tema, uno elaborado por la agrupación “Las Casildas” que expone experiencias de parto de diferentes mujeres y el otro por UNICEF, donde se explican algunos derechos que tienen las mujeres en el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto.

A continuación se abrirá un espacio de debate donde las mujeres puedan reflexionar, exponer y comparar sus experiencias vividas con lo que se observó en ambos videos y se ampliará sobre los contenidos de las Ley Nacional n° 25.929 y el Programa “Maternidad Segura y Centrada en la Familia”.

Para el cierre del taller se repartirá folletería realizada por nosotras con los derechos que establece la Ley Nacional N° 25.929 y se realizará una breve encuesta que nos permitirá evaluar el taller.

Población destinataria.

Los talleres están dirigidos a las mujeres que se encuentran en la residencia para madres que tienen a sus hijos/as o a algún familiar internado en el hospital.

Cronograma.

Los talleres están previstos para los meses de Septiembre-Noviembre del corriente año, realizándose uno en septiembre y otro en noviembre. Se llevaran a cabo entre las 14:00 hs y las 16:00 hs horario donde las mujeres tienen tiempo libre. Tendrán una duración de aproximadamente 1 hs. 45 min.

Evaluación.

El equipo coordinador realizará una evaluación al finalizar cada taller teniendo en consideración los siguientes ejes:

- la participación de las usuarias, dudas, preguntas en relación a los contenidos trabajados.
- nuestro rol de coordinadoras, pertinencia, respuesta a dudas.

Se utilizara una encuesta donde las mujeres podrán expresar, exponer diferentes opiniones sobre el taller, y nos posibilitará evaluar sí los contenidos abordados fueron comprendidos, permitiéndonos hacer ajustes para realizar el segundo taller.

Encuesta.

CONSENTIMIENTO.

Somos Pilar Russo y Eugenia Alvarez, estudiantes de la carrera de Trabajo Social y estamos realizando nuestra práctica pre profesional. Nos interesa conocer su opinión sobre el taller realizado, y sobre su experiencia de parto.

La encuesta es anónima y voluntaria. Da usted el consentimiento para realizar la encuesta. Se mantendrá en reserva su identidad y los datos son confidenciales.

Encuesta a mujeres que hayan participado del taller en la residencia para madres.

1. ¿Qué opinión tiene usted sobre el taller realizado?

- Muy interesante
- Interesante
- Poco interesante

NOS INTERESA SU OPINIÓN
.....
.....
.....

2. ¿Cuáles de los siguientes derechos NO conocía? (marque con una X aquellos que NO conocía).

- Ser informada sobre las diferentes intervenciones médicas que le realizan.
- Ser tratada con respeto.
- Al parto natural respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos
- Ser informada tanto usted como su familia sobre la evolución de su parto y el estado de salud de su hijo/a
- Que no pueden realizarle ningún examen para una investigación sin su aprobación
- Estar acompañada durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- Ser informada desde el embarazo sobre los beneficios de la lactancia materna
- Recibir información clara y continua sobre la evolución de la salud de su hijo/a
- Poder ver a su hijo siempre que quiera mientras la situación clínica lo permita.
- Recibir asesoramiento sobre los cuidados especiales del niño o niña

3. ¿Estuvo acompañada durante el parto por su pareja o algún familiar o amigo?

Sí No

4. A partir de lo trabajado en el taller ¿cree que el equipo de salud respeta sus derechos?

Si

No

Algunos ¿cuáles?.....

Actividad n° 3

En el espacio de Preparación Integral para la Maternidad (PIM) se realizará un taller participativo con las mujeres que acuden a éste.

Para comenzar se hará una introducción de lo que se trabajará en el taller, seguido por la presentación de cada una de las participantes.

En un segundo momento se llevará a cabo la dinámica llamada “La Caja Caliente”, en la cual se trabajará con una caja que contiene tarjetas con mitos y verdades en torno al momento del parto y puerperio. Se les pedirá a las mujeres formar una ronda, y al ritmo de la música se comenzará a girar la caja, cuando la música pare la mujer que tenga en sus manos la caja deberá leer una de las tarjetas y exponer si cree que su contenido corresponde a un mito o a una verdad, debatiéndose al respecto. Las cartillas se irán

pegando en dos afiches “Verdades” o “Mitos”, y se retomará la actividad hasta trabajar todas las tarjetas que están dentro de la caja.

Para el cierre del taller se brindara información sobre los derechos que expone la Ley Nacional 25.929 y el programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia, y se repetirá folletería elaborada por nosotras.

Población destinaria

El taller está dirigido a las mujeres que participan del espacio de Preparación Integral para la Maternidad del Hospital Materno Provincial “Dr. Raúl Felipe Luccini”.

Cronograma

El taller será realizado un martes del mes de Octubre del corriente año en el horario de 10 a 11hs. El tiempo previsto para realizar el taller es de 1 hora. Se espera confirmación de la fecha exacta por parte de la coordinadora del espacio PIM.

Evaluación

El equipo coordinador realizará una evaluación al finalizar el taller teniendo en consideración los siguientes ejes:

- la participación de las mujeres, dudas, preguntas e interés en relación a los contenidos trabajados.
- nuestro rol de coordinadoras, pertinencia, respuesta a dudas.

Se les realizara algunas preguntas sobre el taller a las mujeres con el fin de utilizarlas como insumo para una evaluación final: ¿Qué le pareció el taller, le resulto interesante, tiene alguna sugerencia para hacernos? ¿Desconocía algo de lo que se trabajó en el taller?.

Encuesta.

CONSENTIMIENTO.

Somos Pilar Russo y Eugenia Alvarez, estudiantes de la carrera de Trabajo Social y estamos realizando nuestra práctica pre profesional. Nos interesa conocer su opinión sobre el taller realizado.

La encuesta es anónima y voluntaria. Da usted el consentimiento para realizar la encuesta. Se mantendrá en reserva su identidad y los datos son confidenciales.

Encuesta a mujeres que hayan participado del taller en la residencia para madres.

1. ¿Qué opinión tiene usted sobre el taller realizado?

-Muy interesante

-Interesante

-Poco interesante

NOS INTERESA SU OPINIÓN

.....

.....

.....

2. ¿Cuáles de los siguientes derechos NO conocía? (marque con una X aquellos que NO conocía).

-Ser informada sobre las diferentes intervenciones médicas que le realizan.

-Ser tratada con respeto.

-Al parto natural respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos

-Ser informada tanto usted como su familia sobre la evolución de su parto y el estado de salud de su hijo/a

-Que no pueden realizarle ningún examen para una investigación sin su aprobación

- Estar acompañada durante el trabajo de parto, parto y postparto.

- Ser informada desde el embarazo sobre los beneficios de la lactancia materna

- Recibir información clara y continua sobre la evolución de la salud de su hijo/a

- Poder ver a su hijo siempre que quiera mientras la situación clínica lo permita.

- Recibir asesoramiento sobre los cuidados especiales del niño o niña

3. ¿Qué cuestiones le gustaría que se trabaje en próximos talleres?

.....

.....

.....

Anexo 7: instructivo para realizar una denuncia por violencia obstétrica sufrida en una institución de atención de la salud.

PRESENTACIÓN:

El objetivo de esta denuncia es lograr que la dirección de la institución de salud donde se realizaron los actos de violencia hacia usted y su familia conozca los hechos y pueda intervenir en su sanción y prevención futura. La carta ofrece un espacio para que Ud. relate los hechos de violencia sufridos, así como un listado de los derechos que están reconocidos por la legislación vigente. Según los hechos que usted haya vivido, deberá señalar los derechos que Ud. considere que no fueron respetados, borrando los que crea que sí se cumplieron.

Asimismo, la carta habilita la solicitud de una serie de medidas que consideramos importantes para ayudar a resolver su reclamo. Siéntase libre de realizar las modificaciones y agregados que Ud. considere necesarios. En caso de que la presentación de la carta motive la realización de una reunión, recomendamos asistir a la misma acompañada por una persona que se encuentre al tanto de la situación y pueda apoyarla en la defensa de su reclamo (por ejemplo, algún/a representante de asociaciones dedicadas a la defensa del parto respetado y los derechos de las mujeres).

Sugerimos que la CARTA de denuncia sea acompañada por otras dos denuncias ante el INADI (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo) y la Defensoría del pueblo, para darle a su reclamo mayor difusión y apoyo institucional. La presentación de estas denuncias puede realizarse personalmente o por correo postal. Para mayor información acerca de la manera en que intervienen el INADI y la Defensoría del Pueblo, puede visitar sus páginas web: <http://inadi.gob.ar/asistencia/> y <http://www.dpn.gob.ar/main.php?cnt=51>

Guarde una copia de todas las cartas presentadas, así como de las respuestas que reciba por parte de la institución. En caso de no recibir contestación alguna después de los diez días hábiles de presentada la carta, deberá enviar otras notas pidiendo una respuesta. Conserve también una copia de estas notas.

Existe la posibilidad de que esta denuncia no sea atendida por las autoridades de la institución de salud. Pero debe saber que aun así, su denuncia contribuye a poner en conocimiento de las autoridades los hechos de violencia vividos por Ud. y visibilizar la gravedad de estas prácticas.

Es por esta razón que la contribución que Ud. pueda realizar con su denuncia es muy importante. Recuerde que no está sola y que muchas personas trabajan diariamente para erradicar la violencia obstétrica y todas las formas de violencia hacia las mujeres.

INSTRUCCIONES PARA REALIZAR LA DENUNCIA:

- 1- Complete la CARTA DE DENUNCIA PARA LA INSTITUCIÓN siguiendo las instrucciones en rojo.
- 2- Imprima DOS COPIAS de la carta y fírmelas.
- 3- Entregue las cartas en la Mesa de Entradas de la institución de salud donde desea realizar la denuncia. Asegúrese de que le devuelvan UNA COPIA SELLADA Y FIRMADA CON FECHA, certificando su recepción.
- 4- Realice DOS FOTOCOPIAS de la Carta de denuncia para la institución sellada y firmada. Deberá adjuntar una copia de esta carta a las notas de denuncia para el INADI y para la Defensoría del Pueblo.
- 5- Complete y firme el FORMULARIO DE DENUNCIA DEL INADI. Adjunte al formulario una copia de la Carta de denuncia presentada en la institución de salud.
- 6- Entregue personalmente o envíe por correo la carta al INADI, según el lugar donde ocurrieron los hechos.

Si los hechos ocurrieron en la Capital Federal, podrá realizar la denuncia en la mesa de entradas de la sede del organismo, ubicada en **Moreno 750, 1er. Piso**, de la Ciudad de Buenos Aires, de lunes a viernes en el horario de 9 a 20 hs, o enviar la denuncia por correo a esa dirección

Si los hechos ocurrieron en las provincias, deberá entregar el formulario, personalmente o por correo postal en la delegación correspondiente. Puede consultar las direcciones de las delegaciones provinciales en la página web del INADI: <http://inadi.gob.ar/delegaciones/>

Recuerde que sólo podrá tener una constancia de la denuncia presentada si entrega la carta personalmente en la Mesa de Entradas. Si envía la denuncia por correo, no tendrá una copia para su registro personal.

- 7- Complete y firme la CARTA DE DENUNCIA PARA LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Adjunte al formulario una copia de la Carta de denuncia presentada en la institución de salud.
- 8- Entregue personalmente la carta en el horario de 10 a 17 hs., o envíe por correo la carta la defensoría a la siguiente dirección:

Sr. Defensor del Pueblo de la Nación

Suipacha 365

C1008AAG - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Si el hecho se hubiera producido en alguna provincia, Ud. tiene la opción de presentarse personalmente o enviar su carta a alguna de las delegaciones provinciales de la Defensoría del Pueblo. Para un listado de las delegaciones de la Defensoría, puede consultar la siguiente página web: <http://www.dpn.gob.ar/delegaciones.php>

Recuerde que sólo podrá conservar una constancia de la denuncia presentada si entrega la carta personalmente en la Mesa de Entradas. Si envía la denuncia por correo, no tendrá una copia para su registro personal.

- 9- Tanto el INADI como la Defensoría del Pueblo se pondrán en contacto con Ud. a la brevedad.

SEGUIMIENTO DE LA DENUNCIA

- 1- Si no recibe respuesta de la institución de salud transcurridos los diez días hábiles de entregada la denuncia, es deseable que insista en su pedido entregando nuevas cartas.
- 2- Complete la CARTA DE SEGUIMIENTO siguiendo las instrucciones en rojo.
- 3- Imprima y firme DOS COPIAS de la carta.
- 4- Entregue las cartas en la Mesa de Entradas de la institución de salud donde realizó la denuncia. Asegúrese de que le devuelvan UNA COPIA SELLADA Y FIRMADA CON FECHA, certificando su recepción.
- 5- Conserve una copia de esta carta para su registro.
- 6- En caso de que NUEVAMENTE no reciba ninguna respuesta por parte de la institución en el plazo de diez días hábiles, complete el PEDIDO DE PRONTO DESPACHO, siguiendo las instrucciones en rojo.
- 7- Imprima y firme DOS COPIAS del pedido.
- 8- Entregue el pedido en la Mesa de Entradas de la institución de salud donde realizó la denuncia. Asegúrese de que le devuelvan UNA COPIA SELLADA Y FIRMADA CON FECHA, certificando su recepción.
- 9- Conserve una copia del pedido para su registro.