



Licenciatura en  
Trabajo Social

Tesis de  
Investigación

# Haciendo visible lo invisible

Formas de producir y  
reproducir violencia  
obstétrica en tiempos  
de pandemia

ALCOBA, Daiana Gisel  
CÓRDOBA, Ángela Natalia  
RUIZ, Anabel del Valle

Marzo 2022

*“También la investigación es un proceso socio-histórico porque quien investiga es un sujeto socio-histórico; somos nosotros, no máquinas. Y eso significa mostrar que quien investiga es el sujeto cargado de necesidades, motivaciones, deseos, frustraciones, expectativas, limitaciones, capacidades, que se presentan en todo el proceso de construcción del conocimiento”*

1

---

<sup>1</sup>Raúl Soriano Rojas – *Estado del debate en metodología de la investigación – 1999, p. 15*



## ÍNDICE

**Abreviaturas y siglas**.....6

**Introducción**.....7

### **CAPÍTULO 1 - Enfoques para comprender el campo problemático**

1.1. Derechos Sexuales y (no) Reproductivos.....12

1.2. Violencia obstétrica, concepciones, sentidos y lógicas.....15

1.3. La Violencia obstétrica como violencia de género.....18

1.4. Legislación en torno al Parto Humanizado.....22

### **CAPÍTULO 2 - Identificando disputas en los modos de concebir y definir el proceso de atención en el campo de la salud**

2.1 Sistema de salud como campo.....27

2.2 Rasgos del paradigma biomédico.....30

2.3 Modelo humanista integral.....33

2.4 Recorriendo el Programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia.....35

2.5 Escenario Institucional.....38

### **CAPÍTULO 3- Actores involucrados en el campo problemático y el ejercicio profesional del**

#### **TS: Aspectos históricos, sociales y culturales**

3.1. Tras las huellas: sujetos en construcción.....42

3.2. Nominando a las mujeres y personas con capacidad de gestar.....51

3.3. Trabajo social en el campo de la salud.....54

3.4. Abordaje de la problemática desde el Trabajo Social.....56

3.5. Área de servicio social: aspectos éticos del quehacer profesional.....	59
---	----

#### **CAPÍTULO 4 – Trazando caminos, construyendo investigación**

4.1. Proceso metodológico y estrategias.....	65
4.1.1. Preguntas de investigación.....	66
4.1.2. Objetivo general.....	68
4.1.3. Objetivos específicos.....	68
4.2. Procedimiento.....	68
4.2.1. Identificando categorías y sus variables de análisis.....	71

#### **CAPÍTULO 5 – Hallazgos y análisis de investigación**

5.1. Hablemos de acceso, información y conocimientos.....	76
5.1.1. Proceso de atención obstétrica humanizada.....	78
5.1.2 Atención en Pandemia.....	80
5.1.3 Información y conocimiento.....	83
5.1.4 Percepciones de mujeres y personas con capacidad de gestar y del equipo de Trabajo Social vinculadas a la satisfacción en la atención obstétrica.....	87
5.1.5 Análisis de datos.....	90
5.1.6Intervención Profesional en tiempos de Covid-19.....	93

<b>Conclusión.....</b>	<b>95</b>
------------------------	-----------

<b>Bibliografía.....</b>	<b>98</b>
--------------------------	-----------

<b>Fuentes documentales.....</b>	<b>99</b>
----------------------------------	-----------

## ABREVIATURAS Y SIGLAS

AO	Atención Obstétrica
ASPO	Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio
BID	Banco Interamericano de desarrollo
BM	Banco Mundial
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CPN	Control Prenatal
DISPO	Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio
DSSyNR	Derechos a la Salud Sexual y (no) Reproductiva
FCS	Facultad de Ciencias Sociales
FUN	Fundación Neonatológica
HMP	Hospital Materno Provincial
LTS	Licenciatura en Trabajo social
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIM	Programa Integral para la Maternidad
PMSCF	Programa de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia
RM	Residencia de Madres
RN	Recién Nacido
SSyNR	Salud Sexual y (no) Reproductiva
TS	Trabajo social
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UNC	Universidad Nacional de Córdoba
	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Ingles)
UTI	Unidad de Terapia Intensiva
VG	Violencia de Género
VO	Violencia Obstétrica

## INTRODUCCIÓN

Presentamos aquí, la sistematización del proceso de investigación preprofesional correspondiente al quinto nivel de la Licenciatura en Trabajo Social (FCS-UNC), llevada a cabo durante el año 2021, en el Hospital Materno Provincial Dr. Felipe Lucini ( HMP), en la ciudad de Córdoba en contexto de distanciamiento social y preventivo.

El presente escrito pretende visibilizar la problemática de Violencia Obstétrica (VO) en el HMP. Entendida 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” (Ley Nacional 26.485, 2009). Posteriormente se analiza y reflexiona sobre los derechos que se vulneran dando lugar a diferentes formas de VO.

Es nuestra intención que el siguiente trabajo sea un insumo que aporte a la reflexión acerca de los obstáculos y los facilitadores en la ejecución del Programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia (PMSCF) en contexto de distanciamiento social. Cómo así también contribuir al estado del arte en cuanto a la producción de conocimiento que posibilite la identificación de los factores que inciden en la generación y reproducción de la VO desde claves de lectura e intervención específicas del Trabajo Social.

En cuanto al contexto sanitario mencionamos que este tiene sus orígenes el 11 de marzo de 2020 a raíz del brote del virus SARS-CoV-2 donde la OMS declara la pandemia. En este marco, en Argentina a partir del 20 de marzo el gobierno decretó la cuarentena en todo el territorio nacional. Las dos principales medidas para mitigar la pandemia fueron el aislamiento o cuarentena de la población, denominado Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y el Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO).

Para dar cuenta del recorte de la temática que abordamos, retomamos el Objetivo general de investigación, en el que nos propusimos analizar el derecho en torno a la atención

obstétrica humanizada de mujeres y personas con capacidad de gestar en situación de embarazo, parto y posparto, en el marco de la Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado y el acceso al PMSCF implementado en el HMP en contexto de DISPO. Esto a partir de las experiencias vividas por las mujeres y cuerpos gestantes y a la información brindada desde el programa.

La elección del tema surge de experiencias personales de las tres integrantes del grupo: el factor común eran los malos tratos vividos durante la atención en el proceso de embarazo y parto. Estas experiencias vividas en primera persona y otras relatadas, como mujeres y personas con capacidad de gestar, estaban signadas por la naturalización de la violencia. Tomamos conciencia de que el desconocimiento de los derechos nos privaba de la posibilidad de ejercerlos y reclamarlos. Esto fue el disparador que nos puso en camino de esta investigación. Así comenzamos a cuestionarnos cómo a lo largo de nuestras vidas como mujeres que gestamos, parimos y criamos, fuimos construyendo y empoderándonos con información, conquistando saberes en contracara de lo que el propio sistema de salud nos había ofrecido. Y es desde allí que nos situamos para decirle NO a los modos de ejecución de violencia. Creemos que comprender cómo se produce y reproduce la Violencia Obstétrica como problemática social es el primer paso para eliminarla.

Organizamos el presente trabajo en torno a cinco ejes temáticos o capítulos de modo tal que se observe el proceso de construcción de conocimiento.

En el Capítulo 1 abordamos los diferentes enfoques que nos permiten problematizar la VO en el marco del campo de la Salud Sexual y no Reproductiva (SSynR). Posicionándonos desde un paradigma de Derecho, tomamos como marco la Ley Nacional 25.673, la cual reconoce que el Derecho a la Salud comprende la SSynR. En esta línea destacamos lo expresado por la Ley de *Parto Humanizado* (Ley Nacional 25.929 - Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina - Gobierno de la Nación Argentina, 2004) en



cuanto se incluye como garante de derechos a todo el personal de salud que tiene trato con la mujer; y no sólo a lxs profesionales actuantes en el momento del parto.

En el Capítulo 2 caracterizamos al escenario de investigación de la práctica preprofesional, donde se realizará un recorrido conceptual en torno al paradigma Biomédico, desde el sistema de salud. A continuación, analizamos el proceso hacia el cambio de paradigma Integral, donde la mirada hacia el momento del parto, las luchas por los derechos de las mujeres, niñx, la perspectiva de género como herramienta de análisis y las normativas vigentes en nuestro país, hicieron que surgiera un nuevo paradigma de atención perinatal. Esta mirada integral según Solís García (2013) nos permite pensar más allá de la biología humana, estilos de vida, sistema de salud, criticando lo empírico - funcionalista de la epidemiología para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, de parir y nacer.

En este segundo eje temático desarrollaremos los lineamientos del Programa de Maternidad Segura y Centrado en la Familia (PMSCF) que se basa en un nuevo paradigma de atención, el cual permite desarrollar acciones e intervenciones basadas en una asistencia humanizada en el marco del respeto de los derechos de lxs niñxs y su familia, Finalmente nos situaremos dentro de la institución elegida para llevar adelante nuestro proceso de inserción/investigación, caracterizando al HMP Dr. Raúl Felipe Lucini.

El Capítulo 3, presenta a quienes son sujetxs involucradxs en el campo problemático, identificando el lugar histórico de subordinación en el que se coloca a la mujer y a las personas con capacidad de gestar en relación con el saber y a la atención médica. En este punto realizamos un recorrido que da cuenta del proceso histórico que permite la emergencia de luchas del colectivo de mujeres que instalan el debate en torno al reconocimiento de derechos de ciudadanía sobre las dimensiones de la sexualidad y la reproducción. Bossio y Crosetto (2020) abordan el complejo tema de la ciudadanía sexual: “entendida como un sistema de derechos sexuales, [...] un proceso político tendiente a establecer y ampliar los

límites de inclusión de lo que es -o no es- ciudadanía, y se vincula con las relaciones de poder” (p. 3). En el cierre de esta tercera parte de nuestro trabajo caracterizamos al equipo de profesionales de Trabajo Social que integran el Área del Servicio Social del Hospital, reflexionando en torno a aspectos éticos del quehacer profesional.

En el Capítulo 4, abordamos el cómo de la investigación. Hacemos explícito aquí el diseño metodológico, los procedimientos utilizados y los ejes de indagación y las variables que abrirán paso al análisis.

En el Capítulo 5, capítulo con el que concluye nuestra presentación, analizamos los resultados obtenidos en el marco de nuestro proceso de investigación realizado en el HMP. Para ello, exponemos distintas dimensiones de análisis con determinadas categorías teóricas para dar cuenta de cómo se produce y se visibiliza la violencia obstétrica. Como afirma Solís García (2013, como se citó en Grassi, 2011) “Los problemas, conceptos y categorías analíticas no son un fiel reflejo de cómo son las cosas que le preceden; los datos no son cosas que están ya ahí procediendo con autonomía y ajenas a lo que de ellas se diga, sino construcciones de las cosas –más todavía que interpretaciones– que muchas veces compiten entre sí” (p. 4). De este modo los datos se presentan como construcciones de las cosas, es decir, que sus significaciones han sido impuestas y rutinizadas en la cotidianidad, las cuales tienen influencia en las prácticas. Siguiendo con esta línea y reflexionando sobre nuestro proyecto, tenemos la intención de conocer la voz de lxs sujetx de investigación, para explorar y conocer acerca de las intervenciones que se desarrollan a través del programa MSCF y, de esta manera, indagar sobre las necesidades recurrentes que se presentan en torno al acceso a la atención, a sus derechos, y la configuración de estos.

Consideramos necesario hacer referencia a la utilización del uso de una terminología no sexista, con la intención de dar cuenta de un sujetx indeterminado que no corresponda ni al

género femenino ni al masculino, con una “x”, esto en concordancia con la perspectiva de género con la que se abordó el trabajo.

En el cierre, reflexionamos sobre los principales aspectos identificados y las tensiones producidas en la investigación

El proceso de construcción de este trabajo ha requerido de nosotras un gran compromiso y un enorme esfuerzo. Sin embargo, podemos adelantar que los logros y beneficios son invaluable. Es difícil explicar la satisfacción que nos da haber concretado la tarea, aún con prescindencia de sus errores y de una aprobación. No debe confundirse lo expresado con una actitud soberbia. Sólo nos impulsa el hacer explícito todo lo ganado con la concreción de este trabajo que resultó ser un enorme ejercicio de perseverancia y madurez, de ampliar la mirada y profundizarla, pero sobre todo de reconocimiento y valoración de lxs otrxs: nosotrxs como compañerxs, lxs sujetxs de investigación y nuestrxs docentes.

## CAPÍTULO 1

### **Precisiones para comprender el campo problemático**

#### **1.1 Derechos Sexuales y (no) Reproductivos**

Para dar inicio con el desarrollo de nuestra sistematización, nos resulta crucial situar de manera histórica los Derechos sexuales y (no) Reproductivos (DSynR) en torno a la problemática de Violencia Obstétrica (VO) abordada a lo largo de nuestro trabajo. En este recorrido abarcamos los acontecimientos que dieron impulso a las diferentes convenciones y tratados internacionales, así como también la aplicación y ejecución de las políticas públicas y sociales en relación con los DSynR en nuestro país.

En este marco entendemos los DSynR como “derechos inalienables, intransferibles e indivisibles que implican autonomía y capacidad de las personas a decidir libre, responsable y placenteramente” (Brown, 2009, p. 185). Concepto que incluye a la seguridad reproductiva, la anticoncepción y el aborto además del ejercicio libre la de sexualidad, adjudicando a las mujeres y a las personas con capacidad de gestar la titularidad de estos derechos ciudadanos. Esta definición es el resultado de una construcción desarrollada desde los años 60 y 70, donde el crecimiento acelerado de la población amenazaba el bienestar planetario y la solución a tal problemática recae en el control de la natalidad.

En términos de DSynR Zamberlin (1994) expresa en un primer momento que:

Los programas de planificación familiar se organizarán a partir de un modelo reduccionista medicalizado y vertical de distribución de métodos anticonceptivos que pocas veces permitía el abordaje de otras cuestiones ligadas a la sexualidad y la reproducción concibiendo la salud de la mujer como un vehículo para controlar el crecimiento demográfico y mejorar la salud infantil. (p. 45)

En este sentido, a pesar de transitar un camino de construcción de acuerdos internacionales que reivindicaban los DSynR de las mujeres, se continúan vulnerando los derechos de planificación familiar. “Estos problemas dieron origen a que, junto con la efervescencia del movimiento de mujeres, empezará a gestarse en estos países un movimiento por los derechos y la salud reproductiva de las mujeres” (Brown, 2009, p. 12).

En Argentina, durante esa época, se comenzaba a desarrollar una mayor participación de mujeres en el ámbito laboral, educativo y político, aportando nuevas formas de ver y entender la salud sexual y reproductiva. En la década del 70 se formaba un movimiento feminista a nivel local, que luchaba por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Feletti, 2010). En consecuencia, a nivel mundial en el marco de nuevos acontecimientos políticos, las redes de movimientos de mujeres presionan ante la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales a favor de la salud y los derechos reproductivos. A partir de allí, la hasta entonces denominada planificación familiar va a sufrir una importante modificación conceptual, dando lugar a lo que hoy se conoce como salud reproductiva.

Un hecho significativo va a ocurrir a principios de la década de los 90. En el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo que tuvo lugar en El Cairo en 1994, se incorpora la noción de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) definiéndose como:

Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los

partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (Naciones Unidas, 1994, p 43)

De acuerdo con lo expuesto, la transformación más importante a partir del cambio de este nuevo enfoque radica en la conceptualización de una SSyR hacia una definición en donde se contempla los derechos (no) reproductivos entendidos como derechos humanos básicos, en tanto se reconoce la facultad de las personas para tomar decisiones libres acerca de su capacidad reproductiva y su vida sexual y, por otro lado, obliga al Estado a garantizar y crear políticas públicas que aborden los DSynR

En consonancia con estos cambios, recién en la última década, comienza a gestarse en Argentina un lento proceso de transformación dando paso a una postura estatal con mayor apertura y cambios institucionales a favor del reconocimiento de derechos reproductivos de la población. Por su parte, se instala como debate público problemáticas referidas a la autonomía a partir del control de su cuerpo y el ejercicio de una sexualidad libre del mandato por una maternidad y heterosexualidad obligatorias. Plasmando en la Reforma de la Constitución Nacional de 1994, la ley a “la igualdad real de oportunidades y de trato y el pleno goce de los derechos reconocidos por la Constitución y los Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos; y se estableció también la posibilidad de interponer acciones judiciales directas ante cualquier forma de discriminación” (Levín, 2010, p. 21).

Como consecuencia de las luchas sociales por instalar en la agenda de gobierno el reconocimiento de los DSynR de las mujeres, se sancionaron diversas leyes tales como la Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003), creando diferentes programas, uno de ellos, Maternidad Segura y Centrada en la Familia que promueve la atención humanizada centrada en los derechos de la madre y el niño.

A modo de cierre, retomamos a Brown (2009) quien estudia los cambios históricos sobre los DSynR, vinculados a los espacios públicos y privados. En este sentido, recupera el

análisis de Benhabid sobre esta dicotomía desde un proceso dialógico, considerando el espacio público como el lugar donde se discute la legitimidad y legalidad de los derechos.

De allí que fuera necesario un movimiento político que discutiera y redefiniera lo político en el sentido mismo de la política para que los asuntos vinculados con el cuerpo, la sexualidad y la fecundidad de las mujeres se considerara un tema relevante a ser discutido en el espacio público y político. Eso es lo que el movimiento de mujeres y feministas producen sobre todo desde mediados del siglo XX, en consonancia con otros movimientos políticos, al poner en debate en el espacio público la cuestión de la sexualidad y la reproducción (o no) bajo el lema lo personal es político. (Brown, 2009, p. 20 )

Esta reconstrucción histórica sobre los DSynR nos permitirá configurar el marco de referencia desde el cual nos posicionamos para problematizar, mirar y reflexionar en torno a la VO en el marco de la Ley Nacional 25.929; conocida como *Ley de Parto Humanizado* y el Programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia (PMSCF).

## **1.2 Violencia obstétrica, concepciones, sentidos y lógicas**

En este apartado haremos un recorrido conceptual sobre la VO, reconociendo sus acepciones y marcando sus características particulares. Esto, teniendo en cuenta los DSynR, su implementación y particularidades en tiempos de pandemia. Comenzamos definiendo el término violencia, como “el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan, o amenazan con hacerlo, un daño o sometimiento grave (físico o psicológico) a un individuo o una colectividad” (Blanco, 2011, p.10).

En cuanto al concepto de VO podemos decir que es relativamente nuevo. Se acuñó hace poco tiempo en el ámbito del activismo feminista por los derechos reproductivos. El

primer caso de reconocimiento institucional de este concepto se dio en Venezuela, con la aprobación de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en el año 2006. Este concepto fue incorporado, más tarde en otros países latinoamericanos, dentro de los marcos legislativos dirigidos a erradicar la violencia de género. Argentina reconoce la VO como una modalidad de violencia contra las mujeres y la define 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” (Art. X Ley 26.485).

El concepto de VO de Medina (2009) nos permite explicar el alcance de la ley: “La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva” (p. 120). En el desarrollo del concepto la autora nos indica que la VO tiene dos manifestaciones: 1) física: consiste en la realización de prácticas invasivas, suministro de medicación injustificados, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico; 2) psíquica: trato deshumanizado, grosero, discriminación o humillación, omisión de información y negación de participación durante el proceso de embarazo, parto y posparto.

El trato deshumanizado comprende tres aspectos. El primer aspecto es 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, podemos leer en Canevari (2011) lo siguiente:

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. 39)

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 incluye 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 & Misol, 2007). El tercer aspecto está constituido por la vulneración de la integridad física y psíquica de la mujer y las personas con capacidad de gestar por medio de tratos crueles, inhumanos y degradantes, que implican la insensibilidad del equipo de salud frente al dolor, los silencios, la infantilización, los insultos, comentarios humillantes y malos tratos.

Entendemos que la VO se basa en la existencia de un poder médico y jurídico, dentro del ámbito de la salud, que es ejercida sobre los cuerpos de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Violencia como vulneración a los derechos sexuales y reproductivos, es decir, un tipo de violencia que tiene por objetivo el control de los cuerpos y deseos de las mujeres (Tamayo, 2001). Para comprender esto tomamos los aportes de Arguedas Ramirez (2014) quien plantea, desde una perspectiva foucaultiana, que:

Los cuerpos de las mujeres durante el embarazo y el proceso de parto 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 Ramírez, 2014, p. 155). A su vez está doblemente descalificado debido al lugar social que ocupan las mujeres en la dominante estructura social de género donde se privilegia lo masculino sobre lo femenino.

Es en esta línea conceptual de la VO y de los DSynR, que 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, 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, 2001).

Como se viene desarrollando en el presente escrito, la problemática de VO pone de manifiesto el carácter violatorio de los DSynR de mujeres y personas con capacidad de gestar; en tanto se hace evidente la necesidad de problematizar los paradigmas médicos que regulan la atención obstétrica.

### **1.3 La violencia obstétrica como violencia de género**

Aquí desarrollaremos aspectos teóricos en torno a la VO y a la Violencia de Género (VG). Para ello, abordaremos el marco teórico referencial desde un enfoque de género; ya que posibilita construir lecturas partiendo de la premisa de que, la VO responde a dinámicas instaladas socialmente como normas de comportamientos diferenciadas en función del sexo. De este modo se visibiliza como la biología justifica la desigualdad de género, vinculadas al control de las mujeres, sus cuerpos y sus procesos reproductivos.

La palabra patriarcado deriva del latín tardío *patriarchālis*, que significa “gobierno de los padres”. En consecuencia, se trata de un “sistema jerárquico de relaciones sociales,

políticas y económicas que mantiene al varón como parámetro y medida de la humanidad” (Tufró & Goren, 2019, p. 22). El patriarcado como forma de organización social se encuentra en la matriz de todas las instituciones; modela las ideas, las normas sociales, las instituciones sociales y las prácticas. De allí que el patriarcado establezca el dominio masculino sobre la figura femenina y los demás miembros de un grupo familiar y social.

Frente a esta concepción del sistema patriarcal y desde la perspectiva de género se trabaja para poner en evidencia esta situación y desnaturalizar, desde el punto de vista teórico y desde las intervenciones socio-culturales, el carácter jerárquico atribuido a la relación entre los géneros y mostrar que los modelos de ser varón o mujer, así como la idea de heterosexualidad obligatoria son construcciones sociales, que determinan lo que cada persona debe-puede hacer acorde al lugar que la sociedad atribuye a su género.

Por otro lado, a los fines de brindar elementos que nos permita enmarcar como opera la VG, abordaremos la noción de género. En función de ello, Scott (1990, como se citó en Gonzalez & Yanes, 2013) define al género 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. 18). Las formas de percibir, pensar, actuar responden a un proceso de “socialización de género”. Así, la sociedad organiza las relaciones entre mujeres y varones de manera desigual, condicionando derechos, privilegios y oportunidades.

De acuerdo con esta lógica, se tiende a considerar a las mujeres como meras reproductoras biológicas, en donde recae en ellas las tareas de cuidado de los hijxs y enfermos, proveniente de una división sexual del trabajo que restringe la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, que se explica a partir de “justificaciones biologicistas y psicológicas que reproducen este estatus y justifican la desigualdad y violencia hacia las mujeres como algo natural” (Jerez, 2015, p. 23).

Estas dinámicas de dominación y subordinación establecidas, y extendidas en todas las esferas de la vida cotidiana (públicas y privadas) opera a través de mecanismos de control y represión. En este sentido, Juliano (2010) expresa que” Los dispositivos de control y dominación del cuerpo femenino, más destacados consisten en la biologización y medicalización de aquellas conductas que se apartan de la norma, y en la construcción de imaginarios estigmatizadores” (p.150). De este modo, continuando con los planteos de la autora el cuerpo será visto como objeto central de estas estrategias, sobre el cual se tiende a actuar cuando se encarcela o se médica, cuando se acepta o cuando se rechaza ya que el cuerpo de la mujer es el que porta el “estigma” de las conductas no deseadas.

En función de ello, Canevari (2011) agrega que:

Es en el cuerpo de las mujeres comprendido como un territorio donde ellas deberían ejercer su soberanía, sin embargo, es allí donde los diferentes poderes políticos, religiosos, institucionales, han operado y operan buscando mantenerlas bajo control y se percibe como amenaza, la sola idea de que pudieran ejercer su derecho a la libertad (p. 107).

Será así como “el cuerpo femenino resulta central en la construcción de la femineidad, al utilizar el cuerpo para construir un conjunto de tabúes, de temores, de límites al impedirle a la mujer explorar su cuerpo y el mundo” ( Kogan, 1993, p. 45).

Por otro lado, Canevari (2011) haciendo foco en el campo de la sexualidad, lo identifica como el espacio donde se destaca con mayor claridad el interés por parte del patriarcado a los fines de controlar a las mujeres. Por lo cual, no responder a los mandatos socioculturales establecidos conlleva experimentar ciertas formas de violencia que recae sobre sus cuerpos.

En este marco, la Asamblea General de las Naciones Unidas define a la VG como:

[...] todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada (1993, p. 3).

Ahora bien, esta definición sitúa la violencia contra las mujeres en el contexto de la desigualdad relacionada con el género como aquellas prácticas que las mujeres sufren a causa de su posición social subordinada con respecto a los hombres. Por lo cual, sostenemos que esta línea de análisis nos permite vincular la VO como un tipo de violencia basada en el género, entendiendo que las lógicas patriarcales en la que se sustentan las prácticas médicas en el ámbito de la obstetricia intervienen la salud reproductiva de la mujer enajenando sus cuerpos. Esto ha traído como lo mencionamos anteriormente consecuencia en la pérdida de su autonomía y la dependencia, marcando repercusiones negativas en la vida de las mujeres.

A modo de situar la experiencia particular del momento del parto, Belli (2013) señala que desde mediados del siglo diecinueve, las maternidades son intervenidas a partir de la consolidación de los nuevos procesos de tecnificación de la medicina. Al respecto, Camacaro Cuevas (2009) destaca dos hechos históricos en torno a la ciencia y el saber médico que han impactado en el campo sexual y reproductivo de las mujeres y personas con capacidad de gestar. El primer acontecimiento tiene que ver con la intervención de la ciencia médica en los procesos de embarazo parto y postparto como campo de su interés en consecuencia se tiende a desplazar a las personas que hasta ese momento ejercían generalmente mujeres. El otro hecho radica en la impronta del parto hospitalario bajo el cuidado de profesionales de la salud.

De este modo, éstos hechos sitúan cómo el modelo médico de atención a partir de su avance en la intervención de los procesos de embarazo, parto y posparto infantiliza a las mujeres, desplazándolas como protagonistas de su propio proceso. En este escenario sufren

subordinación en torno al saber y a la atención médica, en tanto se la concibe como sujeto pasivo sin conocimientos, sin capacidad de decisión y portador de una enfermedad.

En consecuencia, el nacimiento se constituye en un campo de poder imbricado de tensiones y disputas de conocimientos, saberes, discursos y prácticas en torno al proceso de embarazo, parto y post parto donde se ejerce violencia real y simbólica hacia quienes se les demanda que sean pacientes. Este tipo de violencia que ocurre en el espacio de las instituciones públicas y privadas de salud, las cuestiones de género se entrecruzan con las vinculadas a la clase y al poder ejercido por la medicina

#### **1.4 Legislación en torno al Parto Humanizado.**

En este apartado nos situamos desde un enfoque de derecho para contextualizar a la VO, recuperando el proceso regulatorio a lo largo de la historia. Señalando el espacio jurídico donde se originaron las leyes como medidas de protección que garantizan los derechos en el ámbito de la salud durante el proceso de embarazo, parto y posparto.

Para comenzar es necesario decir que, si bien desde 1776 en la Declaración de los Derechos de Virginia (EE. UU.) contamos con cartas de reconocimiento de derechos humanos y en 1789 en Francia, se logra la aprobación de la Declaración de los Derechos del hombre y del Ciudadano, dicho documento excluye a la mujer. Como resultado, Olympe de Gouges redactó la declaración de derechos de las mujeres y ciudadana, pero ésta no tuvo efecto práctico. Recién en los primeros años del siglo XX se intensifican esfuerzos desde el derecho internacional para legislar sobre aspectos importantes de la vida de las mujeres, básicamente derechos civiles y políticos, como respuesta a las demandas históricas de los movimientos feministas y de mujeres.

Es en esta línea, que en 1979 la Asamblea de Naciones Unidas aprobará la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer y en

1993 en la II Conferencia Mundial de Derechos Humanos realizada por la ONU, se reconocerán los derechos de las mujeres como derechos humanos. Luego vendrá la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994) donde reconocieron los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

Es en este contexto que encontramos los derechos relacionados con la reproducción sexual, el embarazo, parto y posparto fundamentados normativamente en los siguientes tratados internacionales:

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 Parte 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” (Naciones Unidas, 1979, p. 4).

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la cual define en el artículo 1 a la violencia contra la mujer marcando precedente. (Organización de Estados Americanos, 1994).

Marcamos la importancia del inciso 22 del artículo 75° de nuestra Constitución Nacional que establece: “Aprobar o desechar tratados concluidos con las demás naciones y con las organizaciones internacionales y los concordatos con la Santa Sede. Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes”. Donde se señala la vigencia y jerarquía constitucional, por lo tanto, lo estipulado en estos tratados, acuerdo o convenciones

internacionales deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos.

En cuanto al marco legal nacional es importante mencionar las Leyes Nacionales:

25.673 - Donde reconoce que el Derecho a la salud comprende la salud sexual, incluyendo la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción. Aquí se señalan las formas de prevenir embarazos no planificados, dando origen al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 26.529 - En la que se establecen los Derechos de los Pacientes, plantea derechos esenciales en la relación entre el paciente y los profesionales de la salud, explicitando los derechos a la asistencia, al trato digno, respetuoso, a la confidencialidad, a la autonomía de la voluntad, entre otros. Señalando el camino hacia una atención digna, como:

una atención de buena calidad en salud reproductiva de las mujeres estará inscripta en la noción de salud integral, resuelve el motivo de consulta tomando en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana, las necesidades y la subjetividad de las usuarias, como así también potenciando su autoestima, su autonomía, su dignidad y el ejercicio de sus derechos (Zamberlin, 1994, p. 24).

25.929 - Derechos de padres e hijos durante el trabajo de parto, conocida como ley de *Parto Humanizado*. Ley que adhiere a la promoción de la igualdad de género y la participación de la mujer en las decisiones, para disminuir la mortalidad infantil y para mejorar la salud de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Establece que se deberá brindar obligatoriamente determinadas prestaciones sociales relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Señalando principalmente el derecho a la información, a la libertad de elección respecto a la persona que nos acompañará durante cada control prenatal, en el trabajo de parto y también postparto, al trato digno, respetuoso e individual. En su art. 2 inc. b, trata el respeto,



a modo de garantizar la intimidad durante el proceso asistencial y pone en consideración cuestiones culturales, malos tratos físicos y verbales por parte del personal de la salud en general e institución en la cual presten servicios, garantizando el trato digno. Un aspecto interesante para destacar es que esta ley, en su art.5 bis, prevé capacitaciones que se debe brindar a todo el personal de salud en las diferentes instituciones médicas. Busca así sensibilizar, prevenir y erradicar la violencia sobre la mujer antes, durante y después del embarazo, destacando los derechos del parto respetado y prevención de la VO.

En consonancia con la ley de *Parto Humanizado* emergen programas de salud vinculados al tono de la legislación:

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsables que constituirá la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. A partir del 2006 se incluye la cobertura gratuita de la Anticoncepción Quirúrgica (ligadura tubaria y vasectomía).

Programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia la guía “Maternidad Segura y Centrada en la Familia”.

Consideramos importante destacar que, en correspondencia con la ley de *Parto Humanizado*, la provincia de Córdoba se adhiere a través de la Ley Provincial 9.227 (Poder Legislativo de la Provincia de Córdoba, 2005).

Estos avances, tanto a nivel provincial, nacional e internacional, rompen con los modelos hegemónicos de atención durante el proceso de parto, e incorporan un enfoque humanístico e integral de salud. Este logro es producto de las movilizaciones sociales que han luchado y luchan por el reconocimiento de los DSynR de las mujeres y las personas con capacidad de gestar, lo que permitió instalar la problemática de VO en la agenda social y política.

Es importante agregar aquí la Declaración de la OMS que, con fecha del 23 de septiembre de 2014, expone sobre el maltrato y la falta de respeto en la atención al parto,

promoviendo la realización de políticas de control de calidad en los centros sanitarios y la implicación de todos los intervinientes. También elabora recomendaciones sobre los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva (2018), resaltando una atención digna y respetuosa centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y post parto para las mujeres.

Esto nos permite plantear el panorama normativo de nuestra temática, en cuanto a la humanización de la atención sanitaria en el proceso de embarazo, parto y postparto, reflexionando sobre la VO como la vulneración o violación los derechos de la mujer y persona con capacidad de gestar. En este sentido, en palabras de Castrillo (2019) la humanización del proceso de embarazo, parto y posparto:

Combina dos dimensiones centrales: la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y, por ende, de la ciudadanía y autonomía de las mujeres con el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, y la crítica transformación de las prácticas médicas obstétricas para apuntar al cumplimiento de esos derechos”. (p. 95)

Para concluir este capítulo podemos decir que colocar en debate el tema de la VO, desde un marco normativo, fue un motor que permitió profundizar y fortalecer los argumentos jurídicos, éticos y sanitarios a favor del derecho a decidir sobre el cuerpo e instalar la necesidad de revisar los modelos vigentes de atención en salud. Esto fue dejando en evidencia que el sistema de salud no está en condiciones, en el mejor de los casos, de satisfacer las necesidades de salud (no) reproductivas de las mujeres, varones trans y otras personas con capacidad de gestar, ni de garantizar el acceso a servicios de calidad. Cada derecho sexual ganado amplía otros derechos políticos, civiles, sociales, económicos y culturales, generando nuevos marcos de producción de sentidos y de apropiación subjetiva. Donde se pone énfasis en una atención digna, centrada en el consentimiento libre e informado, el respeto y la no discriminación.

## CAPÍTULO 2

### **Identificando disputas en los modos de concebir y definir el proceso de atención en el campo de la salud**

#### **2.1 Sistema de salud como campo**

Para realizar las prácticas pre- profesionales de intervención, 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 situarnos.

El campo de la salud se encuentra atravesado desde sus orígenes por el poder de la ciencia; quien a su vez estableció que dicha institución se encargaría del abordaje de los cuidados en términos de salud/enfermedad. El modelo bio médico tecnocrático se cimentó bajo lógicas patriarcales en tanto conciben al sujeto que demanda servicios desde el ámbito biologicista operando a través de dispositivos de carácter simbólicos y materiales sobre el cuerpo. En consecuencia, la existencia de la presente perspectiva dificulta la instauración de una perspectiva integral que aborde los procesos de salud enfermedad entendiéndose como un campo amplio en el que convergen componentes económicos y socio culturales.

Tomando como referencia el concepto de campo de Bourdieu & Wacquant(1995)(Bourdieu, Sobre la teoría de la acción, 1999) aplicado a la salud pública, permite entenderlo como un espacio relacional en el que lxs agentes-instituciones que forman parte de este (obras sociales, hospitales, centros de salud, usuarios, pacientes, entre otros) habilitan distintas estrategias y prácticas de intervención según sus posiciones, habitus y trayectorias en cada momento socio histórico. Así, convergen distintos actores y recursos, problemas e intereses que conforman esta red de relaciones con autonomía relativa, donde estos diferentes agentes luchan por la consolidación, por la apropiación o predominio de uno o

más capitales. (Menéndez, 1992) Este es nuestro escenario de investigación: el sistema de Salud Pública Nacional, entendido como un modelo de organización social creada para dar respuesta a los problemas de salud de la población contemplados en la Constitución de la Nación Argentina que en su artículo 13 establece a la salud como derecho del pueblo y deber del Estado. (Ley N° 24.430 - Constitución de la Nación Argentina - Senado y Cámara de Diputados de la Nación, 1853)

El campo de la salud pública en Argentina se conforma en el Siglo XX con un esquema fragmentado y segmentado que refleja las tensiones entre universalismo y particularismo (PNUD, 2011). Con variaciones en distintos momentos socio-históricos, el Estado desde mediados de la década del '40 garantiza el acceso universal a la salud pública, aunque ello no resuelve la fragmentación existente que se expresa en la diferenciación entre atención privada para los sectores medios y altos, obras sociales para las/os trabajadoras/es formales y salud pública para los sectores populares. En la década del '90 se destacan las transformaciones enmarcadas en el proceso de ajuste estructural del Estado neoliberal (caracterizadas por políticas de descentralización, focalización y privatización), que fueron consolidando y profundizando la inequidad en el acceso y utilización de los servicios entre los diferentes grupos poblacionales, no sólo entre subsistemas sino también entre regiones (especialmente en cuanto a cantidad, calidad y distribución de recursos). Entre otros efectos, se produjo una crisis del espacio público y por ende, de la ciudadanía, acentuándose la pobreza y la desigualdad. En el periodo 2002 - 2015 el Estado comenzó a transitar un camino de construcción de políticas públicas desde el enfoque de derechos. La relación Estado-sociedad fue mediada por prácticas políticas de las organizaciones y movimientos sociales que generaron un proceso de interlocución, debate, reconocimiento y atención de demandas sociales. En la publicación del PNUD se caracteriza este período como “Intentos de coordinación federal de la salud pública y reposicionamiento de la seguridad social” (PNUD,

2011: 7), mientras otros autores han dado en llamar al mismo como proceso “de contra reforma” (Curcio, 2011:57-58) respecto a las reformas producidas en las políticas públicas del período inmediato anterior. A nivel nacional, desde el año 2015 hasta la actualidad, se modifica nuevamente la orientación de las políticas públicas con un marcado reverdecir del modelo neoliberal que tiene efectos regresivos en la provisión de bienestar.

El Estado garante de derechos actúa a través de sus tres niveles: nación, provincias y municipios. Mientras que el Ministerio de Salud de la Nación tiene a su cargo la conducción del Sector en su conjunto a través del diseño de políticas, el dictado de normas y la ejecución de acciones que permiten la coordinación entre los distintos subsectores; público, de seguridad social y el privado. Nuestra investigación se desarrolla dentro del subsistema público, el que, como plantea (Acuña & Chudnovsky, 2002), provee servicios de salud de forma gratuita a través de hospitales públicos y centros de salud a la población.

En la Provincia de Córdoba la política de salud se organiza, al igual que el esquema federal, fragmentado y segmentado. En la década de 60 la participación del sector público tenía cobertura incluso en las zonas más alejadas del interior, pero otro porcentaje importante de la población contaba con cobertura por obras sociales, situación que se extiende hasta la década del 70. A partir de allí, producto de los recortes del gasto público y las políticas de descentralización en educación y salud, el sector público sufrió un considerable deterioro. (Pautassi, 1995) Esta situación se agudiza en la década de los 90 aumentando la subordinación provincial a las estrategias recomendadas por la OMS y la OPS, como así también la dependencia financiera ante el otorgamiento de créditos de Organismos Multilaterales (BID y BM) para la implementación de planes y programas en salud. Posteriormente, la política de salud provincial pasa a depender de planes y programas financiados por el Estado Nacional.

En base a lo expuesto, como futuras trabajadoras sociales, posicionadas desde un enfoque de género, reforzamos los aportes de Bourdieu (año) a los fines de analizar el campo problemático abordado. En este sentido, entendemos que la violencia obstétrica se constituye en un campo de lucha, en el cual se dan relaciones sociales y de poder desiguales, producto de procesos históricos que tienen estrecha relación con los capitales que posee cada sujeto e institución involucrada. Dicho campo, se constituye en un campo de lucha por el reconocimiento y garantía de los derechos de las madres, padres y del niño/a por nacer en el momento del parto. Las profesiones se mueven en este campo de luchas y conflictos de poderes, atravesadas por las condiciones sociales objetivas y por las relaciones asimétricas que se dan en la relación agentes-usuarios/as de los servicios; pero también y particularmente entre los propios agentes. Aun así, la construcción que realizan los propios profesionales, que se expresa en sus discursos y prácticas, implica la elaboración de interpretaciones y decisiones en la intervención profesional sobre los procesos salud-enfermedad-atención incorporando las dimensiones económicas, políticas y socioculturales del sujeto y los problemas sociales en la explicación y/o en las estrategias implementadas.

## **2.2 Rasgos del paradigma biomédico**

Para comprender la problemática de violencia obstétrica consideramos importante exponer y caracterizar el paradigma de atención de salud biomédico, ya que este reproduce la atención médica durante los procesos de embarazo, parto y postparto.

A fines del siglo XIX y durante el siglo XX la ciencia médica pone la mirada en los procesos de embarazo, parto y postparto y como campo de interés para la medicina se produce una tendencia a medicalizar e institucionalizar estos procesos. Se instaura un cambio de paradigma sobre cómo concebir la maternidad y el nacimiento en tanto el parto pasó de ser considerado un suceso banal de las mujeres a convertirse en objeto de estudio de la ciencia

médica. Durante siglos, los partos se producían en los domicilios con la asistencia de familiares, y personal especializado como por ejemplo parteras, comadronas entre otras, sin necesidad de intervenciones médicas.

En este periodo, Argentina no estuvo ajena a los procesos de reforma en la atención de los procesos de embarazo, parto y posparto. Emergen políticas higienistas que instauran la obstetricia como una nueva especialidad tendiente a regular y controlar la experiencia de la maternidad (Belli, 2013). Este modelo impuso el parto hospitalario bajo el cuidado de profesionales de la salud, a quienes a su vez les fue adjudicada la tarea de modificar comportamientos y hábitos de las mujeres embarazadas, considerados según la perspectiva higienista como erróneos con respecto a la salud y la higiene. Se instauró así el modelo médico hegemónico, definido por como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del S. XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. (Menéndez E., 1992)

Asimismo, es significativo destacar los aportes de Aníbal Quijano (2014) quien señala que la modernidad eurocéntrica instala la idea de que los saberes europeos eran lo más modernos, avanzados y superiores a los existentes en el resto del mundo. Por lo cual, a partir del Renacimiento, la ciencia europea fue imponiéndose en diferentes partes del planeta hasta volverse hegemónica. En tanto, la exportación de los saberes científicos europeos produjo lo que Boaventura de Sousa Santos (2010) llama epistemicidios, es decir la destrucción de los saberes propios a los pueblos dominados por el colonialismo occidental.

De ahí que entre estos epistemicidios destacamos los saberes médicos tradicionales, en particular los concernientes a los procesos de embarazo, parto y postparto; de manera que

la instauración de la medicina obstétrica moderna europea produjo un desplazamiento, tanto de los saberes médicos tradicionales existentes en América Latina, como de las personas que ejercían la partería tradicional. A partir de lo señalado, se caracteriza a este modelo como biologicista, ahistórico, individualista y de eficacia pragmática; en tanto concibe a la salud como una mercancía favoreciendo un vínculo asimétrico entre médico/paciente. La noción de enfermedad está vinculada con la idea de desvío, la práctica es curativa a fines de eliminar los síntomas. Por su parte, el sujeto es considerado ignorante y como tal responsable de su enfermedad.

La constitución del modelo hegemónico de salud resulta clave como instaurador de una doctrina que consolida el parto como enfermedad dando lugar a que un hecho natural pase a ser considerado un proceso altamente medicalizado y por consiguiente hospitalizado. Este modelo concibe a la mujer durante el momento de embarazo, parto y posparto como sujeto pasivo sin conocimientos, sin capacidad de decisión y portadora de una enfermedad. Establece una relación desigual de poder, donde el médico posee un saber legitimado e indiscutible desde la hegemonía del conocimiento científico.

Por otra parte, consideramos que la gestión de la pandemia adquiere cierta premisa biológica que sirve para favorecer y defender la hegemonía del saber biomédico y su pretensión de monopolizar la explicación de la situación epidemiológica. Es por ello necesario problematizar en los servicios de salud, en las instituciones del Estado y en diferentes espacios sociales, que hablar de pandemia es más que hablar del virus COVID-19. Hacemos esta referencia porque no solo las políticas sanitarias y los equipos de salud responden al modelo médico hegemónico (Menéndez, 2003), sino también las mujeres y personas con capacidad de gestar, quienes muchas veces reclaman y demandan a los servicios, más médicos, más aparatología, más medicamentos para resolver sus problemas de salud Canevari (2011). Asimismo, en aquellas poblaciones que tienen una trayectoria organizativa y de lucha



por el ejercicio de sus derechos como ciudadanxs es más factible el abordaje de dimensiones de la salud colectiva que trascienden esa mirada reduccionista. Ante ello consideramos como desafío la necesidad de revisar las formas de acceso a los servicios de salud y las modalidades de transitar de estas mujeres y personas con capacidad de gestar, así como también las posibilidades de garantizar una resolución integral de las demandas sanitarias que permitan legitimar otra perspectiva de la salud perinatal.

### **2.3 Modelo humanista integral**

El ser humano está alterando profundamente la forma en que se reproduce. Como plantea Lembo (2009) hasta hace aproximadamente 250 años, las prácticas hacia el parto y nacimiento eran uniformes en el mundo; las mujeres se movían libremente durante el trabajo de parto, eran atendidas por otras mujeres a quienes conocían, y parían generalmente en sus casas. A partir del siglo XVIII, con el advenimiento de la era industrial, en las sociedades occidentales, se comienza a afectar el modo tradicional de atención del parto llegando a configurar en la actualidad, en la mayoría de estos países, un modelo hospitalizado y centrado en la tecnología. Es así que surge el modelo Humanista Integral, como reacción al exceso del modelo médico hegemónico y tiene como principio fundamental la conexión mente-cuerpo 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. Los aportes de Davis Floyd, (2001) expresan 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. Desde este enfoque holístico, y apelando a la noción de salud, caracterizamos a la misma por abarcar aspectos del ámbito biológico, sociales, económicos, políticos, culturales, ambientales. La integralidad en la atención “supone considerar la

multiplicidad de factores determinantes del proceso salud- enfermedad, y la necesidad de una respuesta acorde a dicha complejidad” (De Lellis et al., 2014, p. 74). Por lo cual, continuando con los aportes de De Lellis (2014), desarrollar estrategias desde un enfoque integral implica “la coordinación entre los distintos efectores que componen el sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud a través de los diferentes niveles y escenarios de atención mediante la coordinación de una red de referencia y contrarreferencia que permita conectar todos los niveles del sistema de salud” (p.74).

De acuerdo con Valls Llobet ( 2010) estar sana/sano implica contar con condiciones favorables para vivir una vida digna, libre de violencias y discriminaciones, tener un trabajo que no se traduzca en explotación, disponer de vivienda adecuada, acceder a una alimentación suficiente, a la educación, a la cultura, contar habitual y no excepcionalmente con momentos de descanso y ocio, oportunidades de participación social, un ambiente sano. Enfatizamos un supuesto en particular que se agrega a todos los mencionados: tener acceso a servicios de salud, con calidad de atención, recursos suficientes y trato humanizado.

Por su parte, la OMSentende por salud integral, como el equilibrio psico-físico y emocional de una persona. De acuerdo con lo señalado, si todas estas condiciones se cumplen, se infiere que las personas, en su más amplia diversidad y sin discriminación, podrán gozar de una salud integral.

Comprendemos así, que la salud es un derecho. Desde este lugar, recuperamos el pensamiento de (Pfeiffer, 2006), quien plantea que un derecho es una protección voluntariamente reclamable, cuya legitimidad proviene de ser socialmente aceptado y su validez depende de que alguien asuma la obligación correlativa de satisfacerlo.

Junto al virus se han producido cambios radicales e imprevistos tanto en la cotidianeidad de familias y comunidades, como en la dinámica urbana y en las instituciones en general: se suspenden y/o posponen actividades, se recrean otras y se generan nuevas que

resultan desafiantes en los modos en que se instalan, porque mayoritariamente tienen que ver con la urgencia. La mayoría de los servicios públicos de salud han priorizado modelos de atención restringidos a lo biomédico. En esas definiciones se ponen en juego disputas de agentes con trayectorias, posiciones y capitales diferenciados y asimétricos. Allí, encontramos diferentes profesionales del equipo de salud, las mujeres y personas con capacidad de gestar, las organizaciones sociales, las asociaciones científicas, las organizaciones deontológicas y los gobiernos de las diferentes jurisdicciones.

#### **2.4 Recorriendo el Programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia.**

En este apartado, profundizaremos los lineamientos que dieron origen a la instauración de la Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado y al PMSCF a los fines de situar nuestra investigación en el escenario institucional en el que se desarrolló.

Alrededor de los años 1950 comienzan a circular en Argentina ideas en torno al parto sin dolor, ideas impulsadas por el médico francés Fernand Lamaze, las mismas consistían en, minimizar los dolores del parto vivenciadas por las mujeres y, al mismo tiempo, transformarlo en una experiencia más placentera. Asimismo, en nuestro país, existen agrupaciones de mujeres que desde los años 90 vienen trabajando bajo la consigna “por la humanización del parto”, marcando ciertas premisas heredadas sobre el parto sin dolor.

En torno a la humanización de la atención médica, ésta se enmarca en un paradigma que infiere cambios tanto en la relación que se entabla entre médico y paciente como en la intervención clínica. En cuanto a la humanización en el proceso de embarazo, parto y post parto hace hincapié en el respeto por los derechos humanos, en consecuencia, la mujer adquiere protagonismo en tanto se reivindican sus derechos, proceso que implica cambios y adaptaciones de las prácticas médicas.

Las recomendaciones y directrices propuestas por la OMS se enmarcan en los lineamientos centrales de la humanización del parto. Al respecto, dichas recomendaciones elaboradas sobre los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, señala:

“Se resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y post parto para las mujeres (...). Presenta un modelo global de cuidados durante el parto que considera la complejidad y la heterogeneidad de los modelos predominantes de atención y la práctica actual”. (OMS, 2018)

En Argentina, las directrices planteadas por la política de humanización durante el proceso de embarazo, parto y post parto, encontrará su correlato en la Ley Nacional 25.929 de “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento” promulgada en septiembre del año 2004 y reglamentada once años después. En este marco se presenta el modelo de parto respetado como contrapropuesta, en el marco de la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las familias en general a elegir cómo, dónde y con quién parir. En consonancia con esta ley, emerge la guía “Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural: conceptualización e implementación del modelo”.

Por otro lado, en los años 2009, 2010 y 2011 la UNICEF junto a la Fundación Neonatológica, gobiernos provinciales y otras instituciones académicas, comenzaron actividades conjuntas para transformar las maternidades públicas en un nuevo modelo: las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Se implementó en 71 maternidades de la Argentina; en las provincias de Salta, Jujuy, Buenos Aires, Córdoba, Santiago del Estero, Misiones, Mendoza y Santa Fe. Sentando las bases de principios tales como el Cuidado Agudo del Recién Nacido de Riesgo y el Enfoque Intercultural (el cual considera los aspectos sociales y culturales particulares que se manifiestan en los servicios de salud perinatales).

Los ejes conceptuales y lineamientos se explicitan y desarrollan en profundidad desde la Guía del PMSCF, además se señalan diez pasos en los cuales se sustenta su

implementación. Estos puntos marcan objetivos específicos que comprenden las distintas etapas y aspectos de la atención de la mujer y persona con capacidad de gestar . Ellos son:

1. Reconocimiento de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia con Enfoque intercultural como una política propia de la institución.
2. Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el Control Prenatal (CPN).
3. Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia durante el parto y el posparto.
4. Priorizar la internación conjunta madre-hijo/a sanas con participación de la familia.
5. Facilitar la inclusión de la familia en la internación neonatal.
6. Contando con una Residencia de Madres (RM) que permita la permanencia junto con los recién nacidos internados.
7. Contar con un servicio de voluntariado hospitalario.
8. Organizar el seguimiento del recién nacido (sano y el de riesgo) en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar.
9. Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna.
10. Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones, para la transformación de las MSCF con enfoque Intercultural.

Para el logro de esos objetivos se crean en el programa 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 PMSCF, 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. Es así, que los programas presentados por el HMP se posicionan en concordancia con la misión, visión y valores que se sintetizan de la siguiente manera:

**MISIÓN:** en este punto propone proveer servicios de salud de calidad y eficiencia, mediante el uso de tecnología, promoviendo la educación para la salud desde la docencia e investigación y mediante la realización de tareas sociales de la comunidad.

**VISIÓN:** aquí el HMP propone el reconocimiento a nivel provincial, nacional e internacional del servicio de salud de calidad prestado.

**VALORES:** se basa en el respeto a los derechos de los pacientes, abordando la integralidad de las personas desde un servicio de salud de calidad, confiable y segura centrada en la familia. Donde el compromiso de capacitación constante del personal de la institución y el sentido ético profesional forman parte permanente del servicio en el HMP.

## **2.5 Escenario Institucional**

A los fines de situar el escenario institucional en donde se desarrolla el PMSCF, mencionamos que el HMP, ubicado en Pasaje Caeiro 1545 del barrio San Vicente en la Ciudad de Córdoba, se caracteriza por ser un hospital polivalente de tercer nivel. Es decir que posee una atención de alta complejidad (padecimientos agudos que requieren resolución quirúrgica inmediata además de su internación) y un abordaje desde distintas especialidades destinadas a la asistencia del conjunto de las enfermedades o situaciones sanitarias. De estas características hablaremos detalladamente en el recorrido histórico con los datos obtenidos del Libro de Registro de Parto (1967 – 1985).

Este HMP fue inaugurado por el entonces presidente Juan Domingo Perón en 1952, para ampliar los servicios asistenciales y sanitarios materno-infantiles por la creciente demanda de atención. Inicialmente el edificio se construyó para que funcionara un instituto de

rehabilitación socio laboral, destinado a mujeres que ejercían la prostitución. Tenía como proyecto privarlas de su libertad hasta que completaran su tratamiento, por esa razón la estructura edilicia es de tipo carcelaria. En 1966 se inaugura el primer servicio de Neonatología de Argentina, siendo así el primer instituto de Argentina en la especialidad. En 1991 el exgobernador Eduardo Angeloz le puso el nombre Felipe Lucini al HMP.

Es importante destacar en este recorrido, que, en junio del año 2017, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Provincia de Córdoba y el organismo de Derechos Humanos, Abuelas de Plaza de Mayo, filial Córdoba, realizan un homenaje a las madres detenidas/desaparecidas que dieron a luz clandestinamente en la institución. Ya que este formó parte del circuito represivo de la dictadura cívico militar.

La Maternidad cuenta con una Dirección y tres departamentos, a saber: 1- 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. 2- El Departamento de Neonatología, que cuenta con área de genética, UTI, UCI. 3- 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. Además, se logra la construcción de la residencia para madres en el año 2013, con el propósito de evitar la separación madre-niño con la implementación del PMSCF.

El HMP implementa el PMSCF, creado en el año 2006 desde la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, que da origen al programa que lleva su mismo nombre y a la “Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia” (2007). Este programa plantea ejes que delimitan su alcance señalando la intención de reconocer y

promover la participación de los padres y la familia junto al equipo de salud, tomando como protagonistas de esta atención a la mujer embarazada, y el recién nacido como una de sus prioridades. Procura además estimular el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido. Además de buscar el empoderamiento de la mujer, y su pareja para el cuidado de su hijo/a antes y después del nacimiento, y del cuidado de la madre durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Es importante exponer el funcionamiento del programa, ya que esto nos deja ver cómo se aborda la problemática de violencia obstétrica dentro de la institución. Además, nos permite señalar el origen de un paradigma de atención perinatal que tiene como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil, promoviendo la atención humanizada centrada en los derechos de la madre y el niño. Esto en consonancia con las Ley de *Parto Humanizado* y la Ley de Salud Sexual y (no) Reproductiva.

Para culminar mencionamos las medidas preventivas por COVID 19, que implementó el HMP. Consideramos necesario mencionarlas ya que las mismas giran en torno a la salud y a los derechos de Parto Humanizado de la mujer y persona con capacidad de gestar y al recién nacido. Estas recomendaciones fueron creadas y difundidas desde el Ministerio de Salud de la Nación el 15 de abril del año 2020, teniendo en cuenta los diversos escenarios conocidos:

- Los riesgos y los beneficios conocidos, tanto para la persona gestante como para el RN.
- La elección informada, como un derecho de la persona gestante y/o de la familia del RN, luego de ser asesoradas en forma fehaciente y comprensible por los equipos de salud específicamente entrenados en este tema.
- El análisis individual de cada caso, que debe centrarse en garantizar el ejercicio del derecho a un parto respetado.



En base a los datos con los que contaban realizaron un protocolo, aquí destacamos dos puntos que marcan las particularidades de la atención en el proceso de embarazo, parto y postparto:

- Para la mujer y persona con capacidad de gestar con sospecha y/o con confirmación de COVID-19 no difieren de las indicadas para la población adulta, siendo imprescindible sostener las medidas de aislamiento y bioseguridad en todas las etapas de la atención.
- Aun con políticas de restricción de visitas, se permitirá la presencia de una persona sin infección, ni sospecha de COVID-19, elegida por la gestante como acompañante, tomando en consideración que la persona sea menor de 60 años y no posea enfermedades preexistentes.

Este protocolo de actuación implementado en el ámbito de la salud perinatal reconfiguró los modelos de atención sanitaria en hospitales y centros de Atención Primaria. Es en este marco que nos surgieron preguntas en torno a la VO como conducta normalizada en el ámbito de la salud, a la implementación de las políticas públicas o programas como factores condicionantes para el desarrollo y permanencia de de la VO. Procurando buscar respuestas teniendo en cuenta el recorrido histórico sobre los paradigmas de salud, abordajes y posicionamientos de los profesionales, instituciones y sociedad en materia de atención sanitaria desde una perspectiva de derecho.

## CAPÍTULO 3

### **Actores involucradxs en el campo problemático y el ejercicio profesional del**

#### **TS: Aspectos históricos, sociales y culturales**

##### **3.1 Tras las huellas: sujetx en construcción.**

Desde tiempos históricos se identifican diferencias entre los hombres y las mujeres, no solo físicas sino de género, que determinaban la supremacía y el poder que ejercía un sexo sobre el otro. Para algunos investigadores y pensadores como Fontela (2007), Martínez (2003), Sánchez Romero (2007), Soler (2006) entre otros; en tiempos prehistóricos, a las mujeres se les vinculó con el espacio del hábitat. Consideradas como acompañantes y objetos sexuales, cuyo papel principal era la reproducción. El estatus que se ofrecía a los hombres no era el mismo que a las mujeres, a ellos se les otorgaba el derecho de mandar, basándose en una supuesta superioridad biológica y social. Se concibe entonces un conjunto de características propias de las mujeres: casta, prudente, trabajadora, honrada, callada, obediente, hermosa y sorprendentemente, culta.

El patriarcado impulsó la asignación de diferentes tareas para hombres y mujeres, y a través de numerosos mecanismos se auto justificó argumentando que estas tareas adjudicadas a ambos sexos eran “naturales” por estar derivadas de la biología, se estructuran sobre una ancestral organización de tareas, funciones y roles sociales basadas en la condición reproductiva, la división sexual del trabajo. Esta estatuye a las hembras como reproductoras y a los varones como proveedores, constituyendo el principio de organización jerárquica de la familia extendido a toda la sociedad. El control de las mujeres (incluyendo el uso de la violencia) es un elemento clave en la perpetuación de este sistema.

En el siglo XX las mujeres accedieron al mercado de trabajo y recibieron una remuneración por esto, sin embargo, por su condición de mujeres los salarios eran más bajos.

*Igual salario por igual trabajo* ha sido una demanda histórica aún pendiente de las obreras en el mundo, reforma que sólo desde hace pocos años fue incluida en las leyes y contratos laborales de muchos países.

En los últimos 30 años según la OIT<sup>2</sup> ha aumentado la participación de las mujeres en este mercado laboral, muchos de estos trabajos son en labores de cuidado y mantenimiento, extensiones del trabajo doméstico en diferentes áreas de la economía y prestación de servicios. Son significativamente minoritarios los que ejercen en puestos directivos, en cargos de decisión.

Otros cambios sociales que inciden son: el proceso de urbanización y concentración demográfica creciente en las grandes ciudades, la expansión y diversificación del sector de servicios, el proceso de tecnificación e industrialización de sectores importantes de la economía, entre otros. Éstos conjuntamente interactúan con el incremento de los hogares encabezados por mujeres, la migración creciente de las mujeres del campo a la ciudad, la reducción de la fecundidad (cada vez las mujeres tienen mayor control de su reproducción), el aumento de la escolarización y capacitación de las mujeres; así como las transformaciones en la vida cotidiana y en las nuevas formas de familia que están emergiendo con la globalización y el hiper industrialismo.

La lucha de las mujeres por la igualdad, por su plena participación política y social, contra el sometimiento y la violencia de género, recorre la historia desde hace más de 2000 años. Una historia plagada de avances y de retrocesos, que reconoce en sus orígenes formas testimoniales de reclamo, que en el siglo XX y en la primera década del presente siglo han tenido un formidable impulso colectivo, que se refleja más en los avances normativos, que, en la asunción de esos derechos en la conciencia social, todavía impregnada culturalmente de los resabios de una cultura machista y discriminatoria.

---

<sup>2</sup>Las mujeres en el trabajo, OIT 2016

Durante la Revolución francesa, muchas mujeres de distinta condición social y cultural se sintieron impulsadas a reunirse en clubes, suerte de instancias políticas de la época. Se redactaron los dos primeros textos de defensa de las garantías individuales de las mujeres, frente al Estado y a los hombres.

En nuestro país, la lucha de las mujeres comenzó en tiempos del Virreinato del Río de la Plata, y se trasladó luego a la incipiente independencia argentina. No fue una actitud elaborada bajo principios teóricos, sino en acto, con su participación y protagonismo.

Los feminismos han interpelado las bases del sistema en general, entre ellos el sistema de salud, poniendo en cuestión el modelo basado en la jerarquía del saber, el biologicismo y una concepción binaria y heteronormativa de los cuerpos. Colectivos feministas se han organizado para asegurar políticas de cuidado basadas en la solidaridad, disputando así el sentido acerca de la salud y de cómo gestionarla. Plantean el desafío de lograr incorporar esas lógicas de construcción de ciudadanía en salud dentro de las instituciones responsables de producirla y preservarla. La organización y el pensamiento feminista han logrado poner definitivamente en agenda el derecho a las decisiones autónomas libres de toda opresión y violencia; y han denunciado el sometimiento de los cuerpos feminizados a la violencia patriarcal, colonial, extractivista y capitalista.

Villegas Poljak (2009) relaciona al patriarcado con la violencia obstétrica, porque el patriarcado es “la manifestación y la institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres, los niños y las niñas” (p. 125). La sociedad es patriarcal, el Estado es patriarcal, y en ambas las violaciones a los derechos humanos de las mujeres son sistemáticas. “El discurso patriarcal está escondido dentro del discurso médico, sobre todo dentro de la ginecología y obstetricia, y una de las maneras en que se manifiesta es en la patologización de los procesos naturales del cuerpo de la mujer, incluyendo al embarazo y el parto” (Bellón, 2019, p. 103). Antes del siglo XIX las mujeres daban a luz en sus casas, con parteras y otras mujeres de la

familia que ya habían pasado por ese proceso. Dar a luz en un hospital era un riesgo debido a las condiciones en que se encontraban en aquel entonces. Sin embargo, en el siglo XIX, los médicos ginecólogos y obstetras desplazaron a las parteras, y se impuso el conocimiento científico de la medicina como una forma de colonización sobre los saberes tradicionales, con lo cual, las mujeres quedaron relegadas a las posiciones subordinadas de asistente y paciente obediente. Belli ( 2013) y Bellón ( 2019) retoman a Foucault y sus conceptos de biopoder, y biopolítica. El Estado controla los cuerpos de las mujeres durante el embarazo y el parto a través de la medicina. Los hospitales son instituciones disciplinarias, dotadas de poder por parte del Estado, para disciplinar a la población (en este caso a las mujeres), y para decidir qué es lo sano, y qué es lo enfermo.

La problemática de la salud de las mujeres se basa en que existe una distribución diferencial de la salud y de la enfermedad para hombres y mujeres, en la cual además del determinante de clase, etnia, región, y más allá de los meramente biológicos, hay determinaciones de género. Para comprender cómo viven, cómo enferman y cómo mueren las mujeres, hay que primero comprender cómo operan las desigualdades de género en la salud (Gómez, 1991; Londoño, 1991). Al aplicar el enfoque de género a la salud de la mujer, se revelan las relaciones entre las diferencias biológicas (sexuales) y las construcciones socioculturales que determinan diferencias en los procesos de salud-enfermedad y en la utilización de los servicios de salud.

Las dificultades y obstáculos de acceso a los servicios de salud y las posibles prácticas discriminatorias que persisten, que los sectores populares enfrentan una vez que requieren ser atendidos, tienen también diferenciales de género. Con demasiada frecuencia, el sistema médico ejerce prácticas discriminatorias y violentas sobre las mujeres, las que varían en las diferentes etapas de su vida, especialmente en las relacionadas con el proceso reproductivo (antes, durante y posterior al embarazo). Las mujeres vienen soportando

prácticas no sólo excluyentes y violatorias de sus derechos humanos; sino que éstas inciden en los procesos que incrementan la morbilidad y muertes por causas prevenibles. Cabe mencionar dos importantes dimensiones relacionadas con la salud íntimamente vinculadas con la discriminación de género, éstas son: la salud sexual reproductiva y la violencia contra las mujeres. Históricamente, la sexualidad y la reproducción, en conjunción estrecha con la institución matrimonial y familiar, han sido puntos claros y precisos de regulación y control. Como apunta Astelarra, los estados, mediante sus políticas, han alentado determinado modelo familiar, asentado en cierta concepción de la sexualidad y del control de la reproducción a partir del control del cuerpo de las mujeres. La imagen de las mujeres como madres y esposas, como seres de otrxs, aun con los cambios que se han dado en muchos espacios: incorporación de las mujeres a la educación y al trabajo, el aumento de la participación política, etc., sigue en gran parte vigente. Y es que, anota Astelarra (2002) “la discriminación no desaparece porque; la incorporación de las mujeres al mundo público no transforma su rol de ama de casa. [...]. Es la estructura familiar y el rol de las mujeres en ella lo que hace que las mujeres no consigan una posición igual con los hombres ni en el trabajo, ni en la política ni en la vida social”. (p. 4).

En Argentina los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres no sólo no fueron considerados, en consecuencia, las prácticas anticonceptivas y el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y su fecundidad fueron desalentadas, obstaculizadas y, en muchos casos, criminalizadas desde el Estado. La Iglesia católica y los grupos conservadores han desempeñado un papel importante en torno a la legitimación e imposición de esta imagen única y privilegiada de mujer que aún subsiste en nuestra sociedad.

El patriarcado se impone a través de múltiples formas de violencia, desde las más sutiles, e históricas, hasta las más crueles, logrando la subordinación. A lo largo de la historia de la humanidad hay una extensa lucha contra la violencia de género, donde se reconoce una

condición de subordinación y discriminación fundada en modelos de sociedades patriarcales; establecidas en Estados patriarcales, donde hombres y mujeres reproducen valores, conceptos, pensamientos, conductas patriarcales y machistas. La violencia en contra de la mujer es una violación sistemática, en estas sociedades patriarcales, de los derechos humanos; además es un delito que también constituye un grave problema de gran impacto en la salud pública. Pierre Bourdieu expresa que "el dominio masculino está suficientemente bien asegurado como para no requerir justificación: puede limitarse a ser y a manifestarse en costumbres y discursos que enuncian el ser conforme a la evidencia, contribuyendo así a ajustar los dichos con los hechos. La visión dominante de la división sexual se expresa en discursos como los refranes, proverbios, enigmas, cantos, poemas o en representaciones gráficas como las decoraciones murales, los adornos de la cerámica o de los tejidos. Pero se expresa también en objetos técnicos o en prácticas"(Bourdieu, 2000). Por lo tanto, si esta división parece "natural", como se dice a veces para hablar de lo que es normal, al punto de volverse inevitable, se debe a que se presenta, en el estado objetivado, en el mundo social y también en el estado incorporado, en los habitus, como un sistema de categorías de percepción, pensamiento y acción. Se aprehende el mundo social y a sus divisiones arbitrarias como naturales, evidentes, ineluctables, comenzando por la división socialmente construida entre los sexos. Como aclara Bourdieu (2000) el habitus no es el destino que algunas veces se ha creído ver en él. Siendo producto de la historia, es un sistema abierto de disposiciones, enfrentado de continuo a experiencias nuevas y, en consecuencia, afectado sin cesar por ellas. De este modo, Bourdieu (2000) vincula violencia simbólica con el concepto de habitus. A través de la formación de habitus las políticas hegemónicas imponen un modo de seleccionar, de clasificar y de experimentar la realidad. Es en esta estructuración de la vida donde los saberes inscriptos en el cuerpo se vuelven prácticas y donde las diversidades sociales y culturales se vuelven desigualdades, pues parecen responder a una lógica "natural" y no a una

construcción social estructurada y estructurante. Todo poder admite una dimensión simbólica: debe obtener de los dominados una forma de adhesión que no descansa en la decisión deliberada de una conciencia ilustrada sino en la sumisión inmediata y prerreflexiva de los cuerpos socializados. Los dominados construyen esas relaciones de poder desde el mismo punto de vista de los que afirman su dominio, haciéndolas aparecer como naturales. Esto hace que muchas formas de violencia hacia la mujer, entre ellas la violencia obstétrica, sean invisibilizadas. Como expresa Bordieu (2000) la naturalización de los roles asignados culturalmente a las mujeres, hace invisible la violencia simbólica que, a su vez, no es identificable porque está legitimada desde el poder. En torno al derecho a recibir una atención de salud accesible, aceptable y de calidad, se construyen relatos y argumentos mediados por valores, creencias, saberes y conocimientos acerca de los sujetos y sus necesidades que atraviesan las prácticas de intervención, generando disputas y tensiones al interior de los equipos de salud. Por un lado, la mirada paternalista de quién sabe sobre quién no sabe, quién resuelve situaciones y dispone de recursos según sus propios criterios, ubica a los usuarios como sujetos de protección y cuidados y, por el otro, miradas críticas en torno a las concepciones e intervenciones orientadas hacia la búsqueda de oportunidades de hacer con otras/os y a deconstruir (se). En este marco, el abordaje de la salud sexual y reproductiva concebido como un dispositivo biologicista, restringe la libertad de decidir sobre el propio cuerpo (autonomía sexual) de las personas y se centra en un modelo de atención individual que prioriza la prevención y atención de las enfermedades.

Sin embargo, esa concepción se fue resignificando desde el campo de lucha de las mujeres, heterosexuales, lesbianas, gays, travestis, transexuales, transgéneros, poniendo en conflicto este paradigma que cercena derechos en función de las identidades de género y de la sexualidad, construyendo la especificidad del concepto de ciudadanía desde la sexualidad.



Es en este contexto de lucha que adquiere importancia el rol de las agrupaciones de mujeres por el reconocimiento al derecho de un parto humanizado y respetado. Donde la motivación se sustenta por la problemática de la violencia que vivían y viven las parturientas en los hospitales antes, durante y después de parir.

En este marco, la relación de las mujeres con el Estado se ha modificado a lo largo de la historia. De acuerdo con las condiciones sociales, históricas y políticas, el Estado ha focalizado desde el cuidado y la protección de las mujeres hasta su control y/o exclusión, incluso, en muchos casos, estas modalidades se han ejercido de manera combinada. Pero, más allá de estas variaciones en las ideologías de género y la aplicación de políticas públicas, es necesario destacar que el Estado en ningún caso ha sido indiferente a la regulación de la vida de varones y mujeres y, por lo tanto, a la ordenación de las relaciones de género. Las maneras en que un Estado interviene y modifica la vida de varones y mujeres puede darse a través de una desigualdad que se expresa mediante ideologías de género que se transmiten en el diseño y ejecución de sus políticas públicas, en la ausencia de políticas específicas y/o en la aplicación de medidas económicas y políticas insensibles al género.

A principios de los noventa, se reafirman importantes concreciones jurídico-institucionales, de acceso al mercado de trabajo, a la educación y a la participación en la vida pública y política, que permiten apreciar conquistas en el plano legal que contribuyeron a revertir discriminaciones y visibilizar, como cuestiones de interés público, temas que eran considerados propios de la vida privada, como la violencia doméstica y los derechos sexuales y reproductivos. Ejemplo de esto es el rol destacado de dichos movimientos en toda la región, en la recuperación de las democracias y en los procesos de construcción de la paz posteriores a los conflictos armados y las dictaduras, que combinaron la lucha por el reconocimiento de derechos con los objetivos de la democracia, la eliminación de la pobreza y la búsqueda de la igualdad.

A lo largo de los procesos de lucha feminista, se han ido desarrollando entre todxs nuevas formas de producción de conocimiento desde donde se sientan las bases para la construcción de una salud popular y feminista. Colocar en debate este tema, fue un motor que permitió profundizar y fortalecer los argumentos jurídicos, éticos y sanitarios a favor del derecho a decidir sobre el cuerpo e instalar la necesidad de revisar los modelos vigentes de atención en salud, dejando en evidencia que el sistema de salud no está en condiciones, en el mejor de los casos, de satisfacer las necesidades de salud (no) reproductivas de las mujeres, varones trans y otras personas con capacidad de gestar, ni de garantizar el acceso a servicios de calidad. Los feminismos han interpelado las bases del sistema de salud poniendo en cuestión el modelo basado en la jerarquía del saber, el biologicismo y una concepción binaria y heteronormativa de los cuerpos.

Dentro de esta lucha de derechos existen diferentes organizaciones como el “Colectivo de Mujeres por un Parto Respetado” y “Parto Humanizado Córdoba”, que actúan en favor de un parto humanizado-respetado desde una vinculación netamente virtual a través de un grupo en Facebook, llamado “Parto Humanizado Córdoba”, integrado por mujeres, varones, profesionales de la salud, entre otrxs, desde el cual se defienden los derechos de mujeres, niñxs, varones y familias en las instancias de embarazo-parto-postparto. Otra de las Organizaciones que ha trabajado fuertemente esta temática es la Organización civil “Las Casildas”, situada en Buenos Aires. Autodefinida en su página web oficial como” Una agrupación conformada por personas que, desde distintas áreas generamos dispositivos y aportes con el objetivo de difundir información en torno a la gestación, el parto, el nacimiento y la crianza de niños y niñas, como así también cuestiones de género”. Entendiendo que estas han sido partícipes necesarias para la construcción de normativas que reconozcan y protejan a la mujer parturienta y a la familia como los actores principales de este momento. Hoy, el principal desafío para la participación social y política de las mujeres en todos los niveles es

promover y asegurar la transversalización del enfoque de género en todas las políticas públicas, especialmente, en la política económica y cultural, y garantizar la articulación entre los poderes del Estado y actores sociales comprometidos con el logro de la igualdad de género.

### **3.2 Nominando a las mujeres y personas con capacidad de gestar**

Para comenzar este apartado marcamos el posicionamiento ético-político de nuestro equipo con relación al modo de nominar a los sujetxs. Es en esta línea, que se nos hace necesario mencionar la incidencia que tiene el nombrar para el accionar profesional, comprendiendo a la forma de nominar al otrx en relación con lo que dice (Skliar, 2021) (Soria Scarpino, 2021) que denomina al “lenguaje de la designación” como:

Una de las típicas estrategias coloniales para mantener intactos los modos de ver y de representar a los otrxs, y así seguir siendo, nosotrxs, impunes en esa designación e inmunes a la relación con la alteridad [...] perpetúa hasta el hartazgo el poder de nombrar, el poder de designar y la distancia con el otrx. Digamos, por un lado, que es un esfuerzo para matar la ambigüedad y la ambivalencia que la alteridad suele provocarnos. Y por otro, asume esa función ilusoria de que algo está cambiando”. (p. 13)

En este sentido, las formas de nombrar a las mujeres que se atienden en sus procesos de embarazo, parto y postparto, es con el uso de los diminutivos mamita, gordita, mami, etc. Esta forma de llamarlas es utilizada por parte de los diferentes profesionales en el área de salud 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) Otro de los términos designados desde la acción médica es el de “paciente”, desde la asistibilidad de las mujeres, donde se les

imprime a las personas condiciones de pasividad. Si el/la profesional posee y se le reconoce el monopolio legal del conocimiento, como ocurre en nuestro contexto, y como dice Uribe Oyarbide (2012) “se anula o ignora el punto de vista del profano y se excluye la iniciativa en la determinación de decisiones y la capacidad personal de enjuiciar la situación”. (citado en Martínez Hernández, Comelles, & Aranda, (1998, p. 305)

Nuestro trabajo se apoya en una perspectiva ética- política que cree en que la importancia de nominar al sujetxs genera ya sea de manera explícita o implícita determinados posicionamientos. Parafraseando a Custo (2009) tanto el lugar desde donde nos paramos como la posición teórica elegida va a determinar la lectura que hagamos en torno a estx actxr, es así como la denominación elegida en base a todo lo expresado es de mujeres y personas con capacidad de gestar. Con esta nominación estamos considerando a las mismas como sujetxs de derecho, destinatarias de una atención digna y humanizada, como lo proclama la Declaración Universal de los Derechos Humanos donde reconoce el acceso a la atención sanitaria digna como un derecho que poseen todas las personas. Desde este marco normativo emerge la Ley Nacional 25.673, la cual reconoce que el Derecho a la Salud comprende el derecho a la Salud Sexual y procreación responsable.

Esta forma de designar también tiene en sus bases los aportes sobre género de la Butler (1990), quien nos propone romper con ese binomio, ser hombre o mujer, propuesta teórica que busca desnaturalizar las definiciones del cuerpo sexuado masculino y femenino. De este modo se reconoce la atención a quienes tengan capacidad de gestar: personas trans, personas no binarias, lesbianas y otras identidades de género que pueden embarazarse. Visibilizando desde la palabra los derechos conquistados por los movimientos sociales, rompiendo con la naturalización de las desigualdades entre lxs sujetxs debido a la diferencia sexual. Esta categoría nos permite concebir a la mujer y a la persona con capacidad de gestar

como sujetos de derechos aportando a la construcción de ciudadanía, identidad, igualdad e inclusión.

Para situar desde nuestra profesión y en línea de lo que venimos planteando, creemos que desde el Trabajo Social se interviene desde la construcción de ciudadanía, entendiendo que esto implica el derecho a tener y ejercer los derechos, incluyendo el pleno ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. (CELADE, 2006) Es desde esta perspectiva de derecho que entendemos que es necesario dejar de lado la idea de “víctimas, indefensos, carenciados”, 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 des-ciudadanizados, sujetos no sólo despojados de sus derechos sino también de la conciencia respecto a estos y a sus responsabilidades. (Aquin, 2000) Es desde esta posición transformadora y de acción que caracterizamos a las mujeres y personas con capacidad de gestar como un actor social dentro del sistema de salud.

Nos referimos a actor social, parafraseando a Weber (2002) quien define que estos cuentan con la capacidad de ver, definir y estructurar una realidad de la cual son parte. Esta noción de actor social introduce una dimensión política en donde el conflicto se ubica en la gestión de las tensiones que se expresan en diferentes planos. Desde aquellos planos relacionados con los intereses que se ponen en juego y que subyacen a determinada intervención y la búsqueda de soluciones; las representaciones acerca de las soluciones y las modalidades de su implementación, el poder relativo de que dispone cada uno de ellos, el lugar que la cuestión ocupa en su estructura de agendas y el diferente sentido de la urgencia (Chiara & Di Virgilio, 2009, p. 203).

### **3.3 Trabajo social en el campo de la salud**

En el presente apartado nos proponemos compartir algunas reflexiones producidas, en el marco de nuestra inserción en el campo de la salud transcurrida en el año 2021, en la ciudad de Córdoba. Por lo cual, luego de haber realizado un recorrido histórico en torno al campo problemático, consideramos de suma importancia detenernos en el rol del Trabajo Social y los aportes que realiza al campo de la salud. Para ello, recuperamos los aportes de Spinelli en tanto nos acerca el concepto de campo entendiendo como tal la “convergencia de actores (a), recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales” (Spinelli, p. 276).

El Trabajo Social como disciplina profesional, interviene en la esfera social, marcadas por las coordenadas de tiempo y espacio, en tanto van resignificando sus elementos constitutivos. En este marco, consideramos el ejercicio profesional como una intervención situada y como un proceso no lineal, en tanto inserto en un contexto social, donde predomina un sistema social que legitima una estructura económica, política y social determinada, enmarcan las relaciones sociales que se establecen con las instituciones y con los sujetos que requieren nuestros saberes disciplinares.

Como expresa Custo (2009) “El trabajo social tiene en la cuestión social la base de su fundación, la base de especialización del trabajo” (p. 7). Es así como lxs trabajadorxs sociales se ocupan de la cuestión social en sus más variables expresiones cotidianas. De ahí que, siendo una profesión de contenido propio y autónomo, destacamos la incidencia de la misma en diversas áreas de intervención, tales como: salud, educación, género, vivienda, niñez y adolescencia, vejez, criminología, entre otras.

En este marco, en lo que respecta al quehacer profesional del Trabajo Social en el campo de la salud, nuestra profesión interviene de forma relevante dentro de este campo en sus tres niveles de atención. El primer nivel de atención se lleva a cabo en los denominados centros de salud, tales como salas de primeros auxilios, dispensarios, etc. Allí se desarrollan actividades destinadas a la prevención y promoción de la salud. Se trabaja a partir de la conformación de equipos interdisciplinarios en torno a acciones de salud definidas, especialmente dentro de los *programas de salud materno infantil*; los mismos tienen como ejes principales el control del embarazo, parto y puerperio, el control del niño sano, asistencia alimentaria, vacunación, acciones de seguimiento de niños desnutridos, etc. La intervención del TS en este campo se lleva adelante a través de entrevistas, trabajos grupales y se singulariza en el trabajo comunitario.

El segundo nivel de atención en salud tiene su escenario en los hospitales generales. Allí, desde el área de Servicio Social, la intervención del Trabajo Social se vincula con las problemáticas de pacientes internados o que concurren a consultar al hospital. En algunos servicios se trabaja dentro de programas específicos como: maternidad adolescente, infección por HIV, Tuberculosis, o desde los diferentes servicios que existen dentro de cada hospital. En general se trata de articular la relación entre el segundo y el primer nivel de atención, coordinando con el Centro de Salud acciones de diversa índole como, por ejemplo, la realización de estudios complementarios.

El tercer nivel de atención se inserta en Hospitales Especializados (por ejemplo: Hospital de Niños, Hospitales Psiquiátricos, de Quemado, de Ojos, etc.) donde la tarea del Servicio Social se relaciona con problemáticas de salud específicas. Allí se determinan campos de intervención donde el Trabajo Social se singulariza dentro de la misma obteniendo un alto nivel de especificidad.

En cuanto al lugar que ocupa el TS dentro del campo de la salud, una mención particular merece los aportes de Nucci et. al. (2018); al respecto las autoras expresan que en sus inicios la inclusión de nuestra profesión en el campo de la salud responde a la atención medicalizada de la enfermedad, la cual instaló una mirada fragmentada de los sujetos y de la reproducción social. No obstante, con el devenir del tiempo la intervención del TS en el campo de la salud se fue construyendo históricamente como mecanismo que pone en marcha el Estado para dar respuestas a la emergencia de situaciones y problemas ignorados por el paradigma biomédico; pero que, sin embargo, irrumpen generalmente como problemas sociales que inciden en las condiciones de salud de lxs sujetxs.

De acuerdo con lo que venimos planteando, la trayectoria de Trabajo Social en el campo de la salud pública estuvo marcada por un largo proceso de disputa de significados en torno a la salud, lxs sujetxs, los derechos y el Estado. De allí, la necesidad de continuar perseverando, revisando y buscando estrategias creativas que reconozcan el derecho a la salud como reivindicación ciudadana, de modo que aporte a la superación de prácticas tradicionales que responden al modelo biomédico.

### **3.4 Abordaje de la problemática desde el Trabajo Social**

El Trabajo Social, como disciplina profesional, interviene apelando a la perspectiva de ciudadanía, aportando a la habilitación de sujetxs conscientes de sus derechos y responsabilidades. Es así que, entendemos que posicionar nuestro ejercicio profesional a partir de la noción de ciudadanía nos permite capturar la complejidad del escenario. Parfraseando a Aquin (2000) implica dejar de lado la idea de “víctimas”, en consecuencia, nos impulsa a abandonar criterios clasificatorios que caracterizan a los sujetxs o a ciertas instancias sociales desde el polo de la carencia y de la negatividad. Lo cual, supone un compromiso con la



vigencia, defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales.

En función de lo mencionado arriba, en torno a la problemática abordada a lo largo de éste escrito, consideramos que la VO, constituye un campo problemático y de reflexión para el TS ya que se vulneran los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres; los cuales se ubican en el marco más amplio del campo de la Salud Sexual y (no) reproductiva. En efecto se observa la existencia de perspectivas en tensión y disputas aún vigentes con relación a la plena inclusión y ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos en el campo de la salud, en tanto entendemos que fue y sigue siendo un proceso político, dinámico y conflictivo.

En consecuencia, entendemos que las transformaciones necesarias en el campo de la salud requieren la plena implementación de la Ley Nacional 25.929, que supone la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las familias en general a elegir cómo, dónde y con quién parir.

En tanto, la labor del trabajo social en este campo resulta vital ya que podemos aportar en las construcciones contra-hegemónicas sobre los derechos de lxs sujetxs que se pueden producir en el campo de la salud en general, y en la DSynR en particular.

En función de ello, el Trabajo Social, recupera las experiencias que se dan en el campo de la salud en términos de DSynR a los fines de acceder a una actitud científica que apueste a la construcción de ciudadanía sexual. Desde esta línea, nos permite romper con la identidad de beneficiarixs de servicios en materia de salud y concebir al otrx como sujetxs de derechos, sujetx histórico, sujetx a la libertad, constructorx de lo colectivo etc.

No obstante, pese a que estas demandas por derechos en el ámbito de SSynR devino en la materialización de la Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable en 2002; siguen persistiendo fallas vinculadas a su plena aplicación. En consecuencia, la existencia de obstáculos de tipo ideológicos/personales, profesionales, legales y políticos nos permite dar cuenta de la distancia entre la enunciación de un derecho y las posibilidades de su ejercicio. Al respecto, los aportes de Peralta et. al. (2016) nos permite reflexionar sobre nuestra inserción privilegiada como profesionales en el campo de la salud, en tanto al encontrarnos en contacto directo con diferentes sujetos sociales, el accionar de determinadas intervenciones profesionales ubicadas en distintas áreas nos brindan elementos que nos facilita identificar expresiones e indicadores concretos de fallas del sistema. Por lo cual, problematizarlos permite construir alianzas a los fines de fortalecer y empoderar a los grupos subordinados.

Frente a lo que venimos planteando, agregar que debemos reflexionar en torno a las herramientas estratégicas de intervención que tenemos a mano; al respecto decidimos quedarnos con las palabras de Hermida (2018) quien expresa que:

Nuestras herramientas no son sólo la entrevista, el cuaderno de campo, o las técnicas de planificación estratégica. Nuestras primeras herramientas son las ideas. Ideas claras. Ideas profundas. Susurradas por las voces del barrio y por las mejores tradiciones académicas. Ideas tan arraigadas que transformen hasta nuestros sentimientos y creencias, que nos hagan devenir otros/as, mejores profesionales para los desafíos de hoy, Herramientas teóricas que funcionen como lentes pero que no distorsionen la realidad, como suele hacer el acervo eurocéntrico con el que hemos sido en gran medida formados/as, y que nos hace mirar como demagogia lo que en realidad es organización popular, o significar como beneficencia lo que en realidad es derecho a la asistencia (p. 7).

A modo de cierre, en cuanto a nuestro ejercicio profesional en torno a la problemática abordada, reconocemos que tenemos camino que recorrer, nuestra propuesta se enmarca en la revisión constante de las herramientas con las que disponemos, así como también las nociones y discursos que manejamos para así poder impugnar aquellas prácticas que no aportan a la reivindicación de derechos. Por último, nos encontramos con el desafío de construir con el otrx capacidad de construcción, reconstrucción, y de lucha de sentidos, que nos abra paso a la problematización de los dilemas, trabajar las ideologías y cultura impuestas por el modelo biomédico que rompe con la posibilidad de la puesta en práctica de los DSynR de lxs sujetxs en forma plena.

### **3.5 Área de Servicio Social: aspectos éticos del quehacer profesional**

En este apartado, caracterizamos al equipo de profesionales de Trabajo Social que integran el Área del Servicio Social del Hospital, reflexionando en torno a aspectos éticos del quehacer profesional.

Se puede definir a la intervención en lo social, tomando las palabras de Carballada (2012) “como un proceso, un espacio, momento o lugar artificialmente constituido en tanto acción” (p. 49), lo cual implica tender a su desnaturalización, entenderla como dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella. Los aportes del autor nos permiten situar la intervención realizada por el equipo de trabajadoras sociales del HMP en el campo de la salud pública de la ciudad de Córdoba.

Esta área depende de la dirección del Hospital Materno Provincial y del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba; cuenta con un capital cultural institucionalizado que lo posiciona dentro del campo de la salud como un actor fundamental; con conocimientos, saberes y prácticas específicas que se ponen en juego en la atención de los procesos de salud e 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 necesidades (Bourdieu & Wacquant, 1995).

En este espacio social se pueden identificar diferentes actores, sus relaciones y distintas posiciones que ocupan en el campo. Los profesionales que integran el área de SS, intervienen aplicando procedimientos, instrumentos operativos y técnicas, según el tipo de abordajes (familiares, grupales, comunitarios o institucionales) y el tipo de problemáticas que se presente (González, 2001).

El área de Servicio Social del HMP se encuentra conformada actualmente por un equipo de trabajadoras sociales integrado por tres licenciadxs en trabajo social, unx jefe del Área de Servicio Social del HMP y dos residentes. Las intervenciones del TS se inician a partir de demandas directas e indirectas, es decir, que las mujeres y personas con capacidad de gestar pueden demandar atención al Servicio Social de forma espontánea o a partir de solicitudes realizadas desde otras áreas del hospital u otras instituciones que hayan gestionado la derivación. Las funciones de lxs profesionales, dentro del Servicio se organizan de acuerdo con tres áreas de abordaje: neonatología, adolescencia y adultxs. Por otro lado, cabe aclarar que Servicio Social trabaja de manera articulada con otras instituciones, tales como SENAF, Secretaria de Adicciones, Ministerio de la Mujer, Ministerio de Desarrollo Social y Justicia. Esto, en tanto van surgiendo otras problemáticas como adicciones, situación de calle, trabajo sexual, violencia, trata de personas, situaciones de mujeres que renuncian a su maternidad, entre otros.

El área de adolescencia a cargo de una de las Lic.en TS, entrevista a lxs adolescentes que asisten al HMP, a los fines de indagar sobre la existencia de situaciones de vulnerabilidad social, adicciones, consejería de salud sexual y (no) reproductiva, Una vez realizado el diagnóstico, de acuerdo con las diferentes circunstancias encontradas; se procede a derivar a

los profesionales o instituciones correspondientes; o se gestionan diferentes recursos tales como, tarjetas de colectivo, programas sociales, etc.

El área de neonatología a cargo de una de las Lic. en TS inicia su intervención a partir de demandas espontáneas o derivadas por parte de algún otro equipo del sistema de salud del Hospital. Se desarrollan acciones de promoción de información, concientización, consejería en torno a diversas temáticas tales como ser: DSynR, IVE, Derecho a la identidad de la persona recién nacida; así como también promoción de información, gestión de recursos que no se encuentran disponibles en la institución, tales como respiradores, válvulas y diligenciamiento de derivaciones a otras provincias u hospitales. Realizan entrevistas a madres y padres de personas recién nacidas prematuras o con patologías para reforzar pautas de cuidado, poniendo a su disposición los recursos del hospital, en especial si se hallan en el piso de internación. Finalmente, ponen en marcha instrumentos operativos como el relevamiento de información, diagnósticos a los fines de determinar el accionar del profesional.

El área de adultxs trabaja de manera interdisciplinaria con el consultorio de planificación familiar abordando actividades referidas a salud sexual y reproductiva, en donde se realizan talleres de promoción de información, así como también la realización de entrevistas e informes sociales de casos derivados por los médicos. Se implementa el programa PROCORDIA, dirigido a mujeres con embarazos asociados a la diabetes.

Una vez situado el escenario institucional donde nos insertamos, a los efectos de realizar nuestro proceso de investigación que dio lugar al presente escrito; consideramos relevante enmarcar nuestro proceso en el actual contexto atravesado por la pandemia de COVID-19.

En el contexto actual, marcado por la pandemia y el distanciamiento social, preventivo y obligatorio, es inevitable reflexionar en torno al rol del trabajo social en situaciones de crisis y emergencia, en los espacios en disputa, y en las luchas por venir.

En el marco de los protocolos de distanciamiento social, preventivo y obligatorio impulsados por los distintos niveles de gobierno para gestionar la pandemia durante el año 2020, permitió observar que el impacto de la pandemia movilizó cambios en los procesos de trabajo en las áreas vinculadas a la atención médica, internación y servicio social. Tales cambios interpelaron a los equipos a repensar la atención, los modos de cuidado y las prácticas desarrolladas en los servicios.

Cabe mencionar que los distintos ámbitos de intervención que desarrolla el área de servicio social en el campo de la salud tienen por destinatarios a personas en situación de pobreza, mujeres víctimas de violencia de género, refugiadxs., niñxs y adolescentes cuyos derechos son vulnerados, entre otros. Pese a esto, el Área de Servicio Social del HMP se vio obligado a restringir su funcionamiento cotidiano; hecho relatado por el equipo de trabajadoras sociales en el marco de entrevistas realizadas en el mes de julio del año 2021.

En base a esto y tomando la noción de campo propuesta por Bourdieu, nos damos cuenta de que el trabajo social dentro del campo de la salud es un actor que disputa la interpretación de los problemas de la salud, las modalidades de abordaje y el lugar del Estado en los procesos de cuidado. La pandemia sirvió como un dispositivo de análisis, en tanto nos permite identificar que el impacto de ésta se aborda bajo una lógica biologicista en tanto se prioriza los contagios concibiéndolas como lo urgente. Por otra parte, esta coyuntura sirvió para favorecer y defender la hegemonía del saber biomédico.

Sin embargo, en función de dichas medidas protocolares, el Área de Servicio Social se vio obligado a movilizar una serie de estrategias, al respecto los planteos realizados por Nucci. et. al (2018) nos permite comprender que “las demandas exigen la puesta en práctica

de conjuntos de procedimientos para orientar o co-gestionar formas de resolución en contextos en que los recursos materiales a los que TS puede acceder son insuficientes y se hallan diseminados en distintos organismos” (p. 22). Por ejemplo, se gestionan tarjetas de colectivos para las madres que tenían sus hijos internados y que debían volver al hospital diariamente, se habilitaron espacios de consultorio presencial (con medidas protocolares de prevención) ya que existía un número considerable de mujeres que no contaban con los medios para realizarlas de forma virtual.

En función de ello, advertimos la necesidad de considerar una perspectiva integral que aprecie elementos sociales, económicos y culturales a la hora de orientar la salud pública donde contemplen principios básicos tales como el respeto por la dignidad de la persona, la justicia social, la solidaridad y la confianza pública en los servicios de salud, la accesibilidad a los bienes comunes de la salud y los cuidados colectivos por sobre las libertades individuales.

Siguiendo lo mencionado hasta aquí “[...] es posible afirmar que el derecho a la protección de la salud no se reduce a la asistencia sanitaria, sino que se vincula con el ejercicio de otros derechos humanos” (Nucci, et. al. 2018, p. 16). Es así como se puede mencionar diferentes acciones concretadas por el equipo de Servicio Social en resguardo de que se efectivizara la puesta en marcha del PMSCF; ya sea garantizando el acceso a la información sobre el estado de salud de las personas recién nacidas, debiendo las mismas trabajadoras sociales ir en busca de tales datos y transmitirlos a las puérperas. Estas nuevas estrategias emergieron a partir de la elaboración de diagnósticos que contemplaron el contexto económico, político y social donde el equipo del servicio social construye y deconstruye distintas prácticas.

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, 2012).

A partir de ello, nos preguntamos sobre la implicancia del equipo de trabajadoras sociales frente al contexto actual ya que bajo este escenario pusieron en marcha diversas estrategias descritas en los párrafos anteriores. Tales acciones, puestas en juego implicaron una revisión moral, que lxs condujo a preguntarse qué hacer y por qué hacerlo, colocando en un lugar de valor los derechos democráticos y participativos de las mujeres gestante y reflexionado desde un contexto particular, de conflicto y ante el ejercicio efectivo de la ciudadanía.



## CAPÍTULO 4

### Trazando caminos, construyendo investigación

#### 4.1 Proceso metodológico y estrategias.

Como equipo de trabajo, entendemos que investigar hace referencia a una acción que implica la búsqueda de algo a develar. Por otro lado, desde el campo del trabajo social, se requiere contar con una matriz conceptual que opere como marco referencial y operativo que nos permita como profesionales fundar nuestro quehacer profesional, en tanto hacemos hincapié en la importancia que tienen para nosotrxs los aspectos vinculados a las categorías teóricas y prácticas concebidos como dimensiones que se relacionan y vinculan mutuamente.

Mary. E. Richmond, en *Social Diagnosis*, dice que sin investigación social no es posible realizar trabajo social y en el texto de Caso Social Individual: “no creo que se pueda dar un mejor consejo a los trabajadores sociales del servicio familiar de casos que el de estudiar y desarrollar la parte de su esfera de actividad que atañe a las investigaciones sociales, o a la mejora en conjunto de las masas” (Richmond, 1995, p. 150). Kisnerman también nos aporta una definición de investigación que apuntaló nuestro proceso: “el proceso metodológico de descubrir, interpretar, explicar y valorar una realidad, prediciendo su desarrollo futuro según se intervenga o no en ella” (Kisnerman & G de Gómez, 1985, p. 49). Desde el trabajo social ante una nueva situación, se plantean interrogantes: ¿Qué? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué? ¿Qué significado tiene? ¿A quién afecta?, ¿Qué consecuencias produce? Al proceso que sigue, mediante la aplicación de un método, técnicas, procedimientos y conocimiento científico para responder a las cuestiones anteriores se le llama investigación.

Así, dentro del proceso de investigación iniciado en el periodo 2020-2021 en el HMP se decidió utilizar diferentes estrategias que obedecen a un enfoque mixto; cualitativo,

mediante entrevistas abiertas a las Trabajadoras Sociales donde se pudo recolectar información con relación al acceso a la atención de la salud de mujeres y personas con capacidad de gestar en contexto de distanciamiento social. Y de orden cuantitativo, llevando a cabo cuestionarios y evaluando la naturaleza de los fenómenos que atañen al acceso de la atención obstétrica.

Por otro lado, utilizamos la reflexión crítica como una herramienta que nos permitió argumentar y replantear nuestros saberes y prácticas cotidianas en la institución, facilitando estrategias de elucidación a modo de visibilizar contradicciones instituidas que sirvan como elementos de análisis.

En la investigación utilizamos el método mixto, según autoras como Zulay Pereira (Pereyra, 2011) este surgió durante los años 60 y 70 con el fin combinar los enfoques cualitativos y cuantitativos utilizando instrumentos ligados al paradigma positivista y naturalista para la recolección de datos e información junto con los del área comprensiva, esto dio paso a la triangulación de datos. Dado al carácter de los objetivos planteados en esta investigación se requiere el uso de ambas metodologías para alcanzar el logro de lo propuesto. Se trata de un estudio donde se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, es decir, que no hubo una manipulación deliberada de las variables. El alcance del estudio es de tipo exploratorio, ya que siguiendo a Danhke citado por Sampieri “[...] buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Hernández Sampieri, 2006, p. 60).

#### **4.1.1 Preguntas de investigación**

Cuando comenzamos a formular las preguntas de investigación partimos de abrir determinados interrogantes relacionados a nuestra temática que nos ayudaron a caracterizar,

comprender y explicar la realidad a investigar, como: ¿Qué queremos conocer? ¿Qué es lo que no conocemos sobre este aspecto de la realidad social? ¿Qué preguntas vamos a responder con la investigación?

Esta exploración nos fue acercando después de varios debates, a las primeras preguntas que como investigadoras nos aproximaban a nuestro problema de investigación, como dice Achilli “no se realiza en el vacío” (2009, p. 30). Supone conocer aquel aspecto de la realidad que queremos investigar (conocimiento empírico de sujetos, lugares y otros), una búsqueda de antecedentes y la construcción del marco teórico, referencial o contextual.

Es de esta manera en que comenzamos a elaborar distintas preguntas preliminares o iniciales, a medida que nuestro proceso de acercamiento a la realidad y a la institución nos brindaba información y detalle de la problemática. Si consideramos a estas preguntas, como dice Maxwell (1996, p. 63), el corazón del diseño: indican que se desea saber, comprender, y, a su vez, cómo a partir de ellas se conoce la dirección que tomará la investigación. Así es cómo a medida que nuestra investigación fue avanzando nos fuimos haciendo distintas preguntas, una de ellas:

¿Cuáles son las representaciones que tienen las mujeres en torno al acceso a la atención obstétrica respetado o humanizado en el Hospital Materno Provincial Dr. Felipe Lucini en contexto de distanciamiento social preventivo?

Finalmente, y dado los procesos flexibles que iniciaron a delimitar nuestra investigación, nos planteamos y nos hizo sentido la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué características adquiere el acceso a la atención obstétrica de las mujeres y personas con capacidad de gestar durante el embarazo, parto y posparto, en el marco del PMSCF y a la Ley Nacional 25.929 de *Parto Humanizado*, dentro del Hospital Dr. Felipe Lucini, en el contexto de distanciamiento social preventivo y obligatorio, durante el año 2021?

#### **4.1.2 Objetivo General**

Analizar el acceso a derechos en torno a la atención obstétrica humanizada de mujeres y personas con capacidad de gestar antes, durante y después del parto, en el marco de la Ley Nacional 25.929 de *Parto Humanizado* y el acceso al Programa MSCF implementado en el Hospital Dr. Felipe Lucini en contexto de distanciamiento social, preventivo y obligatorio, durante el año 2021.

#### **4.1.3 Objetivos Específicos**

- Analizar los conocimientos que poseen las mujeres gestantes antes, durante y después del parto sobre los derechos de acuerdo con la Ley Nacional 25.929 de *Parto Humanizado*, contempladas en el PMSCF.
- Conocer las percepciones que tienen de las mujeres en torno a la atención obstétrica respetada en el HMP Dr. Felipe Luccini en contexto de distanciamiento social preventivo.
- Conocer las fuentes de donde obtienen la información las mujeres gestantes antes, durante y después del parto sobre los derechos en el marco de la Ley Nacional 25.929 de *Parto Humanizado*, contempladas en el PMSCF.

Población y muestra:

La muestra comprende 48 cuestionarios de mujeres y personas con capacidad de gestar entre 15 y 40 años, que se atendieron en proceso de parto y post-parto durante el periodo en que rigieron las políticas sanitarias de ASPO y DISPO.

#### **4.2 Procedimiento**

El proceso de investigación se inicia en el mes de marzo con la búsqueda de información científica sobre la temática para conocer si existen teorías, hipótesis o técnicas

sobre los temas que estamos investigando. Para ello realizamos una revisión de literatura en torno a la temática, según Bounocore (1980) “son las que contienen información original no abreviada ni traducida: tesis, libros, monografías, artículos de revista, manuscritos” (p.229).

El proceso continuó con la inserción en el escenario en el mes de Julio donde se inicia un primer contacto por WhatsApp con la referente del área de Servicio Social del HMP, en estas instancias se presentó el plan de trabajo que daba cuenta de los objetivos que justificaban la inserción en la institución. Posteriormente se firma el convenio institucional estableciendo encuentros virtuales semanales los martes en el horario de 08:30, con una duración aproximada de 40 minutos.

Estos espacios permitieron realizar cada martes una entrevista a una trabajadora social, por lo que se diseñaron de manera previa los ejes/ temas para que la entrevistada pudiera expresar la temática con preguntas espontáneas. Las mismas giraban en torno al programa MSCF; implementación de medidas ASPO y DISPO y el abordaje desde el área de Servicio Social con relación al Parto Humanizado. Después de terminado este ciclo de entrevistas se avanzó con la planificación de los cuestionarios a implementar en el HMP hacia las mujeres y personas con capacidad de gestar que acuden a atenderse.

Estos cuestionarios se realizaron de forma presencial, debido a las medidas que se fueron aplicando en la segunda mitad del año 2021, posibilitando el contacto directo con la población y con el equipo de trabajadoras sociales. La presencialidad nos permitió realizar un recorrido por los espacios de la maternidad, pudiendo conocer su estructura edilicia, funcionamiento y observando la dinámica de atención (tiempos de espera, dinámica de la atención, cantidad de personas en los pasillos, etc.) de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

El instrumento fue diseñado de tal manera que permitió ser respondido de forma virtual, en un formulario de Google mediante el uso del teléfono o mediante papel.

Se utilizó como herramienta de tabulación de datos, una matriz de análisis, tabla de entrada de datos y gráficos de tortas, evidenciando información en porcentaje. Una vez diferenciados y ordenados los ejes y categorías de análisis, se comenzó con el análisis de la información que esos datos empíricos nos determinan como conclusiones o enunciados, para así finalizar en la interpretación de nuestro objeto de estudio

Desde un enfoque cualitativo pudimos recolectar información sobre el acceso a la atención de la salud de mujeres gestantes antes, durante y después del parto desde una perspectiva de derecho en contexto de distanciamiento social, preventivo y obligatorio. Para ello se hicieron tres entrevistas, a las tres trabajadoras Sociales del HMP.

Tomando los aportes de Roxana Guber, “la entrevista es una estrategia para hacer que la gente hable sobre lo que sabe, piensa y cree” (Gruber, 2001), es en esta situación en la cual una persona obtiene información sobre algo interrogando a otra persona. Si consideramos la no directividad se basa en el supuesto de que aquello que pertenece al orden afectivo es más profundo, más significativo y determinante de los comportamientos.

Posicionándonos desde el rol del investigadrx nos proponemos nuestra primera estrategia de entrevista, con el objetivo de favorecer la expresión de ciertos temas, apreciaciones, o conceptos espontáneos acerca de lo que se pregunta. En las entrevistas no dirigidas, se solicita al informante indicios para descubrir los accesos a su universo cultural. Estas entrevistas estuvieron dirigidas al equipo de trabajadoras sociales del Área de Servicio Social, ya que es donde nos insertamos para realizar la práctica de investigación correspondiente al quinto nivel de la carrera. Además, esa área participa del Programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia y están trabajando directamente con las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Desde el enfoque cuantitativo y luego de que definimos los ejes temáticos que darán respuesta al planteamiento del objetivo de investigación, se diseñó un instrumento que refleja

esa definición. En este caso utilizamos el cuestionario a completar descrito con anterioridad, a las mujeres y personas con capacidad de gestar, siendo ésta nuestra unidad de análisis. Esta técnica de estadística descriptiva nos permite describir y analizar un grupo determinado de datos, sin extraer conclusiones (inferencias) sobre la población a la que se pertenece.

Se tuvo que diseñar un cuestionario que aportará los datos válidos que serán utilizados para extraer conclusiones sobre la población de interés. Para aplicar la técnica descriptiva, numérica o gráfica, fue necesario analizar previamente el tipo de variable con la que se está trabajando. Lo que nos permitió identificar cada una de las características consideradas con el propósito de describir a cada individuo de la muestra y realizar el proceso de medición vinculando los conceptos abstractos con los indicadores empíricos; tipos de variables, etc.

#### **4.2.1 Identificando categorías y sus variables de análisis**

El análisis de los datos es una etapa central de la investigación, establece una dinámica de trabajo, organizados en unidades manejables, clasificados y tratando de encontrar patrones de comportamientos generales. Tiene por objeto posibilitar la emergencia de enunciados sobre los significados que expresan los datos, palabras, textos, gráficos, dibujos (Mejía Navarrete, 2011).

La exposición se divide en tres partes; la primera aborda la reducción del Análisis de datos que permite identificar, ordenar y clasificar los datos; la segunda estudia la elaboración de conceptos empíricos del análisis descriptivo, y la tercera etapa facilita pasar a la construcción de conceptos teóricos y explicativos de la interpretación (Mejía Navarrete, 2011).

De acuerdo con el proceso de análisis de datos nos proponemos ordenar la información obtenida en las entrevistas en profundidad al equipo de Trabajadoras sociales, y

los cuestionarios en tres categorías analíticas con relación a las mujeres y persona con capacidad de gestar y variables vinculadas a cada una, con el propósito de analizarlas; de esta manera nutre la matriz de datos de cómo fue el acceso a la Atención Obstétrica Humanizada en torno al programa, visibilizando así el cumplimiento o no del mismo:

Proceso de atención obstétrica humanizada: Inicia cuando la mujer y persona con capacidad de gestar ingresa a la institución médica, realiza los controles obstétricos durante el embarazo, parto, internación y puerperio con atención respetuosa<sup>3</sup>, individualizada y centrada en la persona, asegurando prácticas clínicas eficaces e integradas que aporten información pertinente y oportuna por parte de profesionales.

Variable: Accesibilidad, es definida como la posibilidad que tienen los usuarios de ingresar al sistema, lo que se denomina “Accesibilidad inicial”. Pero también hay una “Accesibilidad ampliada” que es un concepto que abarca todo el proceso de atención en salud. Podría decirse que el concepto de dignidad en la atención aporta a la accesibilidad ampliada, en tanto cuando se respetan los derechos, se facilita la construcción y solidificación del vínculo entre población y servicios. Se incluye en esta mirada el hecho de que son los sujetos los que construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios y que esto es producto de una multiplicidad de situaciones (Comes, 2006, p. 205).

Variable: Atención obstétrica (AO), vigilancia clínica adecuada en el proceso de embarazo, parto y posparto para identificar complicaciones de manera oportuna. Además de acompañar este proceso desde las normativas que resguardan los derechos de la mujer y la persona recién nacida.

Variable: Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, se define a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no mera ausencia

---

<sup>3</sup> Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo



de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y de procrear, como así también la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. En este sentido “los seres humanos tienen derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud” (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, p. 65) La humanización del parto propone garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y con ellos la autonomía para decidir sobre su cuerpo.

Información y Conocimiento: En el marco de la Ley N° 25.929 de Parto Humanizado promulgada en 2004, el artículo 2 de la misma, establece que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene derecho a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas. En tanto, en el presente eje resulta central abordar el acceso a la información que porta la mujer gestante en tal proceso ya que nos permitirá dar cuenta de la efectividad de la Ley N° 25.929 en contexto de pandemia.

Variable: Conocimiento de los derechos de la mujer y persona con capacidad de gestar, niñx y familia, es saber sus derechos de estar acompañada durante su trabajo de parto, ingreso irrestricto en neonatología, ser tratada con respeto y cordialidad, estar en un lugar confortable y limpio, elegir la posición que le resulte cómoda durante el trabajo de parto y del alojamiento en la residencia para madres en situaciones de vulnerabilidad social o de tener un hijo internado en neonatología.

Variable: Información, se considera adecuada la información o asesoramiento, que se brinda de manera detallada, suficiente, acorde a las condiciones subjetivas de la solicitante y a las circunstancias en las que la información o el asesoramiento son solicitados, en el lenguaje y con la claridad necesaria que permita su comprensión. En este sentido, la ley nacional 25.929 explicita de manera detallada lo antedicho en el artículo 2°, cuando trata sobre los derechos de la mujer en situación de parto. El inc. b) es muy claro: “ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales”. Más adelante, y en referencia los derechos de la familia del RN en situación de riesgo, podemos leer en el artículo 4°, inc. a): “recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento”. (Ley Nacional 25.929 - 2004).

Variable: conocimiento sobre el PMSCF, esto de acuerdo a lo implementado desde el PMSCF que expresamente insta a estimular, respetar y proteger los derechos de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido; a la promoción de la participación de los padres, la familia y comunidad en su atención y de brindar una atención segura y de calidad. Aquí refiere si lxs usuarixs conocen o no el mismo.

Percepciones de mujeres y personas con capacidad de gestar y del equipo de TS vinculadas a la satisfacción en la atención obstétrica recibida bajo el Programa MSCF en el HMP bajo el contexto de distanciamiento social, obligatorio y preventivo: Hace referencia al conocimiento subjetivo y nociones que tienen las trabajadorxs sociales en torno a la implementación del PMSCF y la satisfacción de la atención obstétrica humanizada recibida por las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Variable: Satisfacción de la atención, sentimiento de bienestar por parte de la usuaria del servicio en relación con la atención brindada por el equipo de salud. Abarca el respeto

durante su atención; la comunicación brindada por el equipo de salud; demostración de interés en su atención del equipo de salud; el tiempo de espera para su atención; acompañamiento en la sala de parto y el confort de la sala de estar.

De esta manera planteamos distintas variables de análisis que se relacionan con determinadas categorías teóricas, situándonos en dar cuenta de cómo se produce y se visibiliza la violencia obstétrica. Junto a Grassi (2011) podemos decir que “los problemas, conceptos y categorías analíticas no son un fiel reflejo de cómo son las cosas que le preceden; los datos no son cosas que están ya ahí procediendo con autonomía” (p. 4). La autora pretende expresar que los mismos son construcciones de las cosas, es decir, que sus significaciones han sido impuestas y rutinizadas en la cotidianidad, las cuales tienen influencia en las prácticas. Siguiendo esta línea y reflexionando sobre nuestro proyecto, proponemos dar voz a las mujeres y personas con capacidad de gestar para poder explorar y conocer acerca de las intervenciones que se desarrollan a través del programa MSCF y, de esta manera, indagar sobre las necesidades recurrentes que se presentan en torno al acceso a la atención, a sus derechos, y la configuración de estos.

## CAPÍTULO 5

### Hallazgos y análisis de investigación

#### 5.1 Hablemos de acceso, información y conocimientos

El presente apartado, pretende expresar los resultados obtenidos en el marco de nuestro proceso de investigación realizado en el HMP de la ciudad de Córdoba en tiempos de distanciamiento social, preventivo y obligatorio. El trabajo retoma ejes de indagación a los fines de analizar el acceso a derechos en torno a la atención obstétrica humanizada de mujeres y personas con capacidad de gestar antes, durante y después del parto, en el marco de la Ley Nacional 25.929 de *Parto Humanizado* y el acceso al PMSCF implementado en el HMP a la luz de la experiencia de la pandemia del COVID-19.

Explicitados estos puntos de partida, caracterizamos los sujetos que constituyen la población y muestra de nuestra investigación, de manera que nos brindarán los datos que nos habilitará a analizar los resultados obtenidos. Para ello situamos la reflexión en los dispositivos ASPO, DISPO y en el PMSCF implementados en el HMP. Resultados que nos invitan a interpelar nuestras lecturas en torno a la realidad en la que actuamos como futuros profesionales.

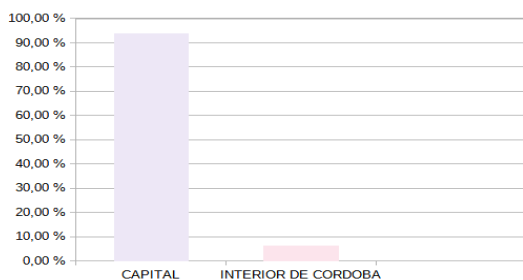
Población y muestra:

La muestra comprende 48 cuestionarios de mujeres y personas con capacidad de gestar entre 15 y 40 años, que se atendieron en proceso de parto y post-parto durante el periodo en que rigieron las políticas sanitarias de ASPO y DISPO:

- Mujer embarazada atendida en el HMP Dr. Felipe Lucini.
- Mujer puérpera atendida en el HMP Dr. Felipe Lucini

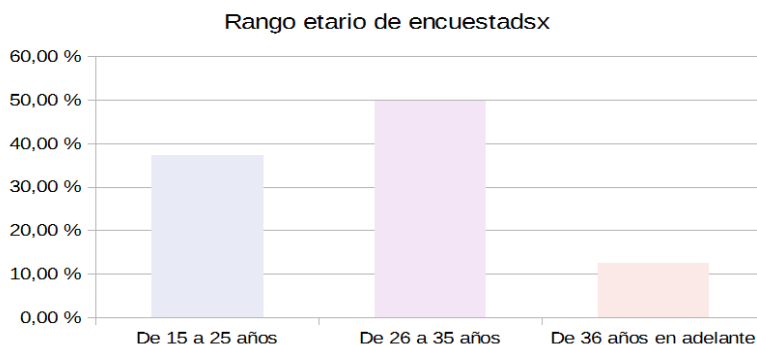
Para señalar algunas características de las mujeres y personas con capacidad de gestar en el Hospital Materno Provincial Dr. Felipe Lucini utilizamos datos obtenidos de las encuestas que les realizamos a ellas y de las entrevistas a las Trabajadoras Sociales. Desde las entrevistas, la información recibida nos permite decir que son usuarias de los servicios de salud en el HMP; mujeres de diferentes edades y recién nacidos hasta los 45 días, niños prematuros que nacieron con un peso menor a 1500 gramos, los cuales son atendidos en el

consultorio de neonatología hasta los seis años. Lxs mismxs provienen de diferentes puntos de la provincia y del país. Dentro de esta población de usuarixs se toma para la investigación, una muestra que comprende a 48 mujeres y personas con capacidad de gestar, embarazadas y puérperas. Lxs mismxs provienen en su mayoría (60% del total encuestado) de barrios pertenecientes a la zona capital de la provincia de Córdoba (ver Gráfico 1) y de la zona del interior de la provincia un 10%. En cuanto a la edad, encontramos que en la población-muestra de mujeres y personas con capacidad de gestar; un 50% está entre los 26 a 35 años, más del 30% tiene de 15 a 25 años y más del 10% tiene 36 años en adelante (ver Gráfico 2).



**Gráfico 1 - Residencia de encuestadxs.**

**Gráfico 2 - Rango etario de encustadxs**



### **5.1.1 Proceso de atención obstétrica humanizada**

A partir de los ejes desarrollados en el capítulo 4, procederemos a desarrollar el análisis de la información obtenida en el marco de nuestro proceso de investigación.

En cuanto al acceso de los turnos obstétricos en tiempo y forma existe una amplia conformidad, caracterizan a la atención brindada por el personal de salud del Hospital Materno Provincial como buena. Pero un porcentaje considerable dice haber esperado mucho tiempo para ser atendido, que no pudo acceder a los turnos telefónicamente o que los días pactados de consulta no fueron respetados. Cuestión importante al hablar de riesgos de salud en momentos de crisis sanitaria por el covid 19, teniendo en cuenta que el acceso a la atención obstétrica debe estar garantizado según lo plantea el decreto

- Casi la mitad de la población encuestada manifestó que no les permitieron estar acompañadas en las consultas e internación y en algunos casos, especialmente de las mujeres y personas con capacidad de gestar internadas, no pudieron mantener ningún tipo de contacto con algún familiar. En relación a esto podemos mencionar que desde el Área de Servicio Social aclaran “Nosotros hicimos cosas irregulares, fuimos resistentes, creemos que debimos asegurar ciertos contactos” (entrevistas realizadas a dicho personal), comentando las acciones que debían realizar para que las mujeres y personas con capacidad de gestar que quedaban en internación pudieran obtener una atención respetada y humanizada. Esto teniendo en cuenta la Ley de Parto Humanizado y el programa MSCF. Donde el relato nos llevaba a situaciones como; ser las TS las mediadoras (en mucho de los casos) para que los bienes personales les fueran alcanzado en tiempo y forma, que la información referida a estado y procesos médicos realizados al recién nacido o parturienta fuera transmitida a familiares o inclusive a la misma madre después de haber parido.

- Del grupo de mujeres que ya tuvieron a sus hijxs, casi un tercio de encuestadxs afirma que no tuvo contacto con el recién nacido luego de haber parido, no recibiendo información en relación a los mismos. Estos datos son importantes, ya que recordamos que la Ley de Parto Humanizado y el MSCF son claros a la hora de decir que la información es un derecho que debe ser respetado al igual que el contacto entre madre y recién nacido.

En cuanto a la información brindada a las mujeres y personas con capacidad de gestar que contempla los procesos de atención se vinculan a las distintas intervenciones médicas que pueden realizarse en el embarazo, parto y posparto, entre las cuales son: información de la cesárea en un 60.4 % , los tactos vaginales en un 41.7 %. Y en relación con la información brindada desde el programa MSCF observamos, como lo indica el Gráfico 5, que la lactancia materna junto con los métodos anticonceptivos son dos tipos de información más transmitida por el personal médico de la maternidad.

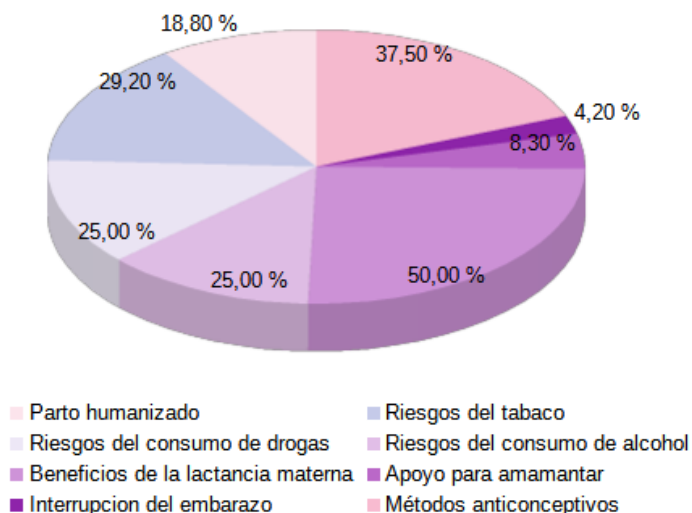
Según la directora de la OPS advirtió que la continua interrupción de los servicios de salud para las mujeres debido a la COVID-19 podría borrar más de 20 años de avances en la reducción de la mortalidad materna y el aumento del acceso a la planificación familiar."Quiero destacar las devastadoras repercusiones sanitarias, sociales y económicas que este virus ha tenido en las mujeres"<sup>4</sup>Las mujeres se han visto especialmente afectadas por la interrupción de los servicios de salud reproductiva y materna, subrayó Etienne. "Según estimaciones de la ONU, hasta 20 millones de mujeres en las Américas verán interrumpido su control de la natalidad durante la pandemia, ya sea porque los servicios no están disponibles o porque las mujeres ya no tendrán los medios para pagar la anticoncepción". La atención al embarazo y al recién nacido también se ha interrumpido en casi la mitad de los países de las Américas.

## **Gráfico 5**

---

<sup>4</sup> OPS "Organización Panamericana de la Salud"

El equipo de salud (medicxs, obstetras, enfermerxs etc) le brindó información sobre:



Otro de los datos a tener en cuenta es que en cuanto a estar conformes o no en la atención y trato recibido o expresan como una atención satisfactoria: el 90% indica estar conforme con la atención y el 95% haber recibido un trato amable.

### 5.1.2 Atención en Pandemia

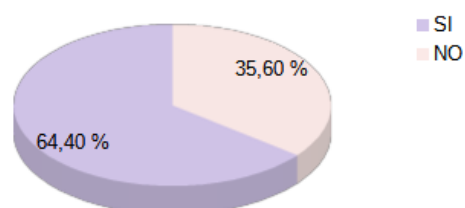
De acuerdo con las características de cada institución, y según las definiciones del PMSCF, ante situaciones de contexto y de noxa, el equipo MSCF puede realizar distintos tipos de actividades, análisis y jornadas de reflexión, determinar las prácticas que se vienen realizando, los actores habituales, los factores facilitadores (internos: fortalezas; externos: oportunidades) y barreras (internas: debilidades; externas: amenazas), globales y/o parciales, etc. Tomando esto como referencia y siendo parte de uno de sus lineamientos, se evidencia que la capacidad del sistema de salud para mantener el acceso a los servicios ambulatorios a nivel primario y secundario fueron reducidos durante el aislamiento preventivo y obligatorio.



De acuerdo con las encuestas realizadas las prácticas de atención se vieron condicionadas, como lo indica el Gráfico 6.

### Gráfico 6

Las medidas preventivas implementadas en el HMP por COVID; condicionaron el acceso a tu atención (medica, obstetrica, laboratorio, etc)



Estas tuvieron impacto en la espera que realizaron las usuarias del servicio:

- Demora en poder sacar un turno
- Demoras en salas de espera
- Poca disponibilidad de turnos
- Salas de espera llenas e incómodas

Asimismo, la OMS y la OPS, expresaron, que aún en tiempos de COVID 19 se debe mantener prácticas respetuosas durante el parto; cuando se sospeche o se haya confirmado que tienen COVID-19. Enfatizan que una experiencia de parto segura y positiva implica:

- Ser tratada con respeto y dignidad.
- Estar acompañada por una persona de su elección durante el parto.
- Comunicación clara del personal del servicio de maternidad.
- Estrategias adecuadas de alivio del dolor.

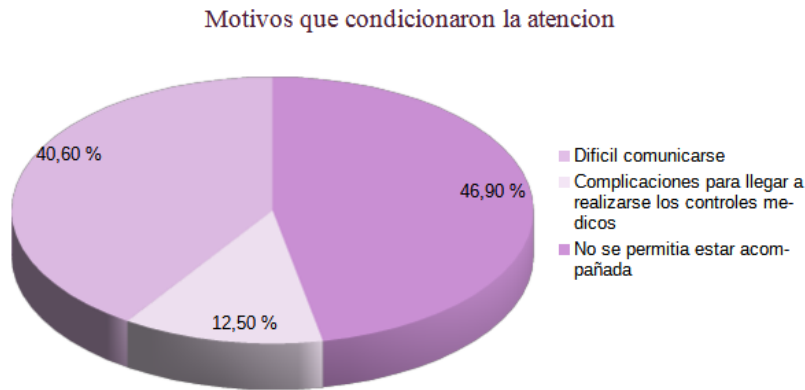
- Movilidad en el trabajo de parto, de ser posible, y elección de la postura del parto.
- Tener en brazos a su bebe, amamantarlo, y compartir habitación con bebé, siguiendo protocolos como lavado de manos y uso de tapabocas.

Sin embargo, pese a las recomendaciones, en el HMP se implementaron otras medidas, en relación a esto; en las entrevistas realizadas al equipo de Servicio Social las TS expresaron “Nosotros hicimos cosas irregulares, fuimos resistentes, sabíamos que era necesario asegurar ciertos contactos” (entrevistas realizadas a dicho personal), comentando las acciones que tuvieron que realizar para que las mujeres y personas con capacidad de gestar, que quedaban en internación, pudieran obtener una atención respetada y humanizada. Esto teniendo en cuenta la Ley de *Parto Humanizado* y el programa MSCF. En este contexto de distanciamiento preventivo y obligatorio es en el que TS se convirtieron en las mediadoras (en mucho de los casos) para que los bienes personales les fueran alcanzado en tiempo y forma, que la información referida a estado y procesos médicos realizados al recién nacido o parturienta fuera transmitida a familiares o inclusive a la misma madre después de haber parido.

En función de lo expuesto, se observa de acuerdo a los observados, que pese a tales recomendaciones, los protocolos implementados por el HMP vulneran el derecho de madres, padres y recién nacidxs a “estar acompañada durante todo su trabajo de parto”. Así lo indica el Gráfico 7. La Maternidad no contempló determinadas prácticas que enfatizan la experiencia de un parto y atención segura, como indicamos anteriormente. En este sentido, el parto debe desarrollarse en un entorno seguro, íntimo y amigable, y, además, la mujer debe estar atendida e informada de los procesos que se le van a realizar. Los saberes femeninos, el conocimiento sobre el propio cuerpo, las sensaciones y percepciones se han visto, generalmente, relegadas a

un segundo plano o directamente se han ignorado. (Arguedas Ramírez, 2014, Blázquez Rodríguez, 2009, Villanueva - Egan, 2010).

**Gráfico 7**



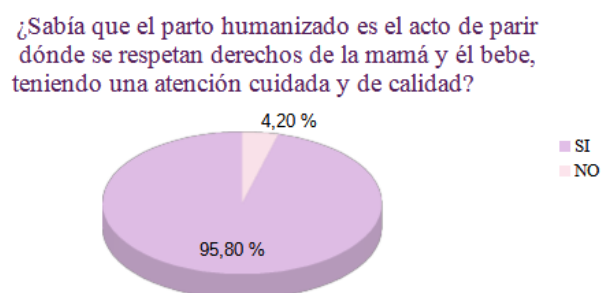
Es en estos actos al que la mujer se ve sometida de forma aleatoria y en el que intervienen factores que escapan de su control como, por ejemplo, el no poder llegar al turno, no poder comunicarse para sacarlo, las demoras prolongadas en ser atendidas, las salas llenas. En suma, esta desprotección va a marcar de forma irremediable un momento significativo para la parturienta.

### **5.1.3 Información y Conocimiento**

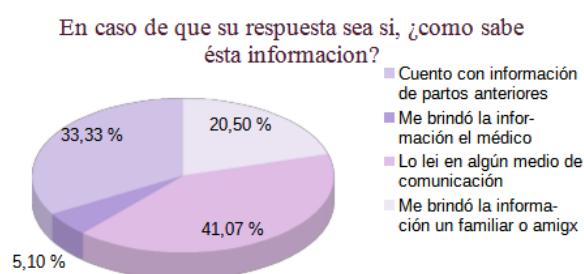
En lo que respecta al eje vinculado a la información, se aprecia que la información recibida por parte de mujeres y personas con capacidad de gestar durante el proceso de atención obstétrica deviene como fuente de la construcción histórica propia de las mujeres, en tanto equivalen a representaciones sociales construidas; resultado de los procesos de socialización.

Si tomamos como referencia el gráfico 6, se logra observar que las mujeres y personas con capacidad de gestar expresan saber que el *parto humanizado* es un derecho; sin embargo, tal información no fue brindada ni explicada por el personal de salud del HMP. En consecuencia, el gráfico 7 indica que solo el 5,10% de las mujeres y personas con capacidad de gestar recibieron información por parte del equipo de salud en torno al derecho al parto humanizado. En efecto, el 41,07% expresaron que los medios de comunicación aportaron al acceso de dicha información.

**Gráfico 6**



**Gráfico 7**



Siguiendo con el eje de conocimientos que poseen las mujeres y personas con capacidad de gestar sobre derechos de madres, padres y personas RN durante el proceso de embarazo, parto y post parto; la tabla 1 señala que existe un promedio de 57,72% de encuestadxs que desconoce sus derechos y el 95,8% tiene conocimientos en torno a la práctica denominada

parto humanizado. Se destacó que “el trato amable y respetuoso” fue una de las prácticas que mostró mayor conocimiento y en efecto, mayor deseo de que sea contemplada durante el proceso de atención obstétrica

**Tabla 1: Conocimiento que poseen lxs encuestadxs**

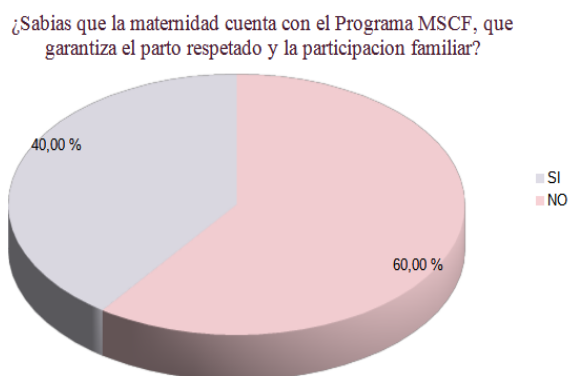
<b>CONOCIMIENTO DE DERECHOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Parto respetado	<b>95,8%</b>	<b>4,2%</b>
Trato amable y respetuoso	<b>79,2%</b>	<b>20,8</b>
Elegir la posición que le resulte más cómoda a la hora del parto vaginal	<b>12,5%</b>	<b>87,5</b>
Estar acompañada durante todo su trabajo de parto	<b>29,2%</b>	<b>70,8</b>
Alojamiento en el hospital si su situación fuera de vulnerabilidad social o si su hijo estuviera internado	<b>12,5%</b>	<b>87,5</b>
Cuidar a su bebé y estar a su lado todo el tiempo si estuviera internado	<b>27,1%</b>	<b>72,9</b>

Tener contacto con el bebe al nacer	<b>39,6%</b>	<b>60,4</b>
<b>PROMEDIO TOTAL</b>	<b>42,27 %</b>	<b>57,72%</b>

De acuerdo a los datos arrojados en la tabla 1, un alto porcentaje de mujeres y personas con capacidad de gestar expresaron tener conocimiento sobre el derecho a “tener contacto con el bebe al nacer”. Enmarcamos la importancia de contar con este tipo de información ya que permite a la mujer identificar situaciones que comprometan la integridad y bienestar tanto de la persona recién nacida como de ellas mismas, en consecuencia, posibilita ser protagonista plena en la toma de decisiones.

Por otra parte, reivindica también los derechos de la persona recién nacida considerándola como sujetx de derecho a ser tratadx en forma digna y respetuosa en oposición a ser concebidos como objeto de las prácticas médicas.

Por otro lado, a la hora de indagar sobre el Programa MSCF implementado por el HMP, los formularios arrojaron como dato que el 60% de las mujeres y personas con capacidad de gestar sostienen no tener conocimientos sobre el Programa MSCF como política tendiente a garantizar derechos durante el proceso de embarazo, parto y post parto. Dato reflejado en el Gráfico 8



Siguiendo dentro de esta línea y como venimos nombrando durante el presente escrito, el modelo MSCF promueve el empoderamiento de la mujer y de su pareja para el cuidado de su hijxs antes y después del nacimiento. También, estimula la participación continua y activa de los padres durante la internación de sus hijxs, el contacto de la persona RN con otrxs miembrxs de la familia, así como también el involucramiento y la participación de los miembros de la comunidad en la atención y el cuidado de la mujer y de la persona RN. En este sentido, problematizamos la escasa promoción de información brindada por el personal de salud, en tanto pone barreras para el pleno ejercicio de derechos de madres, padres y de la persona recién nacida.

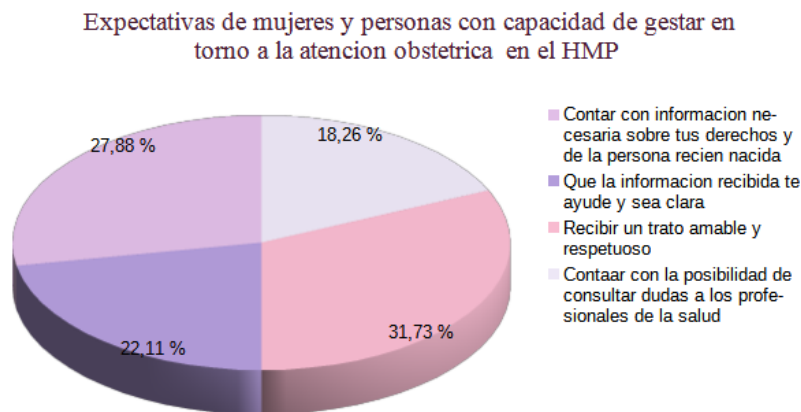
Por otra parte, toda persona que accede a la atención médica es un ser humano y como tal resulta una persona con derechos, y uno de éstos alude a la información adecuada. Asimismo, las nuevas recomendaciones de la OMS (2018) , específica que resulta imprescindible informar a las mujeres, personas con capacidad de gestar y sus acompañantes de manera efectiva durante todo el proceso del parto

#### **5.1.4 Percepciones de mujeres y personas con capacidad de gestar y del equipo de TS vinculadas a la satisfacción en la atención obstétrica**

Las expectativas personales y socioculturales de mujeres y personas con capacidad de gestar en relación con la satisfacción de la atención obstétrica durante el proceso de embarazo, parto y posparto se reflejan en el Gráfico 9. Al respecto podemos ver que el 31,73% de las mujeres expresaron esperar una atención basada en un trato amable y respetuoso por parte del equipo de salud; por su parte el 27,88% indicó la importancia de recibir y contar con información en torno a sus derechos y de la persona RN y por último 22,11% hicieron hincapié en la necesidad de que la información brindada sea clara y de utilidad. Asimismo, hay que añadir que, según los datos arrojados, la información brindada

por el equipo de salud fue baja; por lo cual se constata que la atención obstétrica recibida no contempló las necesidades ni expectativas de la mujer y persona con capacidad de gestar, afectando de manera negativa su experiencia de parto.

### Gráfico 9



En cuanto a las limitaciones que las mujeres y personas con capacidad de gestar percibieron de acuerdo con sus experiencias en el marco de la atención obstétrica recibida y de las medidas preventivas de COVID implementadas por el HMP debemos hacer hincapié en la dificultad para el acceso a turnos telefónicos, situación que obligó a las mujeres y personas con capacidad de gestar a concurrir de manera presencial a la institución a los fines de solicitar turnos, ocasionando sentimientos de malestar:

C.- “Sí, porque venís a sacar turno los lunes y martes. solo dan 30 números y eso molesta, debemos venir a las 5 de la mañana a sacar turno”.

C.- “Por teléfono no se consiguen turnos, y personalmente son muy pocos”

C.- “Siento

que los controles debieron demorarse por la situación actual.

C.-“En lo personal al ser el primer hijx me hubiese gustado estar más acompañada”



Por otra parte, los datos arrojados por los cuestionarios, nos permitieron recuperar las voces de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Al respecto expresaron que la ausencia de compañía durante sus procesos de atención obstétrica incurrió en una experiencia no placentera de su proceso de embarazo, parto y post parto. En consecuencia el protocolo implementado por el HPM generó que las necesidades y demandas de las mujeres y personas con capacidad de gestar sean desatendidas; ocasionando que deban atravesar el proceso en soledad.

Damos detalle a las expresiones de las Mujeres y personas con capacidad de gestar:

C.-“En lo personal al ser el primer hijx me hubiese gustado estar más acompañada”

En consonancia con lo que se viene abordando: en el marco de las entrevistas realizadas al equipo de Servicio Social del HMP, las TS manifestaron que los protocolos implementados por el HMP frenaron la intervención profesional que venía realizando en relación con la promoción de la participación del padre en torno al ejercicio activo y responsable de la paternidad.

Asimismo, también se prohibió el acceso de la familia a la maternidad, en consecuencia, las mujeres tuvieron que ingresar solas a las salas de internación, controles médicos, sala de parto etc. Como resultado perdieron contacto físico con la familia al momento de ingresar al HMP. Como plantea Sadler et al (2020) el COVID 19 emerge como un factor de riesgo para la VO. La vulneración de derechos queda visibilizada, lo cual constituye un atentado contra derechos humanos fundamentales, como plantea la ONU (Naciones Unidas, 1948).

### **5.1.5 Análisis de datos**

La recopilación y el análisis de datos nos permitió realizar una interpretación en torno al acceso a la atención obstétrica en el marco de la Ley Nacional 25.929 de *Parto Humanizado* y desde el PMSCF, desde los ejes de acceso, conocimiento, e información en los procesos de atención. Con la intención de visibilizar la problemática de Violencia Obstétrica en el HMP Dr. Felipe Lucini, en contexto de distanciamiento social preventivo y obligatorio.

Para analizar y reflexionar en torno al acceso a la atención obstétrica se tuvo en cuenta los lineamientos protocolares que implementó el HMP desde el programa MSCF, bajo las medidas DISPO. Donde, según los datos obtenidos, se dejó en evidencia la necesidad de problematizar los criterios que se tienen en consideración al momento de organizar y planificar un protocolo de atención médica para la situación de un embarazo, parto y postparto. Esto se menciona, porque se han encontrado contradicciones entre un protocolo de atención habitual como lo indica el programa MSCF y el protocolo de atención sanitario del Covid-19 (ver entrevistas a las TS en Anexo).

En consecuencia, entendemos que el protocolo sanitario del Covid-19 en Argentina no se organizó teniendo en cuenta los derechos que establece la Ley 25.929 sobre *Parto Humanizado* ni tampoco en base a las recomendaciones de organismos internacionales de la salud como la OMS, que brindaba recomendaciones específicas de atención perinatal, basadas en evidencia científica actualizada, con intención de resguardar la salud integral y los derechos de mujeres y personas con capacidad de gestar. Sin embargo, se remarca que la VO es un fenómeno presente previo a la pandemia, que crece en el contexto de desconocimiento, incertidumbre y temor al contagio de Covid-19 (entrevista realizada a TS, 2021).

Como lo hemos expresado con anterioridad, la VO es un fenómeno generalizado y sistemático que se produce y reproduce en las prácticas del Sistema Biomédico Hegemónico, esto vinculados directamente con la violación de los derechos contemplados en la Ley de

*Parto Humanizado* y el programa MSCF. Así desde el análisis realizado identificamos la vulneración de derechos que se constituyen en VO, tales como: la falta de información clara por parte del personal médico, el impedir que la mujer y persona con capacidad de gestar pueda estar acompañada por una persona de su confianza, la participación en decisiones en el proceso de atención y nacimiento. Así como también el cierre de las residencias de madres, cancelación de talleres de preparación al parto y cese de la consejería integral en derechos sexuales y no reproductivos.

Por otra parte, reafirmamos, que la posibilidad de tener un embarazo, parto y posparto acorde a los intereses de la mujer y persona con capacidad de gestar no deberían ser una cuestión de suerte ligada a la toma de decisión de cada mujer, sino que deberían estar garantizado por las leyes que protegen los derechos conquistados. En tanto, la atención que brinda el equipo de salud y el trato que ejerce sobre los cuerpos de las mujeres y personas con capacidad de gestar en el proceso embarazo-parto-posparto permite dar cuenta que las formas de violencia obstétrica se ubican en el plano de la naturalización, ya que las mismas son asumidas y silenciadas por quienes las sufren.

Estos ejes planteados toman fuerza en la idea de que “el parto es una cuestión de poder”. (Rodrigáñez Bustos, 2009, p. 87) En este sentido, podría ampliarse la noción de poder planteada por la autora donde dice que, el poder atraviesa tanto al parto, como al embarazo y el nacimiento. Dar visibilidad a las cuestiones que atraviesan y se manifiestan en los procesos de la vida reproductiva de las mujeres, permite pensar que en ello se juega el control, el saber y el poder, pero no solo de estos procesos sino de un modo de organización de la sociedad, basado en la división sexual del trabajo como en la cultura del patriarcado, de la cual la medicina y particularmente la obstetricia forman parte.

De esta forma damos cuenta que el conocimiento que poseen las mujeres y personas con capacidad de gestar es consecuencia de una lucha feminista que replantean un modelo de

atención hegemónico, poniendo en debate la posición que ocupan las mujeres y personas con capacidad de gestar, desde la información que se les brindan en los ámbitos de la salud, la calidad de atención sanitaria y la participación. Entendiendo que hubo un cambio de paradigma donde se incorpora la perspectiva de género, ubicando en un rol centralizado a la mujer y persona con capacidad de gestar y a la familia. Así mismo, los datos dan cuenta de que a pesar de que los lineamientos normativos vigentes en el programa siguen una línea integral (psicológico, social, biológico) estos no se implementan de tal forma, reproduciendo una violencia que se viene sosteniendo en el tiempo. Esto referenciando a las formas de organización de un sistema de salud reproductor de un paradigma que invisibilizo prácticas violentas, perpetuando desde su lugar privilegiado de poder científico, formal y hegemónico, una normalización de estas. Es desde las conquistas feministas que se pone en jaque esta normalización y se convierte en un saber común, alcanzable, conversable y discutible para todxs los sectores de la sociedad.

En consecuencia, los servicios de salud deben elaborar pautas internas que cubran todos los aspectos de la organización institucional, no solo para brindar acceso a la atención calificada, sino también, respetuosa y centrada en la persona gestante acorde a las normativas nacionales vigentes. En este sentido, nos vemos en la obligación de mirar críticamente los cimientos desde los cuales se enmarcan las intervenciones médicas ya que la investigación visibiliza la existencia de contradicciones entre modelos de atención que disputan sentidos y poder por la reproducción de criterios de atención basada en el paradigma biomédicos hegemónico versus posicionamientos contra-hegemónicos que contemplan los derechos de ciudadanía sexual y no reproductiva.

### **5.1.6 Intervención profesional en tiempos de COVID-19**

En este apartado, abrimos paso a los debates que fueron surgiendo en torno al papel de nuestra profesión en el campo de la salud. Como se venía abordando en el capítulo tres, existe en el campo de la salud distribuciones diferenciales de poder y legitimidad entre las distintas profesiones; tomando como referencia las entrevistas realizadas al equipo de Servicio Social, se constata que nuestra profesión se ubica en una posición subordinada en relación con otras profesiones dentro del ámbito de la salud, lo cual, limita nuestro campo de intervención frente a otras prácticas.

En este marco, evidenciamos algunas tensiones que se expresan en diferentes criterios profesionales sobre la atención, según campos disciplinares. A modo de ejemplo la autonomía en el desempeño profesional de médicos y obstetras, en tanto toma de decisiones en el marco del consultorio, da cuenta de esas heterogeneidades de argumentos y percepciones que se expresan en las prácticas restándole importancia a las demandas y recomendaciones realizadas por el equipo de servicio social. De manera que, se demuestra la hegemonía que van cobrando las medidas que debían contener y proteger a la ciudadanía en tanto se prioriza el abordaje de determinadas problemáticas implicando vulnerar derechos si fuera necesario. Pongamos por caso el cese de insumos y métodos anticonceptivos, así como también el cierre de la residencia para madres, prohibición de talleres de preparación para la maternidad, de promoción de la lactancia materna y consejería integral en salud sexual y no reproductiva.

Por otro lado, las narrativas del equipo de Servicio Social muestran discursos y sentidos políticos-ideológicos no homogéneos que se traducen en actos e intervenciones, desde un abordaje integral entendiendo que el derecho al acceso a la salud no se limita a la asistencia sanitaria, sino que se vincula con el ejercicio de otros derechos humanos principalmente el derecho a la salud y promoción del ejercicio de derechos de las mujeres y

de la familia. De ahí que se apuesta a intervenciones integradas, interdisciplinarias e intersectoriales contemplando las condiciones de vida de los sujetos que conduzcan a una vida sana de los sectores más vulnerables en un sentido amplio.

En tiempos de COVID-19, la rigidez de las medidas protocolares expresada en ausencia de respuestas ante la complejidad de las demandas del área de Servicio Social, implicó el despliegue de estrategias tendientes a orientar, gestionar, co-gestionar y promover resoluciones en contextos en que los recursos materiales a los que TS puede acceder son insuficientes o nulos. Por ejemplo, ante la caída del sistema telefónico se tuvo que gestionar un celular corporativo, etc.

Como equipo de investigación, tomando cada uno de los aportes y debates que nos fueron interpelando, creemos que la pandemia desnudó una atención obstétrica precaria que pone en riesgo la misma cuestión de los derechos. De ahí la emergencia de problematizar y revisar las concepciones que nos habitan, recuperando el carácter emancipador y transformador en el que se inscribe el ejercicio profesional del Trabajo Social. Donde nuestro poder dependerá de la capacidad individual y colectiva de generar fuentes de legitimación, a partir de un adecuado control sobre un cuerpo de conocimientos que tienda a repensar a los sujetos, disputar sentidos y cuestionar las posiciones de poder que ejercemos en el campo de la salud.

Nada más claro que como lo expresa Carballeda y por eso lo citamos aquí:

“En definitiva, probablemente los acontecimientos de la época nos hagan ver que desde nuestras prácticas construimos una forma de conocimiento singularizado que tiene como característica clave el diálogo con las formas de su aplicación y desde allí se resignifica y vuelve a interpelar. Esta pandemia, como crisis, implica una oportunidad. Oportunidad de revalorizar el lugar del Estado, de entender de manera más profunda el componente social de los temas que atraviesan al Sector Salud, de recuperar lo Colectivo, de resignificar la noción

de Salud como Proceso histórico y Social y de construir más y nuevas formas de hacer desde una lógica implicada con nuestros pueblos”. (2020, p. 6)

En síntesis, nuestro desafío implica un ejercicio que permita desnaturalizar los discursos asumidos como incuestionables y dueños de la verdad que justifica la desigualdad estigmatizando, sometiendo y culpabilizando a los sujetos. Teniendo presente que nuestro horizonte son los derechos, debemos cuestionar al mismo tiempo que construir otros modos de pensar y hacer desde nuestro campo profesional.

## **Conclusión**

A lo largo de este proceso, abordamos la VO delimitando las posiciones ético-políticas y metodológicas desde las cuales nos paramos; entendiendo que las mismas nos permite trazar el horizonte hacia una instancia crítica que apela a una razón argumentativa que abre paso a nuevas lecturas en defensa de los derechos de mujeres y personas con capacidad de gestar.

Partimos de reconocer ciertas tensiones que se produjeron y que hacen al proceso de investigación como futuras profesionales de Trabajo Social. Por un lado, abordamos la viabilidad institucional como una dimensión para tener en cuenta, en tanto la identificamos como factor que obstaculiza de manera dinámica el desarrollo de nuestro proceso investigativo. Sin embargo, resulta necesario tal como mencionamos al inicio, poner de relieve que nuestra inserción institucional se vio condicionada por el contexto de emergencia sanitaria del virus Covid-19 donde las medidas protocolares implican cambios en la dinámica institucional. Por lo cual, esto claramente se constituyó como una dificultad a la hora de proponer ciertas iniciativas; de modo que nos encontramos con el desafío de diseñar y ejecutar propuestas de investigación signadas por la virtualidad, donde los mecanismos burocráticos ralentizaron y tensionaron el proceso de investigación, en tanto implicó un

esfuerzo permanente para sostener el trabajo realizado. En esta línea mencionamos el largo tiempo que transcurrió hasta que se autorizaron la presencialidad en los espacios de práctica desde la UNC, así como también el no poder realizar en territorio algunas prácticas de intervención como entrevistas de profundidad o mayor participación en los espacios de la Maternidad, condicionando el avance del proyecto.

Por otro lado, prestamos atención al campo de los discursos acerca de cómo nominar al otrx, las cuales, se expresaron en un ejercicio constante de revisión, reflexión y acción sobre nuestras prácticas e interpretaciones de la realidad. De este modo, en el marco de nuestro proceso de investigación, situada en el campo de la salud; como estudiantes y futuras TS posicionadas desde la perspectiva de género, tropezamos con el gran desafío de disputar los marcos de referencia de carácter tecnocrática del campo de la salud que se expresa despojando a lxs sujetxs de su condición de portadores de derechos en tanto se los resignifican como meros pacientes. De aquí la necesidad de revisar los marcos de referencia en los que nos basamos a la hora de nombrar algo, ya que enmarca el carácter que va a tomar nuestro quehacer profesional.

En este marco, los debates en torno a la nominación cobraron relevancia a la hora de situar el abordaje de nuestro proceso de investigación. En función de ello, nominamos al otrx bajo la categoría de mujeres y personas con capacidad de gestar; proceso que implicó momentos de deconstrucción y construcción de saberes subjetivos, donde el aporte de la profesora de la cátedra nos invitó a la discusión y reflexión.

Nos parece muy importante conocer de una manera abierta y sin prejuicios como visualizan las mujeres y personas con capacidad de gestar su atención obstétrica, cuál sería su ideal y vincularlas con las realidades de atención, para que de una manera respetuosa se concilien las aspiraciones y la realidad. Promover la reflexión y sensibilización de los agentes de salud sobre las prácticas de atención perinatal con el fin de erradicar aquellas que violan



los derechos elementales de las mujeres y personas con capacidad de gestar, y que atentan contra la salud integral.

Se debe garantizar el derecho de las mujeres a contar con toda la información relacionada con su tratamiento, así como el derecho a recibir por parte del personal de salud el mejor trato posible, teniendo en cuenta las limitaciones de los servicios de salud sexual y reproductiva, garantizando la igualdad del acceso y la calidad de la atención independientemente de la procedencia socioeconómica o cultural de la mujer.

También cuestionamos cuál o cómo debería ser activamente el rol de los equipos de trabajadores sociales en el ámbito de la salud. En esta inserción nos encontramos con una modalidad de trabajo de demanda, segmentando la atención sólo a las familias o mujeres en situación de conflicto.

A partir de allí y a modo de sugerencia, creemos que es necesario desarrollar estrategias de promoción de derechos sexuales y (no) reproductivos en los diferentes espacios institucionales haciendo foco en el acceso a la información en torno al PMSCF.

Asimismo, creemos importante lograr una política de salud que avale dicha cultura organizacional con un modelo de consentimiento informado de las mujeres acerca de sus Derechos durante el proceso de nacimiento y/o durante la internación del recién nacido a presentar en la institución y a los profesionales actuantes, así como lo contempla la Ley Nacional 25.929 de *Parto Humanizado*.

## BIBLIOGRAFÍA

- Achilli, E. L. (2009). Módulo: taller de investigación. Maestría en didáctica de la enseñanza media. Instituto de perfeccionamiento docente ANEP.
- Blázquez Rodríguez, M. I. (2009). Ideologías y prácticas de género en la Atención Sanitaria del Embarazo, Parto y Puerperio. Obtenido de <http://www.tesisenred.net/handle/10803/8429>
- Blanco.A. (2011). Mente y cerebro. ISSN 1695-0887. N°49. España. Editores Prensa Científica.
- Bourdieu, P. (1999). Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina (Segunda edición ed.). (J. Jordá, Trad.) Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1995). Una invitación a la sociología reflexiva. (A. Dilon, Trad.) Siglo XXI.
- Buonacore, D. (1980). Diccionario de Bibliotecología. Buenos Aires: Marymar.
- Butler, J. (1990). El género en disputa. Paidós.
- Canevari Bledel, C. (2011). Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública (Primera edición ed.). (UNSE, Ed.) Santiago del Estero, Santiago del estero, Argentina: Barco.
- Carballeda, A. J. (2012). La intervención en lo social (Primera edición - Cuarta reimpresión ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Castrillo, B. (2019). Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos. Experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de La Plata (2013 - 2019). UNLP. La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Obtenido de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1793/te.1793.pdf>
- Chiara, M., & Di Virgilio, M. (2009). Gestión de la Política social. Conceptos y herramientas. Buenos Aires: Prometeo.
- Kisnerman, N., & G de Gómez, M. I. (1985). El método: investigación. Buenos Aires: Humanitas.
- Martínez, P. (2003). El papel de la mujer en la evolución humana. Biblioteca Nueva.
- Martínez Hernández, Comelles, & Aranda. (1998). Antropología de la medicina. Zaragoza: Asociación española de trabajo social y salud.
- Marx, K., & Engels, F. (1974). La ideología alemana (Quinta ed.). (W. Rocés, Trad.) Barcelona: Pueblos Unidos - Grijalbo.
- Maxwell, J. A. (1996). Qualitative research design. An interactive approach.
- Nash, M. (2004). Mujeres en el mundo. Madrid: Alianza.
- Richmond, M. (1995). El caso social individual. Madrid: Talasa.
- Tamayo, G. (2001). Bajo la piel. Derechos sexuales. Derechos reproductivos. Lima: Centro de la mujer peruana Flora Tristán.
- Tufró, L., & Goren, N. (2019). *Un compromiso con la igualdad. Guía de acción para delegadas y delegados sindicales*. Argentina: Edición de estilo.

Weber, M. (2002). *Economía y sociedad* (Segunda edición - Segunda reimpresión ed.). (J. Medina Echevarría, J. Roura Farella, E. Ímaz, E. García Máynez, & J. Ferrater Mora, Trads.) Madrid: Fondo de cultura económica.

## FUENTES DOCUMENTALES

- Acuña, C. H., & Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Victoria - Buenos aires: Universidad de San Andrés -. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/269470509/ACUNA-CHUDNOVSKY-El-Sistema-de-Salud-en-Argentina-2002>
- Aquim, N. (2000). *Trabajo social, intervención social y ética profesional*.
- Arguedas Ramírez, G. (2014). *La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense*. Cuadernos de intercambio sobre centroamérica y el caribe. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4769/476947241008.pdf>
- Astelarra, J. (2002). *Veinte años de políticas de igualdad de oportunidades en España*. Buenos Aires: Flacso.
- Belli, L. F. (2013). *La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos*. Redbiética/UNESCO. Obtenido de <https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2-BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Bellón, S. (2019). *La Violencia Obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*. Dilemata. Obtenido de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375/380>
- Blanco, A. (2011). *Los cimientos de la violencia*. *Mente y Cerebro*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/345243178/88703049-pdf>
- Bosio, M. T., & Corsetto, R. (2020). *Ciudadanía sexual y atención primaria de la salud*. ConCienciaSocial. Obtenido de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30736>
- Brown, J. L. (2009). *Los derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado*. *Revista Latinoamericana*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293322969002>
- Camacaro cuevas, M. (2009). *Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica*. *Revista venezolana de estudios de la mujer*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/293885024/Patologizando-Lo-Natural>
- Carballeda, A. J. (2020). *Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19*. *Elaboraciones sociales - UNC*. Obtenido de <https://elaboraciones.sociales.unc.edu.ar/apuntes-sobre-la-intervencion-del-trabajo-social-en-tiempos-de-pandemia-de-covid-19/>
- CELADE. (2006). *Políticas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes: un enfoque desde los derechos humanos*.
- Comes, Y. (2006). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>

- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. (1994). Programa de Acción. New York: Naciones Unidas. Obtenido de <https://www.un.org> > ICPD\_programme\_of\_action\_es.pdf
- Corsetto. (2012). La entrevista: una herramienta pensada desde el trabajo social. UNC.
- Cura, R. O. (2011). La filosofía educativa de Juan Luis Vives. Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica Argentina. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/132333659/Filosofia-Educativa-Juan-Luis-Vives>
- Davis Floyd, R. (2001). Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/397611406/Los-tres-paradigmas-de-salud-y-nacimiento-desde-una-perspectiva-femenina-Conferencias-Mujer-y-Genero-Asociacion-de-Matronas-Espanolas>
- De Lellis, M., Berra, A., & Morand, M. (2014). Perspectivas en salud pública y salud mental. (M. De Lellis, Ed.) Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- de Sousa Santos, B. (2010). Descolonizar el saber, reinventar el poder. (J. L. Exeni R., J. G. Gandarilla Salgado, C. Morales de Setién, & C. Lema, Trads.) Montevideo, Uruguay: Trilce.
- del Cueto, A. M., & Fernández, A. M. (1985). El dispositivo grupal. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/391499212/Cueto-Fernandez-1985-El-Dispositivo-Grupal>
- Feletti, K. (2010). Sexualidad y reproducción en la agenda feminista de la segunda ola en la Argentina (1970-1986). Estudios sociológicos. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59820671005>
- Fontenla, M. (2007). Patriarcado. En S. B. Gamba, & S. B. Gamba (Ed.), Diccionario de estudios de género y feminismo. Biblos.
- Gómez, L. (1991). La mujer en su cuerpo y en la crisis actual.
- González, Cristina. (2001). *La intervención en el Abordaje Familiar*. (Mimeo).
- Gonzalez, P., & Yanes, A. (2013). Quien calla otorga. Mendoza: CONICET - UNCUIYO.
- Grassi, E. (2011). La producción en investigación social y la actitud investigativa en el trabajo social. Debate Público. Obtenido de [http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/16\\_grassi.pdf](http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/16_grassi.pdf)
- Gruber, R. (2001). La etnografía, método, campo y reflexividad. Enciclopedia latinoamericana de sociocultura y comunicación. Obtenido de [https://perio.unlp.edu.ar/catedras/mis/wp-content/uploads/sites/126/2020/04/cap4guber\\_r.\\_-la\\_etnografia.pdf](https://perio.unlp.edu.ar/catedras/mis/wp-content/uploads/sites/126/2020/04/cap4guber_r._-la_etnografia.pdf)
- Hermida, M. E. (2018). La dimensión ético-política en el ejercicio profesional: la revisión de las prácticas en la actual coyuntura. XXIX Congreso Nacional de Trabajo Social: FAAPSS-CPAS, Santa Fe.
- Hernández Sampieri, R. (2006). Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. Metodología de la Investigación. Obtenido de <https://idolotec.files.wordpress.com/2012/04/sampieri-cap-4.pdf>
- Jerez, C. M. (2015). Partos humanizados, clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos. Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas. (F. d. Letras, Ed.) Buenos Aires: UBA. Obtenido de

<http://antropologia.filo.uba.ar/sites/antropologia.filo.uba.ar/files/documentos/Jerez%20-%20Tesis.pdf>

- Dolores, J. (2010). El cuerpo fluido. Una visión desde la antropología. *Quaderns de Psicologia*.
- Knapp, P., & Von Zell, M. (2007). Mujer y trabajo en la Edad Media. Obtenido de <http://sandradd.com/sca/womenandwork>
- Kogan, L. (1993). Género-Cuerpo-Sexo: apuntes para una sociología del cuerpo. Debates en Sociología. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/270066917/Genero-Sexo-Cuerpo-Koban>
- Lembo M. (2009) "Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas occidentales", disponible en: [http://www.fmv-uba.org.ar/antropologia/VolIV\\_N2\\_2009](http://www.fmv-uba.org.ar/antropologia/VolIV_N2_2009)
- Levín, S. (2010). Ciudadanía social y género en Argentina: entre las restricciones y los nuevos derechos. La Ventana. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/884/88411126015.pdf>
- Ley N° 24.430 - Constitución de la Nación Argentina - Senado y Cámara de Diputados de la Nación. (1853). Ley Nacional N° 24.430 - Constitución de la Nación Argentina. Buenos Aires: Gobierno de la Nación Argentina. Obtenido de <http://www.saij.gov.ar/nacional-constitucion-nacion-argentina-lnn0002665-1853-05-01/123456789-0abc-defg-g56-62000ncanyel> - <http://www.bibliotecadigital.gov.ar/items/show/1620> - <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
- Ley Nacional 25.929 - Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina - Gobierno de la Nación Argentina. (2004). Ley N° 25.929 - Ley de Parto Humanizado. Buenos Aires: saij.gov.ar. Obtenido de <http://www.saij.gov.ar/25929-nacional-ley-parto-humanizado-lns0004890-2004-08-25/123456789-0abc-defg-g09-84000scanyel?q=moreLikeThis%28id-infojus%2C%20numero-norma%5E4%2C%20tipo-documento%5E4%2C%20titulo%5E4%2C%20jurisdiccion%2C%20tesauro%2C%20provincia%2>
- Ley Nacional 26.485 - Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina - Gobierno de la Nación Argentina. (2009). Ley 26.485 - Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. (Gobierno de la Nación Argentina, Ed.) Buenos Aires: saij.gov.ar. Obtenido de [www.saij.gov.ar](http://www.saij.gov.ar): <http://www.saij.gov.ar/>
- Londoño, L. M. (1991).
- Lutz, E., & Misol, S. (2007). Parto Humanizado. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/58711481/1267200481PartoHumanizado>
- Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Primera edición, marzo de 2011 [https://maternidadprovincial.com/pdf/guia\\_mscf.pdf](https://maternidadprovincial.com/pdf/guia_mscf.pdf)
- Medina, G. (2009). Violencia obstétrica. Derecho de familia y de las personas. Obtenido de <https://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>
- Mejía Navarrete, J. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. Revista latinoamericana de metodología de la investigación social. Obtenido de <http://jbposgrado.org/icuali/An%Elisis%20de%20datos%20cualitativos%20problemas%20centrales.pdf>.

- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. Cuadernos de la Casa Chata. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/254938444/Menendez-E-Modelo-Medico-Hegemonico-Modelo-Alternativo-Subordinado-Modelo-de-Autoatencion>
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Red de Recistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf>
- Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. New York: Naciones Unidas. Obtenido de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer. New York: Naciones Unidas. Obtenido de <https://undocs.org/es/A/RES/34/180>
- Naciones Unidas. (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. New York: UN. Obtenido de <https://undocs.org/es/A/RES/48/104>
- Naciones Unidas. (1994). Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. Naciones Unidas. El Cairo: Naciones Unidas.
- Nucci, N., Corsetto, R., Bilavcik, C., & Miani, A. (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. Revista Digital de Trabajo Social. Obtenido de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>
- OMS. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
- Organización de Estados Americanos. (1994). Convención sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres. Belém do Pará: OEA. Obtenido de <http://www.saij.gob.ar/0-internacional-convencion-interamericana-para-prevenir-sancionar-erradicar-violencia-contra-mujer-convencion-belem-do-para-lnt0006472-1994-06-09/123456789-0abc-defg-g27-46000tcanyel?q=%20titulo%3A%20Convenci%F3n%20AND%20titulo%3A%20>
- Organización de los Estados Americanos. (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos - Pacto de San José de Costa Rica. San José de Costa Rica: OEA. Obtenido de [https://www.oas.org/dil/esp/tratados\\_b-32\\_convencion\\_americana\\_sobre\\_derechos\\_humanos.htm](https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm)
- Pautassi. (1995). Descentralización en salud: nuevos protagonistas. Estudio de casos en municipios de la provincia de Córdoba. CIEPP. Obtenido de [http://www.ciepp.org.ar/index.php?page=shop.product\\_details&flypage=flypage\\_new1.tpl&product\\_id=105&category\\_id=8&option=com\\_virtuemart&Itemid=6&lang=es](http://www.ciepp.org.ar/index.php?page=shop.product_details&flypage=flypage_new1.tpl&product_id=105&category_id=8&option=com_virtuemart&Itemid=6&lang=es).
- Pavlovsky, E., Kesselman, H., Baremlitt, G., & De Brasi, J. C. (1988). Lo Grupal (Vol. 6). Buenos Aires: Búsqueda.
- Peralta et.al (2016): “Reflexiones sobre la dimensión ético-política de las prácticas profesionales desde los aportes de Enrique Dussel” en Parisi Alberto, Peralta María Inés (comp.) Ed. UNC.
- Pereyra, Z. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: una experiencia concreta. Revista Electrónica Educare. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1941/194118804003.pdf>

- Pfeiffer, M. L. (2006). Bioética y derechos humanos: una relación necesaria. Redbioética. Obtenido de <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Pfeiffer-RBioetica4-p74.pdf>
- Poder Legislativo de la Provincia de Córdoba. (2005). Adhesión de la Provincia de Córdoba a la Ley 25.929. Córdoba: Poder legislativo de la Provincia de Córdoba. Obtenido de <http://www.saij.gob.ar/9227-local-cordoba-adhesi-n-ley-nacional-n-25929-lpo0009227-2005-04-06/123456789-0abc-defg-722-9000ovorpyel?q=%28numero-norma%3A9227%20%29&o=0&f=Total%7CTipo%20de%20Documento/Legislaci%F3n%7CFecha%7COrganismo%7CPublicaci%F3n%7CTema%>
- Quijano, A. (2014). Colonialidad del poder. CLACSO. Obtenido de <http://www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libreria/51.pdf>
- Rodríguez Bustos, C. (2009). *Pariremos con placer*. Madrid: Crimental.
- Sadler, M., Leiva, G., & Olza, I. (2020). COVID 19 como factor de riesgo de violencia obstétrica. *Asuntos de salud sexual y reproductiva*. Obtenido de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1785379?scroll=top&needAccess=true>
- Sanchez Romero, M. (28 de junio de 2007). El lugar de la mujer en la prehistoria. *Andalucía investiga*. Obtenido de *Andalucía Investiga*: <https://canal.ugr.es/prensa-y-comunicacion/medios-digitales/andalucia-investiga/margarita-sanchez-romero-investigadora-del-departamento-de-prehistoria-y-arqueologia-de-la-ugr-las-mujeres-son-las-grandes-olvidadas-de-las-sociedades-prehistoricas/>
- Skliar, C. (2021).
- Soler Mayor, B., & Alcantara Benavent, J. A. (2006). Museo de prehistoria de Valencia. Obtenido de [www.museuprehistoriavalencia.es/resources/publicaciones/?q=va&id=216](http://www.museuprehistoriavalencia.es/resources/publicaciones/?q=va&id=216): <http://www.museuprehistoriavalencia.es/resources/publicaciones/?q=va&id=216>
- Solís García, B. (2013). Evolución de los derechos humanos. Misiones: Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigación de UNAM. Obtenido de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3100/9.pdf>
- Soria Scarpino. (2021).
- Spinelli, H. (s.f.). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/731/73115348004.pdf>
- TS 1, TS 2, & TS 3. (27 - 28 - 03 de Julio - Agosto de 2021). Entrevistas no direccionadas o entrevistas abiertas al equipo de Servicios Sociales del Hospital Materno Provincial Dr. Felipe Lucini. (D. G. Alcoba, Á. N. Córdoba, & A. D. Ruiz, Entrevistadores)
- Valls Llobet, C. (2010). La salubio-psico-social re-generada. *Quaderns de Psicologia*. Obtenido de <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/807HISTORIA>
- Villanueva - Egan, L. A. (2010). Obtenido de <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/indp>
- Villegas Poljak, A. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista venezolana de estudios de la mujer*. Obtenido de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-37012009000100010](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100010)
- Zamberlin, N. (1994). De la salud materno infantil a la salud reproductiva. Una nueva perspectiva en un contexto de cambio.