

EL DERECHO AL PARTO RESPETADO

OPORTUNIDADES Y DIFICULTADES EN LOS
ABORDAJES DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA
PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA
EN SAN SALVADOR DE JUJUY



Este proyecto cuenta con el apoyo financiero de la Unión Europea



Fundación Siglo 21

Septiembre 2020

Este documento fue elaborado por un equipo de investigación liderado por Andrea Batalla (Directora) y Verónica Aramayo (Co-directora), con la participación de Patricia Zonca, Natalia Aramayo y Claudia Anún, y la supervisión de Marcia Baranovsky.

Este documento fue elaborado en el marco del proyecto *Cerrando Brechas II: Desnaturalizando violencias ocultas para erradicar la violencia de género promoviendo la igualdad*. Su contenido es responsabilidad exclusiva de ELA, CAREF, FEIM, MEI y la Fundación Siglo 21 y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea.



Cómo citar este documento

Fundación Siglo 21. "El derecho al Parto Respetado: oportunidades y dificultades en los abordajes del Sistema de Salud Pública para prevenir la violencia obstétrica en San Salvador de Jujuy". Jujuy, Septiembre 2020.

ÍNDICE

Prólogo por Natalia Gherardi	4
1. El problema de investigación: objetivos y metodología de trabajo	5
2. Un antecedente valioso: la campaña "Somos las Protagonistas"	9
3. Principales hallazgos de la investigación	14
3.1. ¿De dónde partimos? Recorrido legal y conceptual	14
3.2. El sistema de salud público de la Provincia de Jujuy	21
3.3. Las voces de las protagonistas en el contexto de los datos recolectados	21
4. Conclusiones y recomendaciones: puntos de partida que permiten continuar profundizando el trabajo	44
Palabras finales	48
Bibliografía	49



PRÓLOGO

Los contextos y las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos son una parte fundamental del ejercicio de la autonomía de las mujeres. Las vivencias sobre el propio cuerpo y los procesos reproductivos, impactan en las posibilidades de ejercer la maternidad deseada con libertad, con plenitud y libres de violencias.

Las violencias que afectan la autonomía de las mujeres no se limitan a sus expresiones físicas y sexuales, que sin duda imprimen dolores profundos que como sociedad y desde las políticas públicas es preciso abordar, garantizando el acceso a la justicia y la reparación de los derechos vulnerados.

En el acompañamiento del sistema de salud y en la forma en que se trata a las protagonistas de sus procesos reproductivos, se expresa una concepción acerca de la dignidad que se reconoce a las mujeres y a todas las personas, con respeto de las diversas orientaciones sexuales e identidades de género. A lo largo de su vida, en especial durante la etapa de la vida sexual y reproductiva, los cuerpos de adolescentes, mujeres, lesbianas, personas trans enfrentan los prejuicios y los estereotipos que atraviesan las prácticas y las posibilidades concretas de ejercicio de sus derechos.

Esto puede cambiar. Hay normas nacionales e internacionales, prácticas y convicciones de activistas y profesionales que invitan a enfocarse en el derecho a la dignidad, al reconocimiento de la diversidad y el respeto a la autonomía.

La investigación que se presenta en estas páginas refleja el esfuerzo de trabajo del equipo interdisciplinario que integra la Fundación Siglo 21. En un cuidadoso proceso de diálogo iniciado en 2019 y concluido en el difícil contexto sociosanitario que impuso la pandemia del COVID-19, la calidez y rigurosidad de este grupo de profesionales pudo mantener un rico diálogo con referentes y protagonistas de la provincia de Jujuy. A todas las personas que participaron de las distintas etapas de esta investigación agradecemos la generosidad con la que compartieron sus experiencias y aprendizajes que permiten identificar aquellas oportunidades para prevenir la violencia obstétrica a partir de un trabajo basado en el respeto mutuo, la comprensión y la construcción colectiva.

En el trabajo colaborativo entre las redes de mujeres junto a personas comprometidas que integran el sistema de salud público, en Jujuy como en todas las localidades de Argentina, radica la posibilidad de construir abordajes para mejorar las formas y contenidos de la atención de las niñas, adolescentes, mujeres y personas trans, para que la prevención y erradicación de la violencia obstétrica sea una realidad.

Natalia Gherardi

Directora Ejecutiva de ELA
Directora del Proyecto Cerrando Brechas

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

Como indica la Ley N° 26.485¹ (2009) la violencia obstétrica es 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. Constituye una de las tantas formas de violencia y discriminación que sufren las mujeres y es producto de la intersección de otros tipos de violencias y vulneraciones: la violencia de género, la violencia institucional en el ámbito de la salud, la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, entre otros.

La violencia obstétrica puede afectar a la mujer y a su hijx durante el embarazo, el parto e incluso el post parto. Se manifiesta mediante prácticas, conductas, acciones u omisiones, sobre la mujer y el/la recién nacido/a, realizada por los profesionales de la salud que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afectan el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Representa una de las tantas modalidades de violencias que sufren las mujeres en esta sociedad patriarcal, significando una violación de sus derechos humanos.

Es importante señalar que se trata de una violencia profundamente naturalizada, tanto en las rutinas y prácticas médicas, como en las experiencias de atención en el pre parto, parto y pos parto por parte de las mismas mujeres, que durante mucho tiempo han vivenciado a la violencia obstétrica como absolutamente normal y como una cuestión inherente al proceso de parto.

Explica la Relatora Especial sobre la Violencia contra la mujer de Naciones Unidas², que en los últimos años, “el maltrato y la violencia contra la mujer experimentados durante la atención del parto en los centros de salud y en otros servicios de salud reproductiva han generado gran interés a nivel mundial debido, entre otras cosas, por los numerosos testimonios publicados por mujeres y organizaciones de mujeres en los medios sociales; se ha demostrado que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático” (Organización de Naciones Unidas; 2019: 4) .

Partimos de entender que los maltratos y la violencia obstétrica tiene su origen en el contexto más amplio de desigualdad estructural y discriminación en el que vivimos y “no solo violan el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, sino que también pueden poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física, su intimidad, su autonomía y a no sufrir discriminación” (Organización de Naciones Unidas; 2019: 6).

¹ Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. (2009).

² Organización de Naciones Unidas. Asamblea General. Informe de la Relatora Especial. “Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”. (2019). [Ver más](#).

El movimiento de mujeres y la conformación de sus redes y espacios organizativos han permitido avanzar en la visibilización de la problemática de la violencia obstétrica, trazando el camino para la ampliación y reconocimiento de derechos. En esa línea, en nuestro país se avanzó en la aprobación de la Ley N° 25.929 de Parto Humanizado en el año 2004, que fue reglamentada recién en el 2015. De esta manera, Argentina se posicionó como pionera, en términos legales, en lo que respecta a la lucha contra esta forma de violencia.

Al calor de ello, se han realizado campañas informativas y de difusión de derechos y se han recogido y socializado testimonios de mujeres que transitaban situaciones de violencia obstétrica. Esto ha permitido a otras tantas abordar sus experiencias personales, reconocerse en los relatos, ponerle nombre a lo que les sucedió y encontrar explicaciones de sus propias vivencias. Se comenzó así a visibilizar la violencia obstétrica, como una modalidad específica de la violencia de género y a plantear la profundidad con que afecta a la vida de las mujeres, sus propias subjetividades y sus cuerpos, la construcción de sus vínculos con hijxs y parejas, entre otros aspectos.

La problemática atraviesa a mujeres de distintas clases sociales y se desarrolla en instituciones del sector salud, tanto públicas como privadas. Las lógicas de funcionamiento institucional también permean las prácticas más recurrentes de violencia obstétrica que en los hospitales públicos se ve atravesada por la infraestructura disponible, los recursos humanos escasos y la precariedad laboral en la que se encuentra la mayoría. Por su parte, en las instituciones privadas crecen las denuncias sobre la medicalización del parto y las cesáreas innecesarias.

Al respecto, recientes recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dan cuenta de forma preocupante de las cifras elevadas de cesáreas que se están realizando en nuestro país. Mientras que el parámetro normal indica que estas prácticas deberían representar entre el 15 y el 20 por ciento de los partos, en Argentina, según datos presentados en el marco de la “Semana Internacional del Parto Respetado” del año 2019 y volcado en el documental “Tiempo de Parir”³, las cesáreas en el sistema público nacional rondan el 45% de los nacimientos y en el sistema privado alcanza el 67%.

Asimismo, a OMS publicó una declaración en el año 2015 en la que condena de forma rotunda “el maltrato físico, la humillación y la agresión verbal, los procedimientos médicos coercitivos o no consentidos (incluida la esterilización), la falta de confidencialidad, el hecho de no obtener el consentimiento plenamente informado, la negativa a suministrar medicación contra el dolor, las graves violaciones de la intimidad, la denegación de admisión a los centros de salud, el abandono de las mujeres durante el parto que puede llevarles a sufrir complicaciones evitables y que puede amenazar su vida y la detención de las mujeres y sus hijos recién nacidos en los centros, tras el parto, debido a su incapacidad para hacer frente al pago”.

³ El documental fue elaborado por organizaciones de la sociedad civil, médicos y especialistas en violencia obstétrica de la Defensoría del Pueblo junto a UNICEF. [Disponible aquí.](#)

En su declaración, la OMS también reconoció que “ese maltrato no solo viola el derecho de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también puede poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física y a no ser objeto de discriminación” (citado en el Informe Naciones Unidas; 2019: 5).

En relación con los objetivos planteados en esta investigación, se destacan en dicho informe elementos importantes de tener en cuenta al momento del análisis, ya que como explica la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer de las Naciones Unidas, “junto con las limitaciones de recursos, las condiciones de trabajo en los sistemas de salud pueden desempeñar un papel importante como factor impulsor del maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto” (Organización de Naciones Unidas; 2019: 15).

Una encuesta mundial realizada por la OMS en 2016 a las matronas reveló que con frecuencia “sus esfuerzos se ven limitados por las desiguales relaciones de poder existentes dentro del sistema de salud. Muchas de las matronas tienen también que afrontar problemas como el aislamiento cultural, un alojamiento inseguro y sueldos muy bajos. Además, los trabajadores sanitarios han explicado que los problemas del sistema de salud, como la insuficiencia de personal, el gran número de pacientes, los bajos salarios, las largas jornadas de trabajo y la falta de infraestructuras son factores importantes que crean un tenso entorno laboral que a su vez propicia una conducta poco profesional. La falta de apoyo y supervisión de los profesionales sanitarios ha demostrado contribuir a la moral baja y la actitud negativa de estos profesionales, lo que a su vez perpetúa el maltrato de las mujeres” (Informe Naciones Unidas; 2019: 15/16).

A partir de estos antecedentes, la investigación planteada en la Provincia de Jujuy hizo foco en la ciudad capital de San Salvador de Jujuy durante el primer semestre del año 2020. El objetivo fue generar un aporte que permita conocer y describir las limitaciones, obstáculos, fortalezas y oportunidades de quienes tienen la responsabilidad de la gestión e implementación de las políticas públicas en este campo y lxs profesionalxs y trabajadorxs de la salud que se desempeñan en el sistema de salud pública de la provincia, para garantizar con plenitud el derecho de las mujeres al parto respetado y la prevención de la violencia obstétrica.

Entendemos que en el abordaje de la problemática se han planteado ciertos antagonismos en las miradas de las mujeres que reivindican y pelean por sus derechos, y los abordajes y respuestas del sistema de salud. Estos antagonismos muestran las resistencias a modificar prácticas, a transformar procedimientos y recibe con malestar las críticas que surgen sobre sus acciones y formas de intervenir en los procesos de embarazo, parto y pos parto.

En este sentido, consideramos profundizar esos antagonismos no contribuye a poder abordar de forma integral y analizar la complejidad y los múltiples aspectos que inciden en la violencia obstétrica en donde se conjugan miradas y percepciones

estereotipadas y discriminatorias hacia las mujeres, prácticas profesionales institucionalizadas, relaciones de poder hacia el interior del sistema de salud, la puja por el reconocimiento de derechos, todo ello en el momento tan vital para las mujeres de su embarazo y parto.

Por ello, esta investigación pretende aportar a describir y conocer principalmente los puntos de vista de los actorxs que participan del sistema de salud pública y también de aquellas que implementan las políticas públicas que regulan el funcionamiento del mismo, para identificar con mayor profundidad las limitantes que impiden el pleno respeto por este derecho, de acuerdo a los estándares establecidos en la Ley N° 25.929 de Parto Humanizado.

Asimismo, buscamos conocer las distintas perspectivas presentes en el sistema de salud que se traducen en abordajes y respuestas concretas hacia las mujeres, que son al mismo tiempo diversas, con variantes y matices. Este será un punto de partida muy valioso para comenzar a tender puentes de encuentro entre un sistema de salud que no es homogéneo y que tiene en su interior personas que se involucran y trabajan de diferente forma y compromiso con las mujeres y sus derechos, y las mujeres que desde distintos espacios colectivos o individuales pretenden avanzar en que se ejerzan estos derechos.

El objetivo planteado en este trabajo busca, en primer lugar, generar información de relevancia que nos permita conocer y analizar las principales limitaciones y obstáculos (objetivos y subjetivos), como también las oportunidades y fortalezas, presentes en el sistema público de salud de Jujuy, desde la mirada de quienes implementan y gestionan las políticas públicas, lxs profesionalxs y trabajadorxs, para el pleno ejercicio de las mujeres al derecho de la no violencia obstétrica en todo el proceso del embarazo, parto y pos parto.

A partir de este objetivo general, esperamos que las reflexiones y conclusiones que aquí compartimos puedan contribuir a:

- Identificar y analizar los factores objetivos que generan un contexto de posibilidad para que se perpetúen prácticas de vulneración de derechos para las mujeres en su embarazo, parto y pos parto; poniendo atención en la organización de este sistema, la estructura, funcionamiento y servicios disponibles en el del sistema sanitario para la atención de las mujeres, la cantidad de profesionalxs y trabajadorxs disponibles para dicha atención, las condiciones laborales y lxs políticas públicas existentes en Jujuy para el abordaje de esta problemática, entre otros factores.
- Conocer las opiniones, percepciones, miradas personales que tienen lxs actorxs del sistema público de salud sobre el derecho al parto respetado y analizar, desde la perspectiva de género, los estereotipos, roles y mandatos que puedan surgir de estos relatos y que aporten al entendimiento de la problemática.

- Conocer, describir y trazar el mapa de instituciones y organizaciones públicas, profesionales y sociales vinculada a la problemática de la violencia obstétrica, caracterizando sus incumbencias y responsabilidades, los recursos con los que cuentan, los ámbitos de incidencia, las formas de trabajo y articulación con otros espacios, sus fortalezas y limitaciones, con la finalidad de propiciar mesas de conversación y articulación entre estos actorxs.

2. UN ANTECEDENTE VALIOSO: LA CAMPAÑA "SOMOS LAS PROTAGONISTAS"

El trabajo que se presenta en esta publicación reconoce un antecedente que fue sumamente valioso para poner el marco de este trabajo. Durante el año 2019 se desarrolló una campaña comunicacional que llevó el nombre de "Somos las Protagonistas" construida de manera participativa con un conjunto de mujeres de distintos sectores y organizaciones sociales.

Para recolectar la información que se utilizó y posibilitó el diseño de esta campaña se implementó una encuesta que incluyó preguntas y buscó relevar datos sobre cuatro aspectos centrales relacionados con los derechos del parto respetado y la erradicación de la violencia obstétrica:

- **Sobre la legislación**, de modo de identificar el conocimiento o desconocimiento de la Ley de Parto Humanizado (25.929) y sus principales objetivos.
- **Sobre experiencias personales y familiares**, a fin de identificar el reconocimiento de situaciones personales de violencia obstétrica.
- **Sobre prácticas y acciones**, buscando el reconocimiento de prácticas vinculadas a la violencia obstétrica según la legislación nacional.
- **Sobre la denuncia**, a fin de identificar el grado de conocimiento o desconocimiento de los mecanismos y lugares para denunciar casos de violencia obstétrica.

El instrumento se aplicó a 242 mujeres de distintos sectores y organizaciones sociales, en las localidades de San Salvador y San Pedro de Jujuy, entre los meses de julio a octubre de 2019.

La indagación llevada adelante permitió identificar los siguientes hallazgos que permiten ilustrar algunos aspectos centrales de la problemática.

Existe una brecha bastante amplia entre las mujeres que conocen y desconocen la legislación aplicable. Una cantidad importante de mujeres (180) manifiestan desconocer la legislación sobre Parto Humanizado. Un número más reducido (62) expresa un conocimiento específico sobre la misma. En este segundo grupo de mujeres, solo 15 pudieron identificar con claridad los restantes ítems de la encuesta, lo que demuestra su grado de conocimiento y de vinculación con la problemática.

Las restantes 47, si bien manifestaron conocer la Ley de Parto Humanizado, solo pudieron contestar algunos ítems del resto de la encuesta, demostrando un conocimiento más superficial sobre la herramienta legal. Es decir, la mayoría de las mujeres manifestaron su desconocimiento, y un número pequeño, vinculado a la militancia feminista, conoce del tema con mucho mayor detalle.

Alrededor del 50% de las mujeres encuestadas reconocieron que vivieron situaciones de violencia en su parto, o refirieron algún hecho vivido por familiares o amigas. Las mujeres que respondieron sobre este ítem identificaron en los renglones siguientes acciones como:

“No me permitieron el acompañamiento de mi pareja”

“Malos tratos a la hora de dar a luz”

“Me dejaron sola en la camilla con mucho dolor”

“El médico, luego del parto y al volver al control le volví a insistir que la camilla era incómoda, estar acostada y por las bandas y correas para agarrarse y pujar. Le pregunté por qué no me dejó parir en otra posición. A lo que me contestó: ¿me ves que tengo estado atlético? El que tiene que estar cómodo soy yo”

“Cuando tuve mi último hijo, la enfermera me atendió muy mal, yo estaba dolorida, le pedía ayuda para levantarme y no quiso, me retó y me obligó a levantarme sola”

“Cuando fui a tener a mi primer hijo tenía 23 años y cuando estaba en la sala de parto escuchaba a las enfermeras que le decían cosas insultando a las chicas jovencitas, como, por ejemplo *ahora llamas a tu mamá, pero cuando estabas c... ni te acordabas de ella. No vengas a gritar ahora, aguántate el dolor y muchas cosas feas*”

Alrededor del 30 % de las mujeres encuestadas manifestó no haber sufrido violencia obstétrica en su parto, pero luego al indagarse “Sobre las prácticas y acciones”, tildó con el SI a muchas de las prácticas que están comprendidas en la violencia obstétrica, mostrando el grado de naturalización importante que hay en muchos de estos procedimientos médicos y tratos profesionales.

Como parte de esta etapa de diagnóstico y acercamiento tema se llevó adelante una Mesa de Trabajo a la que se convocó a informantes clave, con el objetivo de establecer un espacio de diálogo con mujeres destacadas, por su inserción profesional, experiencia, militancia y participación en ámbitos vinculados con la prevención, abordaje y atención de casos de violencia obstétrica. De esta manera, se buscó conocer sus miradas, puntos de vista y experiencias en relación a la temática planteada.

Participaron de la Mesa de Trabajo:

- Elena Meyer. Médica Generalista, Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Red de Profesionales por el Derecho a Decidir.
- Alejandra Martínez. Educadora para la Salud. Red de Profesionales por el Derecho a Decidir. Trabajadora del Centro de Atención Primaria de barrio Chijra.
- Romina Canchi. Técnica en Comunicación Social. Secretaria de Género e Igualdad de Oportunidades (CTAA-CCC).
- Claudia Najar. Profesora. Defensoría del Pueblo de Jujuy.
- Cecilia Ortega. Docente Taller 9 Lunas. Doula.
- Evelia Gladis Fernández. Licenciada en Trabajo Social. Docente FHyCS- UNJu.
- Betina Demattei. Abogada. Docente FHyCS- UNJu).
- Lihue Mendoza. Licenciada en Enfermería. Comisión de Género A.P.U.A.P.
- Raquel Nadal. Licenciada en Psicología. Directora de Paridad de Género de la Municipalidad de San Salvador de Jujuy.
- Elsa Colqui. Psicóloga Social. Casa de la Mujer María Conti. San Pedro de Jujuy.
- Marta Paniagua. Abogada. Casa de la Mujer María Conti. San Pedro de Jujuy.
- Cristina Cruz. Trabajadora Social. Casa de la Mujer María Conti. San Pedro de Jujuy.

La dinámica propuesta consistió en trabajar en dos grupos debatiendo e intercambiando opiniones, información y experiencias en torno a ejes disparadores, para luego pasar a una ronda final en donde se compartieron estos conocimientos. La conversación se organizó en torno de cuatro ejes: las marcas de la violencia obstétrica; la identificación de obstáculos y limitaciones para el respeto de los derechos de las mujeres; el vínculo entre la violencia obstétrica y otras violencias; y las buenas prácticas que contribuyen a la atención y prevención de la violencia obstétrica.

Las marcas de la violencia obstétrica en nuestras vidas:	¿Qué significa esta violencia? ¿Qué marcas deja en nuestros cuerpos, nuestras subjetividades, nuestras formas de vincularnos con hijxs y parejas?
Identificación de obstáculos y limitaciones	¿Qué obstáculos existen en los servicios públicos y en las políticas públicas para garantizar y respetar los derechos de las mujeres, tanto en el sistema público como privado?
La violencia obstétrica y su relación con otras violencias	Las características que tiene la violencia obstétrica en mujeres de distintas clases sociales y distintas edades.
Buenas prácticas en atención de violencia obstétrica en la Provincia de Jujuy	Prácticas y políticas públicas que puedan ampliarse y profundizarse.

Las principales conclusiones que surgieron de esta jornada giraron en relación a diversos aspectos. Desde el ámbito de la salud pública, se reflexionó sobre la creación del nuevo Hospital Materno Infantil “Dr. Héctor Quintana” en San Salvador de Jujuy, que ha posibilitado desde la infraestructura y los recursos con los que cuenta este espacio, brindar una atención distinta a mujeres, personas gestantes y niñas, respecto a lo que sucedía con anterioridad. Sin embargo, se puso fuerte énfasis, de parte de las profesionales que trabajan en salud pública, en la falta de capacitación y formación continua de los recursos humanos en el tema específico de violencia obstétrica y respeto de los derechos de las mujeres.

Otro de los temas que se debatió y sobre los que se compartieron experiencias, estuvo vinculado a las formas en que se atienden a las mujeres originarias y sus familias en las instituciones de salud. Las experiencias de atención muestran una distancia muy grande entre las prácticas médicas y esas prácticas y saberes culturales que poseen estas familias, que dan cuenta de distancias en la comunicación, en las formas y tiempos para parir, en los modos para hacerlo y en la concepción sobre el parto y nacimiento.

Se profundizó y compartió mucha información sobre cómo se viven las situaciones de violencia obstétrica por parte de las mujeres, las marcas que dejan en sus vidas, el alto grado de naturalización de esta violencia que existe en Jujuy y las distintas formas en que se manifiesta la violencia obstétrica para las mujeres de distintas clases sociales, que acceden a distintos ámbitos de salud, públicos o privados, en el momento del parto. En general se identificó que en el sector público las manifestaciones de la violencia obstétrica se encuentran muy vinculadas con malos tratos, frases denigrantes, imposibilidad de las mujeres y personas gestantes de estar acompañadas, falta o ausencia de información. Por su parte, en el sector privado se observa crecimiento de cesáreas y medicalización del parto sin brindar información a las mujeres y personas gestantes, con mayor frecuencia.

Otro de los aspectos que se remarcó es que en Jujuy todavía no existe especificidad en la atención y acompañamiento de casos de violencia obstétrica. Como tampoco existe ningún organismo público que se dedique específicamente a la atención de mujeres que hayan atravesado situaciones de violencia obstétrica, y que quieran denunciar. Hay experiencias que se están comenzando a transitar de acompañamiento de mujeres por parte de la Dirección de Paridad de Género de la Municipalidad de San Salvador de Jujuy.

Finalmente, también se identificaron buenas prácticas en atención, acompañamiento y prevención de la violencia obstétrica y por partos respetados e informados. Son acciones que podrían pensarse en su ampliación, reorientando los recursos humanos con los que se cuenta en el sistema de salud pública hacia prácticas y un modelo de atención centrado en los derechos de las mujeres, personas gestantes y niñas.

Las conclusiones compartidas en la Mesa de Trabajo así como las voces de las mujeres que contribuyeron a la elaboración de la campaña Somos las Protagonistas a partir

de sus propias reflexiones y experiencias, aportaron un punto de partido invaluable para la investigación que se presenta en esta publicación y que se describe en el próximo apartado.

PARTOS RESPETADOS

Somos las protagonistas

La **violencia obstétrica** es una modalidad específica de la **violencia de género**



Estar informadas es una herramienta fundamental para hacer valer **Nuestros derechos**

Leyes N° 25.929 "de parto humanizado" y N° 26.485 "de protección integral para prevenir, erradicar y sancionar la violencia contra las mujeres"

Contactos

- 📍 Fundación Siglo 21 Jujuy
cerrandobrechas.ela.org.ar
- 📞 ELA - Equipo Latinoamericano de Justicia y Género
- 📧 @EquipoELA
- 📧 @equipoela

Si te sucedió en el momento del trabajo de parto, en el parto o pos parto:

- ▶ Insultos, gritos y malos tratos
- ▶ Revisión médica por parte de profesionales no autorizados
- ▶ Tardanza, sin justificación médica, de la entrega del niño
- ▶ Utilización de medicamentos no justificados y la toma de decisiones por parte de las/los profesionales sin informarte y consultarte
- ▶ La inmovilización y la obligación a parir acostada

Es importante que sepas que no es normal ni natural, **es violencia obstétrica.**

El parto respetado significa ponernos como **protagonistas principales a las mujeres y niñas**, mientras los equipos de salud nos cuidan, asisten y acompañan, **en todo el proceso.**

Si querés recibir mayor información y asesoramiento comunicate a las Líneas Telefónicas Gratuitas:

- ▶ **144** Violencia de Género
- ▶ **0800-222-3444** Salud Sexual y Reproductiva



Este proyecto cuenta con el apoyo financiero de la Unión Europea

3. PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio integra en su abordaje datos de corte cualitativos y cuantitativos, acercándonos a una triangulación de información que tiene el objetivo de buscar conocer con mayor profundidad los aspectos planteados.

Dar cuenta de los abordajes y respuestas que el sistema de salud pública de Jujuy brinda para garantizar el derecho de las mujeres (o no) al parto respetado y la implementación de la Ley 25.929 de Parto Humanizado requiere, en un primer momento, la recolección de datos cuantitativos. Estos se refieren principalmente los que estén a disposición en los registros del Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy que, sumados a la documentación pública, la legislación nacional y local aplicable, aportan a la caracterización del funcionamiento del sistema sanitario, la disposición de personal técnico profesional, la cantidad de centros de atención, de atenciones realizadas, entre otros aspectos.

En un segundo momento, es fundamental recoger los testimonios tomados en entrevistas en profundidad a profesionalxs, trabajadorxs, y efectorxs de políticas públicas provinciales que abordan la violencia obstétrica, tanto que estén desarrollando actualmente sus funciones en el ámbito de salud público o que se consideren tienen el conocimiento, por su experiencia, trayectoria, para aportar información que nos permita arribar a los objetivos planteados.

Teniendo en cuenta la situación de emergencia sanitaria que se vive en todo el mundo, pero en Argentina y Jujuy particularmente debido a la pandemia del COVID-19 y atendiendo a las disposiciones sobre aislamiento social, preventivo y obligatorio, las entrevistas fueron realizadas de forma virtual, enviando el cuestionario por correo electrónico y realizando llamadas telefónicas, ante la imposibilidad de concretar entrevistas personales.

3.1. ¿De dónde partimos? Recorrido legal y conceptual

Argentina es uno de los pocos países del mundo que tiene una ley para proteger y respetar el parto y el nacimiento. La ley 25.929 de Parto Humanizado fue sancionada y promulgada en 2004 y finalmente reglamentada en 2015. Esta ley defiende los derechos de las madres, los recién nacidos/as y sus familias al momento del trabajo de parto, parto y post parto. En la legislación se detallan los distintos derechos que deben garantizarse a la mujer, el recién nacido/a y su familia.

Se define que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

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

- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

La ley establece como su ámbito de aplicación el sistema de salud, tanto público como privado de todo el territorio nacional (art. 1) y se define también que “las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en la ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio”.

En el artículo 3 de la Ley se definen los derechos de la persona recién nacida:

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

Asimismo, el padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos (art.4):

- a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
- c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.
- e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

En la provincia de Jujuy, la adhesión a la ley de Parto Humanizado se realizó a través de la ley provincial N° 5952⁴, en el mes de septiembre del año 2016.

Otra de las normas nacionales fundamentales que definen a la violencia obstétrica como una de las modalidades de la violencia de género, es la ley 26.485 De protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, sancionada en marzo del 2009.

"Se entiende por violencia contra las mujeres... toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes" (artículo 4 de la Ley 26.485).

Las modalidades de la violencia de género, es decir, las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia de género contra las mujeres, en los diferentes ámbitos, comprende específicamente a la **violencia obstétrica**, definida 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" (artículo 6 inciso e, Ley 26.485).

Otra de las modalidades de la violencia de género, definidas en la Ley de Protección Integral contra todas las Formas de Violencia, estrechamente vinculadas y entrelazada con la violencia obstétrica, es la **violencia institucional** contra las mujeres, que es

⁴ [Disponible aquí](#) (Consulta 03/07/2020)

“aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil” (artículo 6 inciso b, Ley 26.485).

La violencia obstétrica puede suceder en el momento del pre parto, el parto o el pos parto y se manifiesta a través de otros tipos de violencia que se definen en la Ley 26.485, como la **violencia física**, que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física (artículo 5 inciso 1 de la Ley 26.485); la **violencia psicológica**, que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación (artículo 5 inciso 2 de la Ley 26.485), y también la **violencia institucional**, que es aquella realizada por personas en la función pública, funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley (artículo 6 inciso b, Ley 26.485).

Al marco normativo descripto, se suma el modelo Maternidades Centradas en la Familia (MCF), un paradigma de atención perinatal que fue desarrollado a lo largo de los últimos 35 años por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS) de la Ciudad de Buenos Aires. La construcción de este modelo se realizó de manera progresiva, aunque no planificada o anticipatoria. La propuesta de Maternidades Centradas en la Familia está inspirada en la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN), creada por OMS-UNICEF en 1991 para promover la lactancia materna en las maternidades e implementada en la Argentina desde 1994.

Con la intención de integrar la iniciativa MCF en toda su dimensión, o al menos en sus aspectos esenciales, y la iniciativa Maternidad Segura, se conceptualizó un nuevo modelo integrado: Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) que define los criterios mínimos que debería reunir una maternidad para ser considerada MSCF.

Durante los años 2010 y 2011 UNICEF, junto a los gobiernos provinciales y otras instituciones académicas, iniciaron un proceso de actividades conjuntas para favorecer la transformación de maternidades públicas en MSCF. A diciembre de 2011, 71 maternidades de las provincias de Salta, Jujuy, Buenos Aires, Córdoba, Santiago del Estero, Misiones, Mendoza y Santa Fe habían ya adherido a la iniciativa.

Esa propuesta inicial fue recibiendo, a lo largo de su desarrollo distintos aportes que la enriquecieron, como el enfoque intercultural, que “considera los aspectos sociales y culturales particulares que se manifiestan en las maternidades y servicios de salud perinatal en contextos multiculturales” (UNICEF, 2012:10).

En este sentido, un valioso aporte de la definición de una MSCF es el establecimiento del horizonte de una cultura organizacional que “reconoce a los padres y a la familia, junto al quipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa HAMN, que promueve fuertemente la lactancia materna”⁵ (UNICEF, 2012: 11).

El modelo de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia se sustenta en cinco ejes conceptuales y dieciséis principios, que se articulan en su implementación en una serie de objetivos, que persiguen la promoción de una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país.

Para el logro de este propósito se pretende que:

- las autoridades y el equipo de salud de la maternidad estén convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establezcan como una de sus prioridades;
- el equipo de salud sea capaz de conocer e informar a todas las mujeres que se asisten sobre sus derechos y los de su hijo o hija; mediante comunicación efectiva y en su lengua de origen, cuando fuera necesario;
- los padres y la familia asuman un papel protagónico en el cuidado del hijo;
- las autoridades de la maternidad se comprometan a generar los medios necesarios para permitir la permanencia continua de la madre junto a su hijo o hija y convoquen a miembros de la comunidad a involucrarse y participar en actividades de voluntariado y acompañamiento si se necesitara; el equipo de salud adopte prácticas efectivas y seguras y desaliente el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas.

Fuente: UNICEF (2012:11-12)

⁵ UNICEF (2012) “Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo”. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

En este esquema, la incorporación de la perspectiva intercultural en las prácticas cotidianas del personal de los servicios de salud es un elemento clave para contribuir a la “aplicación efectiva del enfoque de derechos en el campo de la salud, principalmente en los contextos interétnicos que son característicos de muchas provincias argentinas” (UNICEF, 2012:26).

Es así que esto implica reconocer en las maternidades “la existencia de embarazadas, madres y familias que son portadoras de culturas diferentes a la cultura argentina o criolla, sea porque pertenecen a pueblos indígenas preexistentes al Estado argentino o son familias provenientes de países vecinos como Bolivia, con origen en los pueblos Quechua, Aymara o Guaraní en general” (UNICEF, 2012:26)

Desde el amplio bagaje legislativo, tanto nacional como internacional, que protegen los derechos humanos de las comunidades “los equipos de salud, incluidos los de las maternidades, deben promover el involucramiento de las comunidades indígenas en su situación de salud a través de las y los líderes elegidos según sus propios mecanismos” (UNICEF, 2012:26).

Que el servicio de salud pueda pensarse amigable significa que “respete la cultura y cosmovisión de las madres y familias indígenas, sus creencias respecto de la maternidad, el parto y puerperio, la salud y enfermedad, la vida y la muerte. Como sabemos, la enfermedad, el nacimiento, la vida y la muerte son experiencias universales de la especie humana, pero las distintas culturas -entre ellas la de los pueblos indígenas- moldean y establecen distintas formas de entender estos fenómenos según su propia cosmovisión o forma de comprender el mundo” (UNICEF, 2012:27).

La iniciativa considera diez pasos básicos de implementación, los que se organizan a lo largo del continuo de atención desde el primer contacto de la mujer embarazada con la maternidad hasta su alta definitiva, durante el seguimiento ambulatorio. Estos 10 pasos conforman la estrategia para que una maternidad pueda adecuarse a este modelo de MSCF, lo cual implica un proceso complejo, tal como lo definió UNICEF (2012:37-39).

Paso 1	Reconocer el concepto de Maternidades Seguras Centradas en la Familia como una política de la institución. Hay consenso institucional para desarrollar acciones de MSCF, presupuesto destinado para tal fin y trabaja un equipo multidisciplinario que lidera las acciones necesarias.
Paso 2	Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el Control Prenatal (CPN). Se facilita la asistencia al CPN con turnos programados, en horarios amplios, en ambientes agradables, con la participación de la familia. Se promueve la articulación entre las distintas áreas de la maternidad para facilitar la realización de los procedimientos diagnósticos indicados en el CPN. Se informa sobre los derechos de las mujeres en el parto, la lactancia materna, la procreación responsable y sobre el curso de preparación para la maternidad.

Paso 3	Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y parto. Se permite la presencia de un acompañante en el trabajo de parto y en el parto, tanto normal como patológico, sea este un familiar o partera empírica, sanadora tradicional o agente espiritual. Se alienta a las mujeres a decidir sobre deambulación, ingesta de líquidos (té, infusión de hierbas), posiciones (vertical, horizontal, en cuclillas) y tiempos en el parto, proveyendo la infraestructura y mobiliario mínimo que lo haga posible. Se estimula la lactancia precoz y el vínculo temprano madre-hijo o hija.
Paso 4	Priorizar la internación conjunta madre-hijo o hija sanas con la participación de la familia. Se evita la separación del binomio madre-hijo o hija sanas o con patologías leves. Se facilita el acompañamiento durante la internación y la visita de los padres y demás familiares.
Paso 5	Facilitar la inclusión de la madre, el padre y el resto de la familia en la internación neonatal. Padre y madre tienen ingreso irrestricto en la internación neonatal y se facilita la visita de hermanos y abuelos del RN internado. Se promueven el Contacto Piel a Piel (COPAP) y la lactancia materna.
Paso 6	Contar con una Residencia para Madres (RM) que permita la permanencia junto con los recién nacidos internados. La RM permite la permanencia de la mayoría de las madres de los niños internados, en un ambiente confortable, coordinado por voluntariado hospitalario.
Paso 7	Contar con un servicio de voluntariado hospitalario. El voluntariado hospitalario debe realizar acciones de apoyo a las embarazadas o madres y a sus familias en todas las áreas de la maternidad y en la RM.
Paso 8	Organizar el seguimiento del recién nacido sano y, especialmente, del de riesgo, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar. Antes del alta, el equipo de salud coordina con los padres el seguimiento alejado de los RN sanos y, especialmente, de aquellos de riesgo. En las consultas de control, se facilita la participación de la familia.
Paso 9	Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna según las pautas de la iniciativa HAMN. La maternidad trabaja activamente en la promoción de la lactancia materna para lograr la acreditación de HAMN (OMS-UNICEF-Ministerio de Salud) o bien para mantenerla si ya ha sido acreditada, cumpliendo los 10 pasos de esa iniciativa.
Paso 10	Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones, para la transformación en MSCF. La institución y sus equipos de salud reciben asesoramiento y apoyo de otras instituciones (ONG, otras maternidades, gobierno, etc.) y, a su vez, brindan el mismo apoyo a otras maternidades, de manera de constituir una red de MSC.

3.2. El sistema de salud público de la Provincia de Jujuy

El sistema de salud de la Provincia de Jujuy se estructura en áreas programáticas reagrupadas según zonas sanitarias, de acuerdo a regiones geográficas (Valles, Quebrada/ Puna y Ramal I y II) y en tres niveles de atención en función de la complejidad sanitaria.

El primer nivel es donde se encuentran los Hospitales de primer nivel, centros de salud, nodos y postas sanitarias que constituyen la puerta de entrada al sistema de salud, tienen baja complejidad y amplia cobertura territorial. Existen en la provincia, según registro del Ministerio de Salud a 2019, un total 317 puestos nodos y postas sanitarias en toda la provincia. En la Ciudad Capital se encuentran 52 de ellos⁶.

En el segundo nivel de atención se ubican los Hospitales Cabecera de cada región geográfica, son de menor complejidad, con internación, mayor cantidad de camas y especialidades. Se encuentran entre ellos: el Hospital Jorge Uro de la Quiaca, Dr. Manuel Belgrano de Humahuaca, Guillermo Paterson de San Pedro, Oscar Orias de Libertador General San Martín, Arturo Zabala de Perico y Wenseslao Gallardo de Palpalá. De cada uno de ellos dependen hospitales de primer nivel, puestos de salud, nodos y postas sanitarias, según la zona sanitaria. El Hospital Neuropsiquiátrico Néstor Sequeiros se encuentra dentro de este nivel de atención.

En el tercer nivel de atención se ubican los hospitales de mayor complejidad con terapia intensiva e internación, como lo son: el Hospital Pablo Soria, el Hospital Materno Infantil “Dr. Héctor Quintana” y el Hospital San Roque.

3.3. Las voces de las protagonistas en el contexto de los datos recolectados

A partir del modelo desarrollado para lograr maternidades seguras y centradas en las familias, tomando como punto de partida los diez pasos básicos de implementación descriptos más arriba, en esta investigación se procuró indagar en las experiencias y vivencias profesionales de funcionarixs y trabajadorxs del sistema de salud con centro en la ciudad de San Salvador de Jujuy, para así conocer las condiciones para su implementación.

En el marco de la investigación se realizaron en total 20 entrevistas en profundidad para lo cual se implementaron 3 cuestionarios diferenciados, según el nivel de atención y roles en el sistema de salud (trabajadxr o funcionarix) a los fines de diferenciar miradas y datos a recolectar.

⁶ Gobierno de Jujuy. Ministerio de Salud. Dirección Provincial de Atención Primaria de la Salud. HOSPITALES - NODOS – CAPS/CIC Y POSTAS SANITARIAS DE LA PROVINCIA DE JUJUY 2.019.

Recibimos 10 respuestas por correo electrónico y las otras 10 entrevistas se realizaron vía telefónica. Sin duda la crisis sanitaria dificultó las posibilidades de completar las entrevistas del modo y el tiempo planificado, y por ese motivo llevamos adelante la estrategia de los llamados telefónicos.

Las entrevistas a lxs trabajadorxs del sistema de salud están presentadas, como fue acordado previamente con estas personas, respetando la confidencialidad de su identidad. Al mismo tiempo, destacamos que una de las entrevistas se realizó a la Dra. Claudia Castro, Coordinadora del Área Salud de la Mujer del Ministerio de Salud de la Provincia y otra de ellas a la referente institucional del Colegio de Licenciadxs en Obstetricia Lic. Verónica Quirós.

El análisis de las entrevistas se integra con los hallazgos identificados en las etapas previas de este proceso de indagación, es decir, las conclusiones de la Mesa de Trabajo y las voces de las mujeres que contribuyeron a la formulación de la Campaña Somos Las Protagonistas, referidas más arriba. Asimismo, se integra en este apartado las consideraciones sobre la legislación nacional referida a derechos, legislación local e instrumentos desarrollados y aportados por lxs trabajadorxs que participaron de las entrevistas.

Eje 1: Reconocimiento del Modelo de Maternidad Segura Centrado en la Familia (MSCF) como parámetro de política pública en la que trabaja la provincia de Jujuy, de promoción del parto respetado y prevención de la violencia obstétrica. Particularidades del enfoque en Hospitales y APS. Circuito de funcionamiento entre ambos niveles de salud.

En general, podemos observar que hay un reconocimiento del MSCF como enfoque general desde el que se viene trabajando en la provincia con respecto a la promoción del parto respetado. Esto significa, al mismo tiempo, la incorporación de una mirada que despliega prácticas, acciones, abordajes y disposiciones institucionales en el ámbito público de salud, que pretenden prevenir y erradicar la violencia obstétrica.

Algunos de los comentarios en este sentido reflejan lo siguiente:

“Conozco el Modelo de MSCF. Ese paradigma está siempre presente, que tiene como eje, el reconocer a quienes nos consultan, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención y el cuidado de su salud; estimular el respeto y la protección de los derechos; ofrecer una atención de calidad y humanizada; tener en cuenta la interculturalidad; no discriminar y ser inclusivo en todas las prácticas y por último algo fundamental la comunicación y empoderamiento del modelo por parte de la comunidad”.

“Si conozco el modelo y la estrategia, ya que desde el Área de la Mujer de la Dirección de Maternidad e infancia nos dieron material para nuestra actualización”.

Este paradigma prevé distintos circuitos y estrategias de atención de las mujeres y servicios disponibles en los hospitales de cabeceras, particularmente en el Hospital Materno Infantil “Dr. Héctor Quintana” y en los Centros de APS. Con respecto a APS, trabajadoras del sector detallan el trabajo que realizan con las mujeres embarazadas y sus familias:

“Buscamos facilitar el acceso de la embarazada al CPN⁷, con sistemas de turnos programados, evaluación de factores de riesgo y derivación oportuna, trato amable y respetuoso y respeto a la privacidad, acompañamiento durante la consulta (pareja o persona de confianza), atención integral a padres adolescentes, educación para la salud en todas las citaciones al CPN, consejería en salud sexual y reproductiva y lactancia materna, desarrollo de talleres de preparación integral para la maternidad, fortalecimiento y promoción de los derechos de la embarazada, hija/o y familia según la ley del parto respetado”.

Otra trabajadora, en este caso con respecto a los servicios y la perspectiva de los mismos, ofrecidos en un Centro de Atención Primaria de la Salud de San Salvador de Jujuy, explica entre los ejes principales:

“La capacitación oportuna (8va semana) en la comunidad y a su contexto íntimo, la derivación al obstetra, el seguimiento en todo el proceso de embarazo, la preparación para un parto con conocimientos de los cambios fisiológicos y sus derechos, colocación de vacunas, fomento a la lactancia materna, preparación para pos parto, importancia del primer control médico del recién nacido, seguimiento del puerperio y control de niño sano, estrategias para promover el encuentro entre la mujer y su pareja ‘para disminuir los temores y lograr un buen vínculo”.

En un sentido similar, una de las entrevistadas relata que, en su lugar de trabajo, también en APS:

“Se realiza Planificación Familiar, asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva, entrega de métodos anticonceptivos, controles de embarazo bajo riesgo, cuidados y signos de alarma embarazo, parto y puerperio, cuidados del recién nacido, asesoramiento lactancia materna, inmunización. También se brinda accesibilidad al sistema de salud gestión de turnos programados, seguimiento de casos según necesidad, entre otros aspectos”.

Nos encontramos con valoraciones respecto a que este proceso de implementación del MSCF ha sufrido intermitencias, particularmente en el sector de APS:

⁷ Se refiere al Control Pre Natal.

“El trabajo fuerte fue en las Maternidades Provinciales y habían comenzado en el Primer Nivel de Atención, con psicoprofilaxis del parto, pero hubo solo algunas reuniones y después no continuó”.

Amplía al respecto la Dra. Claudia Castro:

“Esto está haciéndose desde hace tres años y los dos primeros años se trabajó dentro del Hospital Materno Infantil, y a partir de este año, la propuesta era avanzar en el Hospital Materno, los Hospitales del Tercer Nivel y Hospitales del Segundo Nivel Paterson y Orias⁸. Todo este trabajo se paralizó por la situación de la pandemia COVID y todo lo que se pudo continuar en forma virtual se hizo y muchas cosas quedaron sin poder continuar”.

En este sentido, también existen opiniones respecto a la importancia de la conformación de equipos interdisciplinarios que lleven adelante el proceso de transformación que implica la adopción de dicho modelo:

“Para lograr esto, es fundamental que tanto las autoridades, como el equipo de salud estén involucrados y convencidos en el modelo y trabajen para desterrar prácticas no efectivas e inseguras. Ya que, como toda nueva práctica y modelo, se construye dentro de un proceso. Requiere un gran cambio en la cultura organizacional de las instituciones de salud”

La funcionaria Claudia Castro describe al respecto:

“Justamente con este modelo, que se trabajó tanto en el Hospital Materno-Infantil como en nuestros hospitales de segundo nivel, se convocó al equipo multidisciplinario, tanto de trabajadores sociales, psicólogos, educadores para la salud, para que armen un equipo y ellos mismos puedan trabajar en todas las acciones para la promoción del parto respetado y del modelo de maternidad segura y centrada en la familia”.

Por su parte una de las trabajadoras del Hospital Materno Infantil, explicó sobre las dificultades que a su entender existieron en la continuidad de estos equipos interdisciplinarios:

“Dentro de la Maternidad existía un equipo multidisciplinario que tomábamos acción para hacerlo, como dije en 2017 fue que esto se hizo con más fuerza, y el cambio de las jefaturas y la dirección generó este cansancio. El profesional que en la atención personal cumple todo lo que es MSCF, al ver que no tenemos el poder de generar el cambio, porque no somos la dirección general, genera un agotamiento en las personas que realmente tienen ganas de cambiar. Luego desde cada uno, desde sus trabajos, lo siguen haciendo de forma constante”.

⁸ El Hospital Paterson es el Hospital de Cabecera en el Departamento de San Pedro y el Hospital Oscar Orias es el Hospital de Cabecera en el Departamento de Libertador General San Martín.

Con respecto a lo que sucede en el Hospital Materno Infantil explicita lo siguiente una trabajadora de la institución:

“Estoy trabajando en este modelo desde el año 2016. Particularmente en la atención a adolescentes en consultorio integral, el acompañamiento en los controles de embarazo, el asesoramiento en los derechos del parto respetado y en salud sexual y reproductiva, atención a la salud mental en mortalidad perinatal, trabajo interdisciplinario y comunicación-información mujer, recién nacido y padre”.

En el caso del Hospital General Belgrano de la localidad de Humahuaca, nos explica una profesional que también trabajan desde este paradigma y que a partir de su implementación:

“Elaboramos una modalidad de atención especial y diferenciada a la embarazada y a la puérpera, de manera que reciban atención integral sin tener que sacar turnos en las eternas filas del servicio de estadística, disponiendo de los días martes y viernes para que su ruta y recorrido por los tantísimos controles que le exige el carnet sanitario sea lo menos tediosa posible administrativamente hablando. Se incluye en los talleres psicosociales y psicoeducativos del último trimestre la participación de algún familiar o referente afectivo para que la persona gestante pueda sentirse acompañada”.

Es decir, nos encontramos con una estructura del sistema de salud público de Jujuy, en donde el seguimiento y la atención del embarazo se realiza principalmente en los Centros de Atención Primaria de la Salud, con una fuerte impronta de acercamiento a las mujeres y sus familias a través de evaluación de factores de riesgo y visitas domiciliarias de agentes sanitarias/os.

En principio podemos detectar que el CAPS ofrece una cantidad de servicios importantes para las mujeres y es el nivel de atención en donde las mujeres embarazadas deben realizar las consultas con las distintas especialidades médicas:

“En el primer control perinatal se solicita interconsultas con los diferentes profesionales del CAPS (odontología, nutricionista, psicología, servicio social, educadora para la salud, PIM⁹, para una atención integral)”.

En las entrevistas realizadas a las trabajadoras del sector de APS observamos una apropiación importante de los objetivos que tiene el MSCF y la importancia de promover derechos de las mujeres y niñas. En San Salvador de Jujuy las derivaciones al momento del parto o ante situaciones de embarazos de riesgo se realizan al Hospital Materno Infantil. En este proceso las entrevistadas dan cuenta de limitantes y falencias, que generan condiciones propicias para que violencia obstétrica se desarrolle y se vulneren los derechos de las mujeres. La falta de un sistema

⁹ Se refiere al Programa Integral de Maternidad que funciona en el Hospital Materno Infantil, sobre el que profundizaremos en el análisis más adelante.

informativo que permita un seguimiento integral entre ambos niveles, las formas de traslado de las mujeres hacia el hospital de cabecera, las demoras en el sistema de turno son algunos de los obstáculos que se expresan en los relatos:

“A mi parecer las dificultades, obstáculos es el sistema de referencia y contrarreferencia, porque en muchas ocasiones no sabemos cómo terminó su embarazo o en qué condiciones nació el bebe, y se tiene que recurrir a la visita domiciliaria y entrevistar a la madre para que nos de la información, el sistema de referencia y contra referencia debe ser un buen sistema de información para que en el caso de embarazadas de alto riesgo, mantener contacto con el nivel pertinente para el seguimiento y/o control de las consultas con el especialista”.

“Podría ser a veces, el medio de transporte para que se trasladen, que lo tenemos que hacer con el SAME y suele haber problemas con la disponibilidad de ambulancias, ocasionando la demora de las mismas. Esto ocasionó algunas veces, que el parto se realice en el CAPS, en el Domicilio de la mujer, o en la Ambulancia, no en cantidad, serán 1 a 3 por año, según mi conocimiento”.

Otra de las trabajadoras de APS también hace referencia a esta problemática:

“En los casos de urgencias hay demoras para conseguir ambulancia y hay dificultades para conseguir turnos para controles médicos a embarazadas de alto riesgo. Es importante que dejen reservados turnos para los puestos de salud, tener línea directa para la gestión y contrarreferencia de pacientes para incluirlas en sus historias clínicas y realizar un abordaje integral y oportuno”.

Por su parte, una trabajadora del Hospital de Humahuaca relata al respecto:

“Los servicios existentes en la ruta de atención a la mujer embarazada son: Ginecología, Nutrición, Odontología, Laboratorio, Psicología, Trabajo Social, Educación para la Salud. Entre las dificultades y obstáculos que observo en la atención de la embarazada es que existen demasiados protocolos y requerimientos en la accesibilidad a los servicios y una lentitud en los sistemas informáticos. Como oportunidades resaltó la atención diferenciada en días específicos; servicio de APS como estrategia puerta a puerta que familiariza la atención extra muro”.

Eje 2: Capacitaciones en derechos de las mujeres, parto respetado y prevención de la violencia obstétrica.

Con respecto a las capacitaciones o programas de formación entendidas como acciones de política pública y de formación de los recursos humanos que se desempeñan en el sector público de salud provincia, en la temática en particular encontramos respuestas bastante diferentes. En general aparece en todas las entrevistas la capacitación y formación como una necesidad fundamental para poder desarrollar estrategias de abordaje desde una perspectiva de derechos.

En el Hospital Materno Infantil, que es el centro en la provincia de la implementación del MSCF, sí se han realizado capacitaciones algunas de ellas dictadas por equipos técnicos de UNICEF.

Los ejes de las capacitaciones se vincularon con salud perinatal, estrategias de fortalecimiento del MSCF, maternidad y paternidad adolescente, interculturalidad y salud perinatal, violencia de género y obstétrica, entre otros enumerados por una de las profesionales del sector entrevistada.

Al respecto y sobre este ámbito de la salud específico, otra profesional explica:

“Los profesionales como repito nuevamente, en el 2017 se capacitaron súper fuerte, todo el año, con respecto a todo lo que era parto respetado, violencia y leyes. La transmisión de la experiencia de las maternidades en Buenos Aires que trabajan con este modelo, rotación de profesionales de distintas áreas que rotaron en la maternidad Estela Carlotto, que es una de las maternidades que tiene este modelo bastante instalado y también a la maternidad Sardá, para poder cambiar este modelo, sirvió un montón para lo que hoy tenemos”.

En APS encontramos respuestas distintas: por un lado, algunas señalan la falta o nula capacitación a la que pudieron acceder como trabajadoras del sector, que se hayan llevado adelante como parte de un programa de formación de los recursos humanos estatales, y por otro lado, otras entrevistadas señalan capacitaciones que pudieron realizar, principalmente de forma privada, a partir de inquietudes personales y profesionales, pero no desde el Estado en el marco de políticas públicas.

“Desde mi lugar de trabajo, el Ministerio de Salud, NO recibí capacitaciones, de ninguno de esos temas”.

“Sí recibí capacitaciones sobre parto respetado, género y violencia de género, una capacitación de parto respetado de tres jornadas de 4 a 5 horas en estos tres últimos años en el hospital Materno infantil Héctor Quintana.

Actualmente me encuentro cursando una Diplomatura de Violencia de Género en la Facultad de Humanidades Universidad de Jujuy¹⁰.

Otra de nuestras entrevistadas que se desempeña en el sector de APS aporta en un sentido similar:

“La capacitación es realizada a manera personal, pagando cursos de posgrado, una maestría en salud materno infantil (tres años falta la tesis) y un posgrado en violencia de género, y derechos de las mujeres”.

Una de las trabajadoras del interior provincial, relata lo siguiente:

“No hemos recibido capacitaciones desde el Ministerio, pero sí instancias más pequeñas de actualización y formación en cuanto a derechos sexuales y reproductivos (supervisiones, mesas de trabajo, análisis de ruta de embarazo adolescente, jornadas de actualización profesional). Pero específicamente sobre parto respetado NO hemos recibido”.

Al mismo tiempo, como señalamos, la capacitación y formación se manifiesta en los relatos de lxs trabajadorxs y funcionarixs como una estrategia fundamental para la implementación de la ley de parto respetado y prevención de la violencia obstétrica. Señalan las entrevistadas que es necesario:

“La formación continua con estrategias de enseñanza, desde el constructivismo y la generación de conocimientos y modificación en las prácticas, buscando que los equipos se sientan protagonistas y lograr la reflexión sobre sus propias prácticas”.

“Brindar oportunidad de capacitación en servicio a todo el personal con orientación en género”.

“Brindar más capacitaciones sobre el tema a embarazadas y al personal de salud y establecer algún método de control para confirmar que las mismas se realicen”.

“Si tuviera que nombrar tres acciones concretas tendientes a erradicar la violencia obstétrica localizaría en la formación de todos los que son parte de la salud, y no solamente aquellos que abarcan la parte obstétrica, sino a todos porque hoy la atención del paciente es integral, y permitir jerarquizar el tema de la formación en maternidad segura y centrada en la familia, jerarquizarla en las residencias, en la formación de enfermería y obstetricia es una de las buenas acciones”.

¹⁰ Esta Diplomatura la está realizando por intereses personales, siendo costeadada con recursos propios.

Eje 3: Estrategias y acciones oportunas que han permitido generar avances en la prevención y erradicación de la violencia obstétrica y la promoción de los derechos de las mujeres en el momento de pre parto, parto y pos parto

Entre las estrategias valoradas positivamente por las entrevistadas y que aportan parámetros de acción importantes para la erradicación de la violencia obstétrica, se destacan:

“Que se haya adherido al modelo de MSCF de UNICEF, que haya un Equipo específico encargado de ese tema, la cantidad de talleres, reuniones y capacitaciones en el tema, aunque no sé si del todo efectivas”.

La funcionaria entrevistada destaca los cambios sucedidos desde su mirada:

“A partir de la implementación del MSCF creo que hay un cambio y mejora en el tema del acompañamiento, en el tema de la información, de las acciones que se deciden y que se pueden transmitir. O sea, si bien se requieren cambios generacionales para cambiar la forma en las cuales actúa un equipo, que viene de una costumbre arraigada en la cultura organizacional arraigada, vemos que esta implementación tiene buenos resultados”.

Una de lxs trabajadorxs hace referencia a la inauguración del Hospital Materno Infantil y las mejoras edilicias que permiten, por lo menos en términos de infraestructura, tener la disposición para posibilitar que las mujeres estén acompañadas en el momento del parto. Destaca lo siguiente:

“Desde 2014 en la provincia se inauguró el Hospital Materno Infantil en donde se está intentando cambiar el paradigma, o la cultura organizacional, con continuas capacitaciones al personal. Se produjeron mejoras edilicias, sectores específicos para un parto acompañado, unidades de trabajo de parto, parto y recuperación, con la posibilidad que la mujer sea acompañada con la persona que ella desee. Se trabaja en el fortalecimiento en el minuto de oro y la buena comunicación entre el personal y la mujer”.

La creación de esta Maternidad con una Unidad de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR) ha permitido mejorar los indicadores de acompañamiento en parto natural, no así en cesáreas programadas siendo un obstáculo la preparación del acompañante para esta práctica.

En cuanto a las mejoras en los acompañamientos, derecho legislado en la Ley 25.922 de Parto Humanizado, las trabajadoras mencionan:

“Hemos luchado mucho por esos cambios y los hemos visto, cómo ha disminuido el tema de la violencia obstétrica, porque hoy los trabajos de parto no son los mismos que años anteriores o cuando nosotros iniciamos nuestra actividad en 2011. Las evoluciones son completamente diferentes, las experiencias mucho más positivas, de poder compartir este momento, ese momento de parto, de vulnerabilidad quizás de la madre donde necesita apoyarse en alguien de confianza generó muchos cambios”.

“En general el 100% se realiza parto acompañado, no así en cesáreas programadas, aunque sí hay precedentes que en el caso de las adolescentes el equipo de salud mental si accede al acompañamiento de la misma por las características de los casos”.

Con respecto a la rotación de los equipos en otras Maternidades, como parte del proceso de formación y capacitación en una perspectiva de derechos humanos, se explicita en una de las entrevistas:

“La capacitación continua, me parece que es algo que está bueno; también poder rotar por las maternidades que realmente trabajan con esta mirada, con este nuevo paradigma, sirve un montón la experiencia porque vivirlo es otra cosa. Creo que eso sirve mucho para poder empezar a cambiar la forma de pensar, o de ver, o de creer para poder generar el cambio. Cambiar la forma de pensar mediante la experiencia me parece que es lo más práctico. Si bien rotó gente del materno-infantil, también roto gente de Ledesma de San Pedro, de las maternidades principales para poder tener la misma experiencia y poder cambiar la mentalidad”.

Otra de estas opiniones se encuentra vinculada a la conformación de equipos de salud más amplios e interdisciplinario y la inclusión de nuevas profesiones en estos equipos, que pueden realizar valiosos aportes y complementar el abordaje médico. Relata una trabajadora:

“Es importante la inclusión del personal obstétrico al equipo de salud tanto en CAPS como en servicios de obstetricia de los diferentes hospitales de la región. Quienes están en lucha continua para el cumplimiento de los derechos según la ley del parto respetado”.

“Lo que ayudó mucho a poder cambiar y prevenir lo de la violencia obstétrica y promover los derechos es la incorporación en el 2011 de los obstétricos que promovió un trato más personalizado con respecto a las pacientes, un trato más amoroso, para generar una experiencia más positiva en todo lo que es el parto, poder incorporar el acompañamiento de la paciente o algún familiar que ella desee o una persona que ella elija”.

La trabajadora amplía esta mirada sobre los equipos de salud describiendo y valorando positivamente:

“El hecho que hayan salido de la parte laboral médicos con formación antigua, nuestra incorporación¹¹ y que dentro de la formación de los nuevos toco ginecólogos tengan incorporadas las figuras de la obstétrica y la MSCF me parece fundamental; y eso hizo que disminuya un montón la violencia obstétrica dentro de la Maternidad”.

En este mismo sentido amplía otra de las entrevistadas:

“Creo que la incorporación desde disciplinas que practican más la escucha y el acompañamiento (Psicología, Trabajo Social, Educación para la Salud) producen un efecto más amable y más amigable en la atención de la embarazada, parturienta y puérpera, ya que se posibilita algo más que medir, pesar y tomar los signos vitales...dando oportunidad a proyectar la construcción de una maternidad deseada y no autoexigida desde un cartón sanitario”.

Respecto a este punto, es importante mencionar que el Colegio Profesional de lxs Licenciadxs en Obstetricia u Obstetras ha sido recientemente creado en la provincia de Jujuy y el reconocimiento de la actividad profesional se logró a través de la Ley N° 6101, publicada en el Boletín Oficial el 17 de diciembre del 2018¹².

En su ámbito de incumbencias y facultades profesionales se destacan como alcances del ejercicio de su actividad las siguientes: “brindar asesoría, consejería y consulta a la mujer durante los períodos preconcepcional, concepcional y posconcepcional: el pre parto y el pos aborto, tendiendo al mejoramiento de la calidad de vida de la mujer en todas las etapas del ciclo vital de su salud sexual y reproductiva” (artículo 5, inciso 1).

Asimismo se encargarán de “brindar consulta para prevenir la violencia basada en género, especialmente la violencia obstétrica y garantizar los derechos de la salud reproductiva, conforme a la Ley Nacional N° 26.485” (artículo 5, inciso 3); como también “diagnosticar y evaluar los factores de riesgo obstétrico y referir según niveles de atención; detectar precozmente el embarazo y controlar el mismo bajo su responsabilidad; controlar y conducir el trabajo de parto; inducir el trabajo de parto según indicación médica; asistir el parto y el alumbramiento; brindar atención durante el puerperio inmediato y mediato, de bajo riesgo”.

Se trata de profesionales que tienen un rol muy valioso en la prevención de la violencia obstétrica y en lo que pueden desplegar desde su labor profesional hacia el interior de los equipos de salud. Al mismo tiempo tienen contacto directo con las mujeres y un lugar estratégico en el seguimiento y acompañamiento del pre parto, parto y pos parto.

¹¹ La trabajadora es Licenciada en Obstetricia.

¹² Disponible [aquí](#).

Su incorporación a los equipos profesionales del sistema de salud público se destaca como una estrategia muy positiva en pos de potenciar acciones que garanticen el derecho de la mujer a un parto sin violencia.

Al respecto de estas incumbencias, la Lic. Verónica Quirós, quien dirige la entidad relata:

“Nuestra institución es muy reciente, pero desde que iniciamos nos encargamos de bregar por el cumplimiento de las leyes que protegen al binomio madre-hijo, como así también a los profesionales idóneos para la realización de tareas específicas y que tienen que ver con la prevención de la violencia obstétrica, de género, importancia de la lactancia materna, entre otros”.

En el marco del avance que significó su inclusión la entrevistada describe las dificultades y obstáculos con los que se encuentran:

“La inserción actualmente de estos profesionales en los equipos de salud aún es escasa, teniendo en cuenta que sólo son 50 en toda la provincia quienes se encuentran trabajando en la salud pública en total”.

Otra de las estrategias para prevenir la violencia obstétrica que pudimos recuperar es el Programa Integral para la Maternidad (PIM) que funciona en el Hospital Materno Infantil. Este servicio brinda apoyo a las adolescentes en el transcurso de su embarazo, en el parto y pos parto y está conformado por un equipo interdisciplinario de profesionales, entre las que se destacan especialistas en obstetricia, pediatría, nutrición, psicología, kinesiología, odontología, educación para la salud y trabajo social. Una de lxs trabajadorxs sobre este servicio explicó:

“Tenemos un equipo del Consultorio de atención integral de la adolescente embarazada que elaboró una ruta de atención para las adolescente embarazadas menores de 15 años. Llevamos adelante atenciones programadas y espontáneas y hemos capacitado a otros equipos en la provincia de Jujuy”.

Se trata como describe esta trabajadora de:

“Un PIM con enfoque de derechos, de preparación integral para la maternidad y la paternidad”.

Este servicio, que trabaja actualmente desde un enfoque biopsicosocial especializado y entrenado para la atención del embarazo adolescente, se encuentra dentro de las acciones promovidas por UNICEF para el desarrollo de abordajes integrales de las embarazadas con perspectiva de derechos. En el documento “Cómo transformar una maternidad tradicional en Segura y Centrada en la familia. Manual de prácticas para iniciar el camino hacia la transformación” (UNICEF, 2018) se destaca la importancia de la generación de estas propuestas en las MSCF:

“La iniciativa MSCF estimula el empoderamiento de la mujer y su pareja en todas las etapas del embarazo. El curso para la Preparación Integral para la Maternidad (PIM) es una de las principales estrategias que pueden desarrollar las maternidades para alcanzar el protagonismo y empoderamiento de los derechos de las mujeres, los recién nacidos y sus familias”.

Los talleres el PIM facilitan que la mujer sea la protagonista de su propio parto. La evidencia demuestra que recibir esta preparación acorta el trabajo de parto, disminuye el sufrimiento fetal intraparto, permite una mayor y mejor comunicación entre el binomio madre-recién nacido, favorece la inclusión e integración familiar, estimula la lactancia materna y promueve la adopción de un método de anticoncepción acorde a las características de la mujer” (UNICEF, 2018:42).

Con respecto al PIM que se está implementando en el Hospital Materno Infantil, desde al año 2017, las sistematizaciones de UNICEF subrayan su alcance y modalidad y valoran positivamente esta iniciativa, en los siguientes términos:

“La población objetivo comprende a las adolescentes embarazadas hasta 19 años de edad y puérperas (hasta 45 días de ocurrido el evento obstétrico). Los objetivos del equipo especializado son: (1) brindar una atención integral, interdisciplinaria e intersectorial; (2) propiciar un espacio de confidencialidad y privacidad; (3) detectar oportunamente indicadores de riesgo social, psicológico u obstétrico; (4) ofrecer información sobre métodos anticonceptivos; y (5) ofrecer una atención programada. Se trabajan diversas temáticas que van desde la información sobre sus derechos, propiciar la continuidad escolar, preparación para el parto, educación para la lactancia y nutricional, prevención de la salud y métodos anticonceptivos.

Un aspecto clave en la organización del servicio tiene que ver con la conformación de un equipo que esté preparado para trabajar con adolescentes y con una visión interdisciplinaria. También contar con un espacio físico que permita gestionar la mayor cantidad de turnos posibles para la atención.

Luego de un año de trabajo, se evidenció un incremento de la demanda de consultas, y un mayor acompañamiento y asesoramiento de las adolescentes embarazadas. Asimismo, se avanzó en el desarrollo de un protocolo para el abordaje del embarazo en menores de 15 años con el trabajo de otros hospitales del interior de la provincia. Si bien hay aspectos para mejorar, como la comunicación con otros servicios y una mayor disponibilidad horaria y de espacio, lentamente se va instalando la semilla de la importancia de un abordaje integral de la embarazada adolescente”. (UNICEF, 2018:46-48).

Este es un servicio de importancia ya que las adolescentes embarazadas y sus familias requieren de una atención diferencial e integral al mismo tiempo. El embarazo adolescente genera consecuencias que alteran las relaciones sociales y condicionan el desarrollo emocional de las jóvenes, a la vez que, incide en el curso de sus vidas.

Asimismo, en las encuestas realizadas en el curso de esta investigación, detectamos que la violencia obstétrica se ejerce con mucha presión sobre las adolescentes, a las que se las considera muchas veces, por su corta edad, incapaces de recibir y comprender información o tomar decisiones sobre su embarazo y parto.

El servicio que funciona en el Hospital de cabecera solamente fue mencionado por una de las trabajadoras de APS. Esto puede ser producto de la ausencia de difusión y comunicación interna dentro del sistema de salud con respecto a este servicio, sus objetivos y funcionamiento y por una dificultad de coordinación entre los diferentes niveles de atención, que observamos en otros ejes también.

También pudimos recuperar que en el marco del Proyecto Salud Adolescente realizado de forma cooperativa entre UNICEF y el Ministerio de Salud de la Provincia se elaboró en el año 2017 un Protocolo para la Atención del Embarazo Adolescente¹³.

Este material tiene el objetivo de “generar una ruta de atención para el seguimiento de los embarazos en adolescentes menores de 15 años y lograr que todos/as los/as agentes del Estado que estén en contacto con esta población brinden una escucha atenta, respetuosa y libre de prejuicios”. Esta ruta de atención se realizó “acorde al marco de derechos, en el que se atiende, se contenga, se brinde solución a problemas y se ofrezca una atención adecuada a la complejidad de las diversas situaciones que pueden acompañar y determinar un embarazo en la adolescencia y particularmente en aquellas menores de 15 años” (Protocolo; 2017:6)

Eje 4: Obstáculos objetivos que dificultan y/o limitan la plena implementación de la ley de parto respetado y propician el ejercicio de la violencia obstétrica.

En estos obstáculos podemos identificar con claridad patrones comunes a los que se refieren las distintas trabajadoras entrevistadas: los problemas referidos a la infraestructura sanitaria y de un circuito interno de circulación de información que permita seguir y abordar a las mujeres de manera integral en los distintos niveles de atención; la escasez de recursos humanos y las condiciones laborales de lxs trabajadorxs de la salud; la ausencia de instancias de monitoreo y comunicación institucional a los equipos, la falta de un programa integral de capacitación y específicamente formación en la atención de las mujeres de los pueblos originarios.

Algunos relatos que describen estos obstáculos:

“Los obstáculos para la aplicación de la ley se reflejan en los mismos efectores de salud ya que existe una falta de empoderamiento y decisión debido a las falencias respecto de las infraestructuras de los centros de atención hospitalaria y en cuanto a la cantidad de personal para la demanda existente” ... “Considero

¹³ Disponible [aquí](#).

que los trabajadores de salud están muy pendientes de temas relacionados a evitar verse desbordado por el aumento de la demanda ya que creo que nuestro sistema de salud aún no está preparado para poder hacer frente a las necesidades básicas que requiere la idea de Maternidad segura y centrada en la familia y falta mucho por hacer” ...”El escaso recurso humano de licenciados obstetras hizo que se capacite a personal no idóneo y allí se visibilizan las prioridades y sobre todo la urgencia de que se amplíe este recurso para poder poner en marcha acciones que beneficien no solo a los diferentes nosocomios y centros sanitarios sino a la misma comunidad”.

“La cuestión edilicia. En mi hospital la sala de parto NO tiene puerta, es muy precario el espacio, no existe la intimidad y el espacio de resguardo que sugiere el modelo de Maternidad Centrada en la Familia para que la mujer atraviese las horas de trabajo de parto lo mejor posible y lo menos invadida en su dignidad”.

“Por supuesto que las condiciones laborales del trabajador de la salud deben ser lo menos precarizadas posibles, más desde la salud pública, los cuales son muchas veces exigidos y sobrecargados desde programas ministeriales, burocratizando los procedimientos, debiendo repartirse entre lo asistencial y lo administrativo. Los sistemas sanitarios debieran garantizar efectores de salud desde los programas de salud indígenas para que las mujeres que viven en mi área puedan también tener más opciones a la hora de atravesar el trabajo de parto”.

“Existe una falta de capacitación en la temática en APS, falta de espacios físicos adecuados en las CAPS, escaso trabajo interdisciplinario y escasa referencia y contrarreferencia en la derivación a hospitales de complejidad”.

“Falta de identificación de familias de riesgos, sobre todo falta de registros en historias clínicas en caso de violencia familiar o violencia de género para su abordaje interdisciplinario y seguimiento, falta de contrarreferencia de caso, falta de personal capacitado con orientación de género y en el marco de la pandemia por COVID 19 se vieron modificados los controles de embarazo y de niños sanos e inmunizaciones, ya que por el aislamiento no se realizaron en tiempo y forma”.

“La falta de recurso humano produce una sobrecarga del personal, la realización de multitareas acotando el tiempo de intervenciones en la paciente y su familia, la falta de materiales y elementos de protección personal, la falta de respuesta y abordaje de otros sectores que realizan el seguimiento a las familias, los salarios bajos, etc”.

“Creo que el exceso de trabajo, de horas de guardia condiciona el trato de los trabajadores hacia las mujeres”.

“No es posible exigir que se respeten los tiempos fisiológicos del parto cuando hay pocas camas y demasiadas parturientas. El hecho de que no se pueda cumplir la ley de parto respetado va más allá del simple hecho de evitar la falta de respeto que es algo que también viene de la mano de la formación como persona del efector de salud”.

Profundizando sobre la situación de los recursos humanos de salud, otra entrevistada explica:

“Hay obstétricas que deben de ir o comparten dos, tres, puestos de salud lo cual no permite hacer una atención de calidad a veces y no porque no sean atendidas con calidad, sino porque se podrían hacer más cosas si esa profesional pudiera abocarse a un sector para poder educar a sus pacientes, informar para que esa paciente se enriquezca y pueda tomar sus propias decisiones y elegir de qué manera vivenciar su embarazo, su parto y su puerperio”.

Una evaluación similar dio cuenta de que:

“El personal de obstetricia es reducido por lo que no se puede brindar una atención de mejor calidad. Se requiere de la incorporación de más personal obstétrico”.

En uno de los relatos, respondiendo a este punto, se definió como necesidades centrales:

“Los insumos de bioseguridad para los acompañantes, la capacitación en el uso de equipos de bioseguridad y el acondicionamiento de UTPR para otras formas de parir, respetando pautas transculturales”.

Otros de los obstáculos explicitados se vinculan a la falta de continuidad de los equipos directivos y jefaturas de los servicios que puedan sostener acciones en el tiempo:

“Uno de los inconvenientes que hemos tenido es que ese año se capacitó a la dirección, al jefe (porque lo más importante en implementar esto es que quiénes son los directores o jefes de servicio estén convencidos de este paradigma para que puedan avanzar). Luego de esa capacitación se cambiaron varias veces las direcciones y las jefaturas y eso generó bastante inconveniente, desde mi punto de vista, porque es como empezar de nuevo, empezar de cero con estas personas que tienen el poder del cambio. Nosotros lo tenemos desde la parte más asistencial, pero desde la parte de gestión y la parte de dar directivas es importante que ellos también estén convencidos”.

Asimismo, se identificó como una limitación la ausencia de mecanismos de seguimiento, monitoreo y comunicación institucional de las acciones para prevenir la violencia obstétrica. Al respecto nos describe una entrevistada:

“Desde lo que es UNICEF sé que a nosotros se nos entregó una encuesta en donde evaluaban esto de cómo había mejorado, qué había que mejorar y qué hacía falta seguir trabajando. Así que sistematizado sí está. Pero a nivel institucional nosotros no lo tenemos, no hay algo que diga cuales son las cosas que cambiaron”.

Eje 5: Obstáculos subjetivos que dificultan y/o limitan la plena implementación de la ley de parto respetado y propician el ejercicio de la violencia obstétrica.

Con respecto a los obstáculos subjetivos, es decir, a las ideas, visiones, opiniones, estereotipos que las entrevistadas consideran que atraviesan las prácticas de atención y de abordajes de las mujeres embarazadas, nos manifiestan lo siguiente:

“Creo que el principal factor, que está presente en la mayoría de los obstáculos, es el temor a perder el poder desde el modelo médico hegemónico, que es el que abunda aún en la actualidad, y la falta de perspectiva de género y derechos en la práctica”.

En el mismo sentido, tres trabajadorxs vinculan este obstáculo con:

“El enfoque asistencialista hegemónico sanitario de la provincia”.

“La falta de contención y seguimiento psicológico, maltrato verbal de parte del personal con modelos de salud hegemónicos”.

“No dan prioridad a la Salud Mental Materna, y al impacto emocional que conlleva el momento del parto tanto para la diáda, como para el bebé”.

Uno de los puntos de vista que enriquecen estos aportes señala que:

“La humanización del parto pasa por un cambio del paradigma actual basado en un modelo biomédico-tecnológico, a un modelo biopsicosocial y humano, el profesional tiene que dejar de lado la conducta paternalista hacia la mujer, que la infantiliza, pasando a ser un sujeto pasivo que no participa activamente en la toma de decisiones sobre su cuerpo, debiendo “colaborar” en todo momento con lo que decide el equipo profesional de forma unilateral. Para hacer que la mujer sea la actora principal en toma de decisión y autonomía”.

En este sentido algunas entrevistadas se refieren a las ideas arraigadas vinculadas a lo generacional y organizacional:

“Se requieren cambios generacionales para cambiar la forma en las cuales actúa un equipo, que viene de una costumbre arraigada en la cultura organizacional arraigada”.

Se expresaron aquí también las ideas sobre las mujeres originarias y la atención que se realiza de ellas y sus familias:

“El principal prejuicio obstaculizador es la negación desde el sistema biomédico hacia las prácticas de cuidado ancestrales que milenariamente han sabido llevar a cabo nuestras poblaciones (mayoritariamente indígenas) como las manteadas o poncheadas, los partos domiciliarios (hoy en día considerados de alto riesgo para el sanitarismo per se), los partos en cuclillas... Siendo estas aún practicadas pero desde la clandestinidad, ya que las mujeres lo deben ocultar para no sentirse juzgadas por los médicos. Incluso son las mismas enfermeras que a veces recomiendan estas prácticas, pero a escondidas como una prescripción oculta”.

Otras intervenciones afirman que la dificultad para la implementación de la ley de parto respetado se vincula con que:

“No lo ven como prioridad, porque no están convencidos ni comprometidos al cambio de paradigma”

Otro obstáculo subjetivo es aquel vinculado a los miedos de las mujeres referidas al parto y vinculados con las creencias:

“Y si cambiamos la mirada de que el parto puede ser una experiencia positiva se vivenciaría de otra forma; y los miedos no estarían incorporados en las mujeres, qué hace que por miedo se tomen otras decisiones o deleguen la responsabilidad de sus cuerpos a un profesional, que si bien el profesionales compañero, pero una mujer informada desde el inicio es una mujer decidida, confiada que le permite tomar sus propias decisiones y cambiar esta mirada”.

Eje 6: Acciones concretas para erradicar la violencia obstétrica y prácticas profesionales / institucionales en las que hay que focalizar la transformación.

Con respecto a este eje de la indagación nos encontramos con un abanico amplio de acciones a desarrollar en pos de prevenir la violencia obstétrica, mencionadas en las entrevistas, con el centro puesto en prácticas tanto institucionales como profesionales que son necesarios transformar para generar intervenciones desde otro

enfoque, vinculado a la promoción de los derechos de las mujeres en el momento de su embarazo, parto y pos parto.

Sobre el aspecto puntual de las prácticas profesionales que requieren de cambios, lxs entrevistadxs mencionan:

“El tacto *a priori*. Ya que el tacto interviene las más de las veces de manera brusca entorpeciendo el proceso natural de trabajo de parto. También la infantilización de la persona gestante o parturienta, es decir, un trato que minimiza y vulnera a la mujer en lugar de fortalecerla y hacerla sentir segura en sus posibilidades de llevar adelante el proceso del parto: “mamita” ... “gordita”... “embarazadita”, diminutivos desde el lenguaje que disminuyen al sujeto y que por lo tanto generan significante y realidad”.

“El respeto a la intimidad de la paciente; que sus derechos sean explicados y no solo entregarle una hoja para que firme la cual nunca leen; respetar los tiempos y deseos de la paciente a la hora de parir”.

“El acondicionamiento de UTPR para otras formas de parir, respetando pautas transculturales”

También encontramos respuestas que valorizaron la necesidad de difundir la ley de parto respetado, sus implicancias y alcances, con mayor profundidad, tanto dentro de los equipos de salud, como de la comunidad, para que desde su apropiación las mujeres puedan hacer valer sus derechos:

“Habría que profundizar la promoción de la implementación de la ley de parto respetado en todo el equipo de salud, para que se respete la ley... El equipo de salud debe informar a las embarazadas y familias sobre sus derechos y la embarazada y familia al conocer hacen uso de sus derechos”.

“Me focalizaría en la promoción comunitaria, en la promoción de la ley de parto respetado desde la comunidad y en su promoción en los controles prenatales a las parejas”.

Con respecto a las transformaciones en los procedimientos, las modalidades organizativas de las instituciones de salud y las condiciones laborales de lxs trabajadorxs (que ya se mencionó en el eje 4 de esta sección), también encontramos referencias en este punto:

“Tenemos que modificar las barreras institucionales y tratar de mejorar la accesibilidad al Centro de Salud. Los horarios de los turnos son a las 6 de la mañana y solo para las mujeres embarazadas del área de cobertura, es decir que la mujer que viva en otro barrio no se puede atender en el CAPS. No se respeta la opción de elección en el embarazo de elección en el CAPS que se quiera atender para el seguimiento de su caso”.

“Precisamos de un cambio en la cultura institucional, estos paradigmas requieren ser actualizados a la luz de los principios de calidad, oportunidades y fortalecimiento a todo el equipo de salud para lograr una sensibilidad en el personal”.

“Mejorar los registros en historias clínicas, referencia y contra referencia de pacientes, realizar reuniones de equipos de salud para el abordaje integral de cada caso o familia, mejorar el seguimiento, aumentar el recurso humano en Ginecología, Obstetras, Enfermería, Agentes Sanitarios, para emplear cobertura de población”.

“Creo que lo que más hace falta también en la provincia para poder erradicar la violencia obstétrica no solamente desde las maternidades sino desde todo lo que es el control prenatal y es la incorporación de más obstétrica, donde puedan tener una atención más personalizada con respecto a sus puestos de trabajo”.

Asimismo, se identificaron propuestas de acciones que se vinculan con la conformación de comités de violencia obstétrica en el ámbito de salud:

“Otra buena acción es que se generen comités dentro de cada institución y que tenga la capacidad de generar y de tomar decisiones basada en obviamente en todas las evidencias que tiene todo lo que es la ley de parto respetado”.

“Debería haber monitoreo y auditorías externas del cumplimiento efectivo del modelo y rendición de cuentas sobre cada práctica insegura y poco eficiente, de parte del equipo de salud o de algún profesional”.

“Destaco la conformación de un comité de violencia obstétrica”.

Al respecto, también una de las entrevistadas amplía las incumbencias y roles que deberían tener estos comités institucionales:

“Desde los ministerios haya una resolución para que haya comités de violencia obstétrica en todas las maternidades o comités de maternidad segura y centrada en la familia que tenga la capacidad y pueda generar cambios dentro de las maternidades, que tengan voz y voto, y no sea sólo un grupo de profesionales con ganas de cambiar y nada más, sino con capacidad de gestionar y poder realizar el cambio”.

Sobre las evaluaciones y monitoreos de los procesos que se están implementando, puntualmente el de MSCF, una de las funcionarias entrevistadas describió:

“Considero que es indispensable fortalecer un plan que tenga por objeto promover los derechos el parto respetado, que debería haber un tipo de encuesta tipo evaluación de maternidad, algo que se ha pedido a partir de

los organismos por ejemplo de organizaciones científicas en los cuales se pueda medir, o evaluar, esta posibilidad de conocimientos de los equipos no que están asistiendo. Algo que se haga de manera continua, periódica, y que sea parte de cómo de la medición de calidad de los servicios que justamente existen en el momento del parto”.

La importancia del desarrollo de capacitaciones (en distintos niveles y ámbitos) vinculadas al abordaje de la violencia obstétrica y difusión de la Ley de Parto Humanizado aparecen como una estrategia fundamental para incidir en la generación de transformaciones en varios de los relatos recolectados:

“Una acción es insistir o sistematizar las capacitaciones continuas para el personal de salud que trabaja en todos los lugares asistiendo a los partos”.

“En la formación de la medicina debería estar en la formación todo lo que es derechos, todo lo que son las leyes no sólo de violencia obstétrica sino de todo tipo, que pelee con respecto a los derechos de los pacientes, de las personas me parece fundamental”.

“Otra línea de acción que considero indispensable es la educación, y no sólo en la formación de los profesionales de la salud, sino que dentro de lo que es la escuela primaria, secundaria e incorporar esto, y cómo se incorporan los derechos del niño, poder incorporar esta parte de los derechos que uno tiene en lo que es el parto respetado, y sacar el mito, sería muy bueno erradicar el mito, de que el parto tiene que ser una experiencia negativa, como socialmente esta vista”.

“Formación continua con estrategias de enseñanza, desde el constructivismo y la generación de conocimientos y modificación en las prácticas, buscando que los equipos se sientan protagonistas y lograr la reflexión sobre sus propias prácticas”.

“Una acción tendiente a erradicar la violencia obstétrica la localizaría en la formación de todos los que son parte de la salud, y no solamente aquellos que abarcan la parte obstétrica, sino a todos porque hoy la atención del paciente es integral, y permitir jerarquizar el tema de la formación en maternidad segura y centrada en la familia, jerarquizarla en las residencias, en la formación de enfermería y obstetricia es una de las buenas acciones”.

Una dimensión sumamente importante que surge de las entrevistas tiene que ver con los equipos de gestión y dirección que impulsan las políticas públicas que tienen por objeto la erradicación de la violencia obstétrica. Un aspecto de esto, que ya fue subrayado, se refiere a la continuidad en el tiempo de estos equipos de trabajo. Surge en una entrevista otra dimensión más para considerar:

“Para mí la primera acción es que quienes están, o que tienen la capacidad de gestionar y el poder de decisión, estén sumamente empapados en el tema, que entiendan la importancia de las modificaciones que deben de ocurrir dentro de los sistemas o las instituciones para que esto no ocurra. A mí me parece que no logran ver que con cosas sencillas pueden mejorar la calidad no solo de atención, sino de la salud de la población; cambiar tener una experiencia de un embarazo positivo, al margen de embarazo de si es un embarazo deseado o planificado o no, tener una experiencia y aprovechar la oportunidad de que esa persona se acerca al sistema de salud, para mejorar la calidad de la salud de la población en general es lo que deberían de tener en su mirada. Yo creo que no tienen eso incorporado y para mí la primera acción que debería de ocurrir es capacitar a quienes tienen ese poder de decisión y de gestión para que estos lineamientos se bajen y si bien ya está, ya es ley, no entiendo porque no es más estricta al cumplimiento”.

PARTOS RESPETADOS

Somos las protagonistas

La **violencia obstétrica** es una modalidad específica de la **violencia de género**

En la **Ley N° 25.929 “de Parto Humanizado” (2004)** se establecen los derechos que tenemos las mujeres en el momento del embarazo, el parto y el postparto. También se establecen los derechos de las personas recién nacidas.

Son leyes de cumplimiento obligatorio en todas las provincias del país, y en todas las instituciones de salud, tanto públicas como privadas.



En la **Ley N° 26.485 (2009)** se define a la violencia obstétrica “como aquella que ejerce el personal de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929”.



La **violencia obstétrica** impacta en las mujeres de todos los sectores y clases sociales

Se trata de un **problema cultural** que debemos **transformar entre todxs**

Si te sucedió en el momento del trabajo de parto, en el parto o pos parto:

- ▶ Insultos, gritos y malos tratos
- ▶ Revisión médica por parte de profesionales no autorizados
- ▶ Tardanza, sin justificación médica, de la entrega del niñx
- ▶ Utilización de medicamentos no justificados y la toma de decisiones por parte de las/los profesionales sin informarte y consultarte
- ▶ La inmovilización y la obligación a parir acostada

Es importante que sepas que no es normal ni natural, **es violencia obstétrica**.

El parto respetado significa ponernos como **protagonistas principales a las mujeres y niñxs**, mientras los equipos de salud nos cuidan, asisten y acompañan, **en todo el proceso**.

Estar informadas es una herramienta fundamental para hacer valer **nuestros derechos**

El parto no es una enfermedad: las mujeres tenemos derecho a ser consideradas personas sanas, a ser informadas sobre las intervenciones médicas y a elegir si existen diferentes alternativas. Sin consentimiento, no deben realizarnos ningún examen cuyo propósito sea de investigación (art 2a, 2c y 2f)

Tenemos derecho al parto natural, en el que se respeten nuestros tiempos biológicos y psicológicos, nuestras pautas culturales y nuestra intimidad (art 2b y 2d)



Tenemos derecho a estar acompañadas por la persona que elijamos. Sentirnos queridas y contenidas en estos momentos es muy importante. Lxs efectoxs de salud deben respetar nuestras decisiones (art 2g)

Tenemos derechos mujeres y niñxs a que se respete la hora de oro, que como indica la Organización Mundial de la Salud (OMS), implica el contacto piel a piel, en la primera hora luego del nacimiento, y genera efectos positivos, mejorando los vínculos afectivos entre madre e hijx y la lactancia materna.



La **violencia obstétrica** deja huellas en nuestros cuerpos, estados anímicos y nuestras formas de vincularnos con hijxs y parejxs

También en **nuestra salud sexual y reproductiva**

Contactos

- 📍 Fundación Siglo 21 Jujuy
- 🌐 cerrandobrechas.ela.org.ar
- 🗣️ ELA - Equipo Latinoamericano de Justicia y Género
- 📱 @EquipoELA
- 📱 @equipoela

- ▶ Acércate a alguna de las organizaciones de mujeres de tu comunidad. Es importante que podamos estar con otras y compartir un espacio de contención con otras mujeres.
- ▶ Si querés recibir mayor información y asesoramiento comunicate a las Líneas Telefónicas Gratuitas:
 - ▶ **144** Violencia de Género
 - ▶ **0800-222-3444** Salud Sexual y Reproductiva



Este proyecto cuenta con el apoyo financiero de la Unión Europea

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: PUNTOS DE PARTIDA QUE PERMITEN CONTINUAR PROFUNDIZANDO EL TRABAJO

En la provincia de Jujuy, desde el año 2016, se está trabajando en la implementación del Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), con el apoyo y en articulación con UNICEF. Este es el enfoque principal desde el que trabaja el Ministerio de Salud local en relación a la promoción del parto respetado y la prevención de la violencia obstétrica. La estrategia está centrada en el Hospital Materno Infantil de San Salvador de Jujuy.

Existe un reconocimiento del enfoque MSCF como paradigma desde el cual se trabaja y una valoración positiva desde lxs trabajadorxs de la salud entrevistados en relación a la adopción de esta perspectiva, considerada en sí misma un avance importante en la prevención de la violencia obstétrica. En este sentido una limitación que se identifica es la escasez de instancias de monitoreo de la implementación de este modelo y específicamente de comunicación institucional interna hacia los equipos que realizan dichas tareas. Esto dificulta la posibilidad de realizar procesos de transformación de las prácticas institucionales arraigadas, a partir de la evaluación y seguimiento de las mismas.

Respecto de la implementación de este modelo constituye un obstáculo la falta de continuidad de los equipos directivos y jefaturas de los servicios que puedan sostener acciones en el tiempo. Al producirse cambios constantes se dificulta la apropiación del paradigma, la sostenibilidad del proceso, por parte de uno de los actores centrales en su implementación desde el punto de vista de la gestión.

El primer nivel de atención cuenta con servicios para el seguimiento del embarazo. La descentralización de la atención posibilita el acceso a la salud, el seguimiento personalizado del embarazo, con la realización de visitas domiciliarias de los integrantes del equipo de salud, generando un vínculo de mayor cercanía con las mujeres. Detectamos en las entrevistas el compromiso de lxs trabajadorxs del equipo de salud para garantizar los derechos de las mujeres y brindarles información de calidad para que puedan conocer y ejercitar sus derechos en el momento del parto.

Asimismo, se identificaron falencias y limitantes principalmente en la organización y vinculación del Hospital Materno Infantil y APS, a lo que se le suma la escasez de recursos humanos y de circuitos estandarizados de circulación de información (referencia/contrarreferencia), lo que impacta en que se generen escenarios más propicios para que la violencia se desarrolle y perpetúe. Las mujeres llegan al momento de parto en la Maternidad sin una historia clínica, se les vuelve a preguntar datos e informaciones sobre su embarazo que el sistema de salud ya tiene, es atendida por profesionales que no conoce y que no siguieron su proceso, entre otros aspectos.

Con respecto a las capacitaciones o programas de formación en servicio encontramos que las mismas se han centralizado hasta el momento en el Hospital Materno

Infantil; no han llegado con el mismo impacto al sector de APS y al interior provincial. Se observa a su vez que existen capacitaciones en violencia de género, violencia obstétrica o derechos de las mujeres y parto respetado que se realizan de forma privada a partir de intereses particulares y son sostenidas con recursos propios de lxs profesionales.

Desde el punto de vista de lxs trabajadorxs, funcionarixs y referentxs de la temática, la implementación de un plan integral de formación y capacitación en servicios, que incluya no solo a los integrantxs del equipo de salud vinculados a la atención del parto, sino a todxs lxs trabajadorxs, con una fuerte impronta de rotación por servicios con perspectiva de derechos y de género, es una necesidad fundamental para avanzar en la jerarquización de esta temática hacia el interior del ámbito de salud. Debe incluirse la formación para la atención de las mujeres originarias.

Se han desarrollado en los últimos años estrategias valiosas y acciones oportunas que permitieron generar avances en la prevención y erradicación de la violencia obstétrica. La adhesión al MSCF y el nuevo Hospital Materno Infantil con una estructura edilicia y adaptación de UTPR que posibilitó el aumento del acompañamiento en los partos naturales y la importancia que desde esta estrategia se le otorga al empoderamiento de las mujeres, y la accesibilidad de información, son aspectos interesantes que se van consolidando con el avance del MSCF.

La inclusión de lxs trabajadorxs de Lic. en Obstetricia y el reconocimiento de su colegio profesional es una fortaleza y oportunidad para la prevención de la violencia obstétrica. También lo son la incorporación a los equipos de salud de Trabajadorxs Sociales y Educadorxs para la Salud que realizan aportes valiosos en la promoción de los derechos de las mujeres y en las tareas de acompañamiento y escucha. Con respecto a las obstétricas, una debilidad es el hecho que todavía es insuficiente su incorporación al sistema de salud público; y su inserción es en condiciones de precariedad, sobre sobrecarga laboral y con multitareas, lo que genera que sea acotado el tiempo de atención a las mujeres y sus familias, afectando la calidad de los servicios.

El Programa de Atención Integral a la Maternidad que funciona en el Hospital Materno Infantil es una línea de acción acertada en tanto brinda acompañamiento integral a jóvenes embarazadas desde un abordaje biopsicosocial. En esta línea de acción encontramos como dificultad la falta de difusión del servicio hacia el interior del ámbito de salud y como consecuencia la escasa articulación entre el PIM y APS.

En relación a obstáculos objetivos, que dificultan la plena implementación de la ley de parto respetado y propician el ejercicio de la violencia obstétrica, podemos identificar como uno de ellos los problemas referidos a las falencias de la infraestructura y recursos sanitarios que afectan la calidad de los servicios (pocas camas, condiciones de privacidad, insumos de bioseguridad para acompañantes, acondicionamiento de UTPR para otras formas de parir, respetando pautas transculturales).

Como obstáculos subjetivos que propician el ejercicio de la violencia obstétrica encontramos, por un lado, el temor a perder el poder otorgado por el ejercicio del modelo médico hegemónico que tiene como consecuencia la no incorporación de la interdisciplinariedad, de la perspectiva de género, derechos e interculturalidad en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Por otro lado, los mitos, el miedo y miradas negativas aprendidas, social y generacionalmente, que hacen que se deleguen absolutamente las decisiones en el profesional y se nieguen los sentires, procesos y decisiones de las mujeres.

Asimismo la vigencia de las ideas patriarcales que infantilizan a las mujeres, niegan sus opiniones y decisiones, reproduciendo un lugar de inferioridad frente al equipo profesional que de forma unilateral dirige el proceso de parto obstaculizando lo que debería ser un trabajo en equipo con protagonismo de las mujeres.

Los hallazgos del trabajo de investigación que ahí se comparte nos permiten proponer algunas recomendaciones para contribuir a prevenir y erradicar la violencia obstétrica, promover derechos y transformar las prácticas profesionales e institucionales imperantes en el sistema de salud pública:

- Mejorar la accesibilidad al sistema de salud en el primer nivel ampliando horarios de atención y posibilidades de elección de los lugares donde las mujeres puedan ser atendidas.
- Incorporar recursos humanos en especialidades ginecología, enfermería y agentes sanitarios para el seguimiento y, particularmente, obstétricas para que puedan realizar una atención y acompañamiento de mayor calidad en cada caso, adecuadas a las pautas culturales de las distintas mujeres.
- Desarrollar acciones tendientes al cambio de la cultura organizacional para facilitar y promover la incorporación del modelo MSCF. Para ello es necesario garantizar la continuidad de los equipos directivos e interdisciplinarios que implementan el modelo.
- Generar desde niveles centrales mecanismos que mejoren los procesos de referencia y contrarreferencia de los casos tendientes a optimizar su seguimiento.
- Conformar comités de violencia obstétrica en las instituciones de salud con capacidad de generar y de tomar decisiones, con poder de gestión y cambio, basadas en la ley de parto respetado y tendientes a erradicar la violencia obstétrica superando prácticas voluntaristas.
- Instrumentar auditorías externas a partir de las cuales se pueda medir, o evaluar de manera continua y periódica, la calidad de los servicios, el cumplimiento efectivo del modelo MSCF, y la identificación y corrección de prácticas inseguras y/o poco eficientes.
- Desarrollar campañas de promoción y difusión de la Ley de Parto Humanizado, sus implicancias y alcances, con mayor profundidad, hacia el interior de los equipos de salud y en la comunidad, en un lenguaje accesible y adaptado a las distintas poblaciones, para que desde su apropiación las mujeres puedan hacer valer sus derechos.

- Realizar programas de capacitación continua y en servicios a todo el personal de salud desde una mirada integral e interseccional que abarque todos los niveles de complejidad del sistema y en niveles jerárquicos.
- Promover programas en educación primaria y secundaria de promoción de los derechos del parto respetado y prevención de la violencia obstétrica.

PALABRAS FINALES

Desde el Proyecto Cerrando Brechas y el equipo de la Fundación Siglo 21 anhelamos que este trabajo de investigación contribuya al desarrollo de procesos de reflexión crítica, a la vez que sea un aporte que permita comenzar a tender puentes entre el Sistema de Salud Pública de Jujuy, y sus trabajadorxs, y las mujeres gestantes, que asisten a los servicios de salud públicos.

Entendemos que en otros abordajes de la problemática se han planteado ciertos antagonismos en las miradas de las mujeres que reivindican sus derechos, por un lado, y las respuestas del sistema de salud, por el otro. Estos antagonismos expresan las resistencias a modificar prácticas, a transformar procedimientos y recibe con malestar las críticas que surgen sobre sus acciones y formas de intervenir en los procesos de embarazo, parto y pos parto.

Profundizar esos antagonismos no contribuye a un abordaje integral que permita analizar la complejidad y los múltiples aspectos que inciden en la violencia obstétrica en donde se conjugan miradas y percepciones estereotipadas y discriminatorias hacia las mujeres, prácticas profesionales institucionalizadas, relaciones de poder hacia el interior del sistema de salud, la puja por el reconocimiento de derechos, todo ello en el momento tan vital para los procesos vitales y reproductivos de las mujeres, consideradas en toda su diversidad identitaria y cultural.

Por eso, consideramos que sólo un abordaje que integre estas realidades y miradas, en políticas y acciones concretas, podrá cerrar las brechas existentes, camino éste indispensable para la transformación real, necesaria y urgente en pos del cumplimiento de los derechos de las mujeres y la erradicación de la violencia obstétrica.

Agradecemos el enorme esfuerzo de lxs trabajadorxs de la salud por el compromiso con su tarea y por facilitarnos el acceso a la información en el marco de la pandemia por COVID 19 y la situación de emergencia sanitaria que atraviesa nuestra provincia. También a lxs profesionales que, desde cargos jerárquicos y de función pública, colaboraron brindando elementos y miradas sobre la temática.

BIBLIOGRAFÍA

Disatnik, Hilda B. La violencia contra las mujeres. Un aspecto de la opresión. En: *Temas de mujeres*. Facultad de Filosofía y Letras. UNT. 1996.

Hendel, Liliana. (2017). *Violencias de género. Las mentiras de Patriarcado*. Paidós. Argentina.

Mazur, V. (2018). *Maternidades y desamparos planificados*. ANRed. Agencia de Noticias Red Acción. Disponible [aquí](#).

Organización de Naciones Unidas. Asamblea General. Informe de la Relatora Especial. *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. (2019). Disponible [aquí](#).

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Disponible [aquí](#).

UNICEF (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Disponible [aquí](#).

UNICEF. Gobierno de Jujuy- (2017). *Protocolo para la atención del embarazo adolescente menores de 15 años de edad*. Disponible [aquí](#).

UNICEF. (2018) *¿Cómo transformar una maternidad tradicional en Segura y Centrada en la Familia? Manual de prácticas para iniciar el camino hacia la transformación*. (2018). Disponible [aquí](#).

LEGISLACIONES NACIONALES Y PROVINCIALES

- Ley Nacional N° 26.485 “De protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. (2009).
- Ley Nacional N° 25.929 “De Parto Humanizado”.
- Ley Provincial N° 5952 (2016). “Adhesión a la ley nacional N°25.929”. Disponible [aquí](#).

