Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2023

El rol de la atención primaria de la salud en el acceso a los derechos relativos a la gestación, el parto y el nacimiento: un estudio a través del Centro de Atención Primaria de la Salud “Ameghino” en la ciudad de Mar del Plata (2018-2021)

De Bernardis, María Paula

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/365

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Título: El rol de la atención primaria de la salud en el acceso a los derechos relativos a la gestación, el parto y el nacimiento.
Un estudio a través del Centro de Atención Primaria de la Salud "Ameghino" en la Ciudad de Mar del Plata (2018-2021).

Tesis de grado para optar al título de Licenciatura en Trabajo Social.

Autoras:

María Paula De Bernardis
DNI: 37.342.987
Tel: +393516871474

Marisol Eliana Ozuna
DNI: 48.309.852
Tel: 2236229172

Directora: Dra. Romina Cutuli
Co-directora: Lic. Natalia Terriaca

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social
Universidad Nacional de Mar del Plata.

Agradecimientos

Agradezco a mi gran compañero, Mauro quien me apoyo y acompaño en este proceso desde hace casi 8 años, quien creyó en mí aun cuando yo lo creía imposible.

A mis padres quienes me impulsaron a construir este futuro desde un acompañamiento respetuoso y humilde, quienes me animaron y motivaron a seguir, enseñándome los valores esenciales de la vida para enfrentarme a este desafío.

A mis hermanos quienes de distintas formas se sintieron orgullosos de este logro y lo festejaron tanto como yo.

A mis amigos y familiares quienes desde su lugar fueron columnas de apoyo cuando creía que esto era demasiado grande para mí.

A aquellos profesores que me han mostrado un camino distinto, quienes me invitaron a repensar y reflexionar sobre cuestiones de la vida cotidiana que parecían estáticas e inamovibles.

A aquellos/as compañeros/as que he tenido la oportunidad de compartir aulas e intercambiar sentires y pensares diferentes, y que había otras formas de mirar la realidad.

A los profesionales de esta hermosa profesión que he podido conocer, quienes motivan a crecer y estar en constante formación.

A Romina Cutuli, nuestra directora quien ha sabido guiarnos en esta última etapa universitaria, con tanta paciencia, empatía y comprensión.

Todos ellos han contribuido a la persona que soy hoy y la profesional que aspiro a ser en un mañana.

Gracias por siempre. María Paula De Bernardis.

Hoy me encuentro a pocos días de entregar mi proyecto final, ese que ni en mis sueños más optimistas, me hubiera podido imaginar y que hoy se materializa con mucho esfuerzo. Aun faltando detalles que acomodar, me tomo el tiempo de abrazar con las palabras a las personas que me acompañaron durante este arduo camino.

Sin dudas está en principio dedicado a Estela Lacuadra, mi mamá, por siempre recordarnos que el mejor comino a seguir es el estudio y por apoyarnos en cada uno de nuestras metas. A mis 11 hermanos, quienes confiaron e impulsaron a seguir. Sé que estarán tan felices como yo y les agradezco con el alma.

A mi compañero, mi pareja Walter Kerber, quien vivió como nadie, mis alegrías y por sobre todo, mis frustraciones, lágrimas, horas de estudio y me acompañó, desde la empatía intentando sumar siempre que pudiera. Por esto, te elegí y te elijo cada día. Gracias.

A mi hijo, Benjamín, mi motor, mi cable a tierra. Gracias bebé por aguantar a mami horas de estudio y perdón por cada hora robada de juego.

A una gran persona, que tuve el gusto de cruzarme durante mi formación, Sofía Moro. Un pilar esencial para mí, quien me contuvo en unos de los momentos más difíciles y me ayudó siempre que pudo. Gracias Sofí, sin vos se hubiese vuelto todo más difícil.

A nuestra directora de tesis, Romina Cutuli. Quien confió más en mí, que yo misma. Gracias Romi, por creer y estar siempre predispuesta a resolver nuestras dudas con la mejor onda.

Por último, a quienes me escucharon y me ayudaron desde arriba. A mi papá, quien me hubiera encantado que este, aunque sé, que está en lo más profundo de mi alma. Y a mi DIOS, por escucharme y acompañarme siempre y por hacerte cuerpo cada vez que te necesite. GRACIAS.

Gracias a todes, Mari.

ÍNDICE:

Introducción……..……. 6

Aspectos metodológicos en la realización del trabajo

Metodología de investigación cualitativa……..... 14

Objetivos…….. 16

Universo de Unidades de Análisis……... 17

Técnicas de análisis…….. 19

Capítulo I: Referentes Teóricos.

I.1 La atención Primaria de la Salud y los derechos de parto y nacimiento…….20

I.2 Modelo Medico Hegemónico……. 27

I.3 Trabajo Social en el campo de salud…….. 29

I.4 Marco Normativo……..... 33

Capítulo II: Experiencias en primera persona en atención de la gestación, pato y nacimiento.

II.1 Información para decidir …….. 39

II.2 Parto como castigo…… 46

II.3 Soledad y abandono ……. 51

II.4 Estandarización del parto ……. 60

II.5 El parto como proceso de producción……... 68

Capítulo III: Prácticas y potencialidades de las y los profesionales de la salud en la prevención y erradicación de la violencia obstétrica.

III.1 Sistema de salud……75

III.1.2 CAPS Ameghino de la ciudad de Mar del Plata……80

III.2 Políticas públicas, proyectos y programas en promoción y prevención de la VO……88

III.3 Condiciones de trabajo de los profesionales de la salud……...96

III.4 La atención obstétrica como trabajo emocional……..103

III.5 Los hilos invisibles de la reproducción de la VO……..111

III.6 Un horizonte a seguir. Experiencias de prevención, erradicación y reparación…….117

Conclusiones finales……123

Bibliografía…….128

Consultas normativas……..135

Glosario……..…….136

Anexo……..137

Índice de gráficos y tablas

Gráfico 1	Marco normativo	Pág. 37
Tabla 2	Datos de las entrevistadas	Pág. 38
Gráfico 3	Prácticas médicas no recomendadas como intervenciones de rutina, experimentadas por las entrevistadas.	Pág.62
Tabla 4	Sistema de salud Argentino	Pág.76
Tabla 5	Niveles de atención en salud	Pág.79

Luchar por un embarazo y parto respetado es reivindicar la autonomía corporal femenina, la capacidad de decidir y de sentir de las mujeres y transformar lo personal en político. Felitti K. (2011).

INTRODUCCIÓN

La presente investigación toma como punto de partida interrogantes que surgen a dos estudiantes de la carrera Licenciatura en Trabajo Social al problematizar el rol de la Atención Primaria de la Salud en el acceso a los derechos relativos a la gestación, parto y nacimiento. A través del Centro de Atención Primaria de la Salud "Ameghino", en la Ciudad de Mar del Plata entre los años 2018-2021, se buscó identificar las herramientas y estrategias de intervención de la Atención Primaria de la Salud y de la profesión de Trabajo Social para abordar la problemática en el campo de salud.

Fundamentación

El tema de investigación que nos ocupa en esta tesis refiere a un tipo Violencia hacia las mujeres en un momento en particular de sus vidas que comprende a la gestación, parto y nacimiento. La violencia en función de género es uno de los abusos contra los derechos humanos y un persistente asunto de salud pública. Este tipo de violencia se contempla en la Ley Nacional N°26.485 promulgada en el año 2009, titulada "Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales"; En su (art.4) se explica qué se entiende por violencia:

> 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. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

Es decir, la violencia puede hacerse presente no solo en el interior del hogar sino también en el marco de la vida pública, donde el Estado es partícipe tanto por acción como por omisión. Las violencias constituyen las manifestaciones extremas de la desigualdad relacionada con el género, impuesta a las mujeres en virtud de su posición subalternizada dentro de la sociedad patriarcal[1].

En este sentido, de acuerdo con lo establecido en la ley, la violencia obstétrica no es en sí misma un tipo de violencia, sino una modalidad. En el (Art, 6, inc. e) de la misma ley, es 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".

En conformidad con la Ley N°25.929, de Derechos de los padres y de la persona recién nacida (también conocida como Parto Respetado) sancionada en el año 2004, establece en su (art.2) los derechos "de toda mujer en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto", sin embargo es relevante destacar que en su título excluye la figura de la persona gestante expresado en la ausencia de su mención como mujeres, madres o gestante.

Es decir, las mujeres son violentadas de diversas formas y en distintos ámbitos, siendo uno de ellos el sistema sanitario.

[1] Entendemos al patriarcado como un sistema que jerarquiza lo masculino sobre lo femenino y modela las ideas, las normas sociales, las instituciones sociales y las prácticas. Esto hace que la sociedad esté centrada en la figura del varón y las mujeres se encuentren subalternizadas real y simbólicamente. (Canevari, 2011).

Esta violencia se puede ejercer por cualquier persona del equipo de salud. Puede manifestarse de diferentes maneras: maltrato, falta de atención o consideración, intervenciones médicas injustificadas sobre el cuerpo de la mujer y del recién nacido, falta de información sobre las prácticas médicas, ausencia del pedido de consentimiento informado o negación de acompañamiento durante todo el proceso del parto, entre otras.

La presencia de algunas de ellas comporta necesariamente la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la capacidad de vida de las mujeres.

Diversos estudios afirman que sigue existiendo una actitud paternalista en la medicalización de la vida de las mujeres (Sánchez López, 2003) de modo que procesos biológicos como el embarazo y la menopausia son abordados y tratados como enfermedades. Asimismo, siguiendo a Antequera:

> Las corrientes feministas[2] plantean que la salud de las mujeres depende de problemas de clase, culturales, económicos, de la discriminación y la violencia sufrida a lo largo de la historia. La modernidad, su modelo científico, el positivismo, en articulación con el patriarcado y el capitalismo, homologan las experiencias humanas con la de varones, blancos, adultos, heterosexuales, clase hegemónica. (Antequera 2013, p. 2).

Muestra de ello, es la utilización del lenguaje genérico en la Ley 25.929 refiriéndose a "padres" en lugar de madres y padres, es decir, reduciendo el lugar que ocupa la mujer-madre al ámbito masculino y considerando al hombre como centro y protagonista del proceso.

Cabe destacar, que estas denuncias feministas guardan relación con la creación del término empoderamiento; proceso por el cual aquellos a quienes se les ha negado la capacidad de tomar decisiones estratégicas de vida adquieren tal habilidad. Este tipo de prácticas se ven

[2] El "Feminismo" es un "conjunto heterogéneo de movimientos políticos y sociales que tienen como objetivo la liberación de las mujeres y la reivindicación de sus derechos" (Hermida, 2020).

representadas a través de un Modelo Médico Hegemónico (desde ahora MMH) definido como:

> El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (Menéndez, 1988, p. 1).

En él predomina una mirada de la salud y la medicina biologicista e individualista, separando al "sujeto" de la sociedad en que vive y del medio en el que interactúa, perdiendo factores explicativos fundamentales en lo que respecta al proceso salud- enfermedad de esa persona.

A partir de lo mencionado anteriormente, es que consideramos fundamental realizar la presente investigación en los espacios de Atención Primaria de la Salud (desde ahora APS), definida en el acápite 6 de la Declaración de Alma Ata[3] como:

> La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar (…) Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud (...) constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Conferencia de Alma-Ata, 1978, p. 1).

Consideramos necesario recuperar el potencial de la APS en la prevención, a través de la implementación de estrategias de promoción de derechos de las mujeres gestantes,

[3] La Declaración de Alma Ata, fue una conferencia internacional sobre la atención primaria de la salud, organizada en Kazajistán, convocada por la OMS y UNICEF del 6 al 12 de septiembre de 1978, de la cual participaron 134 países. Fue el evento de políticas de salud internacional más importante de la década. En la misma se concluye la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo.

mediante programas Nacionales, Provinciales o Municipales, como instrumentos para garantizar derechos, desde una perspectiva integral, en relación a la problemática seleccionada, de gran valor para la salud materno-infantil.

Debido a que la APS representa el primer contacto entre la población y el sistema sanitario, formando parte del sistema de salud público argentino, el cual se organiza en tres niveles en función de la complejidad de la atención que brindan. Un primer nivel de Atención Primaria, conformado por los centros de atención primaria de la salud (de ahora en más CAPS), los Centros Comunitarios y las Salas de Primeros Auxilios. Un segundo nivel de Atención Secundaria, conformado por los Hospitales Generales con Áreas Programáticas. Y un tercer nivel, conformado por institutos de investigación y centros muy especializados.

Se considera necesario realizar el presente abordaje desde APS, en tanto tiene la capacidad de transformar la relación de agentes de salud con la población como una relación "con la enfermedad" abordando el rol preventivo y de atención de la salud.

Por último, es preciso hacer mención que bien se adhiere al término "personas gestantes" en virtud de la propia declaración de cada persona en su manifestación y en su autodeterminación, se optó por utilizar a lo largo de la estructura de tesis "mujeres gestantes", dado que se ha identificado un sujeto de estudio compuesto en su totalidad por mujeres.

En esta misma línea, se opta por hablar de las y los bebés, entendiendo la importancia de humanizar desde la palabra y nombrar al niño/a como sujeto de derechos desde el inicio de su vida, y como una vida dependiente pero autónoma, que no se refleja en otros términos cosificantes como "producto de la gestación". Asimismo es importante mencionar que el uso del lenguaje no binario es dinámico y está en proceso de construcción y en consecuencia, se nos han presentado dificultades a la hora de incorporar y adherir formas gramaticales novedosas para las cuales no se han tenido hasta ahora acceso a espacios formales de aprendizaje.

Problematización y Estado de la Cuestión

En este apartado recorremos diversos aportes a la construcción del conocimiento en torno a la VO, dando protagonismo a las experiencias locales y actuales sobre la temática abordada. Asimismo, observamos que en el ámbito local las investigaciones sobre violencia obstétrica se han centrado en otras aristas del objeto de estudio diferentes al rol de la APS en los procesos de reproducción, legitimación, prevención y erradicación de la VO.

Mencionamos en primer lugar la tesis de grado de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Mar del Plata, llevada a cabo por Eleonora Foresi y Cintia Sánchez (2011), titulada, "**Mujeres en situación de parto: una interpretación desde la perspectiva de género"** quienes problematizan sobre los mecanismos culturales que reproducen formas de violencias género en el campo de la Salud. Por otra parte, desde del campo del Trabajo Social, se destaca la tesina de Licenciatura de Guadalupe Rabinovich en el año (2018) "**Intervención social, género y maternidad, un análisis del abordaje de doulas y trabajadores sociales en los partos- nacimientos desde un enfoque descolonial**". La autora realiza un análisis de las prácticas y discursos de las doulas y de los/as trabajadores sociales en relación al parto-nacimiento humanizado en nuestra ciudad.

Se destacan asimismo los análisis sobre el cruce entre salud-enfermedad y maternidad abordados en producciones previas, entre ellas se pueden mencionar: los aportes Rodríguez (2004) en torno a la medicalización del cuerpo de la mujer y las reflexiones alrededor de las percepciones sobre el género en el profesional de la salud de atención primaria (García-Calvente y otros, 2010).

En base a esto y observando que la VO viene siendo explorada a través de estudios, notas periodísticas o reclamos de personas vinculadas a movimientos sociales[4] en relación con los derechos de la mujer gestante[5] al momento del parto y la atención de emergencias[6], se advierte que el rol de la APS, en la reproducción, prevención y/o reparación de la VO; ha sido menos explorado, desatendiendo su potencialidad e impacto. La implementación de estrategias de promoción de derechos de las mujeres gestantes y sus bebés, así como los discursos y prácticas existentes en consultorios y programas de atención y seguimiento del embarazo y el posparto, constituyen instrumentos capaces de promover derechos o reproducir y legitimar su vulneración.

En virtud de ello, proponemos investigar el rol de la APS en el acceso a los derechos relativos a la gestación, el parto y el nacimiento, a través del estudio de las experiencias vinculadas con el CAPS "Ameghino" de la ciudad de Mar del Plata entre los años 2018-2021.

Planteamos como hipótesis exploratoria, la relevancia del rol de la APS en la prevención, reproducción, legitimación o reparación de la VO. La información transmitida, los vínculos establecidos entre los/las agentes de salud y las mujeres gestantes en dichas instituciones, establecerán las bases de legitimidad para la reproducción de prácticas de vulneración y, por ello mismo, tienen un rol potencial de gran valor para su prevención y erradicación. Trabajaremos bajo el supuesto de un *continuum* de violencias que tiene su punto más álgido y vulnerable en el momento de la internación para el parto-nacimiento, pero -por acción u omisión- se inicia en la APS obstétrica al comienzo de la gestación y se reproduce/legítima en la APS obstétrica posparto y pediátrica de las y los bebés.

[4] Se entiende por movimiento social, "a aquellas transformaciones que, con distintos grados de consolidación y con alguna permanencia en el tiempo, se estructuran en torno a intereses comunes y a un fuerte componente identitario; que emerge en una sociedad con alguna capacidad de colocar temas, demandas, propuestas etc. que no son tenidas en cuenta en el orden social vigente. En este sentido, son fuertemente disruptivos y encarnan la posibilidad de desarrollar procesos de transformación social" (Goldar, 2008).

[5] Se optó por hablar de mujeres gestantes, dado que se ha definido un sujeto de estudio compuesto en su totalidad por mujeres. Asimismo es importante mencionar que el uso del lenguaje no binario es dinámico y está en proceso de construcción.

[6] Por la guardia de los hospitales en maternidades, clínicas, etc.

A partir de lo mencionado, y en tanto no hemos identificado investigaciones centradas en el rol de la APS en la VO, se plantean las siguientes preguntas: *¿Cómo se comunican los derechos durante el proceso de atención a las mujeres gestantes en la APS? ¿Cuáles son las instancias de acompañamiento a la gestación? ¿Qué profesionales intervienen en el seguimiento de la gestación? ¿Cuántos acercamientos a profesionales tienen las gestantes durante el proceso de gestación? ¿Existe algún tipo de protocolo de prevención de la violencia obstétrica desde las APS? ¿Qué rol adquiere la intervención del Trabajo Social en la APS ante las diferentes formas de VO?*

Como estudiantes de Trabajo Social, consideramos sustancial el acompañamiento y la participación en estos procesos de transformación, ya que los derechos establecidos no se efectivizan a través de su mera declaración. En este sentido, destacamos la importancia de sostener los procesos de transformación social desde las bases y en sintonía con la formación preprofesional y continua, aportando al proceso de transformación mediante la construcción de nuevos conocimientos.

Creemos importante poner en valor el ejercicio profesional del Trabajo Social en el diálogo entre las Ciencias Sociales y de la salud, en virtud de la capacidad, la posibilidad y la obligación de construir conocimiento a partir de las biografías de los sujetos cuyos derechos son vulnerados e invisibilizados.

En virtud de ello, la presente tesis está estructurada mediante el desarrollo de tres capítulos:

El primer capítulo, está compuesto por el Marco Teórico, donde quien la lea podrá encontrarse con los conceptos y categorías principales que guiaron la investigación, constituyéndose de esta forma en el Marco Teórico de referencia.

El segundo capítulo: se extiende el análisis del trabajo de campo realizado, las experiencias en primera persona de las mujeres gestantes, donde se ponen en juego las

miradas de los actores participantes, y -porque no- las nuestras, para construir y significar los sentidos y significaciones en torno a la gestación en APS.

El tercer capítulo: Busca dar cuenta de las prácticas y potencialidades de las y los profesionales de la salud en la prevención y erradicación de la VO.

Por último se desarrollan las ideas centrales que se pudieron construir a partir del proceso de estudio.

Esperamos que la lectura de esta tesis permita recorrer el proceso de investigación y poner en tensión junto a nosotras el vigente MMH en la gestación, parto y nacimiento.

ASPECTOS METODOLÓGICOS EN LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO

Metodología de investigación cualitativa

Esta tesis se construyó basada en una investigación social de tipo cualitativa. Entendemos que ésta es "una forma de conocimiento que se caracteriza por la construcción de evidencia empírica elaborada a partir de teoría aplicando reglas de procedimiento explícitas" (Ruth Sautu, 2005, p. 22). En esta, el conocimiento de la realidad es subjetivo ya que está cargado de valores, experiencias, como así también debido a que los/las investigadores forman parte de la realidad que se debe investigar.

Esta investigación es de tipo exploratorio, en donde el trabajo de campo toma especial relevancia metodológica ya que, se intentará tener un acercamiento aproximado de la realidad social a investigar, a partir de la descripción densa en el cual, los/las investigadores intentan "establecer la significación que determinadas acciones sociales tiene para sus actores y enunciar, lo más explícitamente que podamos, lo que el conocimiento así alcanzado muestra sobre la sociedad al que se refiere y, más allá de ella, sobre la vida social como tal" (Geertz,

2003, p. 37). Es decir, generar sentido a partir de una descripción a escala micro y macro de una situación local.

En palabras del autor, la descripción densa abarca dos aspectos que hacen al contacto directo con la problemática a estudiar por medio de la etnografía:

-La observación

-La entrevista

Asimismo remarca que la descripción densa consiste en interpretar la afluencia del discurso social, en el cual, la interpretación consiste en rescatar "lo dicho" del discurso precedente, para luego examinarlo.

Refiriéndonos al análisis de los datos, tomamos a la investigación cualitativa comprendiendo a la misma como un camino que encara "una multiplicidad de estructuras conceptuales complejas, muchas de las cuales están superpuestas o enlazadas entre sí, estructuras que son al mismo tiempo extrañas, no explícitas" (Geertz, 2003, p. 24). En las cuales se busca desentrañar las estructuras de significación que deviene de una situación.

Siguiendo los aportes Denzin y Lincoln (1994), la investigación cualitativa es multimetódica, naturalista e interpretativa. Es decir, en la investigación cualitativa se busca indagar en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en términos del significado que las personas le otorgan.

> Tal como se puede advertir, es muy frecuente que se mencione entre las características de la investigación cualitativa la de ser "naturalista", o abordar "situaciones naturales". Sin embargo, es necesario destacar que el término "natural" no supone el empleo del modelo de las ciencias naturales, con sus presupuestos ontológicos y epistemológicos como vía de acceso al conocimiento de la realidad social. Más bien se hace referencia a situaciones, acciones, procesos, acontecimientos reales y concretos, a interacciones espontáneas o preexistentes. Allí es donde los investigadores observan, analizan y tratan de captarlos, tan completamente como les

sea posible en toda su complejidad, intentando no controlarlos ni influir sobre ellos. (Vasilachis, 2006, p. 4).

Siguiendo los aportes del autor, dicha metodología consta de:

El estudio, uso y recolección de un conjunto de materiales empíricos tales como estudio de caso, experiencia personal, historia de vida, entrevista, textos observacionales, entre otros. Logrando de esta forma describir los momentos habituales, situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas (Vasilachis, 2006).

De esta forma, el proceso de investigación cualitativa debe ser inscripta en el marco de los siguientes ejes:

a) Se interesa en las formas en las que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido.
b) Basada en métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen.
c) Sostenida por métodos de análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto.

Objetivos

Objetivo General:

- Identificar los procesos que contribuyen a la efectivización, vulneración o reparación de los derechos consagrados en la Ley de Parto Humanizado en la atención primaria de la salud**.**

Objetivos Específicos:

- Describir las acciones de acompañamiento a la gestación en la atención APS, desde la primera consulta ginecológica-obstétrica hasta la primera atención pediátrica al bebé.
- Analizar la potencialidad de cada una de esas acciones de acompañamiento para efectivizar, vulnerar o reparar los derechos consagrados en la Ley de Parto Humanizado.
- Describir el rol de las y los profesionales de la APS en el acompañamiento a la efectivización de los derechos de las mujeres gestantes.
- Analizar los alcances de la efectivización, vulneración y reparación de derechos a través de experiencias de mujeres que hayan transitado la APS de su gestación en el CAPS Ameghino entre (2018-2021).
- Identificar el rol asignado a los/las profesionales de Trabajo Social en la estructura institucional de los CAPS.
- Explorar la incorporación de la ley 27.610 de ILE en los protocolos de atención de la APS.

En base a estos objetivos, el **estudio de caso** estuvo compuesto por mujeres que habían transitado la atención de su embarazo en el CAPS Ameghino de la ciudad de Mar del Plata. El período de relevamiento fue entre los años 2018 y 2021. A su vez, las prácticas profesionales del equipo de salud que se desempeña en dicha institución, también fueron objeto de análisis, atendiendo a las formas de intervención en cuanto a la vulneración o prevención de la VO, conformando nuestro universo de unidad de análisis.

En este marco, consideramos fundamental hacer mención a la utilización del lenguaje no binario, al cual adherimos y promovemos, sin embargo en el marco de la redacción de la presente tesis y teniendo en cuenta el universo de análisis seleccionado para el desarrollo de la

investigación, hemos considerado pertinente priorizar la función comunicativa del relato, utilizando el concepto de "mujeres gestantes" no obstante, esta elección de utilización del lenguaje no refleja una posición acrítica acerca de los sesgos interseccionales que se reproducen en los usos de nuestra lengua.

Es así que a partir de las entrevistas realizadas a las mujeres gestantes pertinentes para nuestra unidad de análisis, se propone conocer todo el entramado de la atención primaria de la salud, tomando como institución de referencia un CAPS en particular, con el fin de reconocer el recorrido de la gestación desde la primera consulta con presunción de embarazo hasta el alta posparto y las primeras consultas del recién nacido, por medio de lo que se denomina descripción densa, la cual "implica hacer etnografía; seleccionar a los informantes, establecer relaciones y genealogías, acompañado un esfuerzo intelectual para explicarlo, interpretando expresiones sociales que son enigmáticas en su superficie" (Geertz, 2003. p. 20-21).

La técnica seleccionada fue elegida contemplando nuestro objeto de estudio con el fin de acercarnos al discurso de los actores sociales implicados/as y poder conocer su palabra. Es así, que la técnica utilizada fue la **entrevista**, siguiendo los aportes de Alonso (1994) define la entrevista como una conversación entre dos personas (entrevistador e informante), dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso "conversacional" continuo y con una cierta línea argumental del entrevistado sobre un tema definido en el marco de la investigación.

Asimismo la entrevista es una de las técnicas más utilizadas en el quehacer del Trabajador Social. Desde el Trabajo Social, se entiende la entrevista como:

> Un evento dialógico propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra, permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad socio cultural de cada uno de los sujetos implicados. (Vélez Restrepo, 2003, p. 104).

Siguiendo a la autora se entiende que la entrevista en Trabajo Social es una técnica de interacción social que se funda en una relación interpersonal que permite la lectura, comprensión y análisis de los sujetos, contexto y situaciones sociales de donde se actúa, permitiendo visualizar los problemas que requieren ser transformados.

La entrevista se realizó a informantes claves, madres que vivenciaron su proceso de gestación en el CAPS Ameghino y profesionales de la salud de la presente institución.

En virtud de ello se utilizó la entrevista semi-estructurada la cual se caracteriza como:

> La existencia de un guión prediseñado pero se distinguen de ella porque presupone la posibilidad de modificar ese guión en el desarrollo de la entrevista para aprehender aquellas cuestiones no previstas que van surgiendo y que pueden arrojar luz sobre aspectos importantes de la temática en estudio. (Vega, 2009, s/p).

Se realizaron entrevistas a nueve Mujeres gestantes, tres profesionales del equipo de salud, (cuyas disciplinas fueron una Lic. en obstetricia, dos Lic. en Trabajo Social) y cuatro informantes claves, compuesto por tres Doulas y una médica.

Por su parte, el criterio muestral de la presente investigación será analizada a través del recurso de **saturación**. Estando de acuerdo con la perspectiva de Glasser y Strauss:

> El investigador que trata de descubrir teoría no puede establecer al comienzo de su investigación cuántos grupos integrarán su muestra durante su completo estudio (…) El criterio para juzgar cuando cesa el muestreo de grupos pertinentes diferentes a una categoría es la saturación teórica de la categoría. Saturación significa que ninguna información adicional se hallará, por la cual el investigador pueda desarrollar propiedades de la categoría. (Glasser y Strauss, 1967, p. 23).

Es decir, existe un momento en el que quien investiga detiene su recolección de datos, porque entiende que ya su teoría está construida, y no han aparecido otros datos de relevancia.

CAPÍTULO I

REFERENTES TEÓRICOS

A continuación se desarrollarán las principales categorías de análisis en torno a la temática de nuestra Tesis de Grado. Conceptos esenciales como embarazo y parto, género, violencia obstétrica, los cuales son concepciones relevantes para el Trabajo Social ya que se encuentra en relación directa con la noción de Interseccionalidad, Salud, APS, y Trabajo Social. Se podrá observar cómo desde estos conceptos, y otros, surgen de relaciones específicas entre ellos y se vuelven indivisibles en una especie de retroalimentación conceptual.

I.1 La Atención Primaria de la Salud y los Derechos de parto y nacimiento

El proceso de gestación, parto y nacimiento constituyen experiencias tan diversas como trascendentes, para la mujer, este constituye un momento transversal, en tanto, puede afectar su vida física, emocional o psicológica. Concordando con los planteos de Felitti:

> El **embarazo y el parto** son pensados aquí como momentos de la vida sexual y reproductiva de muchas mujeres, sobre los que hay que generar mayor conocimiento y apuntalar así la difusión, apropiación y ejercicio de los derechos ya existentes y la generación (o recuperación) de saberes que posibiliten vivencias corporales que superen los mandatos heredados. (Felitti, 2014, p. 245).

La violencia contra las mujeres es una problemática latente y presente en las más diversas culturas, entrelazada con procesos de subalternización. En este sentido, el concepto género comenzó a ser empleado a través del feminismo para clarificar y comprender las

construcciones culturales que se dan partir del sexo. En el presente estudio se comprende al **género** como:

> El conjunto de creencias, prescripciones y atribuciones que se construyen socialmente, tomando a la diferencia sexual como base (...) todas las sociedades clasifican qué es "lo propio" de las mujeres y "lo propio" de los hombres, y desde esas ideas culturales se establecen las obligaciones sociales de cada sexo, con una serie de prohibiciones simbólicas. (Lamas, 2013, p. 1).

La introducción y promoción de esta categoría fue esencial para comprender roles asignados a la mujer que aún hoy siguen inalterables, como es el caso de la maternidad o cuidados en la niñez, establecido mediante un conjunto de expectativas, prácticas, representaciones en torno a una serie de capacidades, conductas, sentimientos y decisiones que se esperan sobre la mujer "madre", construcciones que marcan desigualdades, estereotipos y que ponen a la mujer en una lugar de subalternización con respecto al varón.

> El género como categoría de análisis, permite conocer complejos procesos sociales para explicar cómo se estructuran y expresan los ámbitos de lo femenino y lo masculino y cuáles son los símbolos y características que los definen y representan como construcciones culturales u opuestas y simétricas. (Quezada, 1996, p. 21).

En lo que respecta al medio sanitario y más concretamente al ámbito de la reproducción, este se vio afectado por el denominado paternalismo médico, entendido como "una relación médico-paciente en la que la medicina de proceso se centra en el profesional, quien por demás posee los conocimientos, los medios y la fuerza legal para hacer lo que sea necesario para mejorar el estado de salud del individuo". (Cañete, Guilhem y Brito, 2013, p. 3).

En este modelo, para nada obsoleto, la vulnerabilidad cobra fuerza en la medida que la gestante necesita asistencia y cuidados, los cuales son proporcionados por un saber médico, en

el que predomina relaciones asimétricas que desestiman el conocimiento, la cultura, la autonomía de la mujer sobre su embarazo, parto y nacimiento, llegando a infligir la norma establecida en la Ley N°25.929.

En conformidad con la misma, mediante la Ley N°26.485 de Prevención y Erradicación de la Violencia Contra las Mujeres, en su (Art, 6, inc. e) define la **Violencia Obstétrica** como "la ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresado en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales". Es decir, las mujeres son violentadas de diversas formas y en distintos ámbitos, no dejando ajeno al sistema sanitario.

En este marco, la violencia obstétrica se origina dentro de un sistema sanitario atravesado por un modelo tradicional de salud constituido sobre relaciones de poder, de esta manera el MMH establece las bases de lo que será la atención del proceso de gestación, este se vale de la legitimidad del poder científico para establecer vínculos de obediencia y sumisión; siguiendo a Menéndez (1988) se entiende al **MMH** como:

> El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (Menéndez, 1988, p. 1).

En tal sentido, la vigencia de este modelo anclado en el positivismo y la progresiva institucionalización del parto, generó que el embarazo, parto y nacimiento, sean tratados de forma similar a una enfermedad, en tanto la conformación de dichas instituciones son espacios donde predomina la atención patológica. Con ello, se coloca a la mujer gestante en una posición de subordinación, transformándola en un objeto de intervención del sistema de salud y sustrayendo su protagonismo en el proceso de embarazo y parto. De esta forma, la

reproducción sistemática de intervenciones creadas para responder a emergencias y/o contratiempos impacta de manera negativa en las mujeres. Así, se fijan hábitos y creencias que muchas veces no son cuestionados ni elegidos, sino que son aceptados como verdades absolutas e indiscutibles, porque así son transmitidas y re-creadas.

El autor destaca el "biologicismo" como rasgo principal de este modelo, el cual "garantiza la cientificidad del mismo (…) lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad" (Menéndez, 1988, p. 2).

En este sentido, el proceso de gestación es atendido no solo desde un sector de carácter patológico, sino también desde una concepción puramente biológica, dejando de lado el carácter social de la persona gestante como sujeto de derechos, con deseos, sentires, saberes, creencias y pensares propios. Es decir, la mujer gestante al ser hospitalizada se encuentra despersonalizada y esto opera como un mecanismo de dominación, por lo cual las mujeres no pueden apropiarse de su cuerpo. De esta forma "la medicina, en tanto organización patriarcal, ha desarrollado estrategias de dominación donde los cuerpos son territorios que se anexan a su control." (Canevari, 2011, p. 138).

Esto es impartido primordialmente a través de la culpa o el temor, disociando el parto de la mujer, en tanto todo lo que no se ajusta a este saber y poder médico/científico, todas las otras formas de hacer y saber, son caracterizadas no sólo como diferentes sino como equivocadas y primitivas (-haciendo énfasis en su carácter de inferiores-) e incluso son relegadas o ignoradas por completo.

Es así que a partir de las múltiples opresiones que reciben las mujeres es que consideramos importante el aporte de la perspectiva de la interseccionalidad, ya que nos permite evidenciar la violencia hacia las mujeres atravesadas también por sus condiciones sociales de existencia, comprendiendo el lugar, el contexto, la historia y las implicaciones, los cuales constituyen una diferencia entre las mujeres y que se manifiestan frente a un fenómeno.

Es decir, nos invita a comprender que no es una sumatoria de opresiones, sino que estos cruces de subalternidades generan subjetividades invisibilizadas.

En tal sentido, adherimos al concepto de Crenshaw, comprendiendo a la **interseccionalidad** como "un sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas" (1989, p. 359). Esta perspectiva permite comprender cómo el género se entrelaza y se superpone con otras variables de la identidad produciendo situaciones de dominación/opresión.

A partir de lo mencionado, resulta vital analizar la complejidad de la VO desde una mirada hacia la interseccionalidad, en tanto nos permite comprender de qué manera la intersección de las estructura sociales; género, sexualidad, origen étnico, condición socioeconómico, entre otras, genera situaciones de discriminación y/o vulneración de derechos que se mantienen y se reproducen desde lo discursivo, lo hegemónico y estructural.

Este paradigma, nos permite visualizar cómo las experiencias subjetivas que ilustran VO, interactúan con dos o más condiciones de discriminación creando experiencias únicas, en la cual, será necesario para una adecuada comprensión, asociar las diferentes áreas de vulneración que intervienen como un todo y no de forma fragmentada. Es decir, áreas que atañen a la tasa de desempleo, actividad doméstica no remunerada, alfabetización, clase, sexo etc. que convergen en este caso con la VO.

En palabras de la autora, "en el contexto de la violencia contra las mujeres, la omisión de la diferencia es problemática, fundamentalmente porque la violencia que viven muchas mujeres a menudo se conforma por otras dimensiones de sus identidades" (Crenshaw, 1989, p. 88) que responden a una sociedad concreta y a un momento histórico determinado, en el cual expresan experiencias individuales producto de una conjunción de diferentes tipos de identidades.

Es por ello que entendemos que la utilización de esta perspectiva constituye una herramienta fundamental para su comprensión y para buscar conectar lo micro (realidades

diversas que viven las mujeres) y lo macro (políticas públicas) que intenten emancipar al sujeto de las estructuras que alimentan la reproducción de la dominación/opresión.

En este punto creemos que es necesario deconstruir las lógicas sobre las cuales se han edificados las instituciones, como la salud, para asentar las bases de nuevas miradas sobre lo social, lejos de enfoque patologistas.

Es así que en nuestra investigación, concebimos el concepto de **salud** como un derecho "un estado complejo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Alma Ata, 1978, p. 1). En este sentido, la salud contempla otras variables, las que proporciona el contexto social en donde las personas viven y se desarrollan y no sujeta a una mirada simplista de salud-enfermedad. La salud como un proceso de construcción social, por el cual recuperar el papel de la participación social como actor planificador y regulador de su implementación, constituye un eslabón central para una real visibilización de las problemáticas en salud.

En tal sentido es que consideramos, que los CAPS permiten generar los espacios que habilitan a la construcción social de la salud, ya que su fuerte impronta territorial le permite interactuar con las diversas realidades que atraviesan lo local. Las estrategias que se emplean en APS y que se brindan en los CAPS son herramientas que se basan en un enfoque integral comunitario, como se ha hecho mención con anterioridad, a partir de la conferencia de Alma Ata la APS se ha transformado en "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación" (Alma Ata, 1978, p. 1). Es una estrategia que se fundamenta en la equidad y solidaridad a través de la satisfacción de las necesidades básicas de la salud en el territorio en el cual se encuentra inserto.

En este marco la relevancia que tiene la APS como estrategia en salud, radica en su potencialidad para las funciones en prevención y promoción de derechos, estilos de vida

saludables, participación comunitaria en la construcción de estrategias para contrarrestar las problemáticas que atraviesan a la comunidad y mejorar el bienestar social, como también la detección temprana de enfermedades.

En este sentido, a partir de diferentes trabajos, Menéndez (1992, 1985 a 1986, 1987) establece que la APS es un espacio más propicio para la participación, siendo el eje la comunidad misma y la posibilidad de solución más vinculada a las prácticas sociales, corriendo a las y los médicos del ejercicio complejo de su saber técnico; lo cual desacredita el "saber profesional médico". Siguiendo al autor (1988) la atención primaria de la salud:

> Aparece como el instrumento más viable para resolver o agudizar la crisis del MMH (...) porque dicha estrategia ha constituido hasta ahora la principal respuesta del sector salud para enfrentar su crisis, tanto de eficacia, como en términos de gasto público" (...) la estrategia de (APS) está basada en una medicina barata, simple y eficaz (...) en el cual, el médico no se reconoce como ejerciendo la complejidad de su saber técnico. (Menéndez, 1988, p. 9-10).

Es por ello, que creemos que las herramientas que nos brinda la APS constituye un escenario fundamental para deconstruir el paradigma salud/enfermedad/atención y afrontar los nuevos desafíos y necesidades que demande la población. En virtud de ello, la presente investigación tiene como motivación generar una herramienta teórica que contribuya a la construcción de un nuevo paradigma de atención en salud.

I.2 Modelo Médico Hegemónico

Se considera indispensable para el desarrollo de la presente investigación describir al MMH que se presenta como un saber dominante, el cual opera dentro de la violencia que pretendemos problematizar.

En tal sentido, se da inicio haciendo mención que a partir del siglo XIX comienza un proceso de institucionalización de la gestación, parto e intervención sobre los nacimientos promovido por la medicina y centrado en la disminución de la muerte materna e infantil durante el parto y el postparto. Sin embargo, la hospitalización del embarazo y del parto sumió a las mujeres en una institución que se estructura sobre la condición de atención e intervención en enfermedades y distintas patologías. Siguiendo los aportes de Felitti (2014) entendemos que estas transformaciones las colocaron en una posición de mayor aislamiento pasando a ser tratadas de manera despersonalizada y estandarizada.

En este proceso las mujeres dejan de lado sus saberes, pierden protagonismo y se subordinan a la atención médica, planteando que "el nacimiento es un campo de poder, donde hay una relación entre las mujeres y los/las profesionales de la salud, de tensiones y ejercicio de la violencia real y simbólica hacia quienes se les demanda que sean pacientes" (Canevari, 2011, p. 20).

Este tipo de violencia prima en las instituciones de salud, ejercida por un MMH cuyo rasgos principales son: "biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico" (Menéndez, 1988, p. 2).

Se concibe como un tipo de conocimiento autorizado dentro del sistema de salud, el cual se encuentra legitimado socialmente, sin embargo se identifica al mismo como producto de relaciones de poder que a su vez, establece relaciones ordenadas jerárquicamente logrando

su dominación y subalternidad sobre otras disciplinas e incluso sobre todo tipo de conocimiento que difiere del saber médico.

Siguiendo al autor, el MMH cumple una serie de funciones como:

a) Curativas, preventivas y de mantenimiento.

b) De control, normalización, medicalización y legitimación.

c) Económico-ocupacional.

Se comprende entonces que las acciones médicas no son inocuas, ya que responden a su reproducción y hegemonía, las cuales son adquiridas durante su formación académica y luego practicadas con naturalidad en el ejercicio profesional, a tal punto que no son plausibles de ser identificadas como tales. Esto se ve reflejado por ejemplo en la residencia, momento en el cual el médico trabaja bajo la supervisión estricta de otros médicos y no se les enseña a informar o pedir consentimiento a las personas gestantes ante prácticas donde no se requiere actuar de forma urgente.

Las relaciones desiguales de género atraviesan la vida privada, doméstica y pública de los sujetos, desde la división social del trabajo y los roles asignados hacia lo "femenino y lo masculino" como también la vida pública a través de las distintas instituciones estatales, las cuales ejercen de alguna manera el control social, validando y reforzando estas ideas.

En este sentido, el hospital como institución pública es escenario de múltiples desigualdades sociales factibles de ser pensadas, en términos de Bourdieu, como Poder Simbólico, "un poder de construcción de la realidad que aspira a establecer un orden gnoseológico: el sentido inmediato del mundo" (Bourdieu, 2000, p. 92). En estas relaciones de poder, el que es jerárquicamente superior (en status) deposita en el otro una serie de concepciones y simbolismos que crean una realidad esperada y de esta manera se ejerce el control social, es así que en el proceso de parto y nacimiento se generan diversas situaciones que están cargadas de poder simbólico y que la mujer gestante recibe y acepta legitimando el saber científico.

A partir de lo mencionado, la mujer gestante es víctima de un modelo de atención en el cual su voz, elecciones, sentires, deseos o miedos no son considerados, solo se procura que realice la conducta esperada, la cual alimenta a su vez, la relación de dependencia, es decir pasiva que no pregunta o repregunta sobre aquello que le genera dudas, tiene una actitud obediencia y por sobre todo, que no cuestiona lo que se le expone como verdad.

En pos de una atención más justa y desde una perspectiva integral en el ámbito de la salud, resulta necesario reforzar y efectivizar las políticas y leyes tendientes a proteger derechos y en efecto, una mayor injerencia del Trabajo Social dentro del campo de salud, siendo esto de importancia ya que la disciplina lucha por la defensa, protección y gestión de los derechos humanos y sociales, la cual posee un papel importante en el diseño, creación e implementación de políticas públicas que acompañen los diferentes procesos de la comunidad.

I.3 Trabajo Social en el Campo de Salud

Comprendiendo que uno de los campos que ocupa el Trabajo Social es el ámbito de salud, su labor está orientada a la construcción de ciudadanía y potencialización de sujetos autónomos desde una perspectiva de Derechos Humanos. En este sentido, el Código de Ética profesional de Trabajo Social menciona entre sus principios más importantes:

> El compromiso con el pleno desarrollo de los Derechos Humanos de individuos, grupos y otros colectivos, reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y otros acuerdos internacionales derivados o complementarios de la misma. La defensa y profundización de la ciudadanía, en sus aspectos civiles, sociales, económicos, culturales y políticos, promoviendo el acceso real a los bienes materiales y culturales producidos socialmente, sin discriminación de

> género, edad, opción sexual, etnia, condición social, económica, opción religiosa o político. (Codigo de etica Profesional, 1996, p. 4).

Sin embargo, también es parte del ejercicio profesional, cuestionar e interpelar lo que se expone como dado, lo instituido y lo instituyente, interviniendo siempre desde una perspectiva de derechos. Pensar la intervención desde el Trabajo Social, se presenta como "un instrumento de transformación no solo de las circunstancias donde concretamente actúa, sino también como un dispositivo de integración y facilitación del diálogo entre diferentes lógicas" (Carballeda, 2008, p. 3).

Por ello resulta fundamental para desarrollar la profesión en salud, reconocer las características del contexto social que refiere a los procesos sociales, económicos y culturales que inciden en la salud de las personas.

En el campo de la salud, el Trabajo Social es definido como "la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad" (Rodríguez, Ligia y Anchundia, 2017, p. 5).

Pensar las intervenciones del Trabajo social dentro del campo de salud implica pensarlo desde un abordaje interdisciplinario, es decir articulado con otros profesionales en virtud de trascender cada campo disciplinar, integrando conocimiento y generando así una mayor comprensión de situaciones complejas que requieren de una multiplicidad de saberes y enriquecimiento mutuo, para pensar y llevar a cabo distintas estrategias de intervención en función de las características del territorio.

La importancia del Trabajo Social dentro de los campos disciplinares en salud, radica en comprender el contexto histórico y a su vez, conocer lo que está sucediendo y el significado que tiene en ese momento, en tanto, una misma situación no será igual en dos

contextos diferentes. Es decir, un sujeto en contexto que se escucha en clave de su biografía y como su biografía dialoga con el contexto. Carballeda (2021) sostiene:

> El trabajador social es una práctica fundamentalmente interpelada por la realidad (…) todo el tiempo construye conocimiento a partir de una lógica inversa a las prácticas de la ciencias sociales. A nosotros no nos interesa comprobar hipótesis, salvo cuando se está investigando, lo que nos interesa es trabajar con las preguntas que la práctica nos hace a nuestro saber y esa chispa es el conocimiento.

Es por esto que resulta importante el ejercicio del Trabajo Social dentro de los CAPS, debido a que puede reformar las estrategias para la transformación, reviendo lo existente, rescatando los saberes populares, teniendo una mirada más holística del sujeto, en tanto tiene la capacidad, la posibilidad y obligación de construir conocimiento a partir de las biografías de los sujetos invisibilizados y con derechos vulnerados.

Según la Ley Federal de Trabajo Social N°27.072 (2014), se comprende al Trabajo Social como:

> Una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. (art.4).

Sostener la justicia social como principio fundamental del Trabajo Social, implica reconocer que sin la autonomía de las mujeres sobre los procesos sexuales y reproductivos, no hay justicia social posible. La intervención social desde la perspectiva de género permite identificar, interpelar y cuestionar la opresión del sistema patriarcal por sobre las mujeres,

desde una mirada interseccional y no solo desde un recorte propio de concepciones biologicistas.

Desde el ejercicio del Trabajo Social nos posicionamos en pos de la promoción y garantía de los Derechos Humanos, reconocido en la presente Ley (art.9) estableciendo que el Trabajo Social actúa "siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales".

La VO constituye un tipo de vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y por lo tanto, a los Derechos Humanos. Por ello, el Trabajo Social no puede estar ajeno mediante sus intervenciones, ya que se involucra con aquellos problemas sociales atravesados por la vulneración de derechos como así también con su visibilización.

Es así que creemos que el Trabajo Social tiene la oportunidad de intervenir desde sus diferentes campos entendiéndose como complejos, dinámicos y atravesados por diferentes lógicas. Al mismo tiempo se encuentran interrelacionados generando la posibilidad de lograr una mirada integral para la comprensión de la problemática social. Como bien diría Carballeda "La intervención del Trabajo Social incluye en mayor o menor medida una forma de encuentro, diálogo y transformación a través de una articulación compleja de los diferentes mecanismos que componen el sistema de protección social que posee una sociedad." (2014, p. 6).

Es así que la intervención se encuentra entre personas, entre los saberes, entre los lugares y los lenguajes y es lo que le permite deconstruir y abordar los hechos en el mismo espacio en el que se producen, promoviendo la participación de las personas implicadas o afectadas por ellas. (Kisnerman, 1998).

Aquí es donde la intervención desde el Trabajo Social cumple con un papel clave, en tanto a través de ella es factible reformar las estrategias y deconstruir el modelo tradicional de gestación, parto y nacimiento impuesto culturalmente, en pos del empoderamiento de la

mujer, el bebé y la familia. Siguiendo esta línea de análisis, entendemos que "los procesos de actuación profesional, como escenarios privilegiados de aprendizaje y construcción dialógica de saberes, deben aportar a la construcción social de los sujetos y a la afirmación de las identidades particulares" (Velez Restrepo, 2003, p. 8).

Además, su intervención habilita la participación en el diseño, elaboración y ejecución de políticas, programas y proyectos que refuercen el cumplimiento de los derechos de las mujeres gestantes y sus familias. Pudiendo de esta forma por ejemplo lograr acciones planificadas y organizadas en virtud de generar el conocimiento necesario para efectuar una denuncia por VO.

De esta manera, considerando que el lugar del Trabajo Social debe estar en el encuentro, la comprensión y el conocimiento para poder llevar a cabo procesos de acompañamiento frente a la identificación y visibilización de una lucha que es colectiva.

I.4 Marco Normativo

Posicionándonos desde una perspectiva de Derechos Humanos, se hará mención a algunas de las leyes que respaldan y dan sentido a nuestro estudio:

La Ley N°25.929 Derechos de los padres y de la persona recién nacida, también conocida de manera informal como **Ley Parto Humanizado**, surge en 2004 en un contexto de puesta en escena de las problemáticas de género en el campo de salud. Tiene por objeto mencionar los derechos consagrados a la madre, el padre o la co-madre y el bebé por nacer/recién nacido, aplicados en el ámbito público o privado.

Consideramos importante destacar alguno de ellos, mencionados en su (art.2). En tal sentido, la gestante tiene derecho a:

- Ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pueden tener lugar durante el parto y postparto.
- Participar activamente de las decisiones que se tomen en ese marco.
- Ser considerada persona sana y facilitar su participación como protagonista de su propio parto.
- A un parto respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro injustificado de medicación.
- A elegir una persona de su confianza que la acompañe durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- Tener a su lado al bebé durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que no requiera de cuidados especiales.

Es una ley que viene a poner en tensión prácticas mecanicistas en torno a la atención en el momento del parto, permitiendo identificar un tipo de violencia que no solo refiere a la persona gestante, sino también al bebe y grupo familiar.

Ley Nacional N°26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, puesta en vigor en el año 2009. Define a la Violencia obstétrica: 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 N°25.929. (Art, 6, inc. e).

Ley N°27610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo: en torno a la conceptualización de la maternidad como decisión, elección y deseo, desarrollamos la investigación en torno a la Ley N°27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Entra en vigor en el año 2021 con el objetivo, “regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, en cumplimiento de los

compromisos asumidos por el Estado Argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible" (art.1).

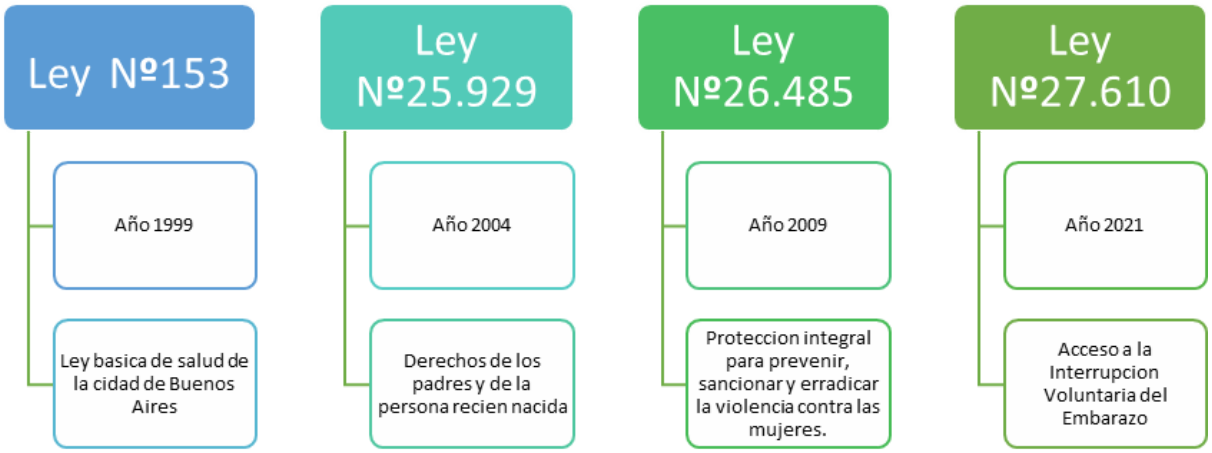
Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N°153: la cual tiene por objeto "garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin" (art.1). Destacamos los art. 18, el cual hace mención al primer nivel de atención, definiéndolo de la siguiente manera: "El primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias".

A su vez, en el (art.19) establece los criterios de organización, entre los que se destacan:

a. Constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención.
b. Coordinar e implementar en su ámbito el sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria.
c. Garantizar la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
d. Realizar las acciones de promoción, prevención, atención ambulatoria.
e. Promover la participación comunitaria.

En tal sentido, la ley N°153 establece las condiciones necesarias para el acceso a la salud integral de las personas, mediante su regulación y ordenamiento a tal fin.

GRÁFICO N°1: MARCO NORMATIVO



Fuente: Elaboración propia (Mar del Plata, 2022).

CAPÍTULO II

EXPERIENCIAS EN PRIMERA PERSONA EN ATENCIÓN EN LA GESTACION, PARTO Y NACIMIENTO.

En este apartado se presentará el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en el marco de la implementación de la técnica de entrevista semi-estructurada a las mujeres gestantes. El contacto con las nueve mujeres que participaron del estudio se realizó a través de diferentes vínculos con las tesistas ya que desde el CAPS el acceso a dicha información se encuentra resguardado. La condición fue haber transitado la atención prenatal en el CAPS "Ameghino"

Una vez contactadas a las mujeres, se acordó un día y un horario para la realización de la entrevista, siéndole de más comodidad para la entrevistada. Se realizaron todas las entrevistas de forma presencial, en sus domicilios. Se explicaron los motivos y objetivos, solicitando su consentimiento. Las entrevistas fueron grabadas con autorización previa de las entrevistadas y tuvieron una duración promedio de media hora aproximadamente, variando en función del grado de apertura a la hora de narrar una experiencia vulnerable en primera persona. Luego fueron transcriptas para su análisis a fin de respetar y no distorsionar las palabras de las entrevistadas: "La transcripción de la entrevista, somete el discurso oral a una transformación decisiva (…) tiene la misión de dirigir la mirada del lector hacia los rasgos pertinentes que la percepción distraída y desarmada dejaría escapar" (Bourdieu, 1999 p. 540). Las preguntas fueron realizadas acorde a los objetivos de la respectiva tesis, las cuales su orden se fueron modificando de acuerdo a como se iba dando el diálogo.

Entre las líneas de análisis que surgieron, se organizó el capítulo en los siguientes apartados:

- Información para decidir: En dicho apartado se aborda el acceso a la información que se brinda en el CAPS Ameghino y el otorgado en el HIEMI;
- El parto como castigo: Se hace alusión a prácticas específicas establecidas en el momento del parto y posparto, que refieren a experiencias de maltrato explícito;
- Soledad y abandono: Tiene como fin desnaturalizar y problematizar la soledad y el abandono, en el parto y posparto como una forma específica de VO, a partir de la distinción entre pandemia y post pandemia;
- Estandarización del parto: Aquí se buscará identificar las intervenciones de rutinas expresadas por las entrevistadas en oposición de las recomendaciones de la OMS y por último, el parto como proceso de producción.

En cada apartado se tendrán en cuenta las entrevistas, de las cuales se transcriben citas textuales de cada una de ellas a modo de evidencia. En relación a las entrevistadas se eligieron nombres ficticios para preservar la identidad, siendo los siguientes; Yesica, Denisse, Ayelen, Cintia, Estela, Sofía, Silvina, Iara y Marianela.

TABLA N°2: DATOS DE LAS ENTREVISTADAS

Nombre	EDAD	ESTADO CIVIL	N° DE HIJOS	NIVEL EDUCATIVO	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	CONTEXTO DE NACIMIENTO
YESICA	23	Soltera	Tres	Primario completo	Desocupada	Pandemia
DENISSE	24	Solera	Uno	Primario completo	Empleada	Pre-pandemia
AYELEN	27	Soltera	Uno	Secundario completo	Desempleada	Pre-pandemia
CINTIA	33	Casada	Cuatro	Primario completo	Desempleada	Pre-pandemia

ESTELA	31	Casada	Cinco	Primario completo	Desempleada	Pre-pandemia
SOFIA	31	Casada	Cuatro	Primario completo	Desempleada	Pre-pandemia
SILVINA	30	Casada	Tres	Terciario	Desempleada	Pre-pandemia
IARA	28	Soltera	Tres	Primario completo	Desocupada	Pandemia
MARIANELA	35	Soltera	Tres	Secundario completo	Empleada	Pre-pandemia

Fuente: Elaboración propia (Mar del Plata, 2022).

II.1 Información para decidir

Como hemos ido mencionando a lo largo de nuestro estudio, los CAPS representan un soporte muy importante para el proceso de acompañamiento en el desarrollo de la gestación de las madres, por lo que su presencia es fundamental. El servicio de APS en los CAPS constituye un pilar fundamental para el empoderamiento de los usuarios, en tanto permite mejorar su salud, así como la efectivización de sus derechos en la atención sanitaria. Por ello se establece que "la atención primaria es la forma de organizar la prestación de atención sanitaria de modo que se oriente no sólo a mejorar la equidad sanitaria, sino también a satisfacer las otras necesidades y expectativas básicas de la población" (OMS, 2008, p. 40).

Según las normativas que rigen a las instituciones de salud pública la Ley N°153 denominada Ley Básica de Salud de la ciudad de Buenos Aires, los CAPS deben desarrollarse desde la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, considerando a cada persona como sujeto pleno de derechos.

No obstante, a través de las entrevistas realizadas a las madres gestantes se refleja una ausencia en el acceso a la información, contemplado en las Leyes vigentes de Derechos de los padres y de la persona recién nacida N°25.929 y la Ley N°26.529 de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Expresados, en cuanto al acceso a la información como:

> *Lo principal, como iba a ser el proceso de cada mes, no mucha creo en información, lo justo y lo necesario sobre el proceso de gestación. (Marianela).*
>
> *Más que nada sobre la gestación de ella, y después yo ya me guiaba por el primero, ya sabía cómo era, todo lo que iba a pasar y ya sabía por el primero. (Yesica).*

Aquí se puede observar una falta de información naturalizada en las gestantes en detrimento de los derechos elementales de las mujeres que opera como un mecanismo de control a través de la autoridad, asimetría y subordinación por parte del MMH legitimado por una cultura patriarcal, las cuales son pensadas como inferior al varón y objeto de propiedad. De esta forma, los ataques y maltrato a mujeres se consideran castigos merecidos hasta preventivo (De Miguel, 2008).

En esta línea de pensamiento, nos es fundamental plantear que la esfera pública hereda una marca de origen y genealogía que remite a lo masculino, a lo blanco, propietario, letrado y padre familia, que a pesar de los diferentes atributos que componen a estos sujetos, es contemplador de enunciados desde una moral. (Segato, 2006). A decir por la autora, la violencia moral:

> Es un conjunto de mecanismos legitimados por la costumbre para garantizar el mantenimiento de los status relativos entre los términos de género. Estos mecanismos de preservación de sistemas de estatus operan también en el control de la permanencia de jerarquías en otros órdenes, como el racial, el étnico, el de clase, el regional y el nacional. (Segato, 2003, p. 107).

En tal sentido, en sus márgenes reside el interés particular denominado por las minorías y con ello, todo lo relacionado a las relaciones de género y lo que afecta a la vida de las mujeres sea arrinconado, relegado, privado y apolítico, propio de la lógica patriarcapitalista. (Segato, 2003).

A partir de lo mencionado se entiende que en el ámbito de salud operan mecanismos disciplinadores para el control de los cuerpos, a partir del funcionamiento de una moral que se impone constituyendo violencias y que responde sistemáticamente a su origen, recientemente mencionados. Dicho control en la gestación, parto y nacimiento se plasma en las decisiones tomadas por los médicos en detrimento de la capacidad fisiológica de la gestante y en desmedro de cualquier tipo de elección que la ubiquen como sujeto protagónico de su embarazo que refiere a cómo y cuándo parir, acceso adecuado a la información, solicitud de consentimiento, entre otras.

Por otra parte, se considera de gran relevancia aclarar que casi la totalidad de las mujeres gestantes entrevistadas, entienden que acceder a la información como sujetos de derechos está vinculada con el acceso a la información que constituye a las etapas biológicas propias al proceso de gestación y no como sujeto autónomo, ligado a la toma de decisiones sobre su cuerpo.

A partir de lo mencionado se evidencia que aun en la actualidad las prácticas médicas ignoran la autonomía de las mujeres gestantes, establecida en su representación por parte de los agentes sanitarios como sujetos pasivos carentes de voluntad propia y poder de decisión en lo que respecta al proceso de gestación y parto. Dejándose observar en el siguiente fragmento:

> *Y en ese entonces tenía miedo a cómo iba a nacer el bebé, si iba a ser un proceso largo y se lo pregunté varias veces y me dijo "quédate tranquila, ya has tenido más hijos y ya sabes como es. (Silvina).*

En este punto, el profesional no presenta interés por el derecho y necesidad de información de la mujer gestante y ello contribuye a la apropiación por parte de esta, a un posicionamiento pasivo y carente de decisión sobre su gestación. Consideramos que "la elección informada no debe limitarse a obtener el consentimiento de las usuarias, implica que tanto proveedores como usuarias tengan acceso a buena información y abren espacios para discutir problemas, necesidades y alternativas, lo que permite tomar juntos decisiones efectivas y apropiadas." (Pérez, 2004. p. 108).

De esta manera, lo mencionado recientemente constituye actos de VO, que comprende al tipo de VO hacia la mujer más común y por ende, más naturalizado en el ámbito de salud, en tanto al no respetar la autonomía de la mujer gestante implica ignorar y negar la igualdad que goza cada persona. Decidir por ellas, sin duda es vulnerar su autonomía como sujetos de derechos:

> La información insuficiente, poco clara o falta de veracidad puede ser considerado como una de las formas de ejercicio de violencia obstétrica, ya que al colocar a la mujer como objeto de intervención y no como sujeto de derechos, se desconoce su capacidad para la toma de decisiones, proceso por el cual se requiere -entre otros aspectos- de disponer de información de calidad, suficiente, precisa y oportuna. (Farías, 2014, p. 59).

Dentro de esta línea, otro aspecto relevante que se observó durante el desarrollo de las entrevistas es la que respecta al acceso a la información previo al momento del parto, la cual arroja que a la mayoría de las mujeres entrevistadas expresan que no se les proveyó información una vez que ingreso a la institución para el parto por parte de los profesionales en cuanto a las prácticas que iban a ser realizadas, conforme a la etapa biológica propia de cada gestante. Ilustrándose de esta manera:

No información no, me dijeron que me iban a internar y que esperara que el bebé nazca por sí solo, y bueno ahí empecé con contracciones casi a las 10 am y la bebé nació a las 12 de la noche, así que tuve que esperar todo ese momento sin goteo sin nada, tuve que aguantar. (Silvina).

No, te hacen el tacto, te controlan y si estás para tener te mandan al fondo. (Cintia).

Aquí vemos que las mujeres muestran un nivel de sumisión alarmante, producto de una despersonalización y una atención de casos, más que de personas, en virtud de una lógica que obvia el sufrimiento humano, los sentimientos, lo subjetivo como una causa que requiera prestarle atención. En tal sentido, se entiende que "las condiciones actuales de atención al parto profundizan el proceso de pérdida de control de las mujeres en sus procesos de parto y favorecen la apropiación, por parte de las instituciones, de la potencia de parir de las mujeres" (Magnone, 2013, p. 86).

A su vez, frente a lo que manifiesta Silvina, se observa cierta confusión, ya que ella interpreta esa no intervención médica como un abandono o falta de ayuda, y lo que se entiende que realmente le faltó, fue información y sostén afectivo-emocional durante las 14 horas de su trabajo de parto y no una intervención farmacológica.

En este marco, la falta de información completa, ética y oportuna, durante el proceso de gestación, parto y nacimiento, constituye un tipo de violencia encubierta, que además suele estar acompañada de la desvalorización de los deseos y necesidades de la madre. Esto permite visualizar que existe una falta de promoción de los derechos que establece la Ley Nacional Nº 25.929 en los diferentes niveles e instituciones de salud.

Cabe remarcar que, el 75% de las experiencias de partos de las entrevistadas transcurrieron en el hospital público HIEMI y el 25% restante se realizaron en dos instituciones privadas -Hospital Privado de Comunidad y Clínica 25 de mayo-, de la ciudad de Mar del Plata.

A partir de lo mencionado se podría interpretar que no es casual la ausencia de información, ya que es en el parto donde se registran los momentos de mayor intensidad de violencia. En este sentido, se entiende la autonomía como un modelo contrario al paternalismo, donde el paciente es capaz de tomar sus propias decisiones, incorporado a la práctica médica a través del consentimiento informado, entendiendo al mismo como "un acto por el cual el médico describe al paciente, de la manera más clara posible, el estado de salud y el procedimiento a seguir, detallando los beneficios y riesgos que ello implique. Requiere de parte del paciente el entendimiento y la aprobación de dicho procedimiento"[7].

Es importante mencionar que según la Ley N°26.529, el consentimiento informado puede ser verbal o escrito, aunque será esencialmente escrito cuando se trate de una intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos o aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante. Es así que el acceso a la información constituye un requisito previo para la adecuada concesión del consentimiento por parte de las gestantes y para que este sea otorgado válidamente, se requiere recibir y comprender dicha información, "sólo así se protege la autonomía individual en cuanto que consentir implica necesariamente comprender" (Pelayo, 1997, p. 87).

Otro aspecto importante observado, es lo expresado en cuanto a los modos de atención en el preparto y parto por parte de las unidades de salud hacia las gestantes. De manera general, las gestantes expresan un trato diferente en la atención establecida en el primer y segundo nivel de atención. Dejándose observar en los siguientes fragmento:

> *Si, sentía capaz que pasaba más desapercibida, no era la misma atención, capaz que acá (CAPS) estaban un poco más para explicar alguna que otra cosa, y en el Materno no, fui a tener a la bebé y listo, no me daban para hacer preguntas ni me facilitaban una tranquilidad tampoco, fui a tener él bebé y nada más. (Marianela).*

[7] Argentina Unida. Consentimiento informado.
Rec:https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalsommer/pacientes/consentimientos-informados

Si, acá me atendieron como, no con cariño pero fueron como más suaves, las chicas del materno fueron como más bruscas, más toscas. (Denisse)

Tras estos comentarios se advierte que las mujeres gestantes asumen estrategias que les permiten acomodarse a situaciones de desventajas en pos de acceder a la satisfacción de una necesidad, es por ello que en estas relaciones de poder, la mujer gestante asume un posicionamiento más activo en los CAPS advirtiendo la predisposición del profesional mediante las consultas establecidas por esta, en oposición a un trato que desvaloriza sus saberes, sus percepciones, dudas y experiencias referidas a su propio cuerpo y que en muchas situaciones remite a la vulneración de los derechos fundamentales de la persona. En tal sentido afirma Canevari:

> Las relaciones de dominación establecidas entre los/las agentes de la institución y las mujeres, ya sea por prudencia, por miedo o para lograr los cuidados que precisan, ellas presentan un comportamiento de acuerdo a las expectativas que consideran que se espera de sí. Cuanto más amenazante es el poder, más gruesa será la máscara. (Canevari, 2011, p. 99).

Es por ello que recibir un trato afectuoso, claridad frente a los procedimientos establecidos y un acompañamiento continuo y acogedor por parte de los miembros del equipo de la salud es una de las necesidades de las gestantes, esto contribuye a reducir los miedos propios de la situacion y al mismo tiempo incrementa la seguridad de la gestante al momento del parto. Para ello es fundamental el compromiso por parte del profesional de la salud. Es decir, “una mujer embarazada que se siente apoyada, contenida, respetada y respetada para tomar la mejor decisión para ella y para su hijo muy probablemente obtendrá una experiencia de parto satisfactoria” (Magnone, 2010, p. 29).

II.2 El parto como castigo

Para dar inicio al siguiente apartado se considera de gran relevancia comenzar explicando la elección del subtítulo "El parto como castigo", el cual alude a cómo el mandato bíblico "parirás con dolor[8]" se encuentra más presente que nunca en las sociedades modernas a través del adoctrinamiento del cuerpo femenino mediante el control social de la sexualidad con fines reproductivos.

Como señala la antropóloga francesa Françoise Héritier, el control sobre una función social fundamental instalada sobre los cuerpos de las mujeres, la reproducción, constituye una piedra angular del patriarcado. En efecto, se entiende que "si las mujeres son ese raro recurso que hay que utilizar en el mejor de los casos para tener hijos, se necesita que los hombres se apropien de ellas y a la vez las limiten a esa función, a esa tarea particular." (Héritier, 2007, p. 120).

Esto es posible a través de la introducción de una moral masculina como verdades universales que estructura y moldea las relaciones diferencial de prestigio y poder, asociando a la mujer y lo femenino al espacio doméstico, íntimo y privado y es a partir de esa alteración, que la vida de las mujeres asume la fragilidad y vulnerabilidad que conocemos y se incrementa día a día (Segato, 2006).

Es así que a partir de discursos hegemónicos se concibe al parto como un proceso doloroso, evidenciado en el lenguaje cotidiano mediante expresiones como "fue un parto" haciendo alusión a un suceso en el que predomina el sufrimiento, la prolongación y la dificultad. Sobre esa representación se parapeta a su vez la VO, yuxtaponiendo las sensaciones dolorosas propias del proceso fisiológico con el sufrimiento provocado por las intervenciones no consentidas y el maltrato por parte de agentes sanitarios. El proceso de

[8] En el texto bíblico del Génesis se introduce el castigo divino diferenciado por el género, "ganarás el pan con el sudor de tu frente, parirás con el dolor de tu vientre"

parto no debería ser pensado como un proceso de sufrimiento inevitable ya que los cuerpos gestantes tienen las condiciones fisiológicas para que, en las condiciones adecuadas en cuanto a la privacidad, intimidad, autonomía, participación, afecto etc. el parto se transite como una experiencia gratificante. Habitualmente, el ámbito hospitalario se encuentra lejos de proporcionarlos.

En este marco, nos proponemos abordar prácticas específicas establecidas en el momento del parto, que refieren a un tipo de VO a partir de un trato deshumanizado, degradante y cruel, que refieren a todo tipo de abusos físicos o mentales, cualquier tipo de degradación, o la negación y obligación a realizar actos contrarios a las propias convicciones. A decir:

> La insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes, son algunos de los múltiples ejemplos que dan cuenta de los malos tratos que a veces reciben las mujeres. En momentos como el parto o la consulta ginecológica, revisten mayor crueldad dado el estado de vulnerabilidad de las mujeres en dichas situaciones (…) que van desde el menoscabo y falta de respeto a la dignidad de la mujer, tratarla como una "menor" (infantilizarla), hasta la existencia de tratos inhumanos y degradantes que pueden llegar a la tortura. (INSGENAR, 2003, p. 51).

Estos tipos de malos tratos se pudieron observar en las entrevistas realizadas a Iara y Denisse, manifestándolo de tal forma:

> *Al ser primeriza no sabía que eran las verdaderas contracciones, si ya me faltaba poco para tener o no, y yo las llame creo que 3 o 4 veces, y en la última me dice "nena, te falta, te dije que te falta" y cuando me va a ser tacto ya lo estaba teniendo al bebé, eso fue lo más chocante. Si no fuese por esa última vez que llamo a la chica que estaba conmigo, a mi nene lo tenía en la cama. Porque ya estaba, y en vez de decirme -prepárate que ya vas a tener- no, ella se fue y después volvieron otras*

enfermeras y me dicen ¿y la ropita del bebe?" y yo pregunté: ¿pero qué pasó? ¡Y ya vas a tener! me dijeron, y no había nadie conmigo entonces les dije que yo tenía que llamar a mi mamá que venga, y me dijeron ¿que, no llamaste? ¿No te dijo nada?" no, no me dijo nada, "me metió los dedos y se fue" y después ahí me llevaron en una silla de ruedas. (Denisse).

No había llevado faja y las enfermeras improvisaron una, con un pedazo de sábana y me hacían doler mucho y me decían, "aguántate, porque vos sabías que tenías que traer faja. (Iara).

A través de estas citas, se puede observar nuevamente un claro ejercicio del poder por parte de profesionales de la salud mediante destratos y maltratos que se muestran permeados de autoridad, desinterés y una atención humanizada negada a las mujeres como sujetos de derecho. En virtud de ello, hablar de VO no sólo conlleva reconocer situaciones de malos tratos o abusos que puedan sufrir las gestantes durante el embarazo, parto y posparto. Implica además reclamar derechos que están contemplados en las leyes vigentes o disputar la deshumanización que implica la imposición de tiempos estandarizados a los procesos fisiológicos, que entre otros, exponen a las mujeres a una situación de mayor fragilidad en la que el nivel de agravio puede ir en ascenso, dejándose observar en el siguiente fragmento de la entrevista a Yesica:

Yesica: Me internaron temprano, a las 8 am y bueno lo tuve a las 17.55 de la tarde, re mal me trataron de él me decía "dale, para que querías otro" "hubieses esperado un par de años" "aguántatela" que empujará sola, hasta que tuvieron que entrar mi marido y mi mamá porque era mucho y ahí la estaba sufriendo, re mal la verdad.

Entrevistadora: ¿Porque pensas que con él hubo ese maltrato?

Yesica: Para mí porque tuve que hacer todo el proceso de trabajo de parto (con el segundo) en cambio con el primero llegue con 7 de dilatación, estuve una hora y

nació. En cambio con el segundo llegue a las 8am y me dijeron "si no nace para las 18 te hacemos cesárea" y nació 17.59.

Entrevistador: o sea, que no te consultaron (en referencia a la posible cesárea)

Yesica: Nono.

En el siguiente extracto de la entrevista se refleja la existencia de determinadas manifestaciones de violencia hacia la mujer durante el parto que constituyen maltrato verbal caracterizado por comentarios sarcásticos, insultos y gritos, que constituyen frases como *"dale, para que querías otro" "hubieses esperado un par de años" aguántatela"* y física: que guarda relación con la manipulación del cuerpo, prácticas invasivas, suministro de medicamentos no justificados y modificación de los procesos biológicos sin consentimiento, expresado como "*si no nace para las 18 te hacemos cesárea*".

Aquí se puede vislumbrar que la práctica de la cesárea, no obedece a razones médicas, sino como una alternativa para adelantar el parto. En consecuencia, la advertencia a la gestante de la realización de la cesárea, pareciera estar más vinculado a un castigo por no ceñirse a tiempos concebidos como "normales" para un trabajo de parto, que a una práctica necesaria por motivos médicos, que responde a los tiempos fisiológicos de cada gestante y no como una administración a voluntad de cada profesional. Al respecto OMS menciona:

> La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. (Organización Mundial de la Salud, 2015, p. 1).

El traslado del parto al hospital deviene en la patologización de los procesos de gestación, parto y nacimiento. Allí, los médicos se apropian de los cuerpos sanos de las gestantes, interviniéndolos sin la existencia de patologías y aun frente a un parto de bajo riesgo, ejercen controles y tratamientos rutinarios e invasivos que pueden causar efectos negativos. En concreto, silvina lo expresa de la siguiente forma:

> *Entrevistador: ¿Cómo fue el parto? (pregunta abierta para que describa libremente*)
>
> *Silvina: Fue bastante doloroso, porque en el momento que me dijeron que estaba en trabajo de parto, la obstetra del materno (HIEMI) me metió la mano y me hizo romper las membranas para que se acelerara y fue muy doloroso.*
>
> *Entrevistador: ¿Te consultó antes de realizarte esa intervención?*
>
> *Silvina: No, me dijo "te voy a hacer rotura de membrana porque vivís muy lejos y no vas a llegar [Haciendo alusión a la derivación de la paciente a su domicilio, ubicada en zona sur de la ciudad y al estar ya en trabajo de parto, no iba a llegar a tiempo al hospital].*

A partir de lo expresado, no solo se puede advertir una intervención no fundada en razones de salud, sino que tambien se omite cualquier tipo de información que avale dicha intervención como también los posibles riesgos. En estas prácticas protocolares, se violan sistemáticamente el derecho a la información y autonomía de decisión. Por su parte la OMS (2014), mediante una Declaración para la Prevención y Erradicación de la Falta de Respeto y el Maltrato durante la Atención del Parto en Centros de Salud, reconoce:

> Que hay muchas mujeres en todo el mundo que sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos. (Organización Mundial de la Salud, 2014, p. 1).

El parto -a diferencia del embarazo- constituye un momento de cambios abruptos e intensos. Ello favorece la emergencia de miedos, incertidumbre, ansiedad e inseguridad, sentires que atraviesan a la gestante y que la intervención profesional puede morigerar o maximizar, según los modos en que opere. En tal sentido, comprendemos que es fundamental:

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

Es así, que consideramos esencial que los partos sean experiencias positivas, anclados en el derecho de parto humanizado, siendo aquel en el que se respetan los tiempos fisiológicos propios de cada parto, imperando el respeto a las necesidades sociales y personales de la mujer como sujeto de derecho y anteponiendose a prácticas invasivas que obstaculicen su desarrollo.

No obstante aunque las experiencias negativas de las mujeres en trabajo de parto y parto, no son situaciones o hallazgos nuevos, consideramos que es crucial que los/as profesionales de la salud cambien los paradigmas en que se han basado por décadas, para que la mujer recupere su papel protagónico, en un marco de respeto por la fisiología humana para poder aprovechar todos los beneficios en cada parto.

II.3 Soledad y abandono

Desde su institucionalización, el parto y nacimiento se ha convertido en un conjunto de prácticas estandarizadas y rutinarias, realizadas por los profesionales de la medicina hacia

la paciente, quien lejos de considerarse sujeto protagonista del proceso se fue transformando lenta y silenciosamente en un objeto de intervención, situación que coloca en desventaja a la mujer gestante, quitándole el poder de elección y decisión durante el parto. A decir: "las mujeres como sujetos sociales no escapan a estas relaciones históricamente constituidas donde el saber-poder, en términos Foucaultianos, está en manos de los médicos y el no-saber y no-poder les corresponde a los pacientes" (Fornes, 2009, p. 6).

Siguiendo su lineamiento, consideramos que el proceso de parto se configura en base a los mismos parámetros que dan forma a la producción en el sistema capitalista con criterios de productividad y eficacia. De esta manera, la medicina termina por des-sensibilizar y des-corporalizar a las mujeres durante el parto, provocando desatención e indiferencia del profesional hacia la madre, este contexto lleva a la mujer gestante a sentir la soledad en el proceso de preparto y parto. En tal sentido "la soledad opera como un mecanismo de violencia institucional que a su vez potencia el miedo" (Canevari, 2005, p. 54). Esto se plasmó en la entrevista a Celeste:

> *Entrevistadora: Luego del parto. ¿Tuviste contacto inmediato con tu hijo/a, e información y decisión sobre las prácticas realizadas al bebé, luego del nacimiento?*
>
> *Celeste: Más o menos una hora, porque me hicieron la cesárea, tardaron más o menos 10 min para sacarlo a él, me lo mostraron, me cosieron todo, después ellos se fueron me dejaron en la camilla sola hasta que venga un enfermero que me lleve a la habitación, encima yo me agarraba de la camilla porque "de este lado no había nada" [haciendo referencia a que era chica e incómoda] y yo estaba desnuda y re mareada, y no había nadie conmigo hasta que pasaron los chicos que estaban llevando a otra mamá, habrán sido 15 min que estuve sola, tenía miedo de caerme y que se me salten los puntos.*
>
> *Entrevistadora: ¿Pasaba seguido la enfermera o no tanto? [En referencia al parto].*

Celeste: No, pasaban más que nada los pediatras a ver a los bebés, a ellos sí pero las enfermeras no, capaz a la mañana para darte un calmante, pero si necesitaba alguna ayuda no había nadie o por ahí hasta que venían ya me habían ayudado las mamás.

En la experiencia de Celeste, al igual que a la mayoría de las entrevistadas, la desatención e incomprensión del sufrimiento de la mujer en el parto y posparto se da en forma recurrente, ya que este para el sistema patriarcal queda minimizado frente a la llegada del bebé, y en consecuencia, los miedos, la angustia y la soledad van en ascenso dejándolas altamente vulnerables. A decir por la autora "El miedo y la soledad son una combinación perfecta que expone a las mujeres a un estado de gran vulnerabilidad, que las deja indefensas ante las situaciones de violencia" (Canevari, 2011, p. 54). Como también se puede observar en el siguiente fragmento de la entrevista a Yesica:

Entrevistadora: ¿Consideras que algún aspecto de la experiencia que nos compartiste podrían ser pensados como violencia obstétrica?

Yesica: Si, te lo firmo a eso a mí me vinieron a poner una faja y me decían "dale subite la bombacha" y yo no me podía mover del dolor, no podía ni siquiera agarrarla a ella, me dejaron parada en el medio de la habitación con la faja y la bombacha abajo.

La calidad de atención en cada momento que atraviesa la mujer gestante dentro del hospital, no debe estar sujeta a una situación en especial, en tanto la mujer como el bebé transitan múltiples malestares y cambios bruscos que constituyen la singularidad de un parto. A decir por la autora:

> El descuido hacia las mujeres que ya están con su niño/a en brazos es un indicador de cómo la atención se centra en el parto, en donde la importancia está puesta en el éxito de ese evento como hecho biológico y focalizándose especialmente en que el niño nazca bien, dejando de lado los procesos de las mujeres. (Canevari, 2011, p. 124).

En tal sentido, una vez finalizado el parto y dando inicio al posparto deviene para la mujer una especie de olvido expresado en la desatención, descuido o desprotección, como si ella no terminase de pasar recién por un parto y requiera también atención. Tras el nacimiento, la atención sanitaria coloca al bebé como eje central, en virtud de un objetivo cumplido que refiere a un modelo de atención basado en una ideología de la reproducción y a las mujeres como vehículo para su concreción.

Las mujeres en esta situación no solo son abandonadas e invisibilizadas como personas. Además, se vulnera el vínculo madre-bebé, mientras ella es dejada a un lado, sin atención, el bebé es apartado de su madre para ser sometido a distintos estudios y análisis que -en la mayoría de los casos- son postergables en favor del contacto físico entre los dos sujetos protagonistas de la experiencia parto-nacimiento. Fue así en la experiencia Yesica, quien durante el posparto ya en sala recuerda:

> *Entrevistadora: ¿Tuviste información sobre las prácticas que le realizaban al bebé?*
>
> *Yesica: Nono, de ella no, porque me dormí y cuando me desperté no estaba, entonces le digo a mi compañera ¿no viste a mi bebé? Y me dijo, "no como vos te dormiste, por lo que escuchamos la llevaron a darle un poquito de meme", entonces yo gritaba "enfermera" así que vino y me dijo "no, la tiene la otra chica que le vamos a dar un poquito de meme así se duerme, descansa un ratito más, te damos 20 min más así después ya te levantas" porque llegaba el horario que me tenía que levantar, y cuando me levante ya me la trajeron.*

Aquí observamos que si bien la intención de la enfermera intenta ser empática con la mujer, dejándola descansar y ocupándose del bebé, en realidad se convierte en un acto invasivo vulnerando el derecho de la madre a ser informada de los procedimientos que se le realizan al bebé, expresándose en una intervención sin consentimiento y negándole el derecho a este último de permanecer con su madre luego del parto.

La ley N°25.929 sobre los Derechos de los padres y de la persona recién nacida, en su (Art, 4, inc. b) expresa que los padres tienen derecho "A tener acceso continuado a su hijo/a mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia" sin embargo, los distintos relatos de las mujeres reflejan que en la práctica, esto pareciera no haberse efectivizado, podemos dar cuenta de ello a través del siguiente fragmento:

> *Entrevistadora: Luego del parto. ¿Tuviste contacto inmediato con tu hijo/a, e información y decisión sobre las prácticas realizadas al bebe, luego del nacimiento?*
>
> *Yesica: Sí, me lo dieron, estuvo conmigo lo amamanté y después no me dejaron que lo amamantara más, porque ellos me habían hecho una entrevista, me habían preguntado si yo fumaba o tomaba drogas y yo antes del embarazo consume cigarro y me dijeron que me tenían que hacer unos análisis para ver si el cuerpo tenía drogas o algo, me tuvieron sin amamantarlo.*
>
> *Entrevistadora: ¿Cuánto tiempo?*
>
> *Yesica: No mucho porque yo me les largue a llorar porque el nene no quiere la mamadera porque ya le había dado teta. 1 día y 1/2 estuve sin darle la teta porque no me lo permitían – en un momento se lo llevaron y yo lo escuchaba gritar, y me levanté y las seguí y me dijeron "mamá quédate en la habitación" pero que le estás haciendo? Pregunté yo.*
>
> *Entrevistadora: Cuando se lo llevaban, ¿te avisaban para qué? ¿Qué le iban a hacer?*
>
> *Yesica: No, solo se lo llevaban, en una que le tuvieron que pinchar no sé si el talón, me lo levantaron y se lo llevaron, era en la sala de enfrente pero yo creo que tienen que avisarme.*

Podemos encontrar dos cuestiones centrales en la cita expuesta, por un lado, sesgos interseccionales en la atención pública mediante atribuciones generalizadoras hacia los sujetos que acuden a ella. Como es el caso, presumir consumos problemáticos y desde allí poner en duda las capacidades para maternar de la mujer. Este tipo de sesgos dialoga con las

representaciones de las maternidades bajo sospecha, a través de intervenciones dirigidas a supervisar la calidad del cuidado suponiendo siempre su deficiencia y peligrosidad. En este marco, y en lo que respecta al trabajo social, impera una idea desfavorable en cuanto a la intervención profesional en su rol tradicionalmente asignado de vigilancia hacia el sujeto, atribuyéndole la tarea de ser "los ojos del estado", expresado en lo que Donzelot (1998) define como "policía de las familias" para reflejar el poder y control que ejerce el estado -y sus instituciones- por sobre la familia y por otro lado, se evidencia la prevalencia inconsulta de decisiones de los profesionales por sobre la voluntad de la mujer, socavando su agencia materna, el vínculo con el bebé y potenciando el miedo a constituirse como una figura peligrosa para el sujeto de cuidado. Pensar el parto como acontecimiento puramente biológico, lleva a intervenir sobre él de manera irreflexiva bajo el discurso legitimador de la minimización del riesgo sanitario, aun cuando éste no estuviera presente.

Es importante mencionar que algunas de estas prácticas se han profundizado con la pandemia, ya que las multíparas entrevistadas recuerdan que en partos previos a la emergencia sanitaria les habían permitido estar acompañadas por algún familiar. Sin embargo, aquellos nacidos en el año 2020 y 2021 se les han prohibido el acompañamiento en todo el proceso, (preparto, parto y posparto). Esto se refleja en la experiencia:

> *Entrevistadora: Sí separaron al bebé para realizar controles e intervenciones, ¿pudiste contar con una persona de tu confianza que estuviera presente y acompañando?*
>
> *Yesica: No dejaban que se quede nadie, era un ratito y le decían -papá ándate- pero mi mamá decidió quedarse igual. A ella la tuve en pandemia entonces era un ratito y listo" [*Además recuerda que durante el parto*] "yo pedía que entre mi mamá y me decían -no, bancatela sola".*

Los protocolos sanitarios en pandemia constituyeron un ejemplo arquetípico de la mirada del modelo médico hegemónico sobre la salud, al centrar toda la atención sobre las

restricciones sanitarias dirigidas a evitar el contagio, aun cuando desde una perspectiva holística e integrada de la salud implican otros daños. La emergencia sanitaria "no sólo provocó acciones globales sin precedentes sino que también quebró consensos largamente aceptados por la salud pública, posibilitó la suspensión de las garantías y derechos individuales y validó inéditos dispositivos de control y represión" (Gaston Gil, 2021, p.7). Esto repercutió incluso en las condiciones de trabajo de agentes sanitarios, como puede observarse a través de diversas investigaciones que abordan la experiencia de trabajo del sector sanitario en la pandemia.

> En los centros de salud se multiplicó exponencialmente y requirió la adaptación de todo el sistema para atender los crecientes casos de pacientes con Covid-19. (...) la necesidad de mantener distancia de los pacientes, así como el uso de nuevo equipamiento de protección que cubre completamente el cuerpo y la cara, generó una barrera tanto material como simbólica que, en muchos casos, modificó la percepción que las trabajadoras tienen en torno a la calidad del servicio o cuidado ofrecido. (...) muchas de las prácticas que debieron implementarse en los centros de salud afectaron negativamente su trabajo conllevando una "deshumanización" o "robotización" del mismo. (Gerzi & Blanco Rodriguez, 2022, p. 29).

La trascendencia que tiene el acompañamiento en el momento de la gestación, parto y nacimiento, es algo que pareciera no tener importancia, en desmedro de la evidencia científica. Tal es así que durante la atención en los controles de los procesos de gestación a las madres, tampoco se garantiza su acompañamiento.

> *Entrevistadora: En la APS, ¿Pudiste ir acompañada a alguna consulta?*
>
> *Iara: No, no te dejaban pasar con nadie, por la pandemia.*

A través de estos fragmentos se visualiza la vulneración de uno de los principales derechos de las gestantes contemplados por la legislación vigente. Los protocolos establecidos

como respuesta a la emergencia sanitaria Covid-19 dejaron otros derechos vulnerados, traducidos en situaciones de desamparo:

> Se ha traducido por una parte en un mayor intervencionismo obstétrico, con mayores tasas de inducciones, estimulación del parto, partos instrumentales y cesáreas, y por otra, en la limitación de acompañante durante el parto o separaciones madre-recién nacidos muy traumáticas y raramente necesarias. (Olza, 2020, p. 1).

Es importante señalar que el Ministerio de la Salud de la Nación dispuso una serie de recomendaciones[9] pensada para que la atención a embarazadas y el bebé, en el contexto de pandemia puedan desarrollarse de manera respetuosa y no se vulneren los derechos de la mujer, el niño por nacer y su familia. Sin embargo, una vez más, el juego de poder se coloca en el centro, "en un contexto signado por la incertidumbre en donde no está claro, ni es equitativo cómo proceder para todos los casos, el personal de la salud (...) deciden una vez más tomar a favor este contexto para actuar según sus intereses, tiempos y necesidades." (Gianllorenzi, 2020, p. 53).

La persona, desde su condición de paciente, y en una posición de subalternidad en el sistema médico, se amolda sin cuestionar, por un lado, porque paradójicamente es "lo más seguro" y por otro lado, para no sufrir las represalias por oponerse a lo establecido.

Como se menciona en el párrafo anterior, existen a nivel mundial y nacional organismos y leyes que procuran contrarrestar la subalternización que existe entre profesionales y gestantes en la atención sanitaria y validar derechos, como es el caso de la Ley Nacional N°25.929. Sin embargo, aún en la práctica no hubo una efectivización real de esos derechos, ya que en el sistema de salud no se ha cambiado mucho el modelo de atención. Siguiendo a Fornes, no abundan políticas públicas que difundan estas normativas, lo cual obstaculiza la efectivización de derechos: "para comprender entonces la disociación entre lo

[9] Recomendaciones para la atención de embarazadas y recién nacidos con relación a Covid-19 https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-la-atencion-de-embarazadas-y-recien-nacidos-con-relacion-covid-19

médico legal y la práctica cotidiana al interior de hospitales y clínicas es imperativo reconocer que en el parto convergen factores ideológicos y materiales que dan sentido a cómo es y debe ser este proceso." (Fornes, 2009, p. 3).

Por lo mencionado, entendemos que desde el Trabajo Social es posible accionar en el campo de las políticas públicas con la finalidad de generar espacios de difusión de dichas leyes en el interior de los hospitales y CAPS. Así, la presencia de profesionales del Trabajo Social en el equipo interdisciplinario de las instituciones sanitarias para llevar adelante un trabajo de seguimiento a las mujeres en el proceso de preparto, parto y postparto, interviniendo no solo en el contexto social de la mujer gestante y su familia, sino también sobre el acceso a la información acerca de sus derechos como gestante.

Entendemos que el Trabajo Social al interior del sistema sanitario constituye un puente entre la institución y la comunidad. En ese sentido, Kisnerman (1990) refiere que esta intervención profesional procura tener una mirada crítica sobre las problemáticas sociales, así como de las herramientas, recursos y materiales disponibles. Ello habilita a que los sujetos atravesados por las diferentes problemáticas puedan tomar decisiones informadas y autónomas.

En palabras del autor, el Trabajo Social, desempeña un rol en el sector de salud, en las siguientes áreas de trabajo:

a) **Servicios de atención directa a individuos, grupos y comunidad**: trabajando en conjunto con quienes presentan problemas sociales o dificultades de integración social, o previniéndolos.
b) **Investigación**: identificando los factores que generan la enfermedad, su distribución y desarrollo, detectando a enfermos y minusválidos, evaluando servicios y recursos, actitudes y valores, etc.

c) **políticas y promoción social**: estimulando y provocando medidas tendientes a lograr mejor calidad de vida a la población, creando sistemas, canales y otras condiciones para la participación en el logro de esas medidas.

d) **Planificación**: transformando necesidades concretas en respuestas también concretas que las satisfagan.

e) **Administración de servicios sociales**: organizando, dirigiendo y coordinando departamentos de Trabajo Social.

f) **Capacitación de recursos humanos**: sean o no profesionales.

Los objetivos específicos del Trabajo Social se insertan en los objetivos generales de la institución de salud en la que se ejerce, enfocados desde las necesidades y problemáticas sociales, alcanzados gradualmente teniendo en cuenta su complejidad (Kisnerman, 1990).

En esta perspectiva los profesionales del Trabajo Social dentro de las instituciones sanitarias ejercen un papel significativo, en tanto se encuentra en un lugar estratégico para la transformación de las realidades mediante su práctica social, articulando lo micro y macro social, a través de una mirada más totalitaria del ser humano.

II.4 Estandarización del parto

Como hemos mencionado más arriba, el avance de la biomedicina y la progresiva hospitalización de los partos se encuentran asociados con la patologización del embarazo y el parto. Ello habilitó la realización de diversas prácticas para iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico. Con ello, sobrevinieron estandarizaciones más orientadas a facilitar el proceso de trabajo de los profesionales que el bienestar de los sujetos de atención.

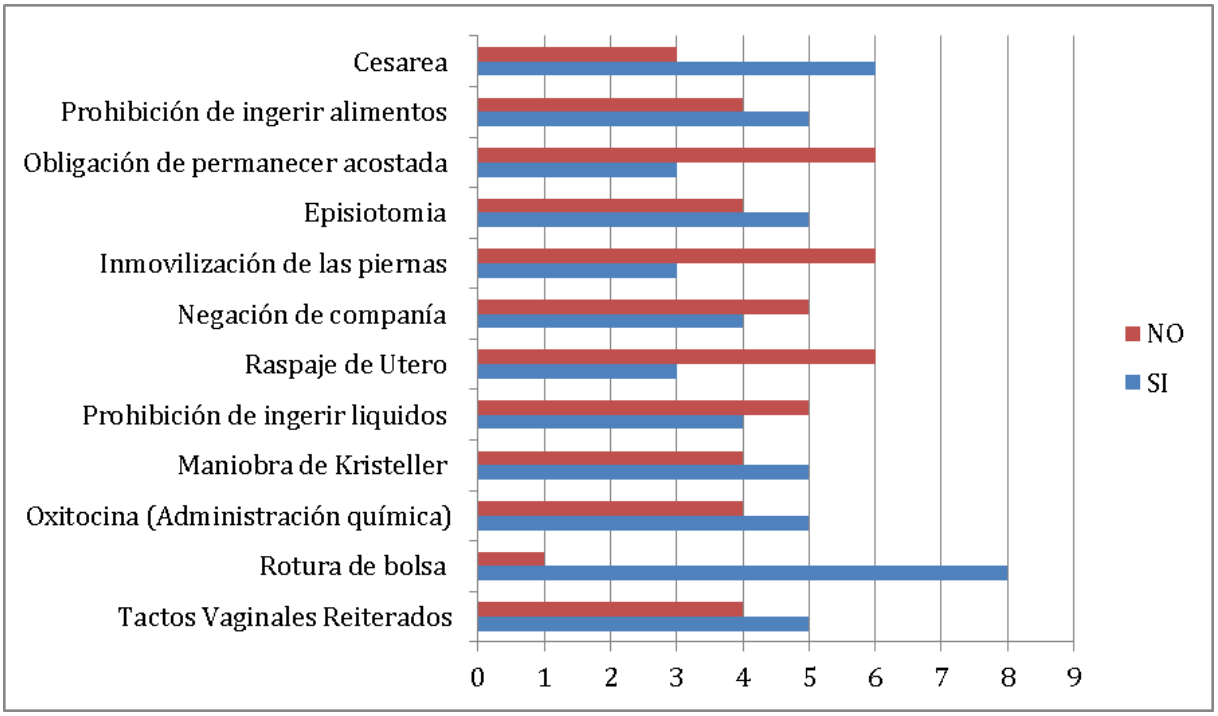
Uno de los tantos ejemplos de ello fue la generalización del decúbito supino como la postura normalizada para parir.[10] De este modo, las mujeres gestantes deben adaptar sus procesos de partos a los modelos establecidos como normales por el MMH, soslayando toda posibilidad de atención personalizada y adecuada a las necesidades de los sujetos protagonistas del proceso. Es decir "las mujeres, desde el nacimiento de la medicina moderna, han sido pensadas como objetos y no como sujetos: la biomedicina es quien deberá decidir siempre sobre los cuerpos." (García, 2017, p. 91). Esto ha conllevado la realización de una seria prácticas médicas que hasta hoy en día, se viene realizando de forma habitual y sujetas al libre albedrío de los profesionales, desoyendo las recomendaciones que viene realizando las OMS en las últimas décadas sobre el proceso de gestación, parto y posparto.

Es así que a partir de los datos obtenidos de las entrevistas realizadas, siguiendo las recomendaciones estipuladas por la OMS (2018) sobre cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva y la Ley Nacional N°25.929 sobre los Derechos de los padres y de la persona recién nacida, realizamos el siguiente análisis sobre la recurrencia de las intervenciones en el proceso de parto, como prácticas estandarizadas.

A modo de síntesis de las prácticas realizadas por los profesionales de la salud, vivenciadas por las mujeres gestantes entrevistadas para la presente investigación, se elaboró el siguiente gráfico:

GRÁFICO N°3: PRÁCTICAS MÉDICAS NO RECOMENDADAS COMO INTERVENCIONES DE RUTINA, EXPERIMENTADAS POR LAS ENTREVISTADAS.

[10] Esto se remonta explícitamente a la época de Luis XIV de Francia, quien popularizó que la posición ideal de la mujer a la hora del parto fuese recostada. La teoría indica que al rey le gustaba ver dar a luz a todas las mujeres que esperaban un hijo suyo, pero que se frustraba por la poca visibilidad del uso de banquillos para dar a luz por lo que la posición en que la mujer se recostaba le resultaba más favorable, a pesar de que generaba mayor incomodidad para una mujer. Históricamente, esta posición estaba sólo reservada para casos en los que existían complicaciones y los médicos necesitaban realizar algún tipo de cirugía.



Fuente: Elaboración propia (Mar del Plata, 2022).

De los resultados obtenidos, una de las intervenciones médicas que se observa con una alta recurrencia es la administración de oxitocina artificial por goteo para acelerar el parto, experimentada por más de la mitad de las mujeres. La oxitocina es una de las drogas más utilizadas por el cuerpo obstétrico para la inducción al parto o mejoramiento de las contracciones durante el mismo. Por su parte, el Observatorio de Violencia Obstétrica[11] (desde ahora OVO) ya hacía referencia a su alto uso expresado en la difusión de los resultados de la investigación realizada sobre la atención de partos en el sistema de salud entre septiembre de 2015 y agosto de 2016 realizado a 4939 madres, arrojando que 6.5 de cada 10 mujeres se les administró Oxitocina artificial durante el trabajo de parto.

[11] El Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina (OVO) es una iniciativa autogestiva e interdisciplinaria impulsada por la agrupación Las Casildas, agrupación feminista fundada en 2011. Desde octubre de 2015 y con el fin de generar acciones que visibilicen el panorama real de la atención perinatal en Argentina, el Observatorio de Violencia Obstétrica trabaja en la construcción de propuestas y alternativas que permitan abordar esta problemática. Rec: https://idepsalud.org/primer-observatorio-de-violencia-obstetrica/

Según los estudios Hidalgo et al. (2016) se advierte que el uso de la oxitocina durante el parto sólo debe darse en casos muy indicados ya que puede ser contraproducente tanto para la madre como para él bebé, dado que su empleo se relaciona con el aumento -en primíparas y multíparas- de la tasa de cesáreas, del uso de analgesia epidural y de fiebre materna intraparto. En relación con los datos neonatales se ha hallado asociación entre el uso de la oxitocina y bajos valores de pH de sangre de cordón umbilical en recién nacidos de madres primíparas.

De mismo modo, la OMS (2018) desaconseja la utilización de intervenciones médicas destinadas a el trabajo de parto y el nacimiento -como ciertos usos de la oxitocina química o la cesárea- antes de alcanzar una dilatación cervical de 5cm, siempre que no existan complicaciones, en tanto la administración de oxitocina es una intervención mayor y debe utilizarse únicamente bajo una indicación válida.

También fue mayoritaria en las experiencias relevadas de amniorrexis, que es la rotura de la bolsa de las aguas, la cual puede ser espontánea o provocada por el médico. Es una maniobra utilizada como método de inducción al parto. En sintonía este dato queda reflejado en los datos difundidos por el OVO, representados en 7 de cada 10 mujeres.

En la misma línea la OMS establece que no está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina. Cabe advertir que no es una técnica exenta de riesgos. Pueden mencionarse entre otros el sufrimiento fetal, la distocia de la posición fetal y el prolapso de cordón entre otros. Además, “no existen protocolos que indiquen cual es mejor momento para realizarla dentro del proceso de inducción”. (Guijo, 2018, p. 13). Es importante resaltar que la realización de amniorrexis no tiene evidencia científica que demuestre sus ventajas, por lo tanto, la realización de esta práctica debe tener fundamentos médicos robustos para su realización.

En relación al acompañamiento por parte de la pareja, familiar o persona de referencia durante el trabajo de parto, más de la mitad de las mujeres manifiestan que no se les permitió

estar acompañadas. Este dato permite visualizar la vulneración de los derechos contemplados en el (art.2) de la Ley Nacional N°25.929 inciso "g" el cual expone que toda mujer tiene derecho a estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. Al mismo tiempo la OMS recomienda brindar un apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto.

Siguiendo esta línea, es decisivo respetar la voluntad de la gestante en la decisión de acompañamiento durante el trabajo de parto y parto y en virtud de ello, un equipo de salud que garanticen el acompañamiento a la mujer gestante, respetando siempre su decisión.

Es importante mencionar que a partir del contexto de emergencia que planteó la pandemia por COVID-19, este derecho se vio agravado, llegando a publicarse más de una experiencia de VO en artículos periodísticos en dicho contexto actual.[12]

Tras un estudio reciente, realizado por la Universidad Nacional de Córdoba, se evidenció cómo las prácticas implementadas en la pandemia por COVID-19 atentan contra la atención perinatal integral de mujeres, personas gestantes y sus recién nacidos; intensificándose por parte de instituciones públicas y privadas la vulneración de las disposiciones normativas y recomendaciones de atención vigentes.

Al respecto, la OMS y la OPS el 27 de marzo del corriente año, brindaron "Recomendaciones para el cuidado integral de mujeres embarazadas y recién nacidos", lineamientos generales para gerentes y equipos de salud en relación con el cuidado de mujeres, personas gestantes y el bebé y en dicho documento mencionado, se plantea que la transmisión vertical madre-bebé no se ha confirmado, al igual que "no hay evidencia hasta el momento de que las mujeres embarazadas presenten diferentes signos o síntomas o estén expuestas a mayor riesgo de enfermedad grave que las mujeres no embarazadas" (OMS; OPS, 2020, p.2). A su vez remarcan que aún en situación de pandemia la gestante tiene derecho a

[12] https://www.elciudadanoweb.com/denuncian-como-un-abuso-que-sanatorios-exijan-hisopados-a-mujeres-gestantes/
https://infocielo.com/denuncia/parir-cuarentena-denuncian-una-clinica-que-cobra-que-las-mujeres-esten-acompanadas-n119519
https://www.clarin.com/familias/embarazo-parir-pandemia-cuarentena_0_wcPxzm-NP.html

una experiencia segura y positiva del parto. Ello incluye acceso a un trato basado en el respeto y la dignidad, al acompañamiento durante el parto, a información clara por parte del equipo de salud, a estrategias apropiadas para el alivio del dolor, a la libertad de movimiento durante el trabajo de parto y elección de posición. Además, la atención debe incluir los cuidados prenatales, postnatales, la prevención de la violencia y atención en salud mental.

Sin embargo las experiencias demuestran la desprotección y/o vulnerabilidad de las mujeres en el sistema sanitario, dado que pese a estas recomendaciones la situación de las gestantes se vio altamente agravada por el incrementó del grado de control que ejercen las prácticas médicas y los protocolos de salud sobre el cuerpo de las mujeres, dando origen a nuevas situaciones que constituyen VO. Esto se traduce:

> Por un lado, en un mayor intervencionismo obstétrico, con mayores tasas de inducciones, estimulación del parto, partos instrumentales y cesáreas, y por otro, en la limitación o ausencia de acompañante durante el parto o separaciones madre-recién nacidos muy traumáticas y raramente necesarias. (Olza, 2020, p. 1).

En esta misma línea de análisis, en lo que respecta al momento del parto, a cuatro de las nueve entrevistadas se les impidió estar acompañas en el momento del parto, aunque cabe aclarar que solo dos se dio en el marco de los protocolos por la pandemia COVID-19. Esta vulneración a los derechos garantizados por ley queda evidenciada en los datos extendidos por el OVO, ya que 4 de cada 10 mujeres no estuvieron acompañadas durante su parto/cesárea. Estos datos dejan en evidencia que más allá del contexto social, este es un derecho usualmente vulnerado.

En este sentido la OMS (2021) reafirma derechos ya reconocidos al expresar que toda mujer embarazada, incluso cuando sea un caso positivo o sospechoso de Covid-19, tienen derecho a:

1. Ser tratada con respeto y dignidad.

2. Estar acompañada por una persona de su elección durante el parto.

3. Comunicación clara del personal del servicio de maternidad.

4. Estrategias adecuadas de alivio del dolor.

5. Movilidad en el trabajo de parto, de ser posible, y elección de la postura del parto.

Es evidente que si bien la VO existe con anterioridad a la pandemia, esta sin lugar a duda la profundizó y esto se refleja en los datos difundidos por la CONSAVIG[13], el cual sostiene que de 52 denuncias recibidas por el organismo durante el año 2021, 23 denuncias expresaron que se les negó acompañante.

No obstante, cabe resaltar que la mayoría de las mujeres entrevistadas no se les negó estar acompañadas, lo cual es necesario para el bienestar de la madre tal como lo plantea la OMS en sus recomendaciones, la Ley Nacional Nº 25.929 o el INADI[14] (2020), exponiendo que una persona gestante tiene derecho "a elegir a quien te acompañará durante todas las etapas de atención: de acuerdo con las medidas sanitarias de prevención, puede acompañarte una persona sin infección ni sospecha y/o confirmación de COVID-19, menor de 60 años y sin enfermedades preexistentes" (INADI, 2020, p. 4).

Otras de las prácticas médicas más frecuente expresadas por las mujeres gestantes son las que constituyen a la maniobra de Kristeller y tactos vaginales. La primera se consume en el proceso de parto, utilizada para hacer salir al bebé con mayor rapidez a través del canal vaginal durante la fase de expulsión. La misma se realiza empujando con los puños o el antebrazo la parte superior del útero coincidiendo con la contracción y el empuje de la madre. Las mujeres afirman que se les realizó dicha maniobra, desoyendo una vez más a la OMS que

[13] Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género. Creada en 2011, Tiene el objetivo de implementar en conjunto con organismos nacionales, provinciales y municipales y organizaciones sociales, las tareas vinculadas con la elaboración de sanciones a la violencia de género establecidas por la ley Nº 26.485.

[14] El Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) es un organismo descentralizado, creado mediante la Ley 24515 en 1995, que comenzó sus tareas en 1997. Desde marzo de 2005, por Decreto 184, se ubicó en la órbita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

El INADI tiene por objeto elaborar políticas nacionales para combatir toda forma de discriminación, xenofobia y racismo, impulsando y llevando a cabo políticas públicas federales y transversales articuladas con la sociedad civil, y orientadas a lograr una sociedad diversa e igualitaria

se enuncia en tal sentido como una práctica ineficaz y riesgosa la salud de la gestante y del bebé, por lo que se advierte no aplicarla. Incluso la considera anticuada y algo riesgosa, ya que una maniobra mal hecha podría provocar graves problemas como el desprendimiento de la placenta y ruptura uterina, o bien, fracturas en el bebé. A su vez expone que su procedimiento presenta una escasez de evidencia científica que fundamente su utilidad.

En lo que respecta a los tactos vaginales reiterados, las mujeres entrevistadas manifestaron su incomodidad frente a intervenciones obstétricas asociadas a los tactos vaginales. Las mujeres expresaron que en varias ocasiones se les realizaron tactos vaginales reiterados, llegando a cuestionarse la necesidad de su frecuencia y realización por diferentes miembros del equipo profesional, sintiéndose incómodas. Pero sólo una de las mujeres mencionó la importancia de conocer sus derechos al momento del parto, considerando que de conocerlos, habría impedido su práctica reiterada.

Esta práctica obstétrica, constituye la vulneración del derecho a la intimidad y privacidad de la mujer en el momento del parto, derecho que es consagrado en la Ley Nacional. N°25.929 (Art, 2, inc. b). Este debería ser un procedimiento regulado, donde se realicen los tactos necesarios y por no más de dos profesionales. En tal sentido la OMS recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.

Por otra parte, seis de las entrevistadas concluyeron su parto a través de cirugía cesárea, de las cuales cuatro fueron programados y dos se decidieron de urgencia. Cabe resaltar que solo tres de ellas contaban con cesáreas previas. Estos datos se consideran relevantes a partir de las recomendaciones que realiza las OMS:

> Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes (...) La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad

> materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. (Organización Mundial de la Salud, 2015, p. 1).

Lo mencionado es altamente significativo ya que su uso no está sujeto a prevenir la mortalidad materna y perinatal. Cabe hacer mención que en personas que transcurren su segunda gestación, muchas veces se realiza como una práctica médica instalada la de programar cesárea indefectiblemente a toda mujer que haya tenido cesárea previa, es decir que sí tuvieron un primer parto por cesárea, se les condiciona a someterse a cirugía en los partos siguientes partos, lo que eleva los índices de manera significativa dado que la tasa de cesárea oscila por arriba del 10% y el 15% recomendado.

Por último, en cuanto a la prohibición de ingerir alimento después del parto, solo se dio en las mujeres a las que se les realizó una cesárea, y esta coincide con lo que se recomienda en tanto trata de una cirugía abdominal y la mujer no podrá ingerir alimentos durante una horas aunque puede variar de 6 a 24 horas, según la evolución de la madre podrá tomar algunos líquidos como agua, caldo o infusiones. Tras ello, si no hay problemas se le da primero una dieta ligera y luego una dieta normal.

Anticipándonos a las conclusiones y en virtud de lo expuesto por las entrevistadas, se hace evidente la persistencia de prácticas que se contraponen con las leyes nacionales las recomendaciones de la OMS que ya fueron expuestas en el capítulo uno. Si bien del total de las entrevistadas, sólo dos mujeres tuvieron sus partos en pandemia, cuyos relatos coincidieron con las expresiones de VO más graves, consideramos que, independientemente del contexto los derechos deben ser cumplidos y estos son impostergables.

II.5 El parto como proceso de producción

El siguiente apartado está destinado a vislumbrar similitudes vinculadas con la adaptación de las intervenciones en el parto a los tiempos y espacios del hospital convertidos en una "fábrica".

En tal sentido se comprende a la procreación "como un proceso tecnológico formado por una cadena operativa compuesta de distintas secuencias: la fecundidad, el embarazo, el parto y la lactancia (...) puntos de articulación donde puede ocurrir las intervenciones tecnológicas, el control e incluso la exteriorización del proceso" (Tabet, 1985, p. 47). Es decir, en esta concepción aparece la idea de procreación vinculada a un conjunto de intervenciones sociales y culturales que enmarcan y moldean el embarazo y parto, alejándolo, de un proceso totalmente fisiológico.

El interés de señalar esta postura radica en ilustrar cómo en la actualidad se establece modelos de atención vinculados a una ideología de producción, similares a una fábrica en el cual la mujer gestante se dirige a parir en un lugar físico desconocido donde imperan reglas a seguir, relaciones jerárquicas y un conjunto de máquinas y herramientas necesarios para la reproducción social. En este sentido, el cuerpo de la mujer se encuentra desplazado al dominio de los profesionales que la asisten, retomando los aportes de Heritier (2007) comprendemos que el mismo se cristaliza también en forma de supervisión de la eficacia del proceso de gestación-nacimiento, obteniendo como resultado la disociación entre el propio cuerpo y el sujeto.

De acuerdo con Marx, el cuerpo es entendido como producto de las relaciones sociales, de producción y de trabajo. El capitalismo hizo uso de la fuerza de trabajo, en un sistema que demandaba generar ganancia a través de un "cuerpo explotado" y "enajenado".

Podría expresarse que la fuerza muscular entrenable del trabajador, su energía y resistencia transitaron a ser objetos de explotación capitalista; el cuerpo se apostó como un cuerpo objetivo, manipulable, dominable, una herramienta para la expansión del capital. (Barrera Sánchez, 2011).

Siguiendo esta analogía, en primera instancia como se hizo mención recientemente la mayoría de las entrevistadas manifiestan que se les practicó amniorrexis, dejándose observar durante la entrevista a Silvina y a Yesica, cuando se les pregunta por su experiencia de inducción del trabajo de parto.

> *Bueno fue bastante doloroso, porque en el momento que me dijeron que estaba en trabajo de parto, la obstetra del materno me metió la mano y me hizo romper las membranas para que se acelerara y fue muy doloroso. (Silvina).*

> *Yo fui* [al hospital] *porque los últimos dos controles no me los hice, y como esa era mi fecha de parto fui, y bueno me atendieron, me internaron y ese mismo día lo tuve, mi mamá me acompañó pero yo pensé que iba a tardar para tenerlo les dije que se fueran. Ellos me pusieron un goteo, me pusieron catéter, suero y ahí me metieron, yo no sabía que era. (Yesica).*

Estas experiencias nos permiten aproximarnos a la idea de que si bien, el parto transcurre por el cuerpo de las mujeres el control sobre este no le pertenece, ya que el parto debe transcurrir bajo el dominio, coherencia y objetividad de las intervenciones médicas. A su ingreso al hospital, ellos deciden la postura del cuerpo, cuándo acelerar el parto y no siempre responde a criterio médico si no que se da con la finalidad de que el parto avance más rápido.

De esta forma, se produce una despersonalización de la mujer gestante, convirtiéndose una vez llegada al ámbito hospitalario en un medio para obtener un fin, de manera que bajo este último, se avalan prácticas protocolizadas:

> El contexto hospitalario se convierte en una fábrica, donde el interés reside en el producto, no en el proceso, se considera que las mujeres son las trabajadoras, cuyas

> máquinas: sus úteros, requieren un control externo por los doctores (gestores), y en el que priman la efectividad, la división del trabajo en tareas, el control del tiempo, de modo que se codifica a la parturienta y se incorpora a un proceso protocolizado en la que se la despersonaliza. (Narotzky, 1995, s/p.).

Desde esta línea de análisis, es que se hallan similitudes con el modelo de producción fordista, el cual surge a inicios del siglo XX, caracterizándose por la estandarización de los procesos productivos, la especialización en la producción para un solo tipo de producto y la producción en masa. De esta misma manera, la institucionalización de los procesos reproductivos, que se propuso el objetivo de reducir la mortalidad perinatal, neonatal y materna, devino en una búsqueda sistemática por parte del MMH de dominar, controlar y mecanizar los partos, lo cual se expresa en el intento de establecer tiempos "normales" de duración del proceso, adaptación de un modelo de dilatación cervical estándar, intervenciones automáticas predeterminadas que posibilitan adecuar los partos a los modelos científicos preestablecidos.

Por otro lado, entendemos que los discursos sociales sobre la maternidad generalmente se centran en el hijo-producto, y esto significa que se sigue el esquema capitalista de enfocar lo que se vende en el producto visible final a expensas de ocultar el proceso de producción. (Rosenberg, 2005).

En el marco de un sistema de salud hegemónico, centrado en lo biologicista, la rapidez con que se pretende finalizar con cada proceso (de parto) responde a la necesidad de obtener un producto (bebé) "apto" y en "buenas condiciones" por medio de prácticas estandarizadas, a través de las cuales el profesional controla que el proceso de parto se esté dando de acuerdo a la velocidad que se considera que es "normal", cuando en realidad cada cuerpo atraviesa sus propios tiempos.

En esta línea, el sometimiento desde lo corporal que se da en un trabajo de parto es en parte un *continuum* de lo que sucede en la "fábrica" y en los diversos trabajos propios del

modo de producción capitalista; donde se produce una regulación de los cuerpos y se fabrican esbozos de sentir, pensar, actuar, desconectando al ser humano de la escucha de su propio cuerpo, a partir de formas adecuadas de sentir, expresar, vivir. (Rabinovich, 2018).

De esta manera, el parto en el hospital pasa a ser atendido como una producción en serie, el objetivo es finalizar en el menor tiempo posible un proceso de parto para inmediatamente continuar el siguiente, deshumanizando así la vida, como si se tratara de un mismo modelo, un mismo producto y de una producción en masa. Lo mencionado se deja observar en la entrevista a Yesica cuando expresa, "*llegue a las 8am y me dijeron "si no nace para las 18 te hacemos cesárea" y nació 17.59".*

Hoy en día el proceso de gestación, parto y nacimiento se ve envuelto en un modelo hospitalizado, científico y tecnológico, un acontecimiento que aísla a la mujer de la red afectiva que la rodea, para estar en manos del personal sanitario quienes participan, dirigen y deciden, a través del uso de tecnología y la medicalización, allí donde solo se utilizaban métodos naturales. (Sadler, 2003).

Existe una lógica productiva que atraviesa nuestros cuerpos de mujeres en el momento de parir que no tienen nada que ver con la realidad de nuestros cuerpos de mujer a la hora de parir. Esa lógica productiva que atraviesa a todas y todos, llega a este lugar y hace lo que está haciendo, que es estandarizar un proceso que es absolutamente propio de cada mujer y que no tiene nada que ver con la lógica productiva.

CAPÍTULO III

PRÁCTICAS Y POTENCIALIDADES DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA PREVENCION Y ERRADICACIÓNDE LA VO.

El siguiente capítulo está centrado principalmente a la revisión de discursos y prácticas establecidas en el CAPS, objeto del presente estudio, a través de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud, de las áreas de la Lic. en Obstetricia y Lic. Trabajo Social. Así mismo los apartados se encuentran divididos en:

- Sistema de Salud: Teniendo como objetivo desarrollar la constitución del sistema de salud Argentino, haciendo foco en el CAPS Ameghino.
- Políticas públicas, proyectos y programas en promoción y prevención de la VO: Se buscará remarcar la herramienta existente para su abordaje.
- Condiciones de trabajo de los profesionales de la salud: En dicho apartado se indagará en las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud y sus transformaciones.
- La atención obstétrica como trabajo emocional: Se intenta profundizar en aquellos aspectos que resultan fundamentales para transitar una atención desde lo emocional durante el proceso de parto y nacimiento.
- Hilos invisibles de la reproducción de la VO: El siguiente apartado tiene como fin recuperar prácticas y discursos actuales del MMH que constituyen los hilos invisibles de la reproducción de la VO.
- Un horizonte a seguir. Experiencias de prevención, erradicación y reparación: El siguiente apartado tiene por objeto exponer otras miradas para identificar las

transformaciones que se están dando en los modos de acompañar la gestación y parto.

III.1 Sistema de salud

Para comenzar, se considera necesario definir a la política sanitaria Argentina a partir de 1990 como "modelo pluralista de competencia regulada, en el cual distingue -al igual que en el período anterior- una etapa de formación, hasta la grave crisis de fines de 2001, y otra de institucionalización, desde principios de 2002 en adelante" (Arce, 2013, p. 28). Dentro de esta etapa se tuvo como característica el interés de re-definir y especificar las funciones del estado en el sistema de salud.

El autor explica que el pluralismo de los recursos de salud se debe a la existencia de diferentes subsectores de salud que operan simultáneamente fragmentando la atención. Está compuesto por tres subsistemas, públicos, obras sociales y medicina pre-paga.

Es así, que uno de los problemas centrales en el área de salud se ve reflejado en la heterogeneidad imperante en esta, en tanto la fragmentación de las diferentes instituciones que las componen constituye un rasgo distintivo, en el cual, la falta de coordinación y articulación imposibilita la formación de un "sistema formal" de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. (Acuña, 2002. p. 4).

Dentro del sistema de salud existen, como ya se mencionó, serios problemas de fragmentación, entre y dentro de cada subsistema, dado por la falta de integración y coordinación. Ello genera dificultades de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios. Según el autor:

En el caso del subsector público, tradicionalmente se ha observado la existencia de una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (Nacional, Provincial, Municipal). En el caso de los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación. (Acuña, 2002, p. 4).

TABLA N°4: SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Sector	Público	Seguridad Social	Privada
Recurso	-Nacionales -Provinciales -Municipales	-Nacionales - Provinciales -Contribuciones de los trabajadores -Contribuciones de los empleadores	-Individuos -Empresas
Prestadores del servicio de salud	Compuesto por Hospitales y centro de salud, estructurado en 3 niveles de atención	Establecimientos de salud y profesionales	Establecimientos de salud y profesionales
Usuarios	Universal	-Beneficios de las pensiones no contributivas. -Trabajadores y sus beneficiarios/jubilados	Personas con capacidad de pago.

Fuente: Elaboración propia (Mar del Plata, 2022).

Cabe mencionar, que este sistema de salud se debe en gran medida, a las políticas públicas implementadas por diferentes gobiernos pero que se vieron acentuadas desde la década de 1990, en medio de un proceso de reforma estructural de las funciones del Estado y políticas de ajuste, acorde con las recomendaciones del Consenso de Washington.

Estas series de medidas no dejaron ajenas al sistema de salud, la cual se vio enmarcada por la injerencia de diferentes organismos e instituciones internacionales, en recomendaciones sobre políticas sanitarias. En tal sentido, hubo dos informes del BM que permiten entender los cambios en el sistema de salud, de entonces, "El financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo" (1989) e "Invertir en Salud" (1993).

En este marco, se llevaron a cabo tres políticas centrales que marcaron al sistema de salud: la privatización, la descentralización y el cobro por los servicios de salud, la cual derivó en su fragmentación haciendo posible la apertura de la salud al mercado. Sin dudas la falta de coordinación centralizada que garantice una cobertura médica de calidad como objetivo central, propició y derivó, en una creciente mercantilización del sistema de salud, lo que aumentó la inequidad en su cobertura. (Gieco, 2014, p. 4).

En tal sentido, cabe resaltar que fue durante este periodo que se establecieron diversas normas en pos de instituir la libertad de elección de las obras sociales por parte de las personas, dado que hasta ese momento cada trabajador estaba obligado a afiliarse a la obra social, según su actividad, sin poder cambiarla. No obstante actualmente la nueva norma instaurada en el año 2021 establece la obligatoriedad de permanencia de un año en la obra social propia del sindicato correspondiente a la rama de actividad, pasado el año se puede elegir libremente.

La presente investigación se encuentra enmarcada en el sistema de salud público, tomando como caso de estudio la experiencia de atención de gestación-nacimiento vinculada con el CAPS Ameghino, de gestión municipal, por lo que nos detendremos con mayor atención en este sector. Este sistema provee servicios de salud de forma gratuita a toda la

población, a través de una red de hospitales públicos y centros de salud, distribuidos este último estratégicamente por los barrios de la ciudad. Abarca en su mayoría a grupos sociales de bajos ingresos, es decir que la población que se constituye en demanda mayoritaria de este subsector, es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores. En palabras de Czeresnia:

> La salud pública, es la actividad destinada a mejorar la salud de la población. El objetivo de la salud pública es evitar enfermedades, prolongar la vida y desarrollar la salud física, mental y la eficiencia, a través de esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del medio ambiente, el control de las infecciones en la colectividad, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico precoz y prevención de las enfermedades. (Czeresnia, 2006, p. 21).

En tal sentido el sistema de salud argentino, se puede clasificar en niveles de atención los cuales estos son "una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven." (Vignolo, 2011, p. 2).

Siguiendo al autor se dividen en:

-El primer nivel, el mismo es el nivel más cercano de contacto con la población. Está dado por la organización de recursos que permiten resolver las necesidades de atención básicas, solicitada por la comunidad. Se realizan actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y procedimientos de recuperación y rehabilitación de baja complejidad. Se caracteriza por su amplia accesibilidad a la población a través de sus consultorios, policlínicas, centros de salud etc. Sosteniendo el autor que llega a resolver el 85% de los problemas prevalentes.

-El segundo nivel de atención, está comprendido por hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia,

cirugía general y psiquiatría. Buscan dar respuesta a diferentes grados de complejidad, que son por lo general, identificados y derivados desde el primer nivel de atención.

-El tercer nivel de atención, está orientado a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

TABLA N°5: NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD

Niveles de atención	Cobertura	Objetivo	Prestación
Primario	Universal en función de las necesidades de la comunidad. Es de menor complejidad.	Promoción de salud. Prevención de la enfermedad. Rehabilitación y promover de la participación ciudadana.	Pública
Secundario	Destinado a una atención de mayor complejidad	Reducir las consecuencias más graves del padecimiento, mediante el diagnóstico y tratamiento precoz.	Pública Privada
Terciario	Atención especializada de alta complejidad	Reducir el progreso o las complicaciones de un padecimiento ya establecido.	Pública Privada

Fuente: Elaboración propia (Mar del Plata, 2022).

A partir de lo mencionado se puede comprender que la medicina y la salud pública son intervenciones sociales, en tanto las particularidades en salud de cada población se vinculan

con sus condiciones de vida y para ello se articula diversas actividades encaminadas a abordar las necesidades y los problemas colectivos en el ámbito de la salud y sus causas.

III.1.2 CAPS Ameghino de la ciudad de Mar del Plata

La institución de referencia en nuestro caso de estudio es el CAPS Ameghino de la ciudad de Mar del Plata, que pertenece al partido de General Pueyrredón, Buenos Aires, Argentina.

Según los datos oficiales difundidos por dicho organismo municipal, los nacimientos en el año 2019 ahondaron en la cifra de 7.860.

A través de las entrevistas a informantes claves se intentará reconstruir las instancias de acompañamiento en la gestación.

En este sentido, la atención obstétrica y pediátrica del mencionado CAPS se desarrolla a partir de los lineamientos principales del plan NACER-SUMAR, el mismo está en funcionamiento a nivel municipal desde el año 2009, implementado por el Ministerio de la Salud de la Nación, en el marco estratégico del Plan Federal de Salud buscando lograr mayor equidad en el acceso a los sistemas de salud. Se presenta con los objetivos de:

- Reducir la mortalidad materno-infantil
- Aumentar el acceso y la cobertura formal de la población en materia de salud
- Fortalecer la capacidad del primer nivel de atención en las jurisdicciones asistidas
- Promover la participación social.

Por otro lado propone los siguientes beneficios:

Beneficios para la embarazada: prueba de embarazo; cinco (5) controles de embarazo (pesar y medir a la embarazada; revisar las mamas; medir la panza; escuchar los latidos del bebé; hacer un papanicolaou); educación e información sobre: cuidados durante el embarazo, luego

del parto y del recién nacido, Situaciones en las que se debe consultar con urgencia durante el embarazo y luego del parto, lactancia materna, actividades para reducir el tabaquismo, consejería sobre métodos anticonceptivos; odontología; análisis de sangre y orina; grupo sanguíneo, chagas, sífilis, SIDA, cultivo de orina, etc; vacunas: dos dosis de vacuna doble (tétano y difteria) en el embarazo y una dosis de vacuna doble viral (sarampión y rubéola) luego del parto; dos (2) ecografías; parto atendido por especialistas en el hospital; atención del recién nacido; derivación en caso de emergencia a médicos especialistas (nutricionista, asistente social, psicólogo).

En este marco, la mujer cuando llega al sistema de salud, tiene la posibilidad de solicitar en cualquier momento del día el turno para su primer control, y en la etapa más álgida de las restricciones por la pandemia COVID-19, debía llamar al centro y solicitarlo telefónicamente. El equipo interdisciplinario de la salud está compuesto, por lo general, (ya que este puede variar) por las siguientes especialidades: enfermería, medicina general, fonoaudiología, ginecología, obstetricia, odontología, otorrinolaringología, pediatría, terapia ocupacional, trabajo social, psicología y psiquiatría.

En cuanto al primer acercamiento a la APS ante la detección de un embarazo, la persona gestante solicita un turno al CAPS. El día designado la gestante es atendida por un profesional de la medicina, pudiendo ser de diversas especialidades, entre ellas: Obstetricia, ginecología y médicos generalistas, quienes se encuentran habilitados para realizar los controles de embarazo.

Durante el primer control la persona gestante es atendida por alguno de los profesionales mencionados, el cual le hace las preguntas de rutina conforme a su etapa gestacional, para luego realizar los chequeos correspondientes, entre ellos: la presión, peso, y la aplicación de las vacunas contra la gripe, triple bacteriana acelular y la hepatitis B, en caso de no poseerlas.

A partir de ello, los controles van hacer programados cada un mes y se le solicitará la consulta con nutrición, servicio social y odontología dentro del mismo mes, ya que el primer control del embarazo es una apertura a conocer toda la salud de la mujer referente a su estado nutricional, y evaluar si se necesita algún aporte o disponer de algún recurso para que transite lo mejor posible a nivel nutricional y en lo odontológico.

En cuanto a la entrevista con el área de Trabajo Social, tiene como fin conocer integralmente la situación de la gestante. Reconocer si es necesario trabajar sobre la gestión relacionada con la Asignación Universal por embarazo, conocer en qué contexto se va a atravesar ese embarazo y si es necesario algún otro acompañamiento referido a la salud mental, si está atravesando alguna situación de pareja poco favorable o se encuentra con algún vínculo comprometido que requiera asesoramiento.

Dichas consultas se encuadran en los protocolos de actuación que tiene el Programa Municipal de Atención a la Mujer Embarazada.

El CAPS Ameghino forma parte del sistema de salud público donde se ubican tres jurisdicciones: el nacional, el provincial y el municipal. En el partido de General Pueyrredón se encuentran dentro de la jurisdicción Nacional el Instituto Nacional de Epidemiología -que en la actualidad sólo funciona como un instituto de investigación y docencia- y el Instituto Nacional de Rehabilitación Psico-físico del Sur (INAREPS). A la jurisdicción provincial pertenecen los dos Hospitales Interzonales que responden a las necesidades de toda la Zona Sanitaria VIII: el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) y el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI). Por último, bajo la jurisdicción municipal podemos encontrar la APS, que concentra diferentes CAPS en todo el Partido de General Pueyrredón y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA).

El Partido de General Pueyrredón cuenta con 32 CAPS, de los cuales, 6 de ellos atienden guardias las 24 horas y los 18 CAPS restantes atienden 8 horas diarias, de lunes a viernes. Su distribución está realizada en forma estratégica por los diferentes barrios de la

ciudad. Es importante mencionar que no todos los barrios cuentan con un CAPS, lo cual genera una mayor demanda al HIGA.

En este marco, se considera de gran relevancia poder marcar la diferencia entre el nivel primario de atención de la salud y la atención primaria de la salud. En tal sentido, se entiende que el nivel primario de atención es una organización del sistema de salud que corresponde a un paradigma médico y biologicista, pensado en base al binomio salud-enfermedad y no en forma de proceso, es decir, que está orientado a un paradigma curador de la enfermedad. (Vignolo, 2011).

En cambio, cuando hablamos de atención primaria de la salud nos referimos a una estrategia sanitaria que fue definida como:

> La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (Alma Ata, 1978, p. 1).

Es decir, es un tipo de estrategia que implica adentrarse no solo en la satisfacción de las necesidades curativas, sino también posibilita dar respuestas a las problemáticas sociales de diversa índole, permitiendo a su vez la construcción de un vínculo a largo plazo. Es un tipo de atención, que se reflejó en la entrevista realizada a la Lic. en Obstetricia del CAPS Ameghino:

> *Lo bueno de estar en la salita hace mucho tiempo, hace que vos los conozcas, entonces cuando abrís la puerta no ves a una paciente, sino ves a "Florencia" que hace una año le controle el embarazo y controle a su bebe, entonces ya hay otro tipo de comunicación y si tienen algún problema vienen y te lo cuentan directamente, a mí*

por ejemplo, nadie sabe mi apellido todos me tratan de "Meli o Melisa", la verdad que eso a mí me encanta, por ahí hay gente que es más distante y demás, pero a mí, que las pacientes se acuerden como me llamo o que me busquen cuando me necesitan eso es lo que me gusta, más que nada con el tema de las adolescentes cuando se mandan alguna macana o no saben cómo solucionar, que vengan a la salita y te golpeen la puerta eso a mí me reconforta bastante.

Que no te vean como algo automático que se preocupa solo por los análisis y los controles, como algo chocante sino de generar empatía de generar confianza, hay algunas paciente que vienen como con un armadura y que parece que vos no podes entrar, preguntas el nombre y parece que te ladran, pero uno tiene que ponerse a pensar también que tienen unas situaciones familiares que no son las mismas que las nuestras. (Melisa, Lic. en Obstetricia).

Es importante remarcar lo que resalta la profesional, en tanto, menciono la importancia de la interacción a través del uso del nombre de pila y no como un "paciente" anónimo, acciones o gestos que a su vez, favorecen a la construcción de un vínculo, y así garantizar el acceso a su consulta para una respuesta adecuada.

En tal sentido, el CAPS es el espacio más propicio para la construcción de un vínculo afectivo a través del abordaje integral en los diferentes aspectos que rodean al embarazo, estableciendo un lazo de confianza que transforme al profesional en un referente del cuidado de la salud de cada sujeto, basado en la comprensión de los factores emocionales, culturales y sociales, ya que no se trata del mero conocimiento de una serie de técnicas-saberes estandarizados.

Si bien es un tipo de estrategia que puede ser aplicada a todos los niveles de atención, la inserción de los profesionales en la comunidad permite tener su visión integral de la misma y poder actuar conforme a las necesidades de la población demandada, tal como menciono la Trabajadora Social del CAPS Ameghino:

Los trabajos en el territorio son múltiples y diversos, te cuento los últimos que venimos trabajando, a raíz de una solicitud del equipo de aldeas infantiles, que es una ONG que alberga niños y adolescentes con situaciones legales e hicimos un taller de educación sexual integral, participamos nosotras, médicas clínicas y generalistas, fueron 4 encuentros semanales, repitiendo esa experiencia en el escuela 55 de la AV. Luro, hoy hicimos la articulación con el equipo de bromatología de la municipalidad para brindar una capacitación en los comedores barriales sobre manipulación de alimentos, el miércoles tenemos una jornada de prevención y promoción de la salud donde somos parte del equipo de Ameghino donde eso ya lo venimos haciendo hace varios meses, tratando de tener presencia de la sala en terreno, yendo a los distintos barrios" (Marina, Trabajadora Social).

Consideramos fundamental, reivindicar la importancia y el compromiso de los profesionales que realizan trabajo territorial, atendiendo a la complejidad macro social y a su singularidad local, construyendo a partir de la acción y reflexión, sobre la complejidad de las problemáticas sociales.

Por otra parte y en relación directa con la temática abordada, el acompañamiento que se le brinda a la mujer gestante desde el CAPS, a través del equipo interdisciplinario es esencial no solo para la prevención o tratamientos de enfermedades, sino también para garantizar el acceso a la información, la cual resulta vital para decidir.

La primera atención por primera vez por embarazo, por general pasa por la médica generalista, la primera consulta y después se la deriva a obstetricia, obstetricia la idea es que nosotras veamos al 100% las embarazadas(...) y después bueno, puede haber otros profesionales que intervengan, vacunas que siempre hay una vacuna indicada para la embarazadas, enfermería, nutrición, también puede ser por derivación psicología, bueno, de acuerdo a cada situación en particular se puede derivar a otras áreas también.

La información es poder para la persona que lo conoce, hay que ver también que tenga las herramientas, la capacidad de empoderarse en ese momento tan particular de la vida de la mujer de poder reclamarlo, dimensionarlo, exigir ante los profesionales, ante una institución que puede ser intimidante o sobre la persona que me acompaña pero conocerlo y saber que existe" (Marina, Trabajadora Social).

Este fragmento de la entrevista, refiere a una actitud ético-profesional en cuanto a la relación profesional- paciente en el cual, la información es una herramienta de gran valor en la construcción del ejercicio de derecho del paciente y ello, conforme a uno de los principios básico del Código de Ética del Trabajo Social, en tanto "tiene la responsabilidad de encauzar sus conocimientos y capacidades, hacia el desarrollo de los individuos, grupos y comunidades" (1996. p. 1).

Lo mencionado queda enmarcado en los objetivos planteados por el Ministerios de Salud Pública en tanto menciona que:

> Una meta prioritaria en la atención a la mujer embarazada será generar un ámbito propicio para el intercambio de información con el objetivo de empoderar a las mujeres. Esta línea de pensamiento y acciones coincide con un fuerte cambio que tiene que operarse en la relación equipos de salud – mujer usuaria, para pasar de una relación de tipo técnica a otra donde se jerarquiza el principio bioético de autonomía y la atención a la integralidad de la persona implicada. (Ministerio de Salud Pública, 2014, p. 13).

Si bien lo mencionado constituye un derecho de las gestantes, durante el desarrollo de la entrevista, se pudo advertir que no siempre es prioridad por parte de los profesionales que conforman los equipos de salud, ya que, no logran dimensionar el estado de vulnerabilidad que gira en torno a ella, obteniendo como resultado la minimización de una problemática latente en gran parte de las mujeres. Reflejándose en el siguiente fragmento:

Tenemos ese folleto, podríamos buscar otra cosa pero quizás dentro de lo que te decíamos la otra vez, es que quizás de la complejidad que atendemos, el nivel de complejidad social todavía no llegamos a ese tema, a trabajarlo en profundidad. (Marina, Trabajadora Social).

Este a perspectiva corre el riesgo de subestimar tanto a la problemática como a las pacientes, al disminuir la carga de esas violencias y, a las vez, la capacidad de agencia de las mujeres para percibirlas. Ello permite interpretarlo como un sesgo sociocéntrico que "consiste en centrarse en la realidad social que a uno le es familiar y anteponerla como la escala de valor para interpretar al otro, lo nuevo o lo extraño" (Pérez. 2004, p. 5). Así, suponer la prevención en VO no es relevante en comparación a otras urgencias relacionadas con la maternidad es un discurso que queda entrampado en la representación de la disputa por los derechos del parto y del nacimiento como una preocupación de mujeres privilegiadas. El riesgo es que esa postergación constituye a la postre un obstáculo para la efectivización de los derechos en las mujeres que transitan por el sistema público de salud.

Asimismo dicha situación refleja la limitada sensibilización de los equipos de salud en torno a la problemática. En parte, la relativamente reciente construcción de la VO como un tema presente en la agenda científica con perspectiva de género, se traduce en su incipiente presencia en las formaciones profesionales de grado y en la actualización profesional de los equipos de salud. Ello atenta contra las oportunidades de un abordaje integral. Consideramos pues que no se pueden fragmentar los abordajes según el nivel de complejidad, sino que se requiere una mirada integral y situada de la realidad, como plantea Edgar Morín (1994) "Concebirla como un tejido con diferentes partes que son inseparables y se encuentran íntimamente asociadas, ya que no se piensan distintas, separadas no comunicantes, sino que todas ellas forman parte del todo" (p.56). Con respecto a lo que menciona el autor, se debe atender a la realidad desde su complejidad, que implica no recaer en una cuestión unicausal,

ya que se recaería en una mirada simplista y reduccionista, si no que requiere de un análisis en mayor profundidad, dando espacio a la interpelación y cuestionamientos.

III.2 Políticas Públicas, Proyectos y Programas de Promoción y Prevención de la VO

Contemplar al Estado como actor implica revisar su rol por acción y también por omisión. La construcción de un diseño de política pública resulta imprescindible para favorecer transformaciones estructurales en los criterios y modos de atención sanitaria. Su ausencia constituye por sí misma un mensaje de postergación o exclusión de los temas no contemplados en la agenda de política pública. En este sentido, el Trabajo Social desempeña un rol sustancial, al constituirse como profesión especializada en el diseño, implementación y evaluación de la política pública. Asimismo, incorporar esta perspectiva nos ubica en una escala de análisis que trasciende las especificidades locales y del caso observado, y a su vez las contiene.

Se comprenden políticas públicas como:

> Todas las acciones o inacciones del Estado que buscan dar respuestas a las demandas de la sociedad en formas de normas, prestaciones, bienes y servicios. Involucran decisiones de varias organizaciones que expresan un modo de intervención, y el Estado actúa sobre sus acciones u omisiones ante una cuestión social problematizada. (Becher, 2014, p. 78).

En este marco el Estado debe garantizar el efectivo goce de los derechos de la mujer gestante, en el ámbito de salud, a través de la implementación de políticas, programas y/o proyectos destinados a una mejor atención respetando la diversidad cultural, los derechos concedidos por las leyes vigentes y perspectiva de género antes, durante y luego del parto.

Desde la esfera global, en el año 1994 en la conferencia internacional sobre la población y desarrollo (CIPD) se llegó a un acuerdo sobre la definición y características esenciales sobre salud reproductiva y sexual, partiendo de la definición de salud establecida por la OMS. Se define a la salud reproductiva como:

> La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y planificación de la familia de elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. (Organización Mundial de la Salud, 2003, p. 4).

Por lo mencionado, consideramos que la materialización de la salud sexual y reproductiva de las mujeres se visibiliza en los derechos sexuales -que incluyen el acceso a información en todo momento, experiencias de gestación y parto placentero, a no ser mutilados los genitales, entre otros- y reproductivos -que refiere a decidir si se desea tener hijos/as, a que se les garantice el acceso a un aborto legal, seguro y gratuito, si lo desea, y a una atención en la gestación, parto y nacimiento de calidad-. Por tanto, es esencial la existencia de derechos ya sea en el ámbito nacional o adherencia a tratados internacionales, acompañados de políticas públicas, programas y/o proyectos que garanticen la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En esta misma línea, a partir del año 2000 en conjunto con 188 países, Argentina se comprometió ante Naciones Unidas a cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en

el cual la salud materna es uno de los ocho objetivos propuestos que priorizan el descenso de la Mortalidad Materna e Infantil y que serán evaluados a fines del año 2015[15].

A partir de la adhesión al plan estratégico a nivel nacional las provincias tuvieron diferentes iniciativas en torno a la salud materna infantil, en las cuales se identifican varios modelos de trabajo y programas. Entre los más reconocidos, se encuentran:

*Fortalecimiento y Desarrollo de las Redes Perinatales: en vigencia desde agosto de 2012, permite la reorganización e implementación de redes perinatales, mejoras en la micro gestión de los servicios y en la calidad/ calidez de la atención en las maternidades y centros de atención primaria de salud. Es concebida como un modelo de organización para dar respuesta a los problemas de la embarazada y su familia, oponiéndose a las formas jerárquicas de organización (…) para esto resulta fundamental que los distintos niveles provinciales y municipales del sistema de salud trabajen articuladamente[16]. (p. 113)

* Modelos de Atención Primero Embarazadas (APE): surgió a mediados de 2011. Promueve que el sistema sanitario capte y se organice en función de sus necesidades, otorgándole a la embarazada la prioridad que se merece dentro del sistema sanitario. El propósito primordial es contribuir en la reducción de la morbimortalidad materno infantil, y el objetivo es mejorar la calidad de los procesos involucrados en la atención del binomio madre-hijo, brindando apoyo a la embarazada y su familia durante el control prenatal, el parto y el puerperio. Para esto se realizan acciones de capacitación a promotores comunitarios, administrativos y profesionales, observatorios de morbi-mortalidad materna e infantil, campañas comunicacionales y cambios organizacionales[17]

* Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF): se implementó en la provincia de Buenos Aires en junio de 2010 y actualmente suma 62 hospitales bonaerenses adheridos.

[15] La Razón de Mortalidad Infantil, ha disminuido de 19,8 por mil (1998) a 10,8 por mil (2013); sin embargo, la Mortalidad Neonatal continúa siendo importante y se relaciona en forma considerable con la tasa de prematurez. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf

[16] Información extraída de la Guía de Procedimiento para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio bajo riesgo. Rec: https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/repositorio/libros/elec119.pdf

[17] Ídem. p. 114.

Reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido, estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud y 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. La estrategia para la implementación del modelo MSCF abarca 10 pasos, que comprenden las distintas etapas y aspectos de la atención de la embarazada, desde su primer contacto con los servicios de salud hasta el alta del bebé en el seguimiento ambulatorio. Se implementan prácticas seguras y de probada efectividad, y se fortalecen otras iniciativas, como la de Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HIAMN). Además el modelo MSCF promueve la incorporación de la perspectiva intercultural en las prácticas cotidianas del personal de los servicios de salud, para contribuir a la aplicación efectiva del enfoque de derechos en el campo de la salud[18].

Desde el plano local, en la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredón se encontraron importantes proyectos, programas y/o estrategias de acción en torno a la temática que nos ocupa, la cuales constituyen herramientas valiosas para el abordaje desde el CAPS Ameghino, algunos de ellos son:

*Estrategia de promoción Familiar: Salud sexual y reproductiva: el plan estratégico de Mar del Plata y partido de General Pueyrredón, busca llegar a la población a partir del acceso a la información y consejería en materia de sexualidad, al uso y distribución de métodos anticonceptivos; la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual -incluyendo el HIV/SIDA y patología genital y mamaria- así como también la prevención del aborto. Incluye además el control del embarazo y el desarrollo de acciones específicas para disminuir los riesgos sanitarios en la población materna infantil[19].

[18] Ibídem. p. 114

[19] Plan estratégico de Mar del Plata y el partido de general Pueyrredón, fue el acontecimiento político más importante del año 2004.Rec:https://www.mininterior.gov.ar/planificacion/pdf/planes-loc/BUENOSAIRES/Plan-Estrategico-Mar-del-Plata-y-el-Partido-de-General-Pueyrredon.pdf

*Guía de maternidad segura y centrada en la familia" (MSCF): se basa en una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo 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 lactancia materna[20] (p.7).

*Curso y/o talleres de pre-parto: brindados en los distintos CAPS. La actividad está recomendada a partir de las 25 semanas de gestación y contempla seis (6) encuentros a desarrollarse de manera presencial.

*Programa de salud sexual y procreación responsable.

*Curso de yoga.

Lo mencionado expone algunas de las herramientas de las que dispone la APS para el abordaje en los CAPS Ameghino, ricas en contenido para pensar intervenciones interdisciplinarias y en virtud de ello, el reconocimiento y ejercicio de los derechos.

En tal sentido, cuando se les consultó a los profesionales del CAPS del presente estudio, sobre la disposición de programas o herramientas disponibles para la promoción de los derechos de las mujeres gestantes, la Trabajadora Social nos comentaba lo siguiente:

> *El folleto es información, así está el plan de parto, folletería que baja de provincia que han dado a los centros de salud para que las mujeres tengan acceso a esa información bajo un programa pero nosotras no tenemos como lineamientos, pero igual acá es muy libre nuestra posibilidad de trabajo, por ahora no hemos trabajado puntualmente, lo podríamos hacer pero todavía no y es en este centro de salud, quizás en otro centro de salud te cuentan otra realidad. También antes acá había el curso de*

[20] Guía de Maternidad Segura y Centrada en la Familia MSCF, Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación, 2011.

pre-parto que se daban en un momento en Ameghino pero por el tema de la pandemia y además porque no tenemos espacio físico no, pero si se retoma esos talleres si sería un tema. Programas seguramente hay porque por algo está la ley pero no nosotros estamos trabajando. (Tamara, Trabajadora Social).

En este punto se puede observar que la perspectiva de derecho queda invisibilizada ya que un folleto en sí mismo es insuficiente si no se lo acompaña de un diálogo con la utilización de un lenguaje situado y comprensible, que explique ¿qué se entiende por parto humanizado?, ¿qué entiende la madre por tal?, ¿qué decisiones debe tomar la madre y en qué momento? entre otras, es decir, implica intervenciones que permitan interpelar la realidad singularizada de las gestantes, para deconstruir conceptos, frases, modos o mandatos culturales, y que a su vez, permita generar los medios necesarios para la construcción de un sujeto de derecho. En palabras de Carballeda: "la intervención articula macrosocial y lo micro en la singularidad del padecimiento, y en la medida en que tengamos en cuenta esa articulación, se hará visible aquello que pertenece oculto" (2013, p. 90). En tal sentido, el Trabajo Social ocupa un papel importante como agente que media y a la vez valida información, en el camino de convertir los Derechos Humanos en realidades prácticas, ya que su intervención se sitúa en la potencialización de la autonomía de las personas, teniendo en cuenta el contexto local para superar los obstáculos que impiden el ejercicio del derecho efectivo.

Otro aspecto importante a destacar es lo mencionado por la profesional sobre la ausencia de lineamientos de abordaje para la implementación de la Ley N°25.929. Esta situación pone en evidencia la necesidad de líneas de acción estratégicas y obligatorias en todos los CAPS para el abordaje en prevención de VO. Para ello es fundamental que desde el Trabajo Social y en conjunto con todo el equipo de salud, se acompañe el proceso de gestación, conozcan y garanticen los derechos de las mujeres gestantes. En tal sentido, al

referirse a su capacitación durante la formación académica, los profesionales del CAPS pronunciaban lo siguiente:

> *No, porque surgió después que yo termine la facultad y la residencia, pero tampoco es como la gran crítica, tampoco se habla mucho. (Melisa, Lic. en Obstetricia).*

> *Por ahora no llegó el momento, por la pandemia y porque quizás no es un tema de agenda pero si desde el ámbito municipal, desde nuestra división si tenemos espacios de formación pero no específicamente de esta problemática. (Tamara, Trabajadora Social).*

Aquí vemos uno de los elementos que a nuestra consideración, contribuye a la reproducción de la VO: la ausencia capacitación del equipo profesional en salud sobre la normativa vigente sobre los derechos del paciente, durante su formación e incluso la promoción de capacitaciones durante su ejercicio profesional ya que, no se puede garantizar un derecho, si se desconoce del mismo. La implementación de capacitaciones específicas tiene el doble rol de jerarquizar el tema objeto de la formación y de ofrecer a los equipos sanitarios herramientas para efectivizar los derechos formalmente reconocidos. Al mismo tiempo que comunica el mensaje de que el tema importa, y con ello sensibiliza a los equipos profesionales sobre la necesidad de incluirlo en su agenda de trabajo de manera irrenunciable, promueve el acceso los saberes y modalidades de trabajo necesarias para que los derechos se constituyan en una experiencia palpable para las personas implicadas.

Por otra parte las entrevistas a profesionales del CAPS se vio enmarcada por las situaciones de gravedad que generó y sigue generando el contexto actual de pandemia por COVID-19, perpetuado en este caso, por prácticas implementadas que atentan contra la atención perinatal integral de las personas gestantes y el recién nacido, registrados en la reducción en los dispositivos en atención perinatal y en la vulneración de los derechos vigentes. Al respecto la Lic. en Obstetricia del CAPS mencionó:

Estamos medio complicados con eso de los programas por el tema de la pandemia por ejemplo, antes había cursos de preparto, Yoga, conocimiento del cuerpo y demás que están vigentes pero en algunas salas no se están dando, recién ahora están empezando a re-organizar otra vez a reactivar, porque con el tema de la pandemia todo eso se fue complicando un montón. (Melisa, Lic. en Obstetricia).

Como se deja observar, durante el contexto de pandemia y desde los primeros meses de implementación de las restricciones por COVID-19 se llevaron a cabo cambios drásticos en el sistema de salud debido a los protocolos de atención, los cuales han encrudecido la vulneración de derechos ya conquistados de mujeres en etapa de gestación y durante el parto, y además, del recién nacido. Esto se tradujo en:

> Por un lado, en un mayor intervencionismo obstétrico, con mayores tasas de inducciones, estimulación del parto, partos instrumentales y cesáreas, y por otro, en la limitación o ausencia de acompañante durante el parto o separaciones madre-recién nacidos muy traumáticas y raramente necesarias. (Olza, 2020, p. 1).

Si bien la llegada del COVID-19 no dio origen a la VO, dado que esta ya existe con antelación, su presencia aumentó, lamentablemente el riesgo de sufrirla. En tal sentido afirma la autora:

> La pandemia está aumentando el riesgo de sufrir violencia obstétrica y trauma en el parto (...) .La presión asistencial y la sobresaturación de los hospitales, así como la falta de experiencia sobre el comportamiento de este virus, han dado lugar en muchos centros a un cambio drástico. (Olza, 2020, p. 1).

En este marco, las urgencias de la pandemia han postergado la preocupación de prevenir la VO, lo que llevó a agravar y aumentar los riesgos, generando nuevos escenarios de vulneraciones a los derechos consagrados.

III.3 Condiciones de Trabajo de los Profesionales de la Salud

Para comenzar, importa mencionar que el trabajo ocupa gran parte de la vida cotidiana de cada persona y sin duda, la existencia de condiciones laborales precarizadas o ambiente regidos por la sobre exigencia de dicha actividad incide en el desempeño del trabajador/a, y en este marco, es que nos interesa indagar en las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud, siendo un área que en los últimos años ha sufrido grandes cambios. Para ello se identifica las ocupaciones del sector de salud como aquel que se caracteriza por ser una actividad de mano de obra intensiva, especialmente en el empleo de profesionales, por prestar un servicio de alta repercusión social y por poseer recursos humanos altamente calificados (Novick & Galin, 2003).

La atención en salud y sobre todo en la APS no es un servicio que se pueda posponer o suspender, por el contrario, implica una atención a demanda de las necesidades de la población y esto genera una sobrecarga laboral de los profesionales del sector.

Siguiendo a estos autores, entendemos que durante la década de 1990 a partir de las reformas del sistema, se inició un proceso de deterioro de las condiciones de trabajo que se profundizó con el progresivo aumento de la demanda de servicios de salud pública, en virtud de la precarización laboral traducida en pérdida de acceso a la seguridad social. Estas reformas se tradujeron en flexibilización y precarización laboral. De ello derivaron la proliferación del pluriempleo y la pluriactividad de los profesionales, la extensión de las jornadas de trabajo, las contrataciones precarias como formas de eludir la responsabilidad del Estado como empleador y las remuneraciones variables, entre otros.

Con respecto al pluriempleo tal como plantea Pautassi (2006) resulta contradictorio que en ámbitos de la salud se observe un fenómeno como la sobreocupación en tanto claramente puede afectar, al trabajador/a, como en la calidad del servicio que brinda.

De esta manera, la calidad de empleo va a afectar de manera directa al profesional y de manera indirecta al paciente, esto no implica necesariamente la existencia de malos tratos del profesional al paciente, sino también se expresa en la falta de tiempo y atención que se le brinda a la consulta, esto se visualiza en la entrevista a la Lic. en Obstetricia de la siguiente manera:

> *Yo al principio cuando arranque tenía 7 salas y fui y dije "che la verdad que no me puedo involucrar con nadie porque en la semana voy a 7 salas y no me involucro con la sociedad ni con el equipo, me parece que no funciona" entonces nos reunimos con varias compañeras y lo que hicimos fue que cada una tenga, según donde vivíamos o también el tema si teníamos transporte, auto o quien iba en colectivo y demás, de dividirnos más las salas y por lo menos vas dos días a esta sala, a dividirnos un poco más y ahí logramos que cada una tenga de 3 o 4 salas y eso mejoró un montón, con la pandemia planteamos no movilizarnos tanto, porque antes íbamos a la mañana y a la tarde y era un desborde mental, no estaba bueno, y además era eso, no podíamos terminar de hacer algo que ya teníamos que irnos, se planteó eso y hoy casi finalizando la pandemia, tenemos una sala por día. (Melisa, Lic. en Obstetricia).*

Con respecto a la pandemia por COVID-19, la misma afectó significativamente al sector salud y al desarrollo de las actividades de los profesionales, algunos de los efectos se han observado a través de: déficit en la seguridad y la salud en el trabajo, incluyendo la exposición al riesgo de contagio, jornadas más largas y mayor volumen de trabajo, aumento del estrés y mayores riesgos psicosociales, incremento de la carga de cuidado, pérdida de empleo e ingresos (East, Laurence & López Mourelo, 2020).

Como demuestra el estudio realizado por Karina Ramacciotti, en el marco del proyecto PISAC COVID-19 0022, se deja evidencia las situaciones adversas de trabajo que debía afrontar los profesionales de enfermería durante los primeros meses de pandemia: insumos escasos, desinformación, ausencia de una comunicación institucional clara y precisa

y el desgaste físico y emocional derivado de las exigencias y extensión de jornadas laboral. Afirmando que "no contar con los elementos de protección adecuados y la falta de comunicación institucional generó numerosas situaciones de inseguridad y tensión que se sumaron a las que tenían que atravesar por el mismo ritmo de trabajo" (Ramacciotti, 2022, p. 7).

Dichos efectos se ven reflejados en las entrevistas realizadas a las profesionales, sobre todo en el mayor volumen de trabajo, expresado por la Lic. en Obstetricia de la siguiente manera:

> *Nos decían 'cómo puede ser que ustedes tengan tanto trabajo si estamos en pandemia' claro, yo no veía a la gente COVID pero si la gente que se quedó sin obra social, las embarazadas fue tremendo, aumento muchísimo también el tema de embarazo no deseado por el tema de no ir a comprar o no buscar las pastillas anticonceptivas, nosotros no cerramos nunca, nunca dejamos de trabajar (...) hubo un momento que no tuvimos vacaciones, obstetricia nunca dejó de atender porque se atendieron las urgencias y el embarazo es algo que se atiende como urgencia, planificación familiar es algo que también se atiende como urgencia y es más no había ni siquiera horario, recién ahora estamos volviendo a los horarios fijos de planificación familiar, pero antes paciente que "caía" paciente que se le daba en cualquier momento las pastillas anticonceptivas, lo único que no se atendió fue el tema de los controles, los PAP, pero todo lo que era planificación familiar y control prenatal se atendió a demanda, y eso aumentó muchísimo, entonces nos vimos sobrecargadas, desbordadas" (Melisa, Lic. en Obstetricia).*

Con respecto a "la pérdida de empleo e ingresos" que mencionan las autoras, si bien en el caso de las profesionales entrevistadas, no se sufrió el desempleo, si el mismo se vio afectado, por un lado a raíz de aumento de la demanda en cuanto a la atención, puesto que la situación de crisis provocó la pérdida de empleo en gran sector de la población, perdiendo

también el acceso al sistema de seguridad social u obra social, por lo que los ciudadanos trasladan su demanda de atención al sistema público. Por otro lado, el Decreto 297/20 (19 de marzo de 2020) ha centrado su prioridad en la respuesta a la pandemia, como consecuencia, profesionales de la salud que realizan actividades menos vinculadas con la respuesta inmediata a la pandemia han visto reducido su número de consultas, sin embargo en lo que respecta a la profesión de Trabajo Social, esta situación pone en riesgo no solo el ingreso del profesional, sino también la calidad de la atención que la población recibe, ya que, si bien en la APS no se atendió directamente a pacientes con COVID-19, si desempeña una labor esencial para la población, un soporte y apoyo a los vecinos que sufren los efectos de esta situación emergente, esto se visualiza en la entrevista a la Trabajadora Social del CAPS Ameghino de la siguiente manera:

> *Entrevistadora: ¿El trabajo social fue incluido desde un principio como profesión esencial?*
>
> *Tamara, Trabajadora Social: La primer directiva desde secretaría de salud fue que solo atendían médicos y enfermeros, o sea, durante dos semanas a nosotras nos vetaron la posibilidad de venir a trabajar, seguíamos con una modalidad de teletrabajo, virtual o telefónica, pero eso duró dos semanas porque la división de servicio social en salud hicimos una nota diciendo que no estábamos de acuerdo y que nosotras evaluábamos que teníamos que tener presencia en los centros de salud como cualquier otra situación compleja de gripe, antecedente. Entonces, volvimos a trabajar en el CAPS primero era un día por semana, te cuento, primero era los miércoles a la mañana, después fue horario completo y enseguida, al mes en abril del 2020 ya estamos con horario completo, fue muy poquito tiempo, no queríamos estar excluidas del sistema de salud.*

Consideramos fundamental incorporar al análisis la cuestión de género y la desigualdad que esta presenta dentro del sistema de salud, y por otro lado los efectos que

recaen sobre la misma en el desarrollo de la mencionada emergencia sanitaria, que tiene estrecha relación con el incremento de la carga del cuidado, nos referimos al hecho de que el sector salud está compuesto en su mayoría por mujeres[21] quienes se ven afectadas en su vida pública como también privada, en tanto la pandemia ha provocado el cierre de escuelas y otros espacios de cuidado, aumentando así el tiempo que las familias dedican a este trabajo no remunerado, que recae históricamente sobre todo en las mujeres. Una situación que se agrava si tenemos en cuenta que una proporción muy alta de las trabajadoras de la salud son jefas de hogar con niños, niñas y adolescentes. Esto se expresa durante la entrevista a la Lic. en Obstetricia de la siguiente manera:

> *Somos todas mujeres jóvenes (las profesionales), que están empezando a quedar embarazadas o que tienen niños chiquitos o van por segundos o terceros hijos, estamos todas en edad fértil, entonces eso también estamos cubriendo muchas licencias" (Melisa, Lic. en Obstetricia).*

Consideramos que el pluriactividad que desempeñan los profesionales de la salud en su lugar de trabajo, en el caso de las profesionales mujeres tiene un agravante más y es el hecho de que en su vida doméstica ejercen tareas no remuneradas en el ámbito doméstico, referidas a la atención y cuidado de su familia y a la educación y crianza de sus hijos, de esta manera, las mujeres no solo sufren las desigualdades sociales y económicas que se presentan en el mundo laboral, sino que también se les confiere una carga agregada que es la responsabilidad del cuidado de sus dependientes, en la vorágine del desempeño profesional y las obligaciones domésticas difícilmente la mujer encuentre un espacio de descanso, esto tiene un efecto directo en la salud mental y el bienestar psicosocial, factor que va a repercutir en la atención que la profesional brinda en el marco de su desempeño laboral.

[21] Según la última Encuesta Nacional a sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad (ECETSS), 2 en Argentina hay cerca de 760.000 trabajadoras de la salud.3 Esta fuerza de trabajo representa el 70 por ciento del empleo en el sector y el 9,8 por ciento de las mujeres ocupadas. En comparación, el sector de la salud emplea solo al 3,6 por ciento de los varones ocupados.

En lo que refiere a las obstétricas[22], la deuda más grande está vinculada con la regulación de su profesión. Al respecto, un informe técnico realizado por las organizaciones Argentinas OIT, ONU MUJERES, y UNFPA[23] en el año 2020, en su ejercicio profesional la Obstetricia se enmarca en una Ley[24] Nacional que tiene 52 años, la misma plantea que las obstétricas son colaboradoras de la medicina, y solo hace referencia a la atención del embarazo, parto y posparto, sin considerar la salud sexual y acceso a métodos anticonceptivos, detección de enfermedades, entre otras incumbencias fundamentales y que en muchos casos ya realizan.

En tal sentido, a partir de abril del año 2019 existe un proyecto de Ley de "Ejercicio Profesional de las Licenciadas en Obstetricia", el cual ha sido foco de tensiones dadas las restricciones que implica al ejercicio profesional, tal es así que algunos sectores[25] han presentado formalmente su rechazo, justificando el mismo desde la diferencia en cuanto a la formación profesional entre médicos y obstetras. Dicho proyecto aún espera ser tratado en la cámara de senadores.

Esto refleja una deuda inconmensurable con la profesión, considerando que su labor es mucho más amplia de lo que la ley vigente expresa, y se trata no sólo de una deuda sino también de una vulneración de derechos que las profesionales enfrentan en el cotidiano de su vida laboral.

---

[22] Por Obstétrica se refiere a la formación de grado en la carrera en Lic. en Obstetricia que dura entre 4 y 5 años, mientras que un Obstetra es un médico con la especialización en Obstetricia.

[23] **OIT:** Única agencia tripartita de la ONU, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reúne a gobiernos, empleadores y trabajadores de 187 Estados miembros para establecer las normas del trabajo, formular políticas y elaborar programas promoviendo el trabajo decente de todos, mujeres y hombres.

ONU Mujeres: La Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, ONU Mujeres, basándose en la visión de igualdad consagrada en la Carta de las Naciones Unidas, trabaja para la eliminación de la discriminación contra las mujeres y las niñas; el empoderamiento de las mujeres; y el logro de la igualdad entre los géneros.

UNFPA: El UNFPA se denomina oficialmente Fondo de Población de las Naciones Unidas y es el organismo de las Naciones Unidas encargado de promover el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población

[24] Ley Nacional N° 17132 de Ejercicio de la medicina, odontología y "actividades de colaboración

[25] Asociacion de Medicos de la Actividad Privada (AMAP). "Incumbencias del médico, su vulneración por el proyecto de ley del ejercicio profesional de la licenciatura en obstetricia" Mayo 2019 https://www.notivida.org/boletines/1158_.html

Dentro de las condiciones laborales de los profesionales del sector salud, y en lo que refiere a la precarización laboral, es fundamental destacar las condiciones del lugar de trabajo en donde se desempeñan los profesionales. Por lo cual, "a las complicaciones mencionadas para el sector en general (…) se adiciona la cuestión del déficit de infraestructura y de insumos, que afecta tanto la calidad de atención como las condiciones de trabajo del sector" (Aspiazu, 2017, p.16). Estas ideas pueden verse reflejadas por la Lic. en Obstetricia de la siguiente manera:

> *Una compañera ecografista que tenía un problema con unos ecógrafos (...) hubo un problema con una de las máquinas que no funcionaba y en vez de tomar las represalias* [haciendo referencia a realizar el reclamo a quien corresponda para una debida solución del problema] *y decir "bueno listo, nos tienen que arreglar esta máquina porque así no podemos continuar" se siguieron dando los turnos y cuando venía la paciente se le decía que el ecógrafo está roto y listo. (Melisa, Lic, en Obstetricia).*

Asimismo, la profesional mencionó que la atención en el CAPS es de buena calidad, sin embargo reconoce fallas en lo que respecta al espacio laboral.

> *Acá la atención pública es excelente, es como todo, "lo atamos con alambre" hay un montón de cosas, de deficiencias y cosas burocráticas, a veces utilizas los contactos y los amigos de la residencia y nos pedimos ayuda sobre distintos temas, pero hay mucha humanidad y mucha empatía, funciona muy bien, tenemos más de 36 salas y todas tienen lo mínimo que necesitan. (Melisa, Lic. en Obstetricia).*

Observamos en este fragmento, un relato contradictorio por parte de la entrevistada, puesto que una atención excelente como se menciona, implica un abastecimiento real de los insumos y herramientas que todos los centros sanitarios y consultorios requieren, siendo insuficiente contar con "lo mínimo" que se necesita. Consideramos fundamental que cada CAPS esté abastecido no solo de equipamientos médicos sino también de recursos y

herramientas que mejoren la calidad de la atención. Entendiendo que la atención humana y empática resulta ineficaz si no se cuenta con los insumos médicos necesarios para ofrecer una atención realmente excelente a la comunidad.

Por otra parte, resulta una constante a nivel general un discurso en cuanto a normalizar la precarización del sistema referido a los recursos, materiales, tecnología etc. Esto se ve reflejado en la declaración de la Lic. en Obstetricia al referirse a la atención pública como *"lo atamos con alambre"* en el cual hay cierta aceptación de lo existente y no cuestiona la deficiencia o la carencia institucional.

Para finalizar, consideramos que una atención adecuada a las demandas de los pacientes está estrechamente ligada a las condiciones laborales de los profesionales que reciben dichas demandas y dan respuesta, entendemos que las modificaciones deben evaluarse de manera integral, abarcando no solo el aspecto laboral y económico del profesional, sino también aspectos sociales y culturales, sólo así los déficit en la atención se verán disminuidos.

III.4 La atención obstétrica como trabajo emocional

El desempeño profesional en el sector de la salud, al estar en constante vínculo con sujetos, está atravesado por innumerables formas de sentir y pensar que no pueden ser obviados, es por esto que resulta vital indagar y profundizar en el trabajo emocional que atraviesa (o debería) las relaciones entre profesionales y usuarios del sistema. En este sentido, entendemos al trabajo emocional como un "constructo multidimensional que hace referencia a la expresión de las emociones organizacionalmente deseables para influir en las interacciones con los clientes o usuarios en el trabajo" (Mababu Mukiur, 2012. p. 3).

Durante la atención al embarazo y parto, resulta necesario el apoyo emocional a las mujeres gestantes, el cual se da a través de una aproximación afectiva con palabras que incentivan su autonomía y capacidad, con un acompañamiento a través del cariño y la empatía. Por medio de tactos, masajes y del incentivo a la deambulación y a cambios de posición, se provee el apoyo físico, buscando siempre el confort de la mujer.

En este sentido, comprendemos que las licenciadas en obstetricia, parteras profesionales y matronas son profesionales de la salud cuya práctica consiste en:

> "la atención capacitada, experta y compasiva de las mujeres en edad fértil, personas recién nacidas y las familias en todo el proceso continuo del embarazo, el parto, el postparto y las primeras semanas de vida. Las características principales de este modelo incluyen la optimización de los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales normales de la reproducción y la vida temprana; la prevención y el manejo oportuno de las complicaciones; la consulta y derivación a otros servicios; el respeto a las circunstancias y opiniones individuales de las mujeres; y el fortalecimiento de las capacidades de las mujeres para cuidarse a sí mismas y a sus familias" (Renfrew, et al. 2014, p. 2)

Se trata de llevar a cabo una atención integral, no solo desde el punto de vista clínico y biológico, sino también desarrollar la atención clínica desde un abordaje emocional que considere aspectos culturales, sociales y emocionales.

De acuerdo con Lima da Motta "El concepto de apoyo emocional se fundamenta en tres aspectos básicos a través de los cuales guiaremos este análisis, estos son: lo emocional, lo físico y las informaciones". (2006, p. 4).

Aspecto emocional

Desde la institucionalización del parto en el siglo XVIII, en un contexto de revolución industrial, se comienza a modificar la forma tradicional de atención para llegar a ser en la

actualidad un modelo hospitalizado y centrado en la tecnología, así el parto deja de ser algo íntimo, privado y único de cada mujer, para ser un proceso puramente biológico, homogeneizado, y asistido por personal sanitario que, a través de medicalización y el uso de la tecnología, deciden de qué manera llevar a cabo el nacimiento.

Consideramos este el punto de inflexión en la atención obstétrica donde el embarazo y parto pasa de ser un acto puramente humano y emocional, a ser un proceso exclusivamente biológico y fisiológico en la institución. Como hemos visto en este análisis, este suceso convirtió a la mujer gestante en un objeto de intervención en manos de profesionales formados en un modelo tecnocrático de la atención:

> La mirada de una partera/obstétrica debería ser integradora de la mujer: que pueda entender qué le pasa a cada embarazada desde lo emocional, teniendo en cuenta su contexto cultural y social y no solamente desde el punto de vista fisiológico. (Schallman, 2007, p. 191).

Se trata de desarrollar una capacidad que debería adquirirse durante la formación académica y no considerarlo como algo intrínseco a la persona, es decir, no asumirlo como un saber profesional específico favorece la reproducción de sesgos de género, asumiendo que para el establecimiento de este tipo de vínculos, son más aptas las mujeres por el solo hecho de serlo. En este sentido, la autora expresa que:

> Las obstétricas no recibían formación académica que las ponga en contacto con lo que necesita el otro, con la agudización de nuestras percepciones para "escuchar" lo que dice y no dice cada embarazada, para entender y respetar que a veces necesita ser contenida corporalmente, otras que nos quedemos a un lado y otras que le sostengamos firmemente la mirada. (Schellman, 2006, p. 247).

Esta desvinculación de lo emocional puede enmarcarse como parte del proceso de profesionalización, donde el rol social femenino de asistencia a las mujeres -conocidas como

matronas, comadronas o parteras-, al constituirse en una profesión universitaria, los trabajos se reducen a tecnicismos procurando eludir saberes que también son necesarios para el ejercicio de la profesión, y que pueden incorporarse como saberes reconocidos en lugar de excluirse, para una formación holística de los profesionales de la salud. A decir: en palabras de Lima da Motta, entendemos que:

> Ante la intensidad emocional y física que la parturienta experimenta, es necesario estar atento a sus necesidades, las que van mucho más allá de los cuidados técnicos dispensados en las maternidades. La atención o acompañamiento ayudan a la mujer a pasar por esta experiencia propiciando beneficios físicos y emocionales (...) El apoyo emocional demanda la capacidad de escuchar a la parturienta y a su acompañante, de estar atento(a) a las necesidades de ambos, siendo importante también, el ser receptivo a las expresiones de amor, rabia, alegría y tristeza, entre otras, de acuerdo a lo que la parturienta esté viviendo en un momento determinado. Se torna necesario tener paciencia y asumir la posición de cuidador(a) y protector(a) para guiar a la pareja en el trabajo de parto. Al mismo tiempo, debe saberse a qué hora apartarse para propiciar momentos de intimidad. (Lima da Motta, 2006, p.3-15).

En referencia a esto, durante la entrevista con la Lic. en Obstetricia del CAPS Ameghino hubo una palabra que centró el relato de la profesional, esta fue "empatía", expresándose de la siguiente manera:

> *La empatía para mi es re importante, el conocer a la paciente, el que no te vean como algo automático que se preocupa solo por los análisis y los controles, como algo chocante sino de generar empatía de generar confianza, hay algunas paciente que vienen como con un armadura y que parece que vos no podes entrar, preguntas el nombre y parece que te ladran, pero uno tiene que ponerse a pensar también que tienen unas situaciones familiares que no son las mismas que las nuestras (...) uno tiene que generar esa empatía y ponerse en el lugar del otro, por ahí te dicen "no, no fui a hacerme los laboratorios" y si vos les decís (en todo de reto)"porque no te*

hiciste los laboratorios? No ves que si tenes algo eso le afecta al bebe?" no, tratamos de preguntarle porque no fue, que pasó, y ahí te cuentan, tenemos muchos pacientes que tienen a sus parejas en Batán (privados de su libertad), entonces tenes que ver ese contexto" (Melisa, Lic. en Obstetricia).

De esta manera, cuando se establece un vínculo con el otro a través de la capacidad de la escucha activa, el profesional expande su mirada focalizándose en las necesidades, deseos, miedos, perspectiva de la mujer gestante y no desde su propio sentir y saber.

Cuerpos que sienten

El proceso de embarazo y parto, al ser atendido por personal médico, en el marco de un modelo de salud tecnocrático, es decir fundamentado en el uso de la alta tecnología y la medicalización de la intervención, comienza a ser afectado por diversas prácticas rutinarias de las cuales hemos profundizado a lo largo del texto. Dichas prácticas intervienen directamente en el cuerpo de la mujer, sin embargo tiene efectos también a nivel emocional. Las mismas, al ser rutinarias, son en su mayoría innecesarias y afectan negativamente a la mujer gestante y al niño/a por nacer.

En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los/las bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto (OMS, 2018).

Como hemos expresado ya, resulta necesario incorporar una mirada integral de la mujer gestante, valorizando aspectos culturales, psicológicos y emocionales, en una atención interdisciplinaria, de esta manera se reducirán las posibilidades de que la mujer viva una experiencia de parto negativa, entendiendo que la aplicación de prácticas rutinarias sobre el

cuerpo de la mujer deja marcas visibles y no visibles que afectan a nivel psicológico y emocional, es por eso que abogamos por una intervención desde el cariño y la empatía profesional, por medio de prácticas que ayuden a la mujer gestante a superar su proceso de la mejor manera posible.

De acuerdo con la OMS (2018) existe una serie de recomendaciones para la intervención profesional en los proceso de parto, con la finalidad de asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto y mejores resultados centrados en la mujer, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina.

Consideramos fundamental que los profesionales tengan conocimiento y centren su intervención de acuerdo a los lineamientos que dicha directriz de la OMS propone, priorizando la voluntad de la madre, sus deseos y necesidades, acorde con las especificidades de cada proceso de gestación.

La información

Este aspecto se fundamenta principalmente en el (art.2) de la Ley N°25.929 el cual explicita que las mujeres tienen derecho a ser informadas sobre las distintas intervenciones médicas que pudieran tener lugar durante el embarazo, trabajo de parto, el parto y posparto de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

Informar a las mujeres gestantes es la herramienta principal con la que cuenta la APS para prevenir situaciones de VO durante el embarazo y el parto, brindarle apoyo y orientación acerca de las opciones que existen. Esto constituye un deber ético por parte del profesional, en tanto a través de la información se las empodera para que, a través de sus elecciones, tome el protagonismo de su proceso de parto.

En este sentido, retomamos el relato de las profesionales del CAPS Ameghino, destacando la importancia de mantener informadas a las mujeres gestantes que concurren allí

a realizar los controles prenatales, por su parte la Trabajadora Social lo expresa de la siguiente manera:

> *Nosotros hablamos como te decíamos la otra vez, lo que es plan de parto respetado a las embarazadas, hablamos de esto, que conozcan sus derechos, esta ley, que pueden presentar este plan de parto respetado en el materno pero bueno, lo nombramos para que las mujeres lo sepan y el o la acompañante también, que lo sepan, pero bueno, es más de manera individual este asesoramiento. (Marina, Trabajadora Social).*

Por otro lado, entendemos que una atención empática muchas veces implica iniciar una negociación con la paciente, en la cual la profesional es consciente de que una de las "partes" sentirá frustración por no alcanzar su objetivo y la otra se sentirá gratificada, puesto que esto implica ponerse en el lugar del otro, aun cuando esto signifique ir en contra del propio deseo profesional. A decir:

> En una situación de parto, podemos suponer que una embarazada quiere, por ejemplo, una cesárea y, en cambio, la partera quiere que tenga un parto por "vía baja", o viceversa. Alguna de las dos va a obtener una gratificación y la otra se va a sentir frustrada. A partir de tener conciencia sobre estos supuestos, entendí que no debo imponer a una embarazada, que debo respetar su necesidad y acompañarla en eso. y que la frustración debe ser mía, no de ella (...) esto nos llevará directamente a la redefinición de nuestro rol, que es de acompañamiento y servicio, y no de poder e imposición (Schallman, 2006, p.198).

En referencia a esto, la Lic. en Obstetricia enfatiza en la importancia de poder informar los derechos a cada una de las pacientes y en tal sentido lo expresa de la siguiente manera:

> *Cada una puede decidir de la forma que quiere parir, si queres tener parto normal o cesárea, eso es elección y nadie se puede meter, uno como profesional les puede decir "mira me parece si vos tenes 20 años lo mejor sería un parto normal por estas*

razones, lo ideal sería evitar una cesárea" pero bueno cada uno sabe, se conoce y sabe los medios que tiene y el umbral del dolor y hay que estar en esa situación" (Melisa, Lic. en Obstetricia).

El trabajo emocional es fundamental no sólo en atención a mujeres gestantes, sino también en aquellas que tienen el deseo de realizar una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Entendemos que la persona que transita esa decisión podría encontrarse en un estado de vulnerabilidad absoluta, con dudas, temores y probablemente con poco o nulo apoyo emocional, es por eso que es necesario contar con una red de profesionales aptos profesional y emocionalmente dispuestos a llevar a cabo el acompañamiento adecuado a la mujer que tome esta decisión.

En referencia a esto, la Lic. en Obstetricia relata de qué manera se desarrolla el acompañamiento que se les brinda en el CAPS Ameghino, a las mujeres que solicitan una IVE:

Cuando la paciente no desea continuar con el embarazo lo que hacemos primero es pedirle la fecha de su última menstruación y ver de cuántas semanas está, eso es fundamental, porque si ya tiene más de 14 semanas las tenemos que derivar al materno, si tiene menos de 14 semanas se puede hacer, desde nuestra profesión, nosotras lo que hacemos es organizar por ejemplo el laboratorio (análisis de sangre) que tenemos que pedir grupo y factor, explicarle cómo se hace, la medicación cada cuanto se coloca, las pautas de alarma, el control posterior, esto de hacerles sentir un apoyo, no juzgarlas, yo la verdad que estoy recontra a favor, así como estoy re a favor del control prenatal porque soy partera y soy obstétrica también estoy a favor de que la paciente pueda elegir sobre su cuerpo, tenes que tener una mente muy abierta y empática para ver la situación, estar pasando por una interrupción del embarazo no es nada lindo, a ninguna mujer le gusta hacer una interrupción del embarazo, esa es la realidad, no es nada lindo, todo lo que es físico duele muchísimo, emocionalmente

te destroza (...) uno puede estar a favor o no pero nunca te podes negar a explicarle y a darle como son los pasos a seguir" (Melisa, Lic. en Obstetricia).

La ley N° 27.610 de Acceso al IVE establece que el personal de salud debe mantener una escucha activa y respetuosa de las pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. La paciente tiene derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitada.

Conforme a lo dispuesto en la presente ley, "se debe suministrar información sobre los distintos métodos de integración de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles" (p.3). El personal de salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar la información de disponible sobre los derechos protegidos por la presente ley de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explicación. Así mismo, la Trabajadora Social lo expresa:

Nosotras no tenemos un equipo completo para poder hacer el procedimiento, lo que si nosotras hacemos y algunos profesionales también adhieren a esta postura, ofrecer el espacio de escucha de orientación de asesoramiento y después hacer la articulación con otra centro de salud, también podemos darles ya la orden de la ecografía, contarles un poco sobre el procedimiento, conversar algunas situaciones dudas y demás, pero tenemos que hacer la articulación con otro centro de salud donde haya un médico y es el que después va a monitorear la toma del misoprostol y bueno, otras cuestiones más médicas que nosotras ahí no podemos asesorar" (Tamara, Trabajadora Social).

Resulta crucial el apoyo, orientación y seguimiento de los profesionales en el proceso de post-aborto desde una mirada integral y empática, a través del cual se logre prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.

Desde el Trabajo Social entendemos la importancia del trabajo interdisciplinario en el acompañamiento a la mujer en su etapa fértil, y, sobre todo, destacamos la necesidad de una mirada integral de la situación de cada mujer, de manera personalizada y teniendo en cuenta todos los aspectos de su vida, los cuales van a tener influencia en las decisiones que la misma tome en cuanto a su vida reproductiva.

III.5 Los hilos invisibles de la reproducción de la VO

La tarea de problematizar, pensar y repensar el sistema de salud desde una perspectiva histórica y en relación con el contexto actual, nos impulsa a recuperar prácticas y discursos actuales del MMH que constituyen los hilos invisibles de la reproducción de la VO.

Desde este lugar, entendemos que la VO se enmarca dentro de un sistema de símbolos, discursos y prácticas que se presentan como superadores del hacer y saber tradicional, enmarcado como "primitivo" y establecidos con el objetivo de reducir la mortalidad materno infantil durante el parto, por medio del control sobre el cuerpo de la mujer y su reproducción y que en su defecto, funcionan como puentes facilitadores de la reproducción de la VO.

> Desde los inicios de la medicina moderna, la idea de que la fecundidad y la maternidad constituyen etapas de la vida de las mujeres que se deben subsumir al orden médico, fue tomando cada vez más fuerza. Estas maternidades intervenidas se desarrollan en su gran mayoría en torno de saberes científicos diseñados para su regulación y control. (Belli, 2013, p. 1).

En tal sentido, el siguiente apartado pone foco sobre el abordaje de las relaciones de poder ejercidas sobre los cuerpos de las mujeres durante la gestación con el fin de buscar la

obediencia y sumisión de los cuerpos femeninos, a través de la represión de sus emociones/instintos.

Ya al respecto, Foucault (1977) hacía referencia al siglo XVIII como la etapa caracterizada por la "represión sexual sobre la mujer", la misma funcionaba como una condena de desaparición, como orden de silencio y afirmación de inexistencia. Es decir, una asociación de la mujer ligada a la reducción del rol reproductor, que sin lugar a duda trasciende al modelo de familia burguesa. Este discurso gira en torno a las expectativas de abnegación asignadas al rol maternal, generando una imagen universal de instinto maternal innato, una vez que se constituye en madre. En este punto, es necesario deconstruir estas lógicas impregnadas hasta nuestros días, pues si pensamos al amor maternal como "un sentimiento humano […] es, como todo sentimiento incierto, frágil e imperfecto, contrariamente a las ideas que hemos recibido". (Badinter, 1992, p. 3).

Si bien en la actualidad hemos avanzado como sociedad hacia un mayor reconocimiento de los derechos femeninos y la visualización de las principales problemáticas que históricamente han empobrecido la vida social, laboral, familiar, de todas las mujeres, es importante reconocer que aún existen luchas por conquistar en el mundo de lo simbólico y lo discursivo, que se encuentran impregnados en el lenguaje cotidiano profesional y que silenciosamente producen y reproducen poder.

Es así que durante el desarrollo de la entrevista a la Lic. en Obstetricia, se pudo observar un modo de concebir al curso de pre-parto, que a nuestro entender, marca una relación asimétrica médico-paciente, propio del MMH, en referencia a la pregunta sobre el acompañamiento a la mujer gestante expresa:

> *A mí me gusta verla una vez al mes, tenga los resultados o no, porque eso te permite una continuidad del control (...) la compromete a asistir, si no le das un control programado, la paciente no va a venir. Creo que si me lo dan a mi o te lo dan a vos es totalmente distinto, a parte de otro tipo de educación tenemos otro tipo de objetivos*

por así decirlo, algunas pacientes no tienen las mismas posibilidades que nosotros y no entienden a veces la importancia que tiene que se hagan ese tipo de estudios, entonces si vos no le marcas esa responsabilidad de tener que venir todos los meses y cumplir un horario y demás, lo hacen cuando se acuerda o cuando quieren y por ahí te caen a las 40 semanas, a punto de parir y no se hicieron absolutamente nada y también esto del control prenatal programado lo que hace es entrenarlas, porque cuando vos tenes control prenatal es una vez al mes, ya te acostumbras a lo que es el funcionamiento". (Melisa, Lic. en Obstetricia).

Analizando este fragmento podemos observar que la profesional si bien reconoce que no todas las posibilidades de las mujeres son iguales, tiene una preconcepción culturalmente elaborada y simbólicamente transmitida expresado en una mirada basada en el sociocentrismo, lo que implica tener una veracidad que responde a valores de un grupo o sociedad de la que forma parte. Esto se ve reflejado en el fragmento de la Lic. en Obstetricia en tanto asocia que a menor nivel educativo, menor va ser el compromiso, en cuanto a la asistencia a los controles y cuidados requeridos por la gestante. Está afirmación marca una postura paternalista por parte del profesional en tanto asume un rol en "entrenarlas" durante el control prenatal para reconocer el funcionamiento institucional enmarcado en un claro ejercicio de poder sobre la intención de dominio de su comportamiento.

La VO como se ha hecho mención, no sólo es efecto de prácticas protocolares o mala praxis, si no que trata también de formas de infantilizar a la mujer, llevando asumir su responsabilidad y en consecuencia, homogeneizando una atención en salud estandarizada, entendida como una forma de perpetuación del MMH, en el cual se ofrece una atención de salud estandarizada a todas las mujeres sin tener en cuenta sus particularidades. (Menéndez, 1983).

Yo lo tomo como un pre-entrenamiento para que conozcan la sala y para educarlas en ese sentido para que después tomen la responsabilidad con el bebé. (Melisa, Lic. en Obstetricia)

Esta idea de ausencia de responsabilidad que se les atribuye a las mujeres de menores recursos económicos, evidencia un sesgo sociocéntrico aún desde la intención de proveer cuidado y atención sanitaria. Desde estos relatos se emite un mensaje que aun cuando no se materialice en palabras, atraviesa el vínculo profesional de la salud-paciente condicionando el modo de vincularse con la atención sanitaria en el proceso de embarazo y parto de cada mujer gestante. Por este motivo, entendemos que el diálogo entre profesionales y gestantes no es ascéptico, sino que está cargado de sesgos propios de la subjetividad propia de cada profesional (experiencias, posición social, educación, familia, posición económica), que pueden revisarse o reforzarse en el proceso de formación universitaria, y prevalecen más cuanto menos se toma conciencia de ellos.

A partir de lo mencionado, se entiende que:

> El diálogo entre el profesional de la salud y una persona, debe servir para la transmisión de información mutua a partir de las cuales el individuo tome conciencia de la necesidad, si fuera el caso, de recibir algún procedimiento, asuma la cronicidad del proceso y valore las modificaciones de hábitos que debe incorporar a su vida cotidiana. y para ello, el autor destaca como factor importante, que el profesional de la salud debe conocer las características del individuo e identificar sus vulnerabilidades. (Cañete, Guilhem & Brito, 2013).

En esta línea de análisis, otro aspecto importante que hace a la permanencia de los hilos invisibles en la reproducción de la VO, es la falta de capacitación de los profesionales de la salud durante su formación y ejercicio de la profesión, sobre los derechos de la mujer gestante y técnicas de comunicación para promover el respeto en el intercambio de información entre el equipo de salud, la mujer gestante y sus familia, en el ámbito de salud.

Hacer hincapié en este punto se considera esencial en tanto, es transversal al problema de investigación y dicha ausencia, se materializó en las diferentes entrevistas realizadas a los profesionales del CAPS del presente estudio:

> *(...) a través del colegio profesional hay cursos disponibles, virtuales gratuitos y también la división nuestra de servicio social en salud, hemos tenido capacitaciones de distintas problemáticas pero no puntualmente del parto respetado. (Marina, Trabajadora Social).*

Si bien, se fueron generando cambios, críticas y proponiendo modificaciones, en las funciones y características del MMH en lo que refiere a los aspectos relaciones a lo pedagógico, está sigue contemplando la aceptación de los métodos centrados en el análisis de problemas y de casos. El balance de casi un siglo permite establecer algunas conclusiones acerca del esfuerzo realizado para mejorar el enfoque y los procesos educacionales de los médicos; que las estrategias trazadas no han podido cumplir del todo con los compromisos y acuerdos internacionales y que las estructuras mentales y los poderes de los modelos de práctica médica obstaculizan en gran parte la transformación que en el plano educativo se necesita. (Borrell Bentz, 2005, p. 58-59).

Cabe resaltar en relación al tema de estudio que se necesita de forma urgente la integración de las temáticas de género, sexualidad y de derechos sexuales y reproductivos, durante la formación y ejercicio de los profesionales en salud, en donde es prioritario la construcción de un paradigma pedagógico que proponga un modelo de atención que trascienda la relación 'profesional - paciente' tradicional. (Magnone, 2010, p. 138).

Para ello resulta importante, como menciona la autora, integrar a la currícula el trabajo desde el enfoque de APS que propone tanto la OPS como la actual Reforma de la Salud y de igual manera, las metas que el gobierno se propuso para el 2015 en materia de Objetivos de Desarrollo del Milenio. Asimismo otro aspecto de gran relevancia en torno al tema son las pocas y casi ausencias, en estudios en torno a la calidad de atención, proceso de formación,

campos de desarrollo en interacción con los conocimientos adquiridos, formación adquiridas en la residencias, abuso de poder, vulneración de derechos, habilidades de comunicación, manejo de la información, entre otros, del MMH vigente. Esto sin duda marca grandes problemas de visibilización de problemáticas actuales o nuevas que devienen del campo médico, ya que en primer lugar, impide la obtención de datos que permitan realizar un análisis crítico para problematizar, desnaturalizar o avanzar en el conocimiento de cualquier aspecto teórico y práctico de la medicina y en segundo lugar, reside en que dicha invisibilización de lo existente, legitima el poder y dificulta la construcción de políticas públicas que permitan romper lo aprendido.

Por su parte, De Sousa Santos (2010) plantea lo mismo como "sociologías de las ausencias", en el cual entiende la investigación que tiene como objeto mostrar que lo que no existe es, producido como no existente, establecido cuando cierta entidad es descalificada y es considerada invisible, no inteligible o indeseable. Es decir, son aquellos conocimientos que quedan marginados a partir de los parámetros que trabaja la ciencia hegemónica o la teoría crítica tradicional, expresados por ejemplo en la dicotomía entre saber científico y saber popular, priorizando el primero y produciéndose una ausencia, algo imposible para el conocimiento científico, oculto que no está presente.

Es necesario deconstruir las lógicas sobre las cuales se ha edificado las instituciones de salud y médicas para asentar nuevas miradas fuera de lo hegemónico, lo dado y en tal sentido, se considera esencial motivar a la diversidad de investigaciones en tanto, son una herramienta a partir de las cuales nos permite interpelar, hacer ver y preguntarse sobre los hechos para profundizar y salirse de los razonamientos comunes.

III.6 Un horizonte a seguir. Experiencias de prevención, erradicación y reparación

En el transcurso del siguiente apartado tiene por objeto exponer otras miradas para identificar las transformaciones que se están dando en los modos de acompañar la gestación y parto.

No obstante, es relevante mencionar que la pugna contra el sistema médico tradicional, en lo que respecta a las formas de atención al embarazo y parto, es una batalla que se viene desarrollando hace ya más de 50 años, desde ese entonces se busca devolverle a las mujeres su protagonismo en dicho proceso, de esta manera, surgieron distintas posibilidades de replantear la atención tradicional del parto.

En este contexto donde las críticas al MMH comenzaban a incrementarse, surgieron diversas propuestas que cuestionan la idea de que inevitablemente el parto se vive con pasividad y sufrimiento. Fue en la misma etapa donde además se incrementaron las luchas feministas, el reclamo por la igualdad y el reconocimiento de los derechos femeninos, entre ellos la aparición de la píldora anticonceptiva y la iniciativa de planificación familiar. En esta línea, se afirma: "El proceso de visibilización de la violencia contra las mujeres, ha sido entre otros fenómenos, un logro de los movimientos feministas que han instalado en la agenda pública esta problemática que se encontraba oculta en el ámbito doméstico y socialmente naturalizada." (Canevari, 2011, p. 15).

Estos avances abrieron camino a distintas alternativas de atención y acompañamiento al parto mediante la recuperación de prácticas de larga tradición, actualmente llevadas a cabo por la Doula, figura centrada en el sostén físico y emocional, y si bien queda mucho por conquistar en materia de derechos de mujeres y familias gestantes, durante estos últimos años dichas alternativas se materializaron en distintas instituciones, programas y proyectos de

atención a la mujer gestante que en la actualidad permiten iniciar a vislumbrar experiencias de prevención, erradicación y reparación de la VO.

Asimismo cabe hacer mención, que existe en estos último años un discurso mercantilizador a través de los medios de comunicación, en cuento a una oferta institucional o de profesionales privados que venden sus servicios por medio de las experiencias de atención de partos de mujeres con alta visibilidad pública, por ejemplo "la experiencia de parto de Pampita"[26] que bajo la denominación de un parto humanizado, ofrecen un modo de atención respetuosos de los tiempos fisiológicos del parto, con música o ambiente silencioso si se desea, con luces de determinada manera, atención amorosa, es decir, centrado en la necesidad y deseo de la mujer gestante, como una forma de atención extra, paga y cara. Consideramos repudiables promover y naturalizar estos modos de atención ya que son una expresión más de mercantilización de parto y que contrariamente a lo que estos discursos reproducen el parto humanizado no es un consumo suntuario sino un derecho de todas las personas gestantes. Cabe resaltar que esto refuerza los sesgos sociocéntricos que aparecen por ejemplo en la declaración de la Trabajadora Social Mariana, cuando expresa que por *"el nivel de complejidad social todavía no llegamos a ese tema, a trabajarlo en profundidad"* es decir, en las salas se enfrentan otras urgencias, entonces, un parto respetado es representado como una frivolidad de mujeres ricas.

Por lo mencionado es que consideramos abordar el presente apartado destacando dos de las alternativas emergentes que trabajan en pos del parto humanizado, por un lado el surgimiento de La Maternidad Estela de Carlotto en el distrito de Moreno, provincia de Buenos Aires, como institución cimentada sobre la reivindicación de los derechos de mujeres gestantes, sus niños por nacer y familia. Por otro lado el fenómeno emergente de las Doulas, como acompañantes de la mujer gestante durante todo el proceso de embarazo y parto, independientemente del tipo de parto que la misma elija.

[26] La Nación (2021) El obstetra de Pampita reveló nuevos detalles sobre el parto. https://www.lanacion.com.ar/espectaculos/el-obstetra-de-pampita-revelo-nuevos-detalles-sobre-el-parto

En este sentido, Rosemberg y Zerbo (2017), relatan el surgimiento de la Maternidad Estela de Carlotto comenzando a funcionar en el año 2013, la misma basa su identidad en los derechos sexuales y reproductivos, el cuidado integral de la mujer y el parto respetado. Su labor se centra en torno al modelo de Maternidad Segura Centrada en la Familia (MSCF). Entendemos que un aspecto fundamental de esta institución es el hecho de que, como expresan las autoras, el concepto de trabajador de la salud se construyó en un sentido amplio y horizontal, priorizando gestos concretos para que todos tuviesen protagonismo colectivo, siempre poniendo a la mujer, el niño y la familia en el centro de la escena.

Por otro lado, la maternidad Estela de Carlotto se caracteriza por la búsqueda de la consolidación del capital humano, como la clave para transformar las prácticas y para el sostenimiento de la calidad en la asistencia. Es por este motivo que la institución cuenta con una "Dirección de capital humano", integrada por los departamentos de Recursos Humanos, comunicación interna, desarrollo de las personas, infraestructura, higiene hospitalaria, cuidadores hospitalarios, bioingeniería y un área llamada gestión de enlace, la misma está orientada a fortalecer los vínculos interpersonales que la tarea asistencial va rompiendo o resintiendo y a encontrar puntos en común entre los diferentes equipos.

En este contexto, la Maternidad alcanzó grandes logros en lo que respecta al parto respetado, según las autoras:

> Menos del 50% de las mujeres parieron acostadas y el 98% de ellas estuvo acompañada durante el trabajo de parto, parto y recuperación; más del 80% se retiró dada de alta practicando la lactancia materna exclusiva (...) se garantizó el acceso a 5000 personas a métodos de planificación de vida, de los cuales el 76% de ellos son métodos anticonceptivos que se pueden utilizar a largo plazo (…) se acompañaron más de 120 interrupciones legales del embarazo en las cuales el 80% de las mujeres se retiraron con un método anticonceptivo a largo plazo. (Rosemberg y Zerbo, 2017, p. 7).

La medicina tradicional identificó como “primitiva” la manera de parir de las mujeres previo a la medicalización del parto, sin embargo en la actualidad, a través de distintos dispositivos se intenta retornar a esas prácticas donde la mujer tenía el dominio de su proceso de parto, mientras era acompañada por distintas mujeres de su comunidad y familia, esta red de mujeres, madres, funcionaban como sostén y apoyo.

En la segunda mitad del siglo XX surge la figura de la Doula quien puede definirse como “una acompañante capacitada y con experiencia que proporciona a la mujer y su pareja, apoyo emocional continuo, confort físico y asistencia para obtener información antes, durante y después del parto” (Rabinovich, 2018, p. 116). La participación de una Doula durante el embarazo y en el parto funciona también como un medio para la prevención de la violencia obstétrica, ya que la misma muchas veces cumple el rol de intermediaria entre el profesional y la madre, siempre que esta última lo desee, por otro lado provee a la mujer gestante información acerca de sus derechos y cómo lograr un parto humanizado. Como señala Jessica Silin:

> Doula refiere a aquellas “mujeres con experiencia en el embarazo, parto y puerperio que acompañan a la mujer embarazada y le brindan un apoyo físico y emocional continuo (no médico), tratando de comprender las necesidades de la parturienta en cada momento, y ayudando a que la madre recupere la confianza en su capacidad fisiológica de parir, amamantar y criar a su bebé. (Silin, 2010, p. 5).

Existen en Argentina distintas organizaciones que nuclean a las Doulas, sin embargo su tarea se ve limitada en algunos aspectos, ya que su rol no es reconocido a nivel institucional, y aunque no existe una legislación que prohíba su participación en el parto, muchas veces no son aceptadas dentro de la institución, e incluso en algunas no se respeta al derecho al acompañamiento. En algunas ocasiones la Doula ingresa a la institución “camuflada” bajo el rol de acompañante-familiar, para sortear la falta de reconocimiento de su rol. Es decir, su presencia depende de la predisposición del equipo médico, y de la

permeabilidad que posea la institución con respecto a estas prácticas. Entendemos que para avanzar en la concreción de los derechos de las mujeres gestantes, es urgente fortalecer los lazos entre las instituciones médicas tradicionales y las prácticas alternativas a las que dichas mujeres recurren, asimismo intervenir sobre aquellos aspectos que generan vulneración y reproducen VO.

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación se propuso como objetivo general, identificar los procesos que contribuyen a la efectivización, vulneración o reparación de los derechos consagrados en la Ley de Parto Humanizado en la Atención Primaria de la Salud, y conocer el rol asignado a la profesión de Trabajo Social en la estructura institucional de los CAPS. A través del estudio de caso se propone conocer todo el entramado de la atención primaria de la salud, tomando como institución de referencia el CAPS Ameghino con el fin de reconocer el recorrido de la gestación desde la primera consulta con presunción de embarazo hasta el alta posparto y las primeras consultas del recién nacido.

Para el cumplimiento del mismo, se realizó la lectura de diversos aportes teóricos asociados al proceso de parto, la salud y la maternidad; además se llevó a cabo el análisis de diversos documentos normativos y la participación en foros y charlas vinculados a la temática. Se realizó un trabajo de campo a través del uso de técnicas utilizadas en Trabajo Social, como la entrevista semi-estructurada realizada a mujeres que atendieron sus embarazos en el mencionado CAPS, dos Trabajadoras Sociales y una Lic. en Obstetricia de la misma institución. La misma técnica fue aplicada para las entrevistas realizadas a informantes claves, quienes son mujeres activistas en la temática.

A través de lo trabajado, se podría inferir que existe una gran diferencia en lo que debería ser un parto respetado y lo que sucede en la realidad, en tanto la información previa con la que cuentan gran parte de las mujeres proviene de canales externos e informales, como lo son las redes sociales y escasas veces, los medio de comunicación masivos. Sin embargo, esta visibilidad conlleva el riesgo de frivolizar el derecho al parto respetado ya que a través de ellos se transmiten experiencias de mujeres con poder público, económico y social, quienes muestran una interpretación del parto humanizado basado en consumos suntuarios. Es decir, a

mayor poder económico, mejores posibilidades de acceso a un parto Humanizado, aun cuando ello no constituye garantía de liberación de las subalternizaciones de las mujeres bajo el MMH. Es decir, este opera como un eslabón más de la mercantilización del proceso de parto en la recepción de un producto para ricas y que favorece la desinformación.

Esto se ve refleja en todas las mujeres entrevistadas en tanto desconocen con exactitud qué es un parto humanizado, como también, se visualizó un escaso conocimiento acerca de qué es VO, lo que desemboca en la dificultad para identificar que habían sido víctimas de prácticas que constituyen VO. Y esta se vincula directamente con la ausencia de conciencia social en torno a esta temática ya que no basta, con los programas o talleres que se realizan en lo CAPS durante el periodo de gestación, sino que su abordaje necesita que esté en una prevención temprana de la VO, es decir destinada a la sociedad toda y en este punto, los CAPS constituyen el escenarios más propicio para lograr una autonomía normativa de la ciudadanía mediante la difusión de información adecuada, clara y precisa.

En relación a la atención en el hospital se visualiza la intervención médica a través de prácticas estandarizadas, que se contraponen con el marco normativo vigente y con la adhesión a los organismos internacionales, contemplados por nuestra Constitución Nacional.

Consideramos que si bien, en las últimas dos décadas se han logrados cambios normativos fundamentales, todavía quedan conquistas por realizar, para hablar de un cambio de paradigma. Dentro de la formación académica del modelo médico se siguen normalizando prácticas que naturalizan un modelo de gestación, parto y nacimiento intervenido, mediante la enseñanza de una serie de reglas a seguir para una adecuada atención en detrimento de los derechos de la persona gestante.

De esta manera se normaliza un modelo de atención impregnado por dolor, reglas a seguir o tiempo homogeneizado. Sin embargo esta es una concepción que la sociedad acarrea por décadas en el inconsciente colectivo, hemos legitimado el dolor en el parto a través de frases cotidianas como “fue un parto” refiriéndonos al sufrimiento atravesado para lograr

determinado objetivo. Esto refleja que en lo discursivo y lo simbólico que impera en nuestra sociedad, patriarcal y capitalista, el parto es un proceso que está destinado a ser vivido en sufrimiento, como si esa fuera su característica principal, o esa sea su naturaleza, lo que se normaliza no solo es el maltrato de los profesionales de la salud, sino algo mucho más abarcativo como lo es parir en un sistema médico hegemónico, que a través de prácticas y tecnologías invasivas se apropian del cuerpo ajeno y lo intervienen como un mero objeto de estudio. Colocar el sufrimiento como parte esencial de la experiencia del parto desemboca en la aceptación del intervencionismo como el conjunto de prácticas y tecnologías destinadas a reducirlo. Sin embargo, las experiencias de las mujeres entrevistadas evidencian una alta asociación entre el sufrimiento y las intervenciones -rotura de bolsa, posiciones obligatorias, maniobra de Kristeller, episiotomía, entre otras-. Más allá del espacio elegido para el nacimiento, un parto humanizado significa el respeto por los tiempos fisiológicos, por los deseos de la familia protagonista del proceso, la capacidad profesional de acompañar empáticamente el recorrido emocional que implica atravesar ese momento, asistir desde un trato amoroso y comprensivo, entendiendo que se asiste y atiende a la mujer y al recién nacido como sujetos de derecho.

En este sentido, consideramos que existe una tensión entre el saber de la ciencia médica y las prácticas médicas. Apoyados sobre la autoridad que confiere el rol profesional de la medicina, se realizan intervenciones reñidas con la ciencia médica pero reproducidas desde ese lugar de autoridad.

Es importante considerar, además, los factores externos que agudizan la VO, factores infraestructurales, de organización, de alta demanda, de falta de recursos humanos y médicos, falta de capacitaciones en la temática y las condiciones de trabajo de los profesionales de salud. La aplicación de la Ley de Parto humanizado se dificulta no solo por la actitud poco colaborativa de algunos profesionales de la salud o por la desinformación de las mujeres gestantes. El silencio estatal y del sistema de salud deja a la Ley en una mera expresión de

deseo si no hay políticas capaces de asegurar su implementación federal. Entendemos que la sanción de la ley ha sido un gran avance en la problemática, sin embargo es escaso aún su impacto material. El Estado debe asegurar de manera material los medios a través de los cuales se pueda ejecutar los derechos consagrados por la ley, de lo contrario, gozar de la posibilidad de un parto humanizado queda relegada a la buena voluntad de los profesionales que asistan a la paciente.

Desde el Trabajo Social resulta necesario abarcar la vida de la mujer gestante desde una manera integral y fundamentalmente, desde una mirada de género, entendiendo a la problemática de la VO no como una experiencia aislada, sino como un emergente del constructo social inmerso en un sistema patriarcal que atenta constantemente contra la consagración de las libertades que aún son una cuenta pendiente para las mujeres y diversidades. De la misma manera, es tarea del Trabajo Social extender la información necesaria para que las mujeres puedan desandar lo arraigado en el colectivo social acerca de lo que debe ser la reproducción, la maternidad, el nacimiento y el proceso de parto, logrando que las mismas pongan en debate lo naturalizado, siendo el trabajador social quien acompañe este proceso. Por otro lado, es necesario intervenir desde el Trabajo Social a favor de la creación y aplicación de políticas públicas que efectivice el cumplimiento de los derechos ya consagrados.

En palabras de Alfredo Carballeda (2012) entendemos que "La intervención en lo social dialoga hoy con ciertas formas de producción de subjetividad, cuyo terreno de disputa en los procesos interdisciplinarios e institucionales pasa nuevamente por la cuestión del sentido y lo ideológico. De este modo requiere de más y nuevos instrumentos, diálogos y conceptos que le permiten comprender el hacer desde lo singular de cada situación" (p. 18/19). En este sentido, es necesario considerar la intervención social desde una mirada crítica, la cual permite derribar aquellas estructuras sociales para construir el pensamiento y la acción a partir de una óptica más abarcativa, más empática. Para encaminarnos en este

proceso resulta imprescindible una reflexión, en cuanto a los propios principios desde lo profesional, lo aprehendido en el camino de formación, lo adquirido en la experiencia, teniendo en cuenta aspectos históricos, sociales, familiares y económicos de cada profesional y por otro lado encaminarnos al enriquecimiento teórico y metodológico que nos permita una mayor comprensión de las problemáticas sociales.

En este marco, se considera que el trabajo social, como disciplina fundamentada en los Derechos Humanos, debe seguir problematizando la Violencia Obstetrica, porque solo de esta forma podrá brindar aportes para la reivindicación de los derechos. Este estudio es solo una aproximación a la realidad que vivieron las personas gestantes en el Centro de atención primaria de la salud de Ameghino que más que concluir pretendemos dejar instalados interrogantes que permitan seguir problematizando está forma de violencia de género.

BIBLIOGRAFIA

- Acuña, C & Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Universidad de San Andrés, Argentina.
- Aguilera, M. (2005). *La entrevista: Las técnicas de actuación profesional del Trabajador Social*. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- Alonso, L. (1994). *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid, España: Ed. Síntesis.
- Arce, H. (2013). *Evolución histórica del sistema de salud argentina a lo largo del siglo xx: rasgos, tendencias e influencias en los planos internacional, nacional y hospitalario*. (Tesis de Doctorado). Universidad de Ciencias de la Salud. Buenos Aires, Argentina. (p.19-28).
- Aspiazu, E. (2016). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet),* Nº 28, Verano 2017, Santiago del Estero, Argentina ISSN 1514-6871 - www.unse.edu.ar/trabajoysociedad
- Badinter, (1992). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal (S. XVI-XX)*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Barrera, S. (2011). El cuerpo en Marx, Bourdieu y Foucault. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana,* vol. VI, núm. 11, pp. 121-137. https://www.redalyc.org/pdf/2110/21101906800
- Becher, Y. (2014). *Políticas sociales, antipobreza y desarrollo social: la Asignación Universal por Hijo.* Journal de Ciencias Sociales.
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violencia a los derechos humanos. *Revista Redbioética /UNESCO*. pp. 25-35

https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- Boaventura de Sousa, S. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Ediciones Trilce.
- Borrell, Bentz, R. M. (2005). *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa.* (1ra ed.). Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud- OPS.
- Bourdieu, P., Inda, A. G., & Beneitez, M. J. B. (2001). *Poder, derecho y clases sociales* (Vol. 2). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Canevari, B. (2011). Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública. FHCSyS - UNSE Barco Edita.
- Cañete, R., Guilhem, D., & Brito, K. (2013). Paternalismo médico. *Revista médica electrónica.* 35(2), 144-152.
- Carballeda, A. (2012). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales.* Buenos Aires, Argentina: Ed. Espacio.
- Carballeda, A. (2013). *La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica.* Buenos Aires, Argentina: Ed. Espacio. (p.90).
- Carballeda, A. (2014). *Escenarios Sociales, Intervención y Acontecimiento.*
- Carballeda, A. (Octubre, 2021). Salud e intervención social. Una Genealogía de la Medicalización. La perspectiva descolonial. G-TEP Encuentro N°6 Salud, Diferentes aspectos conceptuales. Rec: https://www.youtube.com/watch?v=njjlsQuUuw0
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. U. Chi. Legal F., 139. https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf

- Codigo de Etica Profesional (1996). Buenos Aires, Argentina http://www.legisalud.gov.ar/pdf/men_trabajosocial.pdf

- Czeresnia, C. Dina. (2006). *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias.* Buenos Aires.

- Da Motta, C. C. L., & Moré, C. L. O. O. (2006). Enfermería y apoyo emocional: la perspectiva de la parturienta. *Revista de Psicología*, 15(1), ág-57. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26415103

- Declaración Alma- Ata. (1978).Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.

- De Miguel, A. (2008). La violencia contra las mujeres. Tres momentos en la construcción del marco feminista de interpretación. ISEGORI. *Revista de filosofía Moral y Política* N°38. https://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/407/408

- East, S; Laurence, T; López Mourelo, E. (2020). *Covid-19 y las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina.* OIT Argentina, ONU mujeres Argentinas y UNFPA Argentina.

- Farías, C. (2014). *Vivencias y significado de las cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia.* (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.

- Felitti, K. (2014). *Hacia una historia del parto en la Argentina: saberes, mercado y experiencias femeninas en la segunda mitad del siglo XX.* EUDEM. Buenos Aires, Argentina.

- Garazi, D., & Blanco Rodriguez, G. (2022). "Al principio me dio pánico, mucho pánico": enfermería, trabajo y emociones en el marco de la pandemia Covid-19.

- Garcia, E. (2017). *Hacia los partos empoderados: Recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina.* Universidad autónoma de Madrid.

- Geertz, C. (2003). *Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura y Juego profundo: notas sobre la riñas de gallo en Bali, en la interpretación de las culturas*. España Gedisa
- Gianllorenzi, L. (2020). Parir en pandemia: Experiencias de parto en Argentina dentro del contexto sanitario del Covid-19. *Revista Subjetividad y procesos cognitivos*. UCES https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/subyprocog/article/view/1033/1062
- Gieco, A. L., & Picón, A. (2014). Lo que (no) importa es la salud.
- Heritier, F. (2007). *Masculino/Femenino II: disolver las jerarquías*. Ed Buenos Aires: Fondo de cultura Económica.
- Hidalgo, P., Hidalgo, M., & Rodríguez, M. (2016). Estimulación del parto con oxitocina: efectos en los resultados obstétricos y neonatales. *Rev Lat Am Enfermagem*, 24. e2744.https://www.scielo.br/j/rlae/a/RVcQ6KDg65jfXSnmyfyctRq/?format=pdf&lang=es
- INSGENAR. 2003. Con todo al aire 1. Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Rosario, Argentina.
- Kisnerman, N. (1990). *Salud Pública y Trabajo Social*. Buenos Aires. Editorial Humanitas
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el trabajo social*. Sites/Lumen
- Mukiur, R. M. (2012). El constructo de Trabajo Emocional y su relación con el Síndrome del Desgaste Profesional. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *12*(2), 219-244.
- Magnone, N. (2010). *Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de Humanización.* Tesis de Maestría. Universidad de la república del Uruguay. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de sociología.

- Magnone, N. (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre el cuerpo, Emociones y Sociedad.*
- Martínez, Inés. (2005). Preparación Integral para la Maternidad: Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente. Argentina.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas jornadas de atención primaria de la salud, 30, 451-464.
- MGP. 2020. Hechos Vitales en Mar del Plata - Batán 2016-2019. Municipalidad De General Pueyrredón. https://www.mardelplata.gob.ar/Contenido/informaci%C3%B3n-estrat%C3%A9gica-hechos-vitales
- Ministerio de Salud Pública. (2014) Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Guías en la salud sexual y reproductiva. Dirección General de la Salud División de Planificación Estratégica de salud Departamento de la Salud Sexual y Salud Reproductiva Programa de la Salud Integral de la Mujer. Rec: https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%c3%b3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Recomendaciones para la atención de embarazadas y recién nacidos con relación al Covid 19.
- Morín, E. (1994). *Introducción al Pensamiento complejo*. Paris, Francia: Ed. Gedisa.
- Novick, M., & Gali, P. (2003). Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo: El caso del sector salud. In Observatorio de recursos humanos en salud en Argentina: Información estratégica para la toma de decisiones (pp. 79-79).

- Olza, I. (2020). Sanar el trauma del parto en tiempos de pandemia. Iboneolza. Rec: https://iboneolza.org/2020/05/14/sanar-el-trauma-del-parto-en-tiempos-de-pandemia/
- OMS. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria, más necesaria que nunca. Rec: https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- OMS. (2013). Salud Reproductiva. Proyecto de estrategias para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. Rec: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf
- OMS. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud: Declaración de la OMS. Ginebra: OMS.
- OMS. (2015). Declaración de la OMS sobre la tasa de cesáreas: Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada. Ginebra.
- OMS. (2018). Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.
- OMS. (2021). Preguntas frecuentes sobre la COVID-19, el embarazo, el parto y la lactancia materna. Rec:https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-and-childbirth
- Pelayo, G. & Torre, A. (1997). *La intervención jurídica de la actividad médica: el consentimiento informado.* Dykinson, Madrid.
- Pérez, J. A. (2004). Capítulo XIII. Las Representaciones Sociales. *D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos y E. Zubieta*.
-. Pérez Vázquez, H., Teracena, R., Magis, C., Gayet, C., & Kendall, T. (2004). Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud. Recomendaciones para mejorar la

calidad de la atención. In Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud. Recomendaciones para mejorar la calidad de la atención (pp. 115-115).

- Quezada, N. (1996). Mito y género en la sociedad Mexicana. *Revista estudios de cultura Nahuatl.(*21-40).Rec: https://www.historicas.unam.mx/publicaciones/revistas/nahuatl/pdf/ecn26/480.pdf

- Ramacciotti, K. (2022). Trabajar en enfermería durante la pandemia de la covid-19. *Cuadernos de H ideas*, *16*(16), e060-e060. Rec file:///C:/Users/acer/Downloads/313286003.pdf

- Rodriguez, Ligia & Anchundia (2017). Las funciones del Trabajador Social en el campo de salud. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Ecuador.

- Rosemberg, M. (2005) Lo productivo del trabajo reproductivo. La Revuelta Colectiva Feminista https://larevuelta.com.ar/2005/09/02/lo-productivo-del-trabajo-reproductivo/

- Sanz Guijo, M. (2018). Análisis de la amniotomía precoz frente a la amniotomía tardía en las inducciones de trabajo de parto y su posible riesgo de distocia. Rec: https://eprints.ucm.es/id/eprint/51708/1/T40988.pdf

- Sautu, R. (2005). Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

- Schallman, R. (2007). *Parir en libertad. En busca del poder perdido*. Buenos Aires: Grijalbo.

- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Prometeo Libros.

- Segato, R. (2016) *La guerra contra las mujeres*. Madrid, España: Traficantes de Sueños.

- Silin, J. (2010). De mujeres, matronas, doulas y partos. In II Congreso virtual sobre historia de las mujeres. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4095877.pd
- Tabet, P. (1985). Fertilité naturelle, reproduction forcée. En: L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes. Editios de L'Ecole des hautes Etudes en Scienses Sociales: Paris. Nicole-Claude Mathieu
- Vasilachis, D. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona. Gedisa.
- Vélez Restrepo, O. L. (2003). Reconfigurando el Trabajo Social, Perspectivas y tendencias contemporáneas. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Vignolo, J. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud, Ed. Scielo, Montevideo.

Normativas consultadas:

- Ley N°25.929. Derechos de los padres y de la persona recién nacida .Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm
- Ley Nacional N°26.485. Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina. Rec: http://www.cnm.gov.ar/
- Ley Nacional N° 153. Ley básica de salud de la ciudad de Buenos Aires. 1999. Recuperado de: http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley153.html
- Ley Nº 27.610 - Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115
- Ley Federal de Trabajo Social N° 27072 disponible en http://www.trabajo-social.org.ar/wordpress/ley-federal/

GLOSARIO

VO: Violencia Obstétrica

APS: Atención Primaria de la Salud.

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud.

MMH: Modelo Médico Hegemónico.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

INAREPS: Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísico del Sur.

HIEMI: Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil.

CEMA: Centro de Especialización Médica Ambulatoria.

CIPD: Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo.

APE: Modelo de atención Primario Embarazadas.

MSCF: Maternidad Segura y Centrada en la Familia.

HIAMIN: Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

UNFPA: Fondo de la Población de las Naciones Unidas.

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo.

ILE: Interrupción Legal del Embarazo.

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.

ANEXO

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..……..……acep to participar voluntaria y anónimamente en el Protocolo de Investigación **"El acceso a los derechos relativos a la gestación y el parto en la atención primaria de la salud. Un estudio sobre el abordaje disciplinar",** dirigida por la Sra: Debernardis María Paula y la Sra. Ozuna Marisol**,** Investigadas Responsables, estudiantes de la carrera Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, aceptó participar de la realización de la entrevista, donde el objetivo es percibir la información brindada, en la atención primaria de la salud, en relación a los derechos de la mujer gestante.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para la salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información obtenida será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada joven de modo personal. La información que se obtenga será guardada por el investigador responsable en dependencias de la Universidad Nacional de Mar del Plata y será utilizada sólo para fines académicos.

Guía de entrevista a mujeres que han transitado su gestación en la APS Ameghino.

Presentación de las entrevistadoras.

Luego se comienza solicitando permiso para utilizar la grabadora y preguntando datos personales:

Nombre:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Estado civil:

Número de hijos:

1. ¿En qué mes de gestación te enteraste de tu embarazo?

2. ¿Qué motivos te llevaron a elegir el lugar para el control del embarazo?

3. ¿Cómo fue tu experiencia en la atención de tu embarazo en el CAPS Ameghino?

4. ¿Qué recordás de la información que te facilitaron sobre gestación y parto? ¿Debías esperar mucho tiempo para recibir atención? ¿Era cómodo el lugar donde esperabas? ¿Sentís que se tomaban el tiempo necesario para atender tus consultas?

5. Durante las consultas de control gestacional CAPS Ameghino, ¿se te facilitó información sobre el proceso de parto y sobre tus derechos y los del bebé??

6. ¿Hay información a la que no accediste en ese momento y te habría resultado importante conocer?

7. ¿Qué expectativas y preocupaciones tenías en torno al parto? ¿Pudiste comentarlas con algún profesional en la APS?

8. Al momento del parto, sentiste que estabas informada sobre los derechos de las mujeres gestantes en el proceso de parto, y sobre el modo en que deben conducirse los profesionales para acompañar el parto.

9. ¿El parto fue realizado en el Hospital Materno Infantil o en una institución privada? (en caso de institución privada) ¿en cuál?

10. ¿Qué información se te facilitó cuando ingresaste a internación para el parto?

11. ¿Percibiste alguna diferencia entre el modo de atender y relacionarse con vos, entre los profesionales de APS y los del centro de salud donde se desarrolló el parto?

12. ¿Qué expectativas y preocupaciones tenías en torno al parto? ¿Pudiste comentarlas con algún profesional en el centro de salud donde se desarrolló el parto?

13. ¿Cómo fue el parto? (pregunta abierta para que describa libremente, puede que quede respondido mucho de lo que sigue)

14. En la APS, ¿te proveyeron información sobre el establecimiento del vínculo inicial con el bebé? ¿Pudiste ir acompañada a alguna consulta?

15. Luego del paro. ¿Tuviste contacto inmediato con tu hijo/a, e información y decisión sobre las prácticas realizadas al bebe, luego del nacimiento? ¿Si fueron separados, tenés idea cuánto tiempo pasó? ¿Qué recordás sobre ese tiempo hasta que te encontraste con el bebé?

16. Si separaron al bebé para realizar controles e intervenciones, ¿pudiste contar con una persona de tu confianza que estuviera presente y acompañando?

17. A continuación, voy a mencionar un listado de intervenciones y prácticas médicas, en cada caso, te voy a consultar si en tu parto se realizó esa intervención, si te informaron antes de realizarla, y si solicitaron consentimiento para hacerlo. Si en algún caso preferís no responder, podes no hacerlo.

PRÁCTICA MÉDICA	**¿TE LA REALIZARON?**		**TE INFORMARON**		**¿Pidieron TU CONSENTIMIENTO?**	
	SI	**NO**	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**
RASURADO						
ENEMA						

INDICACIÓN DE PERMANECER TODO EL TIEMPO ACOSTADA						
ROTURA ARTIFICIAL DE BOLSA						
ADMINISTRACIÓN DE GOTEO PARA ACELERAR EL PARTO (OXITOCINA ARTIFICIAL)						
TACTOS VAGINALES REITERADOS Y REALIZADOS POR VARIAS PERSONAS						
COMPRESIÓN DEL ABDOMEN EN EL MOMENTO DE LOS PUJOS (MANIOBRA DE KRISTELLER)						
EPISIOTOMÍA						
CESÁREA						
RASPAJE DEL ÚTERO SIN ANESTESIA						
TE INMOVILIZARON LAS PIERNAS						
NEGACIÓN DE COMPAÑÍA DURANTE EL PARTO						
PROHIBICIÓN DE INGERIR ALIMENTOS O AGUA LUEGO DEL PARTO						

18. ¿Has escuchado el término violencia obstétrica? ¿Cómo la definirías? ¿Qué entiendes por ella?

19. ¿Consideras que algún aspecto de la experiencia que nos compartiste podrían ser pensados como violencia obstétrica?

ENTREVISTA A PROFESIONALES

Entrevista semi estructurada: será realizada a profesionales del CAPS Ameghino (Profesionales de la medicina. Trabajador/ra social, enfermero/ra, Psicopedagoga, etc.)

-Presentación de las entrevistadoras.

1. Datos personales:

    a. Nombre
    b. Edad
    c. Lugar de procedencia

1. ¿Tu trayectoria profesional fue siempre en el campo de la salud? TS.

2. ¿Cuánto tiempo hace que trabajas en el CAPS Ameghino? MD. ¿Siempre estuvo vinculado al primer nivel de atención? y al mismo área? es decir, edad, patología o etapa de la persona?

3. ¿Cómo está compuesto el equipo interdisciplinario de trabajo?

4. ¿Cómo es el acompañamiento que se le brinda a la mujer gestante desde el equipo de salud? ¿Qué objetivos que la promueven? ¿Cuál es tu función en la atención a la maternidad? ¿En el área de Trabajo Social se hace alguna intervención concreta en Violencia Obstétrica? ¿Y Estudios? ¿Que tiene y puede tener la APS en la prevención y reparación de la VO?

5. ¿Crees que la información que se brinda en APS a las madres, influye en la concreción de los derechos al momento del parto?

6. ¿La institución ofrece y/o facilita a les trabajadores capacitaciones, congresos o jornadas institucionales, de formación, que propicien la actualización del ejercicio profesional? ¿y

tuviste oportunidad de realizarlo de manera autónoma en formación relacionadas con gestación, parto y posparto?

si es obstetra preguntar: existe formación específica sobre ley de parto respetado en particular? ¿Encuentran formas de implementar ese aprendizaje en su práctica profesional en el CAPS?

7. ¿Existen programas para la promoción de los derechos de la mujer gestante? ¿Cuáles son? ¿De qué dependencia provienen, nacionales, provinciales o municipales? ¿Cómo se aborda en el CAPS de Ameghino?

8. ¿Consideras que existe la infraestructura y los recursos necesarios para llevar a cabo dichos programas?

9. ¿Se vieron afectados el abordaje de los programas y/o proyectos, para garantizar el acceso a los derechos de la mujer gestante establecidas a partir de la pandemia?

10. ¿Consideras que la información establecida mediantes el abordaje de programas y/o proyectos, es esencial para la reducción de vulneración de derechos de la mujer gestante al momento del parto?

11. ¿Notas dificultades o resistencias para la ejecución de la ley de parto respetado en la institución de salud? ¿Crees que tiene que ver con cuestiones de infraestructura y recursos o porque recae más en la disposición/voluntad de los profesionales?

12. ¿Cómo ve la implementación de la Ley en los CAPS? ¿Qué le parece que se podría cambiar o mejorar?

13 ¿Consideras que APS es esencial para el abordaje de los derechos humanos en los barrios?

14. Desde la APS, ¿cómo se actúa cuando se presenta una mujer gestante que desea interrumpir el embarazo?

15. ¿Hubo tensiones/desencuentros entre profesionales por este tema?