


Spring 2018

Violencia obstétrica: los derechos de autonomía reproductiva, tratamiento justo y accesibilidad en el ámbito de la salud maternal en San Carlos, Salta /
Obstetric Violence: the Rights to Reproductive Autonomy, Fair Treatment, and Accessibility of Maternal Health Services in San Carlos, Salta

Emily Gleason
SIT Study Abroad

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

 Part of the [Health and Medical Administration Commons](#), [Latin American Studies Commons](#), [Maternal and Child Health Commons](#), [Other Feminist, Gender, and Sexuality Studies Commons](#), [Women's Health Commons](#), and the [Women's Studies Commons](#)

Recommended Citation

Gleason, Emily, "Violencia obstétrica: los derechos de autonomía reproductiva, tratamiento justo y accesibilidad en el ámbito de la salud maternal en San Carlos, Salta / Obstetric Violence: the Rights to Reproductive Autonomy, Fair Treatment, and Accessibility of Maternal Health Services in San Carlos, Salta" (2018). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 2771.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2771

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

Violencia obstétrica: los derechos de autonomía reproductiva, tratamiento justo y
accesibilidad en el ámbito de la salud maternal en San Carlos, Salta

Obstetric Violence: the Rights to Reproductive Autonomy, Fair Treatment, and
Accessibility of Maternal Health Services in San Carlos, Salta

Emily Gleason

Tutora: Luciana García Geurreiro

Buenos Aires, junio de 2018

SIT Argentina: Movimientos sociales y derechos humanos

Índice del proyecto

- I. Abstracto
- II. Agradecimientos
- III. Introducción
- IV. Metodología
- V. Marco teórico
- VI. Resultados
 - a. Una aproximación a la salud materna en San Carlos
 - b. Las experiencias de las mujeres con los servicios de salud materna
 - c. Sobre medicalización y la pérdida de la medicina tradicional
- VII. Análisis
 - a. La autonomía
 - b. La accesibilidad
 - c. Trato justo
 - d. Priorización de las experiencias de la mujer y el parto humanizado
- VIII. Conclusiones
- IX. Referencias
- X. Apéndice

I. Abstracto

In Argentina, there exists a national legislature (Ley N° 25.929 and 26.485) that is intended to ensure women's rights to maternal and reproductive healthcare services free from obstetric violence; that is, the right to autonomy, fair treatment, and accessibility of maternal healthcare services. Women have the inherent right to receive fair and equitable maternal healthcare and receive humanized births, or *partos humanizados*. Despite the existence of these laws, however, there is still a rampant amount of obstetric violence that women in Argentina experience. Their rights to autonomous, accessible, and just maternal health services are often ignored or outright denied. There exists a wide array of academic research on this topic in urban areas of the country, but the experiences of women in more isolated and rural areas are often ignored and silenced.

This paper is the summary of an independent research project that consisted of 10 days of field work in San Carlos, a small *pueblo* in the northern Argentine province of Salta. This project was focused on the aforementioned themes of obstetric violence and humanized birth, and particularly women's rights to autonomy, fair treatment, and accessibility during their experiences with maternal health services and childbirth. It is a qualitative study that consists of semi-structured interviews with local women and medical professionals; through these interviews this report, based strongly on the lived experiences and childbirth narratives of these women, was constructed. It attempts to describe and explore the experiences of women in San Carlos, from a variety of different lenses and viewpoints, in order to emphasize the importance of autonomy, fair treatment, and accessibility in maternal healthcare services from the perspective of the patient.

The results of this study indicated that experiences of obstetric violence and the lack of humanized births in San Carlos and its surrounding communities is rampant and problematic. Obstetric violence was found to exist in terms of women's autonomy, accessibility, and treatment (psychological and physical), and there was found to be a fundamental misunderstanding and miscommunication between women and healthcare professionals stemming from the prioritization of women as bodies first and humans, with fundamental rights, second.

Abstracto

En Argentina, existe una legislatura nacional (Ley N ° 25.929 y 26.485) que tiene como objetivo garantizar los derechos de las mujeres a los servicios de salud materna y reproductiva libres de violencia obstétrica; es decir, el derecho a la autonomía, el trato justo y el acceso a los servicios de salud materna. Las mujeres tienen el derecho inherente de recibir atención médica materna justa y equitativa y recibir partos humanizados, o partos humanizados. Sin embargo, a pesar de la existencia de estas leyes, todavía existe una cantidad desenfrenada de violencia obstétrica que experimentan las mujeres en Argentina. Sus derechos a servicios de salud materna autónomos, accesibles y justos a menudo se ignoran o se los niega rotundamente. Existe una amplia gama de investigaciones académicas sobre este tema en las zonas urbanas del país, pero las experiencias de las mujeres en las zonas más aisladas y rurales a menudo son ignoradas y silenciadas.

Este reporte es un resumen de un proyecto de investigación independiente que consistía en 10 días de trabajo de campo en San Carlos, un pequeño pueblo en el norte de la provincia argentina de Salta. Este proyecto se centró en los temas antes mencionados de violencia obstétrica y nacimiento humanizado, y particularmente los derechos de las mujeres a la autonomía, el trato justo y el acceso durante sus experiencias con los servicios de salud materna y el parto. Es un estudio cualitativo que consiste en entrevistas semiestructuradas con mujeres locales y profesionales médicos; a través de estas entrevistas se construyó este informe, basado en gran medida en las experiencias vividas y las narraciones sobre el parto de estas mujeres. Intenta describir y explorar las experiencias de las mujeres en San Carlos, desde una variedad de diferentes lentes y puntos de vista, con el fin de enfatizar la importancia de la autonomía, el trato justo y la accesibilidad en los servicios de salud materna desde la perspectiva del paciente.

Los resultados de esta investigación indican que las experiencias de violencia obstétrica y la falta de nacimientos humanizados en San Carlos y sus comunidades circundantes son rampantes y problemáticas. Se descubrió que la violencia obstétrica existía en términos de autonomía, accesibilidad y tratamiento (psicológico y físico) de las mujeres, y se encontró un malentendido y falta de comunicación fundamental entre las mujeres y los profesionales de la salud como consecuencia de la priorización de las mujeres como cuerpos primero y humanos, con derechos fundamentales, segundamente.

II. Agradecimientos

Me gustaría decir gracias a todas las personas que me apoyaron en el proceso de mis investigaciones y a lo largo de mi tiempo en estadía en la Argentina. Quería agradecer específicamente los siguientes personas: sin su ayuda, la realización de este proyecto no habría sido posible.

Primero quiero dar las gracias a mi tutora, Luciana García Geurreiro, sin la cual este proyecto hubiera sido imposible de completar. Luciana, muchas gracias por darme la bienvenida a su comunidad, por ayudarme a refinar las ideas de mi proyecto, por proporcionarme los contactos necesarios para completar mis entrevistas y por su paciencia y asistencia en la redacción de mi informe. Me siento muy afortunada de haber podido trabajar con usted y aprender de usted.

Gracias también a las directoras e instructores del programa: Ana Laura, Eliana, Mauge, Valeria, y mi profesora de español, Vicky. Gracias por todo su apoyo y ayuda durante el período de ISP y todo el semestre. Gracias por compartir su conocimiento acerca de los derechos humanos y sus perspectivas sobre la Argentina y el mundo. He aprendido muchísimo durante este semestre y he disfrutado cada momento con ustedes.

Gracias a mis padres anfitrionas, Omar y Graciela, por su apoyo, paciencia y amistad. Gracias por las conversaciones largas y significantes, la comida muy rica, los asados, y las momentos importantes que hemos compartidos. Muchísimas gracias por abrir su casa y sus vidas hacía mí.

Finalmente, no puedo agradecer suficientemente a las mujeres (madres y profesionales de salud) que entrevisté. Las mujeres con las que hablé eran fuertes, compasivas, genuinas, honestas y amables. Sus historias no solo hicieron posible mi proyecto de ISP, sino que también me impactaron profundamente a nivel personal. No puedo agradecerles lo suficiente por hablar conmigo y compartir sus experiencias, emociones, esperanzas y miedos. Me siento tan privilegiado de haber tenido la experiencia de hablarles a cada uno de ustedes.

III. Introducción

Los derechos reproductivos son derechos humanos. En Argentina, se basan en las leyes nacionales, así como en las normas contenidas en los tratados y acuerdos internacionales que el gobierno argentino ha ratificado. La obligación del estado es promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos incluye garantizar que todas las personas puedan tomar decisiones libres sobre su reproducción y recibir atención médica justa, humana y accesible. A pesar de la existencia de estos tratados y leyes, los derechos sexuales y reproductivos humanos a menudo se ignoran,

especialmente en el contexto de los embarazos, la atención materna y el parto (Florencia Belli, 2013: 33). (Las mujeres experimentan con frecuencia un tratamiento irrespetuoso, abusivo o negligente en las instalaciones de parto. Estos informes han incluido abuso físico o verbal, procedimientos médicos no consentidos (incluido esterilización), la falta de confidencialidad o violaciones de la privacidad, y la la negación de otros derechos básicos como los de acompañamiento, comodidad y autonomía (Miriam 2017: 105-108, Correa 2000: 193-195). Las mujeres marginadas o pertenecientes a minorías son más propensas a ser vulnerables a este tipo de maltrato, porque es más probable que vivan en áreas de recursos restringidos con menos supervisión institucional (Landini 2015: 1152).

Argentina ha reconocido el derecho de la mujeres a no ser sometidas a la violencia obstétrica: violencia ejercida por el personal de salud y por las infraestructuras de salud en la sociedad en el cuerpo y en los procesos reproductivos de las mujeres embarazadas. En el año 2015, la legislatura argentina implementó una ley que protege estos derechos, la Ley N° 25.929 sobre Parto Humanizado. Esta ley tiene como objetivo garantizar los derechos de las mujeres a los servicios de salud materna y reproductiva sin violencia obstétrica; es decir, el derecho a la autonomía, el trato justo y el acceso a los servicios de salud materna (Ley Nacional N° 26485). A pesar de la existencia de esta ley, este derecho todavía es sistemáticamente ignorada y negada, especialmente para las mujeres que viven en lugares rurales y pobrezas o quienes son indígenas. Las violencias obstétricas pueden incluir la falta de autonomía de una mujer sobre su propio cuerpo y sus decisiones reproductivas, el maltratamiento por los doctores y otros agentes de salud, y la falta de recursos de salud maternal accesibles (Leboyer 1976: 27). Las barreras sociales y culturales a menudo evitan que las mujeres expresen y compartan sus narrativas personales y experiencias de maternidad y parto. A menudo, los temas de silencio y sacrificio se naturalizan y las mujeres no tienen la oportunidad de compartir estas experiencias, aunque frecuentemente son increíblemente transformadores e importantes para sus vidas.

Hay una gran pelea en Argentina para garantizar la implementación de la ley de parto humanizado y pero esta lucha y el grado en que se realizan estos derechos varía mucho entre las diferentes comunidades y provincias en Argentina. Entre las 23 provincias en el país, hay grandes variaciones en el discurso social y la realidad social de la maternidad y el parto, especialmente en el campo de la salud. Salta, una de las provincias del noroeste, es una de las provincias más pobres, rurales y conservadoras,

especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (Rodríguez Bilella 2008: 550). Como resultado de esta realidad social, las mujeres de Salta se encuentran en el país más vulnerable a la violencia obstétrica y la falta de partos humanizados. Además, existe una falta en la literatura y la documentación de violencia obstétrica de las experiencias de las mujeres que viven en pequeñas pueblos rurales. Por lo tanto decidí enfocar mi investigación en uno de estos pueblos en la provincia de Salta, llamada San Carlos.

San Carlos es un pequeño pueblo ubicado en la porción sur de la provincia argentina de Salta. Según el censo de 2010 realizado por el INDEC, todo el departamento de San Carlos (que incluye la pueblo misma, así como un amplio bloque de tierras vecinas y pequeños pueblos indígenas, incluyendo los pueblos de Angastaco, Animaná y El Barrial) tiene 7.016 habitantes (INDEC, 2010). El pueblo de San Carlos, que está ubicado dentro del departamento y es donde se ubicaron mis investigaciones, tiene 1.887 habitantes (INDEC, 2001). La pueblo tiene un hospital, que sirve como el centro de atención primaria para los habitantes de la pueblo. El hospital es pequeño, pero bien atendido. Sus paredes están llenas de campañas de salud pública actualizadas, incluyendo anuncios de anticoncepción gratuita, y su sala de espera está llena de personas que esperan pacientemente su turno para ver a un médico, muchos de los cuales son madres y niños. San Carlos, como otros departamentos en Salta, tiene una implementación de salud pública bien diseñada en la que la región se divide en varias subsecciones (San Carlos tiene 13) de alrededor de 500 habitantes, y cada región tiene un agente sanitario asignado. Estos agentes sanitarios son empleados por los hospitales y actúan como medios de comunicación que llevan la atención primaria de salud directamente a los habitantes del departamento. Cada agente sanitario realiza visitas de rutina directamente a los hogares de las personas en su zona para proporcionar servicios de salud primarios, como vacunas, consultas nutricionales, controles físicos y cuidado prenatal. En términos de servicios obstétricos, las madres embarazadas pueden acceder con relativa facilidad a las visitas prenatales en el hospital de San Carlos, así como a través de visitas directas de los agentes sanitarios. El hospital de San Carlos solía ser un espacio para que las madres dieran a luz, pero ahora las madres tienen que dar a luz en el hospital de la ciudad más grande de Cafayate, que se encuentra a 27 km del centro del pueblo de San Carlos. (Entrevista con profesional #1)

Mi pregunta de investigación es centrada en San Carlos por el tema de violencia obstétrica y parto humanizado. Quiero conocer si *las mujeres de San Carlos, Salta*

experimentan violencia obstétrica durante sus experiencias con salud maternal y los partos? En qué medida y en cuales maneras? Para contestar esta pregunta de investigación, conduje una investigación cualitativa que consistía en entrevistas semiestructuradas con mujeres y personas que trabajan en el campo de salud maternal en la comunidad de San Carlos, Salta. Mis preguntas y mi análisis enfoque especialmente en las experiencias vividas y desde las perspectivas de las mujeres. Me centraré especialmente en los temas de la autonomía (en la decisión de dónde, cómo y con quién recibir servicios de atención de la salud materna y el parto), accesibilidad (en el análisis de las barrera geográficas, administrativas o culturales para recibir atención) y tratamiento justo (se refiere a la existencia de empatía y apoyo por parte de los proveedores de salud y la ausencia de discriminación o parcialidad).

Mediante un cuidadoso análisis cualitativo de las observaciones en San Carlos y las entrevistas con proveedores de atención materna y madres desde perspectivas centradas en el paciente, este proyecto describe las realidades de las experiencias del parto y salud materna, analiza el grado en que los derechos de las mujeres a un parto humanizado son protegidos por el sistema de salud en Salta y por los profesionales de salud materna individuales y descubre los temas que conectan las narrativas y experiencias únicas de las madres entrevistadas.

IV. Metodología

Esta investigación fue realizado usando una metodología cualitativa para descubrir las experiencias vividas por las mujeres que viven en San Carlos, Salta. Mis investigaciones consistieron en una semana de trabajo de campo en San Carlos y el pueblo cercano de Cafayate. Visité los hospitales y los centros de salud donde las mujeres de la comunidad reciben tratamiento de salud materna y parir, y hablé directamente con los profesionales de la salud materna que brindan atención a estas mujeres durante sus embarazos y nacimientos. Lo más importante es que entrevisté a una gran variedad de madres en la comunidad de San Carlos. Estas mujeres incluyeron madres jóvenes que habían dado a luz recientemente, mujeres que habían dado a luz más de veinte años atrás, mujeres que solo habían tenido experiencias positivas con los centros de salud y hospitales locales, y mujeres que habían tenido experiencias tan horribles que habían decidido nunca más parir en un hospital.

Antes de empezar mi trabajo de campo, leí artículos e hice una revisión de literatura para formular un marco teórico con que enfoqué mis investigaciones e análisis. Usé esta revisión para informarme sobre la realidad del parto humanizado y

violencia obstétrica en Argentina, que discutiré ampliamente en la siguiente sección de este informe. Con estos antecedentes teóricos, podría avanzar en mi trabajo de campo con las herramientas y la información necesarias para obtener una mirada integral en el tema de violencia obstétrica.

Hice entrevistas semiestructuradas y no dirigidas para explorar las experiencias y pensamientos de las mujeres desde sus propias perspectivas y cosmovisiones. Tenía una guía de entrevistas, que se incluye en el apéndice de este informe, pero esto fue solo una guía y las entrevistas fueron fluidas en sus estructuras. Cada entrevista fue diferente. Variaron en términos de temas, en función de los temas que la mujer más deseaba discutir, el tono emocional de la entrevista y la duración (que varían ampliamente de quince minutos a dos horas). Traté de tener preguntas bien pensadas y también dejé espacio en la conversación para hablar sobre las historias personales de las mujeres en una manera informal. Para avanzar ese objetivo y obviamente adherirse a normas éticas, las entrevistas eran completamente anónimas y confidenciales, y aclaré al principio de la entrevista que la entrevistada podía decidir si responde o no a las preguntas. Para hacer las entrevistas, trabajé con mi tutora, Luciana, quien vive en San Carlos y tiene conexiones con mujeres y profesionales de salud en la comunidad. Con su apoyo y conexiones, mis entrevistas e investigaciones exploratorias resultaron posibles. En total, había trece participantes en mi investigación. Entrevisté diez mujeres y madres quien han tenido experiencias de salud materna y parto en la comunidad de San Carlos, y tres trabajadores en el campo de salud materna, incluyendo un agente de salud comunitario del centro de salud en San Carlos, una ginecóloga del centro de salud en San Carlos, y una obstetra del hospital en Cafayate (donde paren muchas de las mujeres de San Carlos). Determiné la cantidad de entrevistas que realicé en base a la teoría de la "saturación teórica", en la que se continuó con la recopilación de datos mediante entrevistas hasta que no se obtuvieron nuevos conocimientos conceptuales (Morse 2003: 1123).

Estas entrevistas me permitieron obtener una visión íntima de las experiencias vividas de estas mujeres desde diferentes perspectivas e identidades. Cada mujer entrevistada tuvo una experiencia única con los servicios de parto y salud materna, y es imposible generalizar estas experiencias y cosmovisiones diversas. Sin embargo, esta amplia variedad me permitió obtener una comprensión rica y amplia de los temas que conectan las narrativas de estas mujeres. Me ha permitido analizar la situación de la salud materna y el parto humanizado en San Carlos a través de una lente etnográfica y

describir estas experiencias y temas comunes con la esperanza de abogar por una mayor protección de los derechos inherentes de las madres en la comunidad.

Consideraciones éticas

Los temas discutidos en mis entrevistas con los participantes, particularmente en esas conversaciones con las madres, fueron potencialmente delicados o desencadenantes. Con la ayuda de mi tutora, intenté crear un ambiente lo más seguro y cómodo posible para los participantes, esto incluyó tener a mi tutora presente en la mayoría de las entrevistas (ya que muchos de los participantes eran sus amigas o conocidas), realizando las entrevistas en una hora y lugar cómodos para el participante, a menudo en su hogar, y enmarcando la entrevista como una conversación dirigida por la participante. Antes del comienzo de cada entrevista, proporcioné a los participantes una breve introducción a mi trabajo y el propósito de mi estudio. Les aseguré que simplemente quería aprender de sus experiencias y escuchar sus puntos de vista. Les dije a los participantes que no tenían que responder a ninguna pregunta que no desearan, y que ninguna de sus identificaciones personales se registraría o usaría en mi estudio o informe. Finalmente, pedí permiso a cada participante para grabar la entrevista y respeté su respuesta.

V. Marco teórico

a. Raíces de violencia obstétrica y partos inhumanos

Los procesos de violencia contra las mujeres y sus cuerpos son inherentes a nuestras estructuras y relaciones sociales. En su libro, Cecilia Canevari Bledel explicó que “las instituciones en sus estructuras jerárquicas y patriarcales son espacios en donde se aprende y se reproduce la violencia. La misma se hace cotidiana y se naturaliza. El efecto de la naturalización es la invisibilización y es así que las mujeres son víctimas de la violencia patriarcal ya sea de manera sutil en forma de desvaloraciones o de manera cruel, como la violencia física. La complejidad de este fenómeno está dada también porque en el mismo intervienen no solamente cuestiones sociales y culturales aprendidas sino también percepciones y valoraciones personales.” (Bledel 16) Por lo tanto, existe un trasfondo de desigualdad, relaciones de poder y subalternidad que subyace a la existencia de la violencia obstétrica en la medicina. Estos marcos críticos que analizan las relaciones de poder y el tratamiento de las mujeres y sus cuerpos dentro de la atención médica han informado el diseño y análisis de mi proyecto. Afirmo que las mujeres tienen el derecho inherente de autonomía sobre sus propios cuerpos, partos y

experiencias, y que estos derechos son frecuentemente usurpados en procesos de medicalización hegemónica y misógina.

Las relaciones de poder son una consideración clave en la discusión de la violencia contra las mujeres en todas sus formas. Un modelo explicativo de la violencia contra las mujeres tiene en cuenta el papel del poder y el control en las relaciones violentas que dejan a las mujeres vulnerables a ser sometidas a la violencia. Desde el punto de vista histórico y cultural, las nociones de misoginia y discriminación contra la mujer como el sexo más débil e inherentemente menos valioso se manifiestan en la violencia de género. Esta violencia que surge de distribuciones desiguales de poder ocurre frecuentemente dentro de relaciones familiares o amorosas, pero también se puede aplicar el caso de las relaciones de las mujeres con el sistema de salud y con proveedores de servicios de salud individuales.

La consideración del poder y la vulnerabilidad es especialmente relevante en la consideración de las experiencias de las mujeres con los servicios de salud, particularmente durante sus embarazos (un momento en sus vidas en el que son especialmente vulnerables al maltrato o la negación de sus derechos humanos). Es imposible separar este aspecto del poder de la esfera médica, ya que los hospitales y los centros de salud son lugares que residen en un terreno intermedio precario entre las personas y el gobierno y en los que un desequilibrio de poder inherente está omnipresente: “El poder es una dimensión clave en la construcción cultural del conocimiento médico. Los sistemas médicos suelen reproducir las desigualdades y las jerarquías de una sociedad al naturalizar y normalizar las desigualdades mediante hechos e imágenes acerca del cuerpo” (Larme, 1998 citado por Sen, 2005:6).

Los hospitales y centros de salud son un reflejo directo de las normas y valores sociales y culturales. Ocupan un espacio único en la esfera social, ya que son instituciones que funcionan de arriba hacia abajo por los sistemas gubernamentales y, como tales, poseen las características potencialmente destructivas de las instituciones, como la violencia institucionalmente incrustada, el racismo o el subalternidad. También, sin embargo, ocupan un espacio de interacción directa con la sociedad desde abajo hacia arriba. (Figueroa 1997: 105) Cada miembro de la sociedad, desde los más privilegiados hasta los más marginados, tiene una necesidad y un uso para los servicios de salud, especialmente los de salud materna. Ya existe un desequilibrio de poder en el territorio del hospital. La separación entre los quienes buscan atención y los quienes la brindan es muy evidente. Las normas de la institución y los valores de los médicos se imponen a

los pacientes sin discusión, y los pacientes deben someterse a estas normas y valores. Si no les gustan estas normas y valores, o si los encuentran en desacuerdo con los suyos, su única opción es buscar atención en otro lugar: esto es imposible para muchos pacientes, especialmente para aquellos marginados por la pobreza, la ubicación geográfica u otras barreras acceder la salud. (Giberti 1993: 68)

Este desequilibrio de poder es lo suficientemente prominente en las relaciones entre el sistema de salud y los pacientes que buscan atención para problemas médicos o enfermedades, serios o mundanos. (Giberti 1993: 68) Sin embargo, hay otra consideración importante que debe incluirse en la conversación sobre este desequilibrio de poder entre el sistema de salud y las mujeres que están embarazadas o paren: *el embarazo no es una enfermedad*. En este sentido, el evento del parto es completamente único de todos los demás eventos y procesos que ocurren en el hospital. Un embarazo no es una enfermedad. Una mujer embarazada no va a un hospital para que los médicos la curen de su enfermedad (es decir, su embarazo). De hecho, no es necesario que una mujer para en un hospital, y durante siglos las mujeres de todo el mundo han parido en sus hogares sin la presencia de médicos. Por lo tanto, un parto es único en el sentido de que los médicos deben asumir un rol de referencia, un papel de prevención y cuidado pasivo, en lugar del rol de intervención que tienen con otros procedimientos hospitalarios. Desafortunadamente, sin embargo, los partos en los hospitales a menudo no son tratados como procesos naturales de la vida; más bien, como se tratan exactamente aquellos que no son: enfermedades. Los partos se medicalizan y los cuerpos de las mujeres se reducen a un receptáculo para un bebé: los sentimientos, pensamientos, miedos y experiencias de la mujer misma se ignoran con frecuencia bajo esta escrutadora mirada médica.

Este estudio intenta luchar contra esta visión medicalizante y reduccionista de los cuerpos y las experiencias de las mujeres. En lugar de centrarme en la experiencia del parto a través de un lente médico, me concentro en la experiencia del parto a través del lente de la experiencia vivida de la madre, teniendo en cuenta su compleja red de temores, esperanzas, expectativas, dificultades y deseos. Este enfoque holístico de las narraciones del parto lucha contra la medicalización y el sometimiento de las mujeres y sus cuerpos; trata el parto como una experiencia rica con un gran impacto en la vida de una mujer (un impacto que tiene el potencial de ser positivo o negativo, dependiendo de su experiencia y tratamiento únicos por parte del sistema de atención de salud materna); se niega a aplicar la categoría de enfermedad a un embarazo.

b. Emergencia de la problematización internacional de violencia obstétrica y parto humanizado en Latinoamérica

El estudio de la violencia obstétrica y el parto humanizado se ha convertido en un discurso académico crítico en América Latina en los últimos treinta años. A pesar de los avances mundiales recientes para reducir en gran medida las tasas de mortalidad materna e infantil, un mayor acceso a recursos obstétricos y tasas de prestación de servicios, un creciente cuerpo de investigación sobre las experiencias de las mujeres durante el embarazo y el parto pinta una imagen inquietante. Este proceso de visibilización de la violencia obstétrica contra las mujeres durante sus embarazos y partos ha sido un ejemplo de la gran fuerza de los movimientos sociales feministas y los levantamientos en los últimos cincuenta años que han llamado la atención sobre las grandes injusticias contra las mujeres en diversos sectores de la sociedad.

El término “violencia obstétrica” se acuñó por primera vez en Venezuela en 2007, cuando se introdujo en una nueva ley sobre el tema. El artículo 15 de la Ley Orgánica sobre el derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia se dice que esta ley es para “garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y crear condiciones para prevenir, tratar, castigar y erradicar la violencia hacia mujeres en cualquiera de sus formas y campos, realizando cambios en el desarrollo sociocultural patrones que sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder en las mujeres, promover la construcción de una sociedad justa, democrática, participativa y autosuficiente (Ley Orgánica sobre el derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia, Venezuela). Desde su nacimiento en Venezuela, el análisis crítico de la violencia obstétrica y el parto humanizado se ha extendido a otros países, principalmente en América Latina pero también en países como España y Sudáfrica. (Castro 2015: 40-45)

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como la Convención de Belém do Pará (que se estableció por primera vez en 1994), ha sido una de las principales fuentes de la lucha transnacional contra la violencia contra la mujer, bajo que la violencia obstétrica es una subsección importante. La Convención de Belém do Pará define la violencia contra la mujer, establece que las mujeres tienen derecho a vivir libres de violencia y que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales. En 2012, en parte como respuesta al gran aumento de la discusión internacional sobre la violencia obstétrica y el parto humanizado en América Latina, la

Convención publicó su Segundo Informe Hemisférico. En este informe, la convención resume la legislación que protege los derechos de las mujeres a estar libres de violencia obstétrica, pero señala que esta legislatura es a menudo vaga y no está vinculada a códigos penales explícitos. La convención recomienda que los Estados incluyan disposiciones que no solo convierte la violencia obstétrica en una ofensa punible, sino que también elabora sobre los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del nacimiento, sin dependencia excesiva de medicamentos y en el que las mujeres y las adolescentes están debidamente informados y disfrutan de las garantías necesarias para garantizar su libre y el consentimiento voluntario a los procedimientos asociados con su salud sexual. También es recomendando que se adopte una perspectiva intercultural que permita a los indígenas pueblos a utilizar los servicios de salud y que sea respetuoso de sus costumbres y normas culturales. (*Secundo Informe Hemisférico Sobre La Implementación De La Convención De Belém Do Pará*)

Por lo tanto, aunque el surgimiento del discurso transnacional ha tenido éxito en la problematización internacional de este fenómeno, y los gobiernos estatales se han visto obligados a abordar el tema en sus marcos legales. Sin embargo, estas leyes no existen universalmente, e incluso en lugares donde existen, su implementación a menudo no se lleva a cabo. Por ejemplo, la aplicación de estas leyes a menudo se deja en manos de los gobiernos provinciales y locales, cuya supervisión puede diferir en gran medida incluso entre el mismo país. La aplicación de las leyes contra la violencia obstétrica es un problema transnacional tan grande como la existencia misma de la violencia, y han surgido muchos movimientos sociales basados en ideologías feministas para denunciar este descuido legal y exigir la actualización de sus derechos humanos inherentes.

Aparte de la falta de gobierno y la supervisión sistémica en muchas comunidades, las mujeres, con frecuencia las que viven en comunidades pobres, marginadas o rurales, no tienen los conocimientos y las herramientas para reconocer y exigir sus propios derechos a tener partos humanizados. Como los casos de violencia obstétrica a menudo ocurren en privado o en reclusión, es esencial para la garantía de los derechos de las mujeres que puedan reconocer y reclamar las violaciones. Es igualmente esencial que estos reclamos sean tomados en serio por los centros de salud, los hospitales y los gobiernos, y que haya vías accesibles a través de las cuales las mujeres puedan presentar estas quejas. Como tal, la red de factores legales y sociales que aseguran que los derechos de las mujeres estén libres de violencia obstétrica son

complicados e incluyen educación, movilización social, empoderamiento, así como una comprensión fundamental de los propios derechos además del marco legal básico. Intento diseñar y analizar mis hallazgos en este estudio a través de este lente interdisciplinario, de una manera que considera los diversos factores sociales, culturales y psicológicos que afectan las experiencias de las mujeres en este estudio.

c. Marco judicial y legal en Argentina

Argentina es uno de los países que, tras la acuñación legal del término “violencia obstétrica” en Venezuela en 2007, ha aprobado la legislación que protege los derechos de las mujeres a no sufrir violencia obstétrica y tener un parto humanizado. Siguiendo la ley venezolana, Argentina define la violencia obstétrica en su legislatura nacional sobre violencia contra las mujeres, aunque no indica qué medidas se están tomando para implementarla en la legislación interna, no estableciendo las penas correspondientes en el código penal ni en los lineamientos en la ley general de salud (*Secundo Informe Hemisférico* 39). Por lo tanto, existe un marco legal bien establecido para discutir la teoría detrás de los derechos inherentes de la mujer al parto humanizado, aunque existen lagunas de comunicación en la traducción de esta ley a la práctica (que se discutirá más adelante en este informe). Para examinar el base legal existente en Argentina, hay dos leyes nacionales en Argentina que podemos discutir.

La primera ley, y la que se relaciona más directamente con este informe, se llama Ley de parto humanizado. Esta ley, la ley nacional N° 25.929, se introdujo en 2004 y está específicamente diseñada para proteger a las mujeres cuando dan a luz. Esta ley establece que “pone de relieve los derechos de toda madre a la información, al trato digno, respetuoso e individual, propugnándose su libertad de elección respecto de la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto, anteponiéndose el parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación” (Ley nacional 25.929). Este ley explícitamente garantiza los derechos a negar a acelerar el parto (incluyendo procedimiento de goteo, rotura artificial de bolsa o procedimientos similares, cuando no corra riesgo de las vidas de la madre o bebe), a elegir a cualquier persona que quiere a acompañarla durante el trabajo de parto, el parto y el postparto, a decidir la posición que prefiera a parir, a tener contacto con el bebé lo más rápido después del parto posible y a tener atención gratuita del embarazo, parto y postparto. (Ley nacional 25.929)

En 2009 se implementó una segunda ley más amplia relacionada con la violencia obstétrica. La Ley Nacional N° 26.485, denominada Ley de Protección Integral para

prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales. En su artículo N 4, la define esa violencia: “se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.” La idea de la violencia obstétrica como una subcategoría de violencia de género y violencia contra las mujeres se desarrolla más a fondo en el artículo 6, donde se define violencia obstétrica y se afirma: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.” (Ley 26.485) En ambas leyes nacionales, por lo tanto, los derechos de las mujeres a estar libres de violencia obstétrica y tener un parto humanizado están claramente definidos y garantizados como derechos humanos naturales. Las pautas establecidas en estas leyes se utilizarán para analizar las experiencias y narrativas compartidas por las mujeres en este estudio con el fin de determinar el grado en que los derechos humanos de las mujeres a un embarazo y parto seguros y dignos, garantizados por el derecho nacional e internacional, se mantienen en la práctica.

d. Definiciones claves de violencia obstétrica y parto humanizado

Es fundamental para el desarrollo de este proyecto definir de forma clara y detallada la violencia obstétrica, de modo que su existencia pueda ser reconocida y analizada en las narrativas de parto que conforman este estudio. La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que viola sus derechos humanos. Ocurre en los servicios de salud públicos y privados durante la atención obstétrica, y consiste en cualquier acto u omisión del personal de salud que ocasione daños físicos y/o psicológicos a una mujer durante el embarazo, el parto y el postparto. La violencia obstétrica se manifiesta en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva; en trato cruel, inhumano o degradante; o en la sobre medicalización, todo la cual socava la capacidad de una mujer para tomar decisiones libres e informadas sobre sus procesos reproductivos. La violencia obstétrica es una intersección inherente entre la violencia institucional y la violencia de género contra las mujeres:

“Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regaños, burlas, ironías,

insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su “consentimiento”, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.” (Villanueva-Egan 2010:148)

La violencia obstétrica puede manifestarse en la violencia física, incluidos los procedimientos invasivos o la administración innecesaria o injustificable de la medicina o cuando no se respetan los procesos laborales y las posiciones de parto naturales. (Medina 2009: 2) Esto también puede incluir la falta de acceso a servicios de salud obstétricos de calidad. También se puede manifestar en violencia psicológica, incluyendo comportamiento cruel, severo o deshumanizante, discriminación o humillación. Esto incluye la omisión de información a la mujer y su familia durante el proceso de trabajo, la evidente ignorancia de los temores, solicitudes o preocupaciones de una mujer durante la atención obstétrica o la usurpación de la autonomía de la mujer sobre su parto y su cuerpo.

A los efectos de mi diseño y análisis de investigación, consideré tres categorías con las que estructuraba mis preguntas y análisis de entrevista. Estas categorías se basaron en las miradas críticas antes mencionadas con las que los expertos discuten violencia obstétrica: autonomía, accesibilidad y trato justo. “Autonomía” se refiere a los derechos de las mujeres a decidir sus propias prácticas, posiciones y tratamiento de parto. Se refiere a los derechos de las mujeres a recibir información médica veraz y adecuada de parte de sus proveedores de atención obstétrica. Se refiere a sus derechos a hacer solicitudes y plantear inquietudes a sus médicos, sabiendo que estas solicitudes se escucharán y se cumplirán sin burlas ni acoso. También se refiere al deber de los médicos y los proveedores de atención obstétrica de crear activamente un entorno de autonomía para el paciente; es decir, preguntarle sobre su posición preferida para el parto, sus temores y sus preocupaciones y explicar completamente cualquier procedimiento o complicación médica sin que ella tenga que preguntar primero.

La "accesibilidad" es un término complejo que, en términos generales, se refiere a la capacidad de las mujeres para acceder a servicios de salud materna de calidad. Tradicionalmente, el acceso se ha visto como un atributo de los servicios de salud y la capacidad de los pacientes para llegar a estos servicios. Julio Frenk, autor del famoso artículo "El concepto y medición de la accesibilidad," por ejemplo, define "acceso" como la capacidad de la población para buscar y obtener atención, y "accesibilidad" como el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención médica y los de la población en el proceso de búsqueda y obtención de atención (Frenk 2014: 438-40). En este sentido, se tiende a poner énfasis en las características del sistema y la llegada de los pacientes a ese sistema. En mi revisión bibliográfica de la literatura, me centré en conceptualizaciones de accesibilidad que incluían no solo la capacidad logística de los pacientes para llegar a este sistema, sino también conceptualizaciones complejas y amplias que incluían una consideración crítica de las experiencias vividas de los pacientes en sus únicas circunstancias sociales y culturales, así como una consideración más amplia y más rica de las formas en que el sistema de salud interviene con los pacientes antes, durante y después de su tratamiento. Utilizando un enfoque psico-socio-cultural, proponen considerar el acceso a la atención médica como un espacio conflictivo de articulación entre el sistema, los proveedores y los pacientes. (Landini 204: 150) De esta manera, el diseño y análisis de investigación se enfoca en la accesibilidad como una amplia gama de consideraciones y factores, incluido los factores psico-socio-cultural que Landini propuso y los factores resumidos por Levesque: el aceptabilidad, disponibilidad, y adecuación de los servicios de salud materna y las capacidades de percepción, búsqueda, alcanzar (entornos de vida, transporte, movilidad y apoyo social), pago, y participar (empoderamiento, información, adherencia y apoyo del cuidador) de los usuarios de los servicios de salud. (Levesque 2013: 18)

El aspecto final de mi análisis crítico de la violencia obstétrica en las experiencias de las mujeres en San Carlos es el trato justo. Este aspecto del parto humanizado es quizás lo más difícil de analizar, ya que es altamente subjetivo y se basa en las percepciones de las mujeres sobre su propio derecho a un tratamiento de salud justo y equitativo. Este segmento de mi investigación se basó en las teorías feministas y de derechos humanos discutidas anteriormente, y se centró en gran medida en estos conceptos a partir de las percepciones de las mujeres. Por ejemplo, las preguntas se centraron en la importancia del parto humanizado para las mujeres y/o los proveedores de salud y la existencia de maltrato o abuso según lo definido por las mujeres.

La violencia obstétrica es, por lo tanto, un tema amplio, y existen muchas injusticias y malos tratos que pueden incluir en esta categoría. En lugar de intentar crear un enfoque muy restringido o forzar las experiencias de las mujeres a adherirse a las definiciones impuestas desde el exterior, se utilizó un marco fluido para conducir y analizar este estudio. Sin embargo, las propias definiciones de violencia obstétrica de las mujeres (incluso si estos términos académicos nunca se discutieron explícitamente) y el parto humanizado fueron de lejos la más importante en la construcción de este estudio cualitativo basado en las experiencias y percepciones vividas por las mujeres.

VI. Resultados

a. Una aproximación a la salud materna en San Carlos

San Carlos es un pequeño pueblo ubicado en la porción sur de la provincia argentina de Salta. Tiene 1.887 habitantes (INDEC, 2001) que viven dentro de sus fronteras. Se encuentra dentro de un departamento más amplio, también llamado San Carlos, el cual es uno de los veintitrés departamentos que componen la provincia de Salta que tiene 6.927 habitantes (INDEC, 2010). San Carlos tiene un hospital principal, el Hospital San Carlos, donde los habitantes del pueblo pueden recibir controles para ellos mismos o para sus hijos para una variedad de servicios, que incluyen vacunación, evaluación de enfermedades, odontología y salud infantil (entrevista con la doctora). Al igual que otros departamentos en Salta, San Carlos tiene un sistema de atención primaria de salud (APS) en la forma de agentes sanitarios que trabajan con el hospital y también directamente con miembros de la comunidad. San Carlos y la cercana pueblo de Animaná se dividen en once sectores atendidos por once agentes sanitarios diferentes. A cada agente de salud se le asigna uno de estos sectores que generalmente consta de alrededor de 500 miembros de la comunidad, y realiza visitas regulares en bicicleta a los hogares de estos miembros de la comunidad para proporcionar controles, vacunas y otros servicios preventivos de salud.

El hospital y los agentes sanitarios en San Carlos ofrecen una variedad de servicios de salud materna, incluidos los controles prenatales, postnatales e infantiles, y están equipados para manejar las necesidades básicas y generales de su comunidad (pero ni los embarazos de alto riesgo ni aquellos requiriendo un alto nivel de especialización). El Hospital San Carlos no está actualmente equipado para nacimientos, los nacimientos solían ocurrir allí, pero en los últimos años las mujeres han sido obligadas a viajar a la ciudad cerca de Cafayate para dar a luz en el hospital más grande de allí. Según uno de los agentes sanitarios, esto es porque “Cafayate es otro

nivel ya del hospital. Un nivel uno está Cafayate, entonces ellos tienen todo. Tienen ginecólogos, tienen pediatras, tienen obstetra, o sea, ellos tienen parteras, o sea, ellos tienen médicos más preparados para ir a Cafayate. Y por eso es que son derivadas ahí.” (Entrevista con el agente sanitario)” La mayoría de las mujeres en la comunidad dan a luz en el hospital de Cafayate, aunque un pequeño número de mujeres eligió dar a luz en sus hogares o viajar a otros hospitales de la provincia (como el de la ciudad capital de Salta). (Entrevistas con el agente de salud y la doctora)

El hospital de Cafayate (Hospital Nuestra Señora del Rosario) se encuentra a 24 kilómetros del Hospital San Carlos (Google Maps, 2018) y es mucho más grande en términos de tamaño, recursos y personal. Recibe alrededor de 500 partos por año, una estadística relativamente pequeña en comparación con los 21-24 partos que se producen en el hospital público materno infantil en la ciudad capital de Salta (entrevista con el obstetra). El Hospital Nuestra Señora del Rosario ofrece una amplia variedad de servicios para la salud materna, incluyendo papanicolau, exámenes de mamas, ecografías ginecológicas y ecografías obstétricas, control prenatal desde el principio del embarazo, la consulta preconcepcional, consultorio de planificación familiar y salud reproductiva y el consultorio de control prenatal. Además de estos servicios básicos, el hospital de Cafayate ofrece un programa único para mujeres embarazadas: un tipo de grupo de apoyo combinado y taller para mujeres embarazadas dirigido por uno de los obstetras entrevistados:

Los talleres se llaman PIN. PIN, preparación integral para la maternidad. Integral porque en realidad debería estar dado por varios profesionales, pero bueno acá los sábados lo dicto yo. Por ahí hay veces que invito a la pediatra como para que pueda hablar ella un poquito sobre la recepción del recién nacido y los cuidados del niño, pero en general lo dicto yo. Son cinco encuentros, se dictan todos los sábados de 6 de la tarde a 8 de la noche y son dos horas en donde con las embarazadas que participan, hablamos un poquito de cuáles son las inquietudes de ellas, los miedos, las dudas, se van respondiendo, hablamos de la fisiología del trabajo de parto, de cómo se da el embarazo, el trabajo de parto y el parto normal. Después hablamos de algunas complicaciones que pueden surgir, hablamos del parto y preparamos a la mujer para el parto también. Y les explico qué cosas pueden hacer durante un trabajo de parto, cuáles son los movimientos que ellas pueden efectuar, qué es lo que les brinda el hospital, los lugares y elementos que tenemos acá. Les explicamos más o menos cuánto

tiempo tiene que durar un trabajo de parto normal ...les hablamos también de los derechos que y les cuento un poquito de [la ley del parto humanizado]

(entrevista con obstétrica)

Estos talleres ofrecen a las mujeres la oportunidad de discutir sus emociones e inquietudes con los profesionales de la salud y sus pares, aprender sobre lo que implicará el proceso de parto y qué derechos tienen, y familiarizarse con el entorno hospitalario. No hay costo para que las mujeres asistan a estos talleres, pero fue difícil implementarlas en la comunidad porque, según el obstetra entrevistado, “la población local de Cafayate es como muy especial, es como muy tímida, por ahí les cuesta un poco entrar en confianza con los profesionales y yo, a pesar de que hace dos años que estoy y me conocen porque bueno, yo las controlo o las asisto en los trabajos de parto, pero no soy conocida en el pueblo como son los médicos de acá; por ejemplo.”

(Entrevista con la obstétrica) La asistencia ha ido creciendo lentamente, sin embargo: “Empezamos con tres o cuatro chicas, después se fueron sumando más y fueron seis, la semana pasada vinieron once...o sea, y cada vez se va haciendo como más popular; porque también ella se los va transmitiendo boca a boca.” (Entrevista con la obstétrica)

La implementación de programas de salud comunitarios y talleres basados en compañeros como estos talleres prenatales son esenciales para fomentar fuertes lazos entre pacientes y proveedores de servicios de salud y facultar a los miembros de la comunidad para conocer sus derechos y lo que pueden esperar de sus médicos, hospitales y sistemas de salud. (Merzel 2003: 50)

b. Las experiencias de las mujeres con los servicios de salud materna

Como se esperaba, las narrativas y experiencias de parto de las madres en esta investigación variaron enormemente. Variaron no solo en el contenido y la forma de las entrevistas, sino también en las experiencias vividas de parto y los grados en que las mujeres experimentaron violencia obstétrica o partos humanizados. Es imposible analizar este grado de variación cuantitativamente; hay una gran cantidad de factores que pueden tener un gran impacto en la salud materna y las experiencias de parto de una mujer, incluida la edad, la época en que la mujer dio a luz, el hospital al que asistió y el equipo médico particular que la cuidó y, a veces, la suerte:

Yo creo que es mucho cuestión de suerte...Cuestión de suerte porque hay algunos doctores que sí te dan el interés de la enfermedad como tiene que ser, pero si no, no...Para mí es cuestión de suerte, de encontrar a alguien que realmente...un doctor que realmente se dedique a su profesión o tenga el gusto

de atender a las personas como tiene que ser... Porque muchas veces lo teórico es muy diferente a la práctica. (entrevista con mujer 5)

A pesar de este gran nivel de variación, lo que es importante es que, aunque algunas mujeres indicaron que solo recibieron tratamiento justo y equitativo por parte del personal médico, muchas no lo indicaron. Que una mujer reciba o no un trato justo, humano y en materia de salud materna no debería ser una cuestión de suerte: es su derecho humano fundamental, que se le garantiza en las leyes internacionales y nacionales, y esto no debe ignorarse.

Un tema común a lo largo de las narraciones sobre el parto de las mujeres (y notablemente ausente de la mayoría de los comentarios de los proveedores de salud) fue la discusión de las fuertes emociones que rodean el parto. Intuitivamente, esto tiene sentido: el parto es un evento importante muy esperado en la vida de una mujer; es diferente de cualquier otra experiencia natural, y viene con una gran cantidad de miedos, expectativas, esperanzas y, por supuesto, dolor. La ansiedad fue a menudo la primera emoción mencionada por las mujeres cuando se les preguntó sobre las emociones que rodean el parto. También fue la única emoción consecuentemente mencionada por los proveedores de servicios de salud cuando se les preguntó sobre las emociones que esperaban que tenían las mujeres que cuidan:

Ansiedad. Nada más. Ni tristeza ni alegría creo, ansiedad de que vos digás fecha y de ahí lo que sería la otra cuestión. Son muy poquitas a las que vos podás planearlas...o sea que, son los embarazos deseados, planeados. El resto creo que es la ansiedad de fechas, de decir culminé una etapa y sigo. (Entrevista con la doctora)

La ansiedad que rodea el parto, sin embargo, trasciende el miedo al dolor. También trasciende los simples temores mencionados por el ginecólogo y, como lo revelan las experiencias ricas y descriptivas de las mujeres entrevistadas, es de hecho mucho más complicado que "ansiedad, nada más". El miedo es una emoción dinámica y vasta; surgió en las narraciones de las mujeres en los temores de incomodidad, humillación, decepción, pérdida y vergüenza. El miedo más notable mencionado fue el temor a tener complicaciones durante el nacimiento o el temor a que algo malo le suceda al bebé. En lugar de ver a los médicos y los equipos médicos del hospital como fuentes de alivio para aliviar estos temores, las mujeres a menudo los veían como instigadores del miedo:

temen sentirse incómodos, temen que no los escuchen o incluso temen que sus bebés no lo hagan. ser atendido adecuadamente. (Entrevistas con mujer 2, mujer 5, mujer 6)

Además del miedo, varias mujeres hablaron de vergüenza como una emoción fuerte que limita tanto la capacidad de hablar sobre el parto como la de recibir atención. Las mujeres que no se han ido de su pueblo eran más propensas a mencionar la vergüenza como un factor limitante para el cuidado que las mujeres que han vivido algún tiempo, aunque breve, en ciudades más grandes, como Tucumán o la capital de Salta. La cuarta mujer indicó que ella cree que esta vergüenza es mucho más fuerte en las mujeres del cerro: “Porque la gente... ¿cómo le puedo decir? Es vergonzosa. La gente humilde es bastante vergonzosa, así nomás no se va a entregar al médico. Así no más, no. Entonces ahí no, tienen... digamos bien el... traen ¿cómo puedo decir? Sus costumbres y tiene al bebé,” indicando que tal vez la vergüenza que rodea el parto es un factor cultural específico derivado de una situación social particular. (Entrevista con mujer 4)

Desafortunadamente, otro tema común que se extendió a lo largo de las narrativas de las mujeres fue la percepción de indiferencia o de crueldad por parte del equipo médico. De las diez mujeres entrevistadas, todas excepto dos mencionaron algún tipo de desprecio, crueldad o negligencia por parte de un médico u otro proveedor de salud materna, una estadística alta. Algunas de estas mujeres mencionaron estos casos de indiferencia, crueldad u otros malos tratos como atípicos, ocurriendo ocasionalmente (entrevista con mujer 8). Algunas mujeres las describieron como constantes y omnipresentes (entrevista con mujer 5). A pesar de esta variación en la frecuencia, el hecho es que una mujer nunca debe experimentar crueldad o maltrato por parte de un profesional médico, especialmente durante las experiencias de salud materna. Esta es una violación abyecta de los tratados de derechos humanos y de la legislación nacional; no debería ser una ocurrencia común, ni debería ser un caso atípico; debería ser una denuncia tomada con la mayor seriedad. Después de estas experiencias de maltrato, había algunas casos en que las mujeres optaron por tener los siguientes partos en sus casas:

“Y bueno, entonces yo la primera la he tenido ahí en Cafayate, ya la segunda nenita que yo he tenido, la he tenido en Angastaco también en casa, en mi casa. No quería yo ir a la maternidad porque me acobardaba. Ahí me apretaban la panza y todo ¿viste cuánto lo hacen?” (Entrevista con mujer 4)

Aunque estos partos domiciliarios están permitidos en San Carlos, de ninguna manera son aceptados. Múltiples mujeres compartieron que escondieron sus decisiones de dar a luz en sus casas de sus doctores hasta el último momento posible (entrevista con mujer 10) o enfrentaron vergüenza y desaliento cuando revelaron su decisión (entrevista con mujer 8).

c. Sobre medicalización y la pérdida de la medicina tradicional

Varias mujeres, las más viejas entrevistadas en el estudio, fueron capaces de rastrear exhaustivamente el gran grado de cambio en la experiencia de parto de una mujer en el último medio siglo más o menos. Algunos de estos cambios, particularmente los relacionados con el crecimiento de la infraestructura hospitalaria y los recursos de salud pública, tuvieron un gran impacto positivo en las madres y sus bebés. Por ejemplo, el desarrollo del programa integral de agente de salud ha hecho que las consultas médicas prenatales y postnatales sean bastante accesibles. La infraestructura mejorada ha reducido las barreras geográficas para la atención. Por ejemplo, varias mujeres mayores que dieron a luz hace más de veinte años relataron haber viajado al hospital durante un parto a caballo (entrevista con mujer #3) o en la parte posterior de la destartada bicicleta de su padre (entrevista con mujer #9). Las mujeres más jóvenes entrevistadas no notaron estas barreras particulares; mencionaron ambulancias como una forma confiable de transporte durante el trabajo de parto (aunque varios mencionaron la tensión financiera al regresar del hospital u organizar el transporte para que sus amigos y familiares los acompañen durante el trabajo de parto).

Sin embargo, junto con esta mayor infraestructura y asignación de recursos, viene la medicalización y la fuerte imposición de métodos occidentales de parto. Con un mayor número de nacimientos en los hospitales, viene el sentimiento de medicalización y el tratamiento del embarazo como una enfermedad. Esta sobre medicalización ha llevado a un gran aumento en los procedimientos que a menudo son innecesarios, especialmente las cesáreas. Además, la biomedicina occidental y los métodos de parto occidental han sido fuertemente impuestos en los últimos años. Varias de las mujeres mayores entrevistadas relataron con afecto los métodos tradicionales de parto y curación utilizados por sus madres y abuelas: alimento con pollo asado y sopa clara durante muchos días antes del nacimiento para limpiar el cuerpo de la madre y prepararla para el parto, el uso de Yuyos especialmente preparados para fines específicos (por ejemplo, se usó durante cuarenta días después del nacimiento como purgante para limpiar la sangre de la madre) (entrevista con mujer #4). Una mujer relató con afecto las lecciones

de predicción de nacimiento de su abuela que demostraron ser mucho más precisas que los métodos utilizados por los hospitales:

Mi abuela me enseñaba... desde el último día de menstruación debés contar...¿Cómo es? ya me olvidé ahora de tantos años... son nueve lunas de 28 días, más 13 días. Ese día es el día casi exacto de parto y también se lo vinculaba con los cambios de luna. Y resulta que a mí todos desde la primera, la segunda que yo hacía eso y me daba el día exacto. Mi hija nació el día exacto que yo calculaba con esa... de esa manera. Entonces con este parto que tuve en casa yo había sacado que ellas nacían el 13 de diciembre y en el hospital me dieron para un 25...sí, un poquito más, sí 25. ¡No!, primeros días de enero, ya me acordé.
(entrevista con mujer #8)

Estas técnicas de curación tradicionales ahora se han perdido. Los días en que las mujeres dieron a luz solos o con algunos parientes cercanos parecieran estar desapareciendo, y en su lugar han llegado una gran cantidad de pruebas, agujas y procedimientos. La cuarta mujer entrevistada, que había dado a luz a tres niños usando una combinación de biomedicina y medicina tradicional, habló sobre este reciente aumento de la medicalización: “Ahora he visto hay más control, controlan los médicos y también ya la llevan a la maternidad, ya le atienden ahí. No es como antes.”
(Entrevista con mujer 4) La pérdida de estos métodos tradicionales demostró ser una pérdida severa de una gran fuente de consuelo, vínculos familiares y creencias para muchas de las mujeres.

Estos métodos de medicina tradicional no solo se perdieron debido al paso del tiempo y los procesos de modernización; más bien, han sido expulsados activamente debido a la discriminación y la estigmatización. Con la gran influencia de la biomedicina moderna ha surgido un gran disgusto y desconfianza por la medicina tradicional, la cual se consideran "retrógrada" o "primitiva" (Velásquez 2003: 458). Una de las mujeres entrevistadas se identificó a sí misma como una curandera tradicional que solía proporcionar medicinas de hierbas y tratamientos tradicionales transmitidos a través de generaciones a los miembros de su comunidad. Ella describió la discriminación y la persecución que enfrentó como resultado de sus medicinas tradicionales:

Te dicen brujo...mal interpretan, una bruja es una cosa y el que sabe...sabe curar es otra cosa. entonces si vos le decis, “no, tenes esto” ya te tratan de brujo. A mí me han tratado de bruja. O sea, se han venido a curar acá,

yo le he curado suponete el tobillo, acá no hay quien te cure el tobillo, te has torcido, te ponen yeso, todas esas cosas, le digo “no, te has torcido nomas”, veni yo te voy a curar...y le curaba y después me han salido diciendo que yo soy una bruja... bruja es que te va a hacer mal, pero yo no hago mal. (Entrevista con mujer 2)

La presencia dominante de la medicina occidental ha penetrado en la esfera de la salud materna y ha conducido a un gran patrón de sobre medicalización. Como se revela en los resultados de este estudio, este proceso ha llevado a la pérdida de un elemento humano para la medicina y la pérdida de la medicina tradicional que han proporcionado a las mujeres indígenas salud y comodidad durante sus partos durante generaciones. Ha contribuido a la tendencia a tratar el embarazo como una enfermedad y la práctica de, durante los partos, tratar a las mujeres más como cuerpos que humanas.

VII. Análisis

El análisis de las entrevistas con madres y proveedores de servicios de salud materna en este estudio se realizó sobre la base de la discusión previa de temas comunes y temas unificadores que surgieron en las narrativas únicas y diversas. Se ha determinado que existen múltiples formas y ejemplos de violencia obstétrica y negación del parto humanizado en las experiencias de parto de mujeres que viven en San Carlos, en cada una de las tres categorías organizadoras de violencia obstétrica (autonomía, accesibilidad y trato justo) propuesto en el marco de este estudio. Los grados en que se violaron los derechos de las mujeres a partos humanizados y estar libres de violencia obstétrica variaron enormemente, dependiendo de una amplia alcance de factores externos que incluían barreras de identidad, económicas y geográficas, educación, la época en que ocurrió el parto, el particular hospital y doctor visto, entre otros. El siguiente análisis es un intento de describir con precisión este alcance de experiencias a las que pueden estar sometidas las mujeres embarazadas en San Carlos.

a. La autonomía

Varias mujeres se quejaron de que su derecho a elegir su posición de parto (uno de los derechos garantizados en la ley nacional 25.929) fue denegado durante su participación en los hospitales locales. Las mujeres relataron que a menudo se las obligaba a asumir posiciones incómodas y antinaturales. Una mujer, durante el trabajo de parto, le preguntó explícitamente al médico que la estaba asistiendo en Cafayate si podía dar a luz en el lugar que eligiera, y esta solicitud fue abiertamente negada:

Y bueno, me midió la panza, me empezó a toquetear todo y después agarra y me dice... y yo le empiezo a preguntar si puedo parir. Le digo ¿yo puedo parir acá en la situación que yo quiera? No, dice “acá vas a parir en la camilla. No hay otra forma. No existe otra forma de parir.” (entrevista con mujer #6)

Esta afirmación de que "no existe otra forma de parir" es inexacto, porque las mujeres han estado dando a luz en una variedad de posiciones naturales sin la ayuda de un equipo médico durante siglos (Canevari Bledel 2011: 150). También es una violación directa de los tratados internacionales de derechos humanos y la ley nacional 25.929. Las mujeres merecen el derecho de elegir sus posiciones de parto, pero las narraciones de las mujeres en este estudio revelan que a veces los equipos médicos no solo olvidan preguntar sobre los puestos preferidos y automáticamente colocan a las mujeres en posiciones clínicas normales de parto, sino que también ignorar abyectamente las solicitudes de otros puestos (solicitudes que deben estar garantizadas por la legislación nacional).

Las mujeres en San Carlos son libres de elegir dónde dar a luz; si lo desean, pueden optar por viajar a otros hospitales, como el de Salta. También pueden elegir a parir en sus casas, aunque los profesionales no lo recomiendan e incluso dicen que “está prohibido” (entrevista con mujer 10). Algunas mujeres indicaron que sí tomaron esta decisión a parir por otros lados, por diversas razones incluida la disponibilidad de una cesárea antes de que se realizaran en Cafayate (entrevista con mujer 4), deseos o recomendaciones de un miembro de la familia o amigo (entrevista con mujer 6), o la evitación de un particular proveedor de servicios de salud en Cafayate (entrevista con mujer 8). Sin embargo, si las mujeres eligen asistir a un hospital diferente, deben tener los medios y la capacidad para viajar allí. Por ejemplo, la ciudad de Salta está a más de cuatro horas de San Carlos, los remis y los autobuses pueden ser costosos e impredecibles, y las mujeres a menudo tienen otros niños que necesitan cuidados mientras tanto. Por lo tanto, la autonomía de ubicación y, hasta cierto punto, el proveedor de servicios de salud están disponibles, sin embargo, existen barreras para acceder a este grado de autonomía. A menudo, las únicas mujeres que podían ejercer efectivamente este derecho eran las que tenían los medios para acceder al transporte y las que contaban con familiares de apoyo para cuidar a otros niños o acompañar a un hospital más lejano.

b. La accesibilidad

Las mujeres coincidieron en que las citas prenatales y posnatales son particularmente accesibles en San Carlos, gracias a los ginecólogos del centro de San Carlos y especialmente a los agentes de salud que realizan visitas de rutina y brindan atención especial a mujeres embarazadas. Casi todas las mujeres entrevistadas asistieron a múltiples visitas prenatales. Algunas mujeres que no habían dado a luz hace más de veinte años mencionaron que solía ser más difícil acceder a la atención prenatal (entrevistas con mujer 3 y mujer 4), y señalaron nuevamente las recientes mejoras en la infraestructura provincial de salud primaria. Algunas mujeres supusieron que podría existir una barrera para el cuidado prenatal en el sentido de que, a veces, las mujeres jóvenes que están embarazadas tienen miedo de decírselo a sus padres y médicos y, por lo tanto, pueden no recibir atención prenatal hasta que hayan avanzado el embarazo. (entrevista con mujer 6)

Otro factor relacionado con la mejora de la atención mencionada por algunas de las mujeres fue un aumento en los recursos (especialmente en la cantidad de personal disponible) en los hospitales. (Entrevista con mujer 4) Se ha demostrado que la disponibilidad de un número suficiente de médicos, enfermeras y obstetras tiene un gran impacto en las experiencias de atención materna materna (Medina 2009: 3). Este grado de especialización se ha producido en Cafayate, pero todavía falta en San Carlos. Aunque algunas de las mujeres notaron un aumento en el personal a lo largo de los años, la ginecóloga de San Carlos aún notó la falta de profesionales como su mayor barrera institucional para brindar una atención adecuada:

E.: ¿Y si usted puede cambiar algo o mejorar algo en ese sistema acá, cuál sería hacer...?

Doctora: Por eso te digo, el sistema es muy diferente. San Carlos, Cafayate. Cafayate que estamos a 15 minutos, tenés todo ahí como para mejor y tienen todo; acá en San Carlos tenés que mejorar todo. Primero desde la atención del profesional, de uno.

E.: Sí. ¿Y cuáles recursos necesitan para...?

Doctora: Profesionales. Profesionales...En lo material bueno, eso ya es medio obvio, pero no hay médicos.

Esta barrera particular a la accesibilidad es una que existe a nivel institucional, y requiere un gran cambio gubernamental y sistémico en la asignación de recursos,

apuntando a la compleja red de factores que afectan la atención médica. Los proveedores de servicios de salud tienden a ser mucho más conscientes de las barreras de acceso que surgen del lado del hospital, la institución, que las barreras que surgen del lado de las experiencias de la mujer (como sus temores o preocupaciones).

El factor más significativo que afecta el acceso a la atención de la salud prenatal y postnatal (y la asistencia sanitaria en general) fue mencionado por múltiples mujeres entrevistadas y está relacionado con los largos tiempos de espera en los hospitales. Una mujer describió esta gran demora en esperar los turnos:

Eso pasa en los hospitales mientras que no te ven que ya te estás muriendo no, no te atienden. Ahora, se ve por ejemplo mucho, se ve en las noticias de que van a los hospitales, y tenés que ir a dormir allá por un turno, y yo no sé cómo ellos no se organizan o...la vez pasada, ¿no te conté, no? Fui yo con mi nuera, hemos ido a las 3 de la mañana en el colectivo, para tener un turno y...hemos ido a las 3 de la mañana y hemos llegado casi a las 3:30, 4 menos 20 al hospital, caminando desde allá, de donde te bajas del colectivo. Y llegamos allá y contentas que eramos las primeras, entramos, le preguntamos en la guardia, y me dice “no, ya hay 25”, había gente que había ido a las 8 de la noche a dormir en los bancos para poder tener un turno... (Entrevista con mujer 3)

Otra mujer mencionó la desorganización general además de estos largos períodos de espera como una razón por la cual ya no asiste al hospital:

En ese momento no era tan complicado, conseguías turno. Ahora está medio complicado. Dentro de todo ya no asisto tanto al hospital porque de un día al otro vuelvo al hospital y me doy con que había que sacar turno aquí y si no llevabas el carné no te atendían y bueno, se empezó a poner más difícil incluso para sacarte sangre. Porque antes vos ibas, te daba el doctor el turno, vos ibas y te decía el...pasabas directamente al bioquímico, el bioquímico decía “bueno, vení mañana, traé esto, traé lo otro” y volvías al otro día. Bueno, una vez voy así y vuelvo al otro día yo confiada de que me iban a sacar sangre y no, dice “tenés que volver, tenés que sacar turno para sacarte sangre”. Después tenés que ir...vuelvo el turno que me tocó “no, tenés que hacer arancelar”, otra vez. O sea que andaba rebotando en el hospital, y eso que yo soy de acá y no tenía idea de esto que me pasó de rebotar así en el hospital... Bueno, por lo menos amigas en Cafayate me comentan eso, que para conseguir un turno ellas van a las seis de la mañana a conseguir un turno y tienen que hacer toda la cola esa, esperar a las

diez de la... a las nueve de la mañana que empiezan a dar el turno, y bueno, hay veces que no avanza. Eso es lo difícil. (Entrevista con mujer 6)

Este problema fue mencionado como un problema en cada uno de los tres hospitales principales que las mujeres en San Carlos tienen más probabilidades de visitar: San Carlos, Cafayate y Salta. El factor de los extensos tiempos de espera en los hospitales es una barrera seria para la atención de la salud materna que afecta el deseo de la mujer de buscar atención materna en un hospital, así como su experiencia real en el hospital una vez que busca atención.

c. Trato justo

Es un derecho fundamental que las mujeres reciban un trato humano durante el parto; también es un derecho fundamental que puedan presentar quejas sobre las violaciones de este derecho y hacer que se escuchen estos reclamos. Las mujeres notaron que con frecuencia no denuncian los casos de maltrato. Esto se debe a una variedad de causas, especialmente la falta general de información sobre los derechos garantizados por la legislación argentina (por ejemplo, muchas mujeres se quejaron de un trato inhumano, pero no señalaron que tienen el derecho legal de recibir un mejor tratamiento). Entre aquellos que conocían la posibilidad de presentar quejas, una barrera común era que las mujeres no pensaban que presentar una queja pudiera cambiar algo:

No nada... o sea, yo lo único que... yo nunca puse énfasis en hacer una denuncia ni nada. ¿Por qué? Porque uno es de acá y uno tiene que estar... hacer una denuncia, uno tiene que estar y estar sobre lo dicho y luchar. Porque si uno no lo lucha, queda ahí nomás. Entonces si uno está acá es más gasto de... de movilizarte que... si es que sale el caso. Por ahí por eso uno se calla. Muchas veces yo, por mi parte, me callo por eso. Y bueno, no sé igual acá le digo es al vicio, si no tenés una prueba contundente no podés denunciar ni poner quejas porque no sabés a donde termina, termina ahí no más en el libro, en lo escrito y listo así que, no sé. (Entrevista con mujer 5)

Además, los casos de malos tratos a menudo ocurren con el mismo pequeño número de profesionales, pero las mujeres que se habían quejado a los hospitales o centros de salud no vieron cambios ni resultados:

Yo creo que siempre es con las mismas personas... sí hubo denuncia de las personas que... hay madres que bueno, que me enteré así que hablando de que sí lo denunciaron a ese médico [con una reputación de maltrato], pero el hospital nunca hizo nada y él todavía sigue ahí. Sigue ahí todavía. Sigue, pero bueno,

nosotros ahí a veces lo evitamos. El otro día estaba enferma ella y como tengo un amigo en el hospital, le pregunto “¿quién está de guardia?”, y me dice “tal persona” no, bueno no... la dejo aquí, la llevo aquí porque tampoco te dan ganas de irte hasta allá, que tenés que gastar y es lejos por una persona de que después te esté tratando mal, entonces preferí quedarme aquí y bueno... es más... no sé si será bueno o malo pero... pero bueno, me la vieron. (Entrevista con mujer 9)

Uno de los reclamos más frecuentes de las mujeres entrevistadas estaba relacionado con su derecho al acompañamiento durante el parto. En general, no se encontró una falta de disponibilidad de acompañamiento durante los partos naturales (aunque a veces hubo barreras financieras o geográficas para los amigos y familiares que llegaban a los hospitales). Sin embargo, se encontró una prohibición de acompañamiento por parte de un familiar o amigo en el quirófano durante una cesárea. Múltiples mujeres contaron sus experiencias aterradoras con secciones de cesárea, experiencias en las que se llenaron de miedo y dolor, y no recibieron ningún consuelo:

Y la verdad como en la cesárea esa fue como...claro, uno está así como tan... Yo me acuerdo que temblaba porque te atan ¿no? Los brazos y me acuerdo que el brazo me hacía esto...horrible. Y no lo podía como controlar, entonces un chico me decía “estás como con frío”. Sí, claro, estoy congelada y encima tengo miedo, o sea, tengo terror de lo que están haciendo. Pero bueno, nada. Como que lo sacan...desde lejos, cuando nació apareció como un pediatra...claro, que estás, así como a mucha distancia, “mirá, este es tu nene”. Ni acercarlo como para decir “le doy un beso”, ni lo ponen en el pecho...que hay mujeres que escuché que salen y lo hacen; o sea, tuvieron esa posibilidad. A mí no... como de lejos “mirá este es tu hijo”, nada. Que esa cosa de... que pude experimentar ahora de ver el cordón, de no sé, es otro...es otra cosa...no sé, hay una parte como que la tengo nublada. Pero me costó, me costó mucho recuperarme y fue una experiencia horrible, por eso ahora no quería como pasar por lo mismo... O sea, en la herida sentía como que cada vez que hacía pis, no sé, se me iban a salir todos los órganos. Me costó un montón recuperarme de la cesárea, como meses. Como que anímicamente estaba destruida...en el hospital...no sé, no podés contar como mucho, no hay como esa cosa de acompañamiento. (Entrevista con mujer 10)

Hay una reunión una vez cada año en la ciudad de Salta como una parte de la semana internacional de parto respetado en la que las mujeres se reúnen con los médicos y expresan sus reclamos. La obstétrica y una de las mujeres entrevistadas asistieron a esta reunión el año anterior, y ambas señalaron la frecuencia de la demanda de acompañamiento durante una cesárea. Fue una de las cosas que más reclamado, porque para una mujer que está cruzando por un embarazo y que pasa al quirófano para una cesárea, el susto es importante y es muy grande por lo que puede compartirlo ese momento con algún compañero que pueda estar con ella. En respuesta a este reclamo, los médicos tendieron a estar a la defensiva y refutar la posibilidad:

[Los doctores dicen] que en realidad estas prácticas que se hacen son prácticas que son necesarias médicas y que son prácticas médicas necesarias. Que es imposible el acompañamiento, por ejemplo, de un familiar en el quirófano porque es un lugar que tiene que estar estéril, es un lugar de circulación médica y que la urgencia siempre como...priorizando el acto médico como algo fundamental y dejando para un segundo plano, por ahí, derechos de las mujeres... O sea, obviamente se defienden contra el reclamo, pero al mismo tiempo tampoco había nadie que quisiera modificar nada...No vi que se intentara ningún tipo de modificación.” (Entrevista con la obstétrica)

Además de la falta de respuesta a las emociones, preocupaciones e incluso quejas directas de las mujeres, como el acompañamiento durante una cesárea, las entrevistas también revelaron casos de maltrato directo. Este maltrato, del que hubo casos tan psicológicos como físicos, es la forma más evidente y espantosa de violencia obstétrica. Al igual que la negación de la autonomía y el acceso, la falta de un trato justo y humano durante el tratamiento de la salud materna y los partos es una violación directa de los derechos humanos garantizados por la legislatura nacional e internacional. Por ejemplo, una mujer que fue al hospital después de un aborto fue burlada y ridiculizada: "y las otras mamás están felices con sus hijos y ustedes", dice, "ustedes los mataron", así, así insultando, esas cosas. Y bueno yo como un mes soñaba eso, no, soñaba todo lo que había visto y no podía dormir.” (Entrevista con mujer 3) Estos casos de maltrato verbal son humillantes e incómodos, pero a menudo están tan naturalizados como parte de la experiencia de la atención médica que las mujeres han aprendido a cepillar y a encogerse de hombros: “Hay un ginecólogo que era medio atrevido...y me pareció medio brusco como te trataba, pero después me entero de que ese hombre

trataba siempre así a las chicas. Porque resulta que una prima mía también estaba embarazada y lo fue a tener y le empezó a decir “pendeja, cómo te quedás embarazada tan pequeña” y un montón de cosas. Pero bueno, qué sé yo. Hay de todo.” (Entrevista con mujer 9)

Se mencionaron también algunos casos de maltrato físico absoluto, incluida la falta de atención adecuada y el rechazo de la atención médica necesaria (según lo determinado por la madre). Una mujer contó la historia de su reciente parto, que ocurrió en Salta, porque temía que su bebé fuera lastimado en el hospital de Cafayate. El primo de esta mujer necesitaba una cesárea, que el equipo médico de Cafayate se negó a realizar hasta el último minuto, y como tal (según la mujer entrevistada), el nacimiento tuvo complicaciones graves. Esta historia fue suficiente para asustar a esta mujer para buscar atención en otra parte:

Y ella en la desesperación de que se salve nunca se preocupó por el hospital ni nada, así que quedó ahí eso. Pero bueno, ese era mi miedo de no llegar a Cafayate porque la mayoría en Cafayate, o sea, te comentan que hacen cesárea en última instancia cuando ven que tu líquido...o sea, rompe bolsa y tu líquido no está bien, recién pasás a una cesárea, si no antes no vas a una cesárea. Ese es el riesgo, por eso es lo que yo tenía miedo de que el bebé sufra en el momento en que llegaba. (Entrevista con mujer 6)

Por supuesto, no todas las mujeres en San Carlos han experimentado este grado de maltrato. Algunos, sobre todo mujeres 1 y 7, solo tuvieron reacciones positivas cuando se hicieron preguntas sobre su atención médica materna. Algunas mujeres eran neutrales y no habían tenido experiencias negativas ni positivas. Por lo tanto, el propósito de los análisis previos no es afirmar que la violencia obstétrica es la norma en San Carlos y las pueblos cercas (ni tampoco afirmar que la violencia obstétrica se produzca con mayor frecuencia en San Carlos que en otras regiones de Argentina o en otras partes del mundo). Sin embargo, apunta a múltiples casos de violencia obstétrica, a través de la falta de autonomía, accesibilidad o tratamiento justo, como se relata a través de las narrativas personales del parto a través de la perspectiva de las madres, experiencias vividas que a menudo son ignoradas en el ámbito médico y comunidades académicas.

d. Priorización de las experiencias de la mujer y el parto humanizado

Cuando se les preguntó acerca de sus percepciones sobre las experiencias de parto de las mujeres en San Carlos, las respuestas de los dos primeros trabajadores de la

salud entrevistados fueron relativamente breves. La ginecóloga indicó que creía que las expectativas de las mujeres eran simples:

Terminar rápido el embarazo. Seguir el secundario. No hay muchas expectativas que vos digas, voy a planear mi familia, mi grupo, nada. Siguen lo que venían en proceso, siguen el secundario, siguen el mismo ritmo. O sea, no es que vos tengas una expectativa de formar una familia o son muy poquitas. Creo que son todos embarazos no planeados y por eso es no planeado el futuro tampoco. Sale lo que seguía, lo que iba a seguir, pero no planeado. (Entrevista con la doctora)

Ella no mencionó ninguna expectativa que los pacientes puedan tener sobre su tratamiento por parte del personal médico. Cuando se les preguntó si las mujeres a menudo le preguntaban a sus médicos sobre sus experiencias o procedimientos, ella dijo que las mujeres no tenían muchas preguntas:

[Es] típico de la zona norte, donde somos muy...siempre te adecuas solamente a lo que uno te indica y son muy poquitas que te pueden cuestionar o preguntar algo. Creo que es el nivel de educación... es parte de alfabetismo, muchos terminan solamente primaria. Secundaria nada, terciario y universitario, nada. Entonces de ahí ya te das cuenta el nivel social...es bajísimo. Las expectativas luego de seguir estudios y de resto, cero. Entonces eso es lo que viene todo por ahí, la falta de educación. (Entrevista con la doctora)

Sin embargo, la obstétrica que ayuda a dirigir los talleres prenatales en Cafayate ha notado que las mujeres, de hecho, tienen la expectativa de ser tratadas de manera justa y humana durante sus partos, y esto debe ser mencionado. Uno de los temores más comunes que las mujeres plantean durante el taller es que una experiencia negativa que han tenido en el pasado se repetirá:

Las mamás que ya tuvieron algún trabajo de parto y algún parto y algún parto, si tuvieron una mala experiencia, a repetir esa mala experiencia, a por ahí haber sido violentadas durante el parto tienen miedo a que les vuelva a pasar en el segundo parto, si tuvieron una mala experiencia o alguna complicación del parto a que les vuelva a pasar en el segundo parto. (Entrevista con la obstétrica)

Las experiencias de parto reveladas por las narrativas de las mujeres demostraron ser ricamente descriptivas y altamente únicas. Cada mujer tenía una historia diferente, una expectativa diferente y una experiencia diferente y basada en el contexto de su propia vida e historia personal. Las narrativas de los profesionales indican que la situación

única de cada mujer tiende a pasarse por alto, y sus temores y dudas se silencian. Los equipos médicos tienden a simplificar e ignoran el gran grado en que las experiencias del parto afectan la vida.

A fin de garantizar que tales temores no se realicen, y para evitar la violencia obstétrica y el descuido de los derechos de las mujeres a estar ocurriendo en primer lugar, es imperativo que los proveedores de atención médica escuchen a las mujeres. Es imperativo que formulen preguntas, escuchen las dudas y miedos de las mujeres y cambien su perspectiva a una persona preocupada por el resultado emocional de la mujer y no solo por su resultado físico:

Yo creo que lo más importante es el de la escucha... es modificar, de preguntar y de escuchar y de preguntar también porque las mujeres a veces no hablan, entonces si está cómoda, si está bien como está, si se quiere acostar porque capaz que no se quiere acostar y uno las obliga, si se quiere sentar, en qué lugar quiere que pongamos su respaldo...aunque pueda parecer una tontera para una mujer en el momento de parir es súper importante la comodidad, que pueda estar con su cuerpo relajado, con sus piernas apoyadas, que pueda pasar la persona que ella quiera acompañándola, que pueda expresar por ahí sus miedos o su dolor durante el parto. Hay mujeres que gritan, hay mujeres que putean, hay mujeres que lloran y son formas de expresión que nosotros también tenemos que respetar y no callar como a veces uno escucha, “callate la boca, cerrá la boca, agarrate de acá, hacé la fuerza...”, como que uno tiene siempre que intervenir y decirle a la mujer cómo tiene que hacer, cuando en realidad ... cuanto más las dejemos libres, me parece que es mejor. Los resultados son mucho mejores ...las mujeres expresan por ahí que tuvieron un parto más placentero...lo comparan con un parto anterior, prefieren las diferencias de un parto en donde no pudo elegir la posición o tuvo que callar o hacer lo que la otra persona le decía, a por ahí poder hacer lo que ella quería o sentía en ese momento. Y los resultados en recién nacidos también son muy evidentes, muy evidentes. Esto de permitir el contacto con su mamá inmediatamente, cuanto más tiempo pueda estar con su mamá, uno también lo nota en los bebés. Son más tranquilos, tienen un vínculo con la madre diferente. No, esas son pequeñas cosas que fueron cambiando en este...pequeñas y grandes cosas ¿no? Porque que la mujer pueda elegir algunas cosas, que pueda estar acompañada con la persona que ella quiera o que pueda estar con su bebé inmediatamente y que no se lo saquen, son grandes, grandes cosas. (Entrevista con obstétrica)

Por lo tanto, escuchar es la clave. Es cuidar y pedir que se reduzca la brecha en la comprensión y las prioridades entre los pacientes y los profesionales. Las narraciones y experiencias de las mujeres durante el parto han demostrado ser detalladas y complejas; sus experiencias son increíblemente informativas, y si los doctores comenzaran a escuchar estas narrativas, se podría lograr un mundo de progreso en la protección de los derechos de las mujeres.

Uno puede especular acerca de las muchas causas potenciales de la violencia obstétrica: valores sociales, falta de empoderamiento y educación, o incluso mal intento. Una de las causas potenciales más tangibles de violencia obstétrica que surgió como resultado de la pregunta sobre el significado del parto humanizado, todos los proveedores de atención médica entrevistados respondieron automáticamente: "buen trato". Hablaron de procedimientos clínicos sólidos y personal bien capacitado, así como derechos básicos como el acompañamiento y la comodidad. Cuando se le preguntó sobre el significado de partos humanizados específicamente en la comunidad de San Carlos, la ginecóloga indicó que cree que es imposible tener el mismo nivel de partos humanizados en San Carlos debido a los recursos limitados y la discontinuidad en la atención dado que las mujeres reciben atención prenatal tratamiento en San Carlos, pero debe recibir atención en Cafayate durante su parto:

Por eso acá, acá no se puede... No es el médico que te controla, que te va a atender en el parto, que te va a acompañar antes del parto, tampoco. Ahí va la primera parte, cuestión humanizada que uno dice, no tenés el contacto con el paciente. El que te toque acá o el que te toque en Cafayate; o sea, la parte humana profesional, no está. De entrada. Y la otra cuestión es todo viste, la comodidad, si te muestro la camilla te vas a morir, una camilla de de 1810...bueno. Vos ves y ya sabés que no es humanizado porque no es cómodo, no es práctico, no es nada. Entonces son muchas cosas que no es humanizado ¿viste? Pero primero es...yo creo que lo humanizado lo hablás en las ciudades que contás con todas las comodidades y todo; acá el humanizado vos vas a que tengan los controles, que tengan su leche, sus vacunas y que no falte con las cuestiones mínimas de atención. (Entrevista con la doctora)

Por lo tanto, según los profesionales de la salud, los recursos y los factores sistémicos son las principales barreras que impiden que las mujeres reciban el nivel de humanización total que merecen. Para sentirse más cómodos y recibir un trato más humano, los hospitales necesitan más dinero, más médicos especializados y, en el

Hospital San Carlos, la posibilidad de volver a tener partos, pero estos recursos no existen. Las mujeres en áreas de recursos limitados como San Carlos reciben las cuestiones mínimas en términos de salud materna, ni más ni menos.

La obstétrica en Cafayate, sin embargo, propuso otra explicación a la falta de parto humanizado que no es la falta institucional de recursos, lo que no cree que el parto humanizado sea una prioridad real para los equipos médicos:

Si yo te tengo que decir sinceramente, yo creo que no, que es una prioridad...

Pero ¿por qué? Porque el profesional, el equipo de salud ya sean médicos, obstétrica, la enfermera, el neonatólogo y el personal de salud incluyendo el administrativo o el camillero, ven que en realidad prioridad es que la mujer salga con su bebé en brazos viva. Eso es prioridad para el equipo de salud; y después si fue o no placentero, disfrutado el trabajo de parto, si la experiencia que tuvo de ese trabajo de parto o parto fue bueno o no, pasa como a un segundo plano.

(Entrevista con la obstétrica)

Esta explicación concuerda con las respuestas del agente sanitario y del ginecólogo, quienes restringieron sus discusiones de partos humanizados a términos definidos por el buen trato que están limitados por factores sistémicos e institucionales externos. A pesar de sus comprensiones generales del parto humanizado, no era un tema que se discutieran extensamente: sus prioridades eran la solidez médica de la atención y la disponibilidad de recursos para proporcionar esta atención. La prioridad para que las mujeres salgan del hospital con vida, con sus bebés en brazos, es por supuesto una válida y esta no es una prioridad que deba cambiarse. Pero si, como lo indican todos los profesionales, el tratamiento humano es una prioridad en un segundo plano, tal vez los sistemas de salud y los proveedores deberían cambiar esta mirada para poner el trato humano, la comodidad y la experiencia de la madre en un plano igual del tratamiento médico en sí mismo:

También tiene que ver con que el equipo reconozca derechos. Derechos de dignidad, de respeto, de... como personas ¿no? Porque no es un cuerpo al que uno solamente hace prácticas, sino que es una persona que tiene sentimientos y que hay que ver cómo está pasando por ese proceso, que puede que sea una adolescente, que puede que sea una mujer abusada, que puede que sea una mujer que sea el décimo chico y la verdad es que no lo buscó ni quiso embarazarse; entonces la individualidad me parece que de la persona a la cual estás asistiendo

es importante. Y eso es un derecho, que nosotros veamos lo individual de esa persona. No lo vemos, para nada, para nada. Es una paciente.

Y lo demás como que queda relegado. Por eso digo, no es; la menos por ahora, yo creo que los derechos mínimos y grandes como esto del respeto, la dignidad, no son prioritarios. No está mal que uno...que uno como profesional quiera que esa mujer salga viva con su bebé en los brazos de la puerta para afuera, no está mal. Porque eso también es...está bueno (risas), pero me parece que deberían estar como en el mismo nivel esto de que la mujer salga viva con su bebé en los brazos, pero también al mismo tiempo que acá dentro del hospital el equipo o el personal haya respetado sus derechos. (Entrevista con la obstétrica)

Como este obstetra resumió tan elocuentemente, debe haber un cambio fundamental en las prioridades de la comunidad de salud materna. El hecho es que un embarazo no es una enfermedad, y dar a luz no es simplemente un procedimiento... es una experiencia de vida que tiene un gran impacto en las vidas de las mujeres, y este aspecto experiencial del parto no debe ignorarse. Es un requisito mínimo de atención médica materna que las mujeres salgan del hospital vivas con sus bebés en brazos, pero las mujeres merecen más que este calibre mínimo. Merecen ser tratados como humanos, y no simplemente cuerpos para empujar y pinchar. Merecen que se escuchen sus inquietudes y que se respondan sus preguntas, que se honren sus elecciones de métodos y posiciones de parto, que estén cómodos y libres de dolor psicológico y físico. Estas condiciones no deberían estar en un segundo plano; son derechos humanos fundamentales y deben ser una prioridad absoluta de la comunidad médica.

VIII. Conclusión

Las entrevistas realizadas a través de esta investigación, junto con el contexto teórico y académico de las teorías y artículos revisados, arrojan luz sobre la negación naturalizada y sistemática de los derechos humanos que ocurre en el ámbito de la salud materna en San Carlos, Salta y sus comunidades alrededores. Las narrativas de las mujeres son complejas, descriptivas y multifacéticas. Cada experiencia es única, y cada mujer tiene una historia y una vida diferente. Estas narrativas revelaron una amplia variedad de emociones y preocupaciones que surgen durante el parto, incluido el miedo (de dolor, de maltrato o de que algo malo le suceda a la madre o al bebé) y la vergüenza, pero también la felicidad y la esperanza. Revelaron el deseo de consuelo, las

explicaciones del personal médico y el acompañamiento de amigos y familiares durante el parto. Además, las narraciones (particularmente las de las mujeres mayores entrevistadas) revelaron el proceso de cambio de doble cara en la salud materna que ha ocurrido en la comunidad en los últimos cincuenta años: por un lado, el crecimiento de recursos como los agentes sanitarios han disminuido barreras geográficas y financieras para la atención. Por otro lado, un proceso de sobre medicalización ha permeado la atención médica y ha contribuido al tratamiento del embarazo como una enfermedad, la tendencia a ver a las mujeres como cuerpos primero y los humanos a la segunda y la pérdida de métodos de medicina tradicional a través de procesos y discriminación y persecución.

Se encontraron casos de violencia obstétrica en cada una de las amplias categorías estudiadas, y se descubrieron pautas específicas de violaciones de nacional 25.929 y 26.485. En primer lugar, las mujeres experimentaron violaciones de su derecho a la autonomía durante el parto: se las obligó a tomar posiciones de parto incómodas, se ignoraron sus pedidos de parir en otras posiciones y su aparente aparente para tener partos domicilios se discriminaba. En segundo lugar, aunque se encontró que el cuidado de la salud materna era relativamente accesible debido a los agentes de salud, los largos tiempos de espera en los hospitales y la falta de un lugar para parir en el Hospital San Carlos son barreras para el acceso de las mujeres a la salud materna. En tercer lugar, hubo una gran cantidad de reclamos de maltrato, tan psicológicos como físicos. Estas instancias de maltrato variaron desde enojo o desprecio por parte de los profesionales, juicio y discriminación (particularmente contra las mujeres que practican la medicina tradicional o que son embarazadas jóvenes), negarse a colocar a las mujeres en posiciones más cómodas durante el parto, y niega a proporcionar tratamiento cuando lo soliciten las mujeres. Adicionalmente, uno de los reclamos más frecuentes fue el del acompañamiento en el quirófano durante una cesárea. Se descubrió que las mujeres vacilaban en denunciar estos casos de maltrato, debido a la naturalización y aceptación de tales casos, las creencias de que nada cambiaría o el hecho que los hospitales no reconocieran los antecedentes de quejas previas. Aunque algunas de las mujeres entrevistadas tuvieron experiencias neutrales o positivas con los servicios de salud materna, la mayoría de las mujeres en esta investigación expresaron reclamos de alguna forma de violencia obstétrica.

Los proveedores de servicios de salud entrevistados generalmente están conscientes de que las mujeres en San Carlos no están recibiendo el nivel más alto de

atención humanizada posible, y citaron la falta de recursos económicos y profesionales como las barreras más serias para esta atención. Por ejemplo, para proporcionar mejores partos humanizados, los profesionales de salud en San Carlos expresaron la necesidad de contar con más profesionales especializados y los recursos para atender los partos directamente en la comunidad. Su discusión sobre el parto humanizado se limitó a las barreras sistémicas e institucionales y no abarcó cuestiones de la calidad del tratamiento y la interacción entre pacientes y profesionales. Los profesionales parecieron simplificar demasiado y subestimar el grado de emociones que las mujeres tienen en torno al parto y mostraron una falta de conocimiento de las preguntas y dudas que generalmente tienen las mujeres. Las entrevistas con las mujeres y el obstetra demuestran que los médicos no suelen preguntar a las mujeres sobre sus preocupaciones ni preguntas durante el parto y no escuchan las dudas que las mujeres plantean. Además, se puede concluir que los médicos tienden a colocar el cumplimiento de los derechos y la salud emocional en un nivel secundario al de la salud física. En primer lugar, se considera a las mujeres como cuerpos: si salen vivos del hospital, los médicos han hecho su trabajo. Sus emociones y el grado en que se respetaron sus derechos humanos en el proceso se encuentran en un plano secundario.

Debe haber un cambio fundamental en la manera en que nosotros, como sociedad, debatimos y valoramos la experiencia del parto. Este cambio social debe provenir de una variedad de niveles: a nivel gubernamental, se debe valorar la salud comunitaria y se debe asignar más recursos a comunidades como San Carlos para que puedan eliminarse las barreras a la atención médica. La comunidad médica en su conjunto también debe cambiar su forma de pensar y priorizar la salud emocional, las experiencias y los derechos fundamentales de las mujeres. El tratamiento humanizado es un tratamiento sano, y no debe existir en un plano secundario. En lugar de condenar y juzgar a las mujeres que deciden dar a luz en sus hogares, los profesionales deberían preguntarles a las mujeres por qué tomaron esa decisión y analizar por qué tantas mujeres no se sienten seguras ni cómodas dando a luz en los hospitales. Además, a nivel social, debemos empoderar a las mujeres para que conozcan sus derechos y se sientan capaces de defenderlos. Actualmente existe un gran desequilibrio de poder y una brecha en la comprensión dentro del ámbito de la salud materna entre los pacientes y los profesionales. El primer paso para cerrar esta brecha, garantizar la práctica del parto humanizado y eliminar la violencia obstétrica, es una priorización social de la comunicación entre las mujeres y los profesionales y una valorización de las narrativas

de los partos desde las experiencias vividas de las madres. Como dijo la obstétrica en Cafayate, "Si cambiamos la forma de nacer, cambiamos el mundo ... pasito a pasito, si hay muchas personas que en su actividad diaria modifican el poquito a poquito, poquito un poco de las prácticas, vamos a tener una sociedad mejor." (Entrevista con la obstétrica)

IX. Referencias

Al Adib Mendiri, Miriam, et al. "La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer." *Medicina Legal de Costa Rica* 34.1 (2017): 104-111.

Belli, Laura Florencia. "La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos." (2013).

Bledel, Cecilia Canevari. "Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública." (2011).

Castro, Roberto, and Joaquina Erviti. "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México." *Revista Conamed* 19.1 (2015).

Correa, Alejandra. "Parir es morir un poco. Partos en el siglo XIX." *Historia de las mujeres en la Argentina* 1 (2000): 193-213.

Figueroa, Juan Guillermo (1997) Algunas Reflexiones sobre el Ejercicio de los Derechos Reproductivos en el Ámbito de las Instituciones de Salud.
www.hsph.harvard.edu.

Frenk, Julio. "El concepto y la medición de accesibilidad." *Salud pública de México* 27.5 (2014): 438-453.

Giberti, Eva (1993) Parto sin temor: el poder que perdemos. En: Fernández, Ana María (compiladora) *Las mujeres en la imaginación colectiva*. Ed. Paidós. Buenos Aires.

Leboyer, Frederick. "Birth without violence." *Journal of Nurse-Midwifery* 21.1 (1976): 27-28.

Levesque, Jean-Frederic, Mark F. Harris, and Grant Russell. "Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations." *International journal for equity in health* 12.1 (2013): 18.

Ley Nacional N° 25.929 (2004) Ley de Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento.

Ley Nacional N° 26485 (2009). Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales.

Medina, Graciela. "Violencia obstétrica." *Revista de Derecho y Familia de las Personas* 4.1 (2009): 1-4.

Morse, Janice M. "Theoretical saturation." *Encyclopedia of social science research methods* 3 (2004): 1122-3.

Rodríguez Bilella, Pablo, and Esteban Tapella. *Transformaciones globales y territorios: experiencias y aprendizajes de desarrollo rural en Argentina*. No. E50-1096. 2008.

Secundo Informe Hemisférico Sobre La Implementación De La Convención De Belém Do Pará. Mecanismo De Seguimiento De La Convención De Belém Do Pará (MESECVI), 2012, pp. 39–42, *Secundo Informe Hemisférico Sobre La Implementación De La Convención De Belém Do Pará* .

Velásquez, Maria Cristina. "DISCRIMINACION POR GÉNERO Y PARTICIPACION EN LOS SISTEMAS DE GOBIERNO INDIGENA: CONTRASTES Y PARADOJAS." *Expropiación liber al. Un ensayo sobre la transformación de recursos locales en mercancías globales* (2003): 458.

Villanueva-Egan, Luis Alberto, "El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra", in *Revista conamed*, vol. 15, No. 3, July-September 2010, p. 148.

X. Apéndice

Apéndice 1: Guía de entrevistas con profesionales (doctores, agentes de salud, obstetricias)

- Introducción a mi trabajo
- Nunca utilizaré su nombre real en mis informes para proteger su confidencialidad y privacidad. Además, si hay alguna pregunta que prefiera no contestar, usted por supuesto no está obligado a hacerlo. Si tiene dudas o inquietudes en cualquier momento durante esta entrevista, por favor hágamelos saber. Una vez más, muchas gracias por su buena disposición para hablar conmigo y compartir sus conocimientos y experiencias.
- ¿Puedo tener tu permiso para grabar esta entrevista? El castellano es mi segunda lengua, y de este modo yo puedo prestar mayor atención a la charla y revisar la información más tarde.

Información básica

- ¿Cuántos años tiene? ¿Cuánto tiempo has vivido en esta comunidad?

- ¿Cuál es su profesión?
- ¿Cuántos años de experiencia tiene usted practicando esta profesión?
- ¿Qué servicios ofrece usted específicamente, es decir, cómo es su relación con las mujeres embarazadas?

Específicas de la comunidad

- ¿Cuáles son los servicios ofrecidos en este hospital para mujeres embarazadas?
 - ¿Cuáles servicios pueden recibir antes, después y durante el parto?
- ¿Cómo es el proceso del parto para mujeres que dan a luz en esta comunidad?
- ¿Cómo es el perfil de las mujeres que atiende en el hospital? ¿Tienen algunas necesidades específicas?

La autonomía

- ¿Qué información relacionada con el parto reciben las embarazadas y en qué manera la reciben?
- ¿Cuánto dicen las mujeres sobre su atención médica materna? Por ejemplo, ¿pueden elegir dónde dan a luz y su posición de parto?
- ¿Cuando hay complicaciones relacionadas con el parto (por ejemplo, si se realiza una cesárea), ¿cree que las mujeres reciben suficiente información sobre estas complicaciones y procedimientos? ¿Tienen la opción de decidir a qué procedimientos se someten?

La accesibilidad de los servicios de salud maternal

- ¿Cuáles son los mayores desafíos para las mujeres para recibir tratamiento de salud prenatal y tratamiento de salud postnatal?
- ¿Que les previene recibir u obtener una maternidad segura? ¿Hay obstáculos o desafíos que no les permite obtener una maternidad segura?
- Si una mujer embarazada tuviera una emergencia médica (por ejemplo, parto prematuro o dolor severo inexplicable), ¿cree que podría acceder rápidamente a la atención?
- Si una mujer en esta comunidad necesitara atención médica después de un aborto, ¿podría acceder a esta atención? ¿Cómo crees que sería tratada?

El parto humanizado y tratamiento justo

- ¿Para usted, qué significa un parto humanizado?

- ¿Cuáles son los aspectos del parto humanizado que usted considera más importantes (los posiciones de parto, la compañía, la confianza, etc...)?
- ¿Cómo se percibe usted como parte del proceso del parto humanizado?
- ¿Cómo cree que las mujeres embarazadas son tratadas por los médicos mientras dan a luz, pero también antes y después?
 - ¿Existe estigma o discriminación?
- ¿Crees que hay mujeres en esta comunidad que han tenido experiencias con servicios de salud materna que no considerarías humanas? ¿Por qué?
- ¿Conoces alguna forma de problemas o abuso que sufren las mujeres indígenas cuando dan a luz?
- ¿Tiene algún otro comentario u anécdota que no hayamos discutido sobre los derechos de las mujeres a tener una experiencia autónoma, con buena asistencia y segura con los servicios de salud materna?

Apéndice 2: Guía de las entrevistas con las mujeres

- Introducción a mi trabajo
- Nunca utilizaré su nombre real en mis informes para proteger su confidencialidad y privacidad. Además, si hay alguna pregunta que prefiera no contestar, usted por supuesto no está obligado a hacerlo. Si tiene dudas o inquietudes en cualquier momento durante esta entrevista, por favor hágame saber. Una vez más, muchas gracias por su buena disposición para hablar conmigo y compartir sus conocimientos y experiencias.
- ¿Puedo tener tu permiso para grabar esta entrevista? El castellano es mi segunda lengua, y de este modo yo puedo prestar mayor atención a la charla y revisar la información más tarde.

Información básica

- ¿Cuántos años tiene? ¿Cuánto tiempo ha vivido en esta comunidad?
- ¿Cuántos hijos tiene? ¿Cuáles son sus edades?
- ¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primer hijo?
- ¿Asistió a citas prenatales? ¿Postnatales?

La autonomía

- ¿Dónde parió a sus hijos? (¿Puesto de salud del hospital? ¿En casa?) ¿Usted decidió esto?

- ¿Dónde cree que es mejor parir (hospital, casa..)? ¿Por qué?
- ¿En qué posición dio a luz? ¿Elegió esta posición?

La accesibilidad de los servicios de salud maternal

- ¿Tuvo alguna dificultad para acceder a la atención médica materna antes, durante o después de parir?
 - ¿Fue fácil llegar a estas citas? ¿Cuánto tiempo tiene que esperar para ser visto por médico?
- ¿Qué cree son los mayores desafíos para las mujeres para recibir tratamiento de salud maternal?
- Si tuviera una emergencia médica durante su embarazo (por ejemplo, parto prematuro o dolor severo inexplicable), ¿cree que podría acceder rápidamente a la atención?
- Si una mujer en esta comunidad necesitara atención médica después de un aborto, ¿podría acceder a esta atención? ¿Cómo crees que sería tratada?

El parto humanizado y tratamiento justo

- Antes de parir, ¿cuáles eran sus expectativas sobre el proceso y la forma en que lo experimentaría y sería tratado? ¿Cómo se imaginaba su parto?
- ¿Estas expectativas eran como la realidad? ¿Qué fue diferente?
- ¿Cómo se sintió durante el tratamiento de salud materna?
 - ¿Tenía dolor? ¿Estaba cómoda? ¿Qué tipo de emociones recuerda tener?
- ¿A usted le gustaron los doctores y las enfermeras? ¿Cómo le trataron? ¿Qué le dicen?
- ¿Recibió alguna medicina?
- ¿Los médicos hicieron algún procedimiento (por ejemplo, un cesárea)?
- Durante su embarazo, ¿experimentó algún problema o complicación? ¿Qué dijeron/hicieron la enfermera y el doctor? ¿Cómo fue esta experiencia?
- ¿Crees que hay mujeres en esta comunidad que han tenido experiencias con servicios de salud materna que no consideraría justos o humanas? ¿Por qué?
- ¿Conoces alguna forma de problemas o abuso que sufren las mujeres cuando parir?
- ¿Tiene algún otro comentario u anécdota que no hayamos discutido sobre los derechos de las mujeres a tener una experiencia autónoma, con buena asistencia y segura con los servicios de salud materna?