

Informe de Monitoreo Social 2009 PROVINCIA DE SALTA

SISTEMATIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS POR PROVINCIA O MUNICIPIO – Noviembre 2009.

Periodo analizado: Septiembre 2008 a Agosto 2009.

Entrevistas realizadas: 4

- Jefe del Programa Materno-Infantil, Patricia García y Responsable de Actividades en Salud Sexual y Procreación Responsable, Claudia Morón.
- Ginecóloga del Centro de Salud del Barrio 17 de Octubre, Cdad. De Salta, Sandra Guzmán. (CAP1)
- Médica de Familia del Centro de Salud N°60 (Barrio El Mirador), Carolina Bressan. (CAP2)
- Ex Jefa del Servicio de Obstetricia del Nuevo Hospital El Milagro, Mónica Gelsi, Cdad. de Salta.

Inserción del Programa en la estructura del gobierno, funcionamiento general y capacitación a profesionales

El Programa Provincial de Procreación Responsable fue creado en el año 2004 a través de la Ley 73.113, que hasta la fecha no ha sido reglamentada. Funciona dentro del Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Provincia. La falta de reglamentación de la ley trae ciertos problemas específicos al funcionamiento del Programa, que iremos destacando a lo largo de la sistematización.

Según se desprende de las entrevistas, no hay participación formal de la sociedad civil organizada en la planificación y evaluación de la ejecución del Programa. La participación de ONGs avocadas al tema se da fundamentalmente a través acciones de intervención mediante la realización de talleres (por ejemplo, una mesa de trabajo con mujeres de pueblos originarios en agosto del 2009), sin posibilidad de incidencia sistemática en las decisiones estratégicas. En este sentido, tampoco se contrata ONGs para la realización de tareas específicas.

Según las entrevistadas, el programa provincial tiene una fuerte orientación nacional; la provincia se hace cargo de algunas cosas a través del presupuesto general del Ministerio de Salud, pero el grueso de los fondos son de origen nacional. Al no estar reglamentada la existencia del programa, no tiene posibilidades de acceso a un presupuesto provincial propio. Esto, a su vez, impide la posibilidad de una planificación sistemática.

En relación a los MACs, esta falta de planificación es notable. El programa depende básicamente de los insumos enviados por el gobierno nacional que, según las entrevistadas “ha sido prácticamente virtual en el último año, año y medio”. Pero a su vez, en tanto desde Nación no se establecen mecanismos formales para comunicar los faltantes, es muy difícil para las responsables del Programa presionar al gobierno provincial para la compra de insumos. Así, la entrega de MACs es muchas veces esporádica. De todos modos, el gobierno provincial ha intervenido en ciertas ocasiones. Durante el año 2009, hasta el mes de septiembre, por ejemplo, se han hecho dos compras.

El Programa de SSyPR funciona, aparentemente en todos los establecimientos de salud de la provincia, entre ellos los 51 hospitales (la cantidad de CAPs sólo pudo establecerse para la capital: 67), y tiene bajo cobertura al 20% de las mujeres en edad fértil.

El seguimiento de los efectores se hace a través de una supervisión mensual de cada establecimiento, por medio del envío de una planilla en la que se registra cuántos MACs se recibieron y cuántos se entregaron de cada tipo específico.

El Programa Materno Infantil cuenta con un teléfono gratuito para denuncias en toda la provincia. Las entrevistadas indican, de todos modos, que la mayor parte de las denuncias recibidas tienen que ver con situaciones de violencia familiar, y no específicamente con la vulneración de derechos en SSyR. Se han detectado de todos modos casos de objeción de conciencia por parte de algunos efectores, que son siempre informados por los jefes de servicio. En estos casos, se intenta brindar una solución a esa población con algún profesional de otro servicio de salud cercano. No se realiza la denuncia judicial, sino que se mantienen charlas informales con los profesionales que se niegan a realizar ciertos procedimientos, haciendo hincapié en la diferencia sustantiva que existe entre la práctica médica en el marco privado y en el sistema público, con un enfoque de derechos. Según las entrevistadas, hubo casos de objeción de conciencia en relación a la consejería y la colocación del DIU al inicio del Programa, y en relación a la AHE y la ACQ actualmente.

Se realizan capacitaciones cada dos meses a los consejeros en salud reproductiva, que pueden ser agentes sanitarios, enfermeras, médicos. También se incluye a administrativos, sobre todo en los temas de violencia. Estas capacitaciones abarcan el marco legal, metodología anticonceptiva en general, colocación del DIU, y se realizan con un enfoque de género. Están viendo cómo capacitar y sensibilizar a médicos generalistas, que son quienes principalmente actúan en los CAPs. Se realizan también capacitaciones continuas y escritas a distancia. En todos los equipos hay personal especializado, aunque no el 100% de los profesionales involucrados.

El Programa articula con otros sectores del gobierno, como el Plan Nacer, el ministerio de Educación para todo lo referente a educación sexual, y con municipios y centros vecinales en el mismo sentido.

Características generales de los servicios de salud analizados

Se han monitoreado tres servicios específicos de atención en SSyR en la provincia: el de Salud del Barrio 17 de Octubre, Cdad. De Salta, el Centro de Salud N°60 (Barrio El Mirador) y el Servicio de Obstetricia del Nuevo Hospital El Milagro. En esta institución, el Programa también funciona en el Servicio de Ginecología y, desde mediados de septiembre de este año, en el Consultorio para Adolescentes.

En el CAP1 brindan servicios en SSyR 3 agentes sanitarios, 1 ginecóloga y 1 psicólogo. En el CAP2 cuentan con 2 médicos de familia, enfermeros, nutricionistas y 1 administrativa. En el servicio analizado del hospital se encuentran afectados al Programa 2 enfermeras, 2 obstetras y 6 médicos.

Durante el período analizado, en el CAP1 han recibido capacitaciones los agentes de salud y el psicólogo. En el CAP2 y en el hospital, en cambio, las capacitaciones que hubo estuvieron en manos de los propios profesionales de los servicios. No hubo capacitaciones desde la dirección del Programa.

En estos dos establecimientos, se brindan servicios en SSyR de lunes a viernes, a la mañana y a la tarde. En el CAP1, en cambio, esto sólo ocurre lo miércoles de 8 a 12hs.

En el hospital se atiende por turno programado, que pueden demorar entre 1 y 2 meses. Algunos médicos, además, atienden a demanda, según la necesidad de los pacientes, pero esta no es una práctica institucionalizada. En el CAP2 se atiende por turnos sacados en el día, con aproximadamente 1 hora de demora. En el CAP1 se usa tanto el sistema de turnos programados como la atención a demanda.

Los tres establecimientos son gratuitos, y atienden a cualquier persona con o sin DNI –incluyendo a los migrantes–, sin necesidad de ninguna otra documentación.

En el CAP1 se atienden aproximadamente 160 pacientes por mes, de las cuales la mitad correspondería a la franja adolescente. El CAP2 tiene actualmente 132 mujeres bajo programa, sobre una población en edad fértil de 440. En el hospital se atienden entre 40 y 50 pacientes por día.

En el hospital, todas las usuarias pueden elegir el/la prestador/a, salvo los adolescentes; en el CAP2 pueden elegir todos, mientras que en el CAP1 esto no es posible porque cuentan una sola ginecóloga.

Atención en Métodos Anticonceptivos (MACs)

Según se desprende de las entrevistas, la distribución de MACs en la provincia es esporádica. Se producen problemas por la discontinuidad en el envío desde el Programa Nacional, y la dificultad de compra por parte de la provincia, señalada en el punto anterior. Así, no está garantizada la disponibilidad permanente de todos los MACs previstos por la Ley 25.673. Esto no impide, por ejemplo, que la distribución gratuita de preservativos en lugares y eventos públicos sea una política sistemática desde la Dirección del Programa.

En este sentido, en el CAP1 no disponen de suficientes insumos para dar respuesta a la demanda. Aunque en el año 2008 sí contaron con diferentes tipos de MACs (ACO, ACOL, ACI, DIU y preservativos masculinos), durante el año 2009 sólo hubo disponibilidad de ACI, hasta el mes de agosto, y de DIU. Hoy, por hoy, entonces, el único MAC disponible es el DIU.

En el CAP2, en cambio, cuentan con los insumos necesarios. En este caso, no hacen colocación de DIU, sino que derivan al hospital con turno programado.

En el Hospital analizado, aunque no disponen de suficientes insumos para satisfacer la demanda, sí están en condiciones de entregar todos los MACs previstos por la ley.

En el CAP1 no se solicitan estudios previos, pero en los otros dos establecimientos se entregan MACs después de un interrogatorio personal, con PAP al día (menor a dos años), especialmente para la colocación de DIU.

Se entrega a cada usuaria el MAC seleccionado en el momento, dentro de la oferta existente en el servicio, y en tanto no haya contraindicaciones. En el hospital, la colocación de DIU si la usuaria no llega con PAP al día puede demorar 2 meses.

En el caso de los **ACO**, los dos CAPs entregan un máximo de 3 cajas (para 3 meses de uso), con PAP al día. El hospital, en cambio, entrega 4 cajas por vez.

En relación a los **preservativos masculinos**, el CAP1 entrega hasta 10 por persona, el CAP2 20, y el hospital entrega según la demanda, a toda persona que lo requiera. En ninguno de los tres establecimientos hay dispensers y no es posible retirarlos durante 24hs, sino de 7 a 19hs en el caso de los CAPs, y de 8 a 20hs en el hospital.

Tanto en el CAP1 como en el hospital la **anticoncepción de emergencia** está disponible durante las 24hs. En el CAP2, en cambio, sólo de 7 a 19hs. En los tres casos se acompaña de consejería y entrevista personal con el paciente. De todos modos la entrevistada del hospital indica que, aunque es obligatorio informar a las usuarias en AHE en casos de violación, muchas de ellas la desconocen, y algunos profesionales no la ofrecen.

La **anticoncepción quirúrgica** (ligadura de trompas y vasectomía) no se realiza en los centros de atención primaria porque no cuentan con infraestructura para este tipo de intervenciones. En relación a la ligadura tubaria, lo que hacen es derivar a las pacientes a un centro de mayor complejidad. En cuanto a la vasectomía, desde el CAP1 indican que, aunque ellos no la realizan, tampoco han recibido solicitudes. Habría resistencias culturales fuertes a este procedimiento.

La **ligadura tubaria** en el hospital se realiza sólo a mayores de 21 años. Se recomienda que la mujer no sea nulípara, pero se hace de todos modos si la paciente insiste. Se realizan tanto postparto normal, como a mujeres no embarazadas. En este caso, hay una demora de 3 meses. Según la entrevistada, durante el año 2008 se llevaron a cabo 2002 LT, la mayor parte de ellas a mujeres indocumentadas bolivianas, con consentimiento escrito y firmado.

La **vasectomía**, se realiza, también, a mayores de 21 años. Durante el año 2008 se hicieron 12 procedimientos de este tipo, a varones con gran cantidad de hijos. La demora en este caso es de sólo 1 semana, debido a la escasa demanda. Se pide también consentimiento escrito y firmado del paciente. Esta diversidad en la demanda de ACQ entre usuarias y usuarios del sistema de salud, nos habla, también, de cuáles son los carriles por donde discurren las mayores resistencias culturales.

Consejerías, acceso a la información y vínculo con la comunidad

En los tres establecimientos se realiza consejería en anticoncepción, aunque no se encuentra material informativo a la vista. En el hospital hubo folletos manuscritos fotocopiados, realizados por la entrevistada, pero ya no se hacen.

La consejería está a cargo de profesionales y se realiza tanto en el control prenatal como en el puerperio. En el hospital se lleva a cabo cama por cama, a veces en charlas grupales en la sala de internación y en el consultorio. En el caso del CAP1, se ofrece en la consulta individual a toda persona que lo solicite, aunque no cuentan con consultorio de consejería ni es una actividad claramente pautaada dentro del servicio. En el CAP2 las charlas pueden ser individuales o grupales. Sólo en este establecimiento se realizan charlas en sala de espera, aunque esta actividad no cuenta con días y horarios específicos. En relación a la inclusión de la pareja en las consejerías, se realiza siempre que la paciente está de acuerdo. EN el CAP2 están intentando, a su vez, incluir al hombre en la realización de análisis.

Desde los dos CAPs analizados se realizan actividades de difusión en SSyR hacia la comunidad, específicamente trabajando con las escuelas, aunque en el CAP1 indican que pueden hacerlo con poca frecuencia debido a la falta de personal. En el hospital, la doctora entrevistada indica que la dirección del hospital considera que la institución debe brindar "asistencia", y que por este motivo no la autorizan a realizar actividades extramuros.

Atención en Adolescencia

En ninguno de los CAPs existen servicios especializados en la atención de adolescentes, ni se realizan actividades educativas destinadas específicamente a esta población. De todos modos, se atiende sin condiciones a las personas entre 10 y 19 años, se les brinda consejería, y tienen acceso sin restricciones a los distintos tipos de MACs.

En el hospital, en cambio, funciona desde mediados de septiembre del 2009 un servicio especializado en adolescentes, que atiende los martes. Aquí se realizará consejería específica (aun no está definido el horario) En este servicio no se coloca DIU para esta franja etaria, a menos que ya tengan hijos. Se pide para esto consentimiento escrito y firmado. Según la entrevistada, los adolescentes retiran mayormente preservativos masculinos, frente a los demás MACs disponibles.

En ninguno de los establecimientos analizados existen estrategias de captación activa de adolescentes, aunque en el hospital se está empezando a trabajar en ello. A su vez, la Dra. Entrevistada realiza, a título personal, charlas en colegios secundarios fuera de su horario de trabajo.

Atención en HIV-SIDA

En los CAPs se ofrece test de detección de HIV a toda persona que lo solicite, sin distinción. En el hospital, indican que dentro del servicio se realiza básicamente a pacientes embarazadas, independientemente de su edad. No se realizan por ahora a adolescentes no embarazadas, sin autorización de algún adulto. De todos modos, la entrevistada indica que el Viejo Hospital El Milagro está especializado en esto, y en la atención de enfermedades infectocontagiosas –con lo cual también se derivan allí los casos de ITS en pacientes que no sean las embarazadas y sus parejas-

En los tres establecimientos se brinda asesoramiento en MACs a personas que viven con HIV-Sida. En el CAP2 se ofrece diagnóstico y tratamiento gratuito de ITS a cualquiera que lo solicite sin requisitos, mientras que en el CAP1 se tratan sólo algunas ITS –por limitaciones del laboratorio-, y algunos usuarios.

Atención Posaborto

Según la Directora del Programa Provincial, no se aplica un protocolo específico. Lo que sí se hace desde el Programa es un trabajo con los profesionales para que no denuncien los casos.

También hay un programa de asesoramiento postaborto, con consejería en salud sexual y entrega de MACs. Están viendo, desde la dirección, la posibilidad de implementar la colocación de DIU postaborto.

De todos modos, en los CAPs indican que sí aplican la Guía de Mejoramiento de la Calidad de la Atención postaborto del Ministerio de Salud de la Nación. En estos servicios, se brinda consejería a aquellas mujeres que desean interrumpir su

embarazo –aclarando en la entrevista que no dan información sobre métodos abortivos-, y se derivan los casos de aborto incompleto al hospital. No se realiza denuncia, ni se entrega a las mujeres material impreso indicando signos de alarma y cuidados postaborto.

La entrevistada del hospital también dice aplicar el Protocolo Nacional para estos casos. En esta institución se practica AMEU para los casos de aborto incompleto, se ofrece consejería en MACs y se entregan según demanda –aparentemente, hay un consultorio específico de ginecología postaborto-. También colocan DIU en caso de que no haya inflamación uterina. Aunque las usuarias cuentan con indicaciones del equipo de salud, no hay en el hospital materiales impresos con información sobre el tema.

No se realiza denuncia, y se intenta que la mujer pueda hablar libremente sobre lo ocurrido, para los fines del tratamiento.

Se desprende de la entrevista realizada en el hospital que, cuando se presentan pacientes con deseos de interrumpir su embarazo, el funcionamiento institucional pasa por encima de esta expresión de voluntad: “No se practican abortos. Se hace consejería y se controla el embarazo. Si tiene ITS se indica tratamiento para ella y su pareja; si no vuelven se los busca en el domicilio.”

Aborto no punible

Según la Directora del Programa Provincial, se aplica un protocolo médico para la atención de abortos no punibles.

La entrevistada del hospital indica que no se realiza la interrupción del embarazo en el marco del artículo 86 del código penal. Si se hace, deber ser en silencio, sin difusión y en soledad, ya que, si se eleva al comité de ética del hospital, este no dictamina hasta que ya no es posible realizar el procedimiento.

Atención del parto

De los establecimientos analizados, sólo en el hospital se realizan partos, respetando las pautas culturales de la mujer. En el caso de aquellas mujeres de pueblos originarios, por ejemplo, pueden optar por parir en cucullas. A su vez, se permite la presencia durante el parto de un acompañante a elección de la paciente, y se ofrecen cursos de preparación parto, a cargo de las obstetras.

Prevención de cáncer de cuello de útero

En el caso de los CAPs analizados, se realiza PAP desde el inicio de las relaciones sexuales. Aunque en ninguno de los dos se llevan adelante estrategias de captación activa de mujeres fuera de edad reproductiva, en el CAP2 se las asesora y recomienda el PAP aun cuando consultan por otros motivos. Este CAP, a su vez, tiene el mejor índice para este estudio de Salta Capital, con 130 mujeres controladas durante este año.

En el hospital se realiza PAP a todas las mujeres que lo requieran. Tampoco existen estrategias de captación activa de mujeres postmenopáusicas, y, según la entrevistada, el abordar esto o no en otro tipo de consultas depende del compromiso del profesional a cargo.

Mecanismos generales de difusión del programa

Aunque las responsables del Programa tienen sistematizada información relevante en cuanto a entrega y uso de MACs, y el estado nutricional de los chicos “bajo programa”, no está claro cómo podría accederse públicamente a esta información.

A su vez, el Programa no realiza campañas de difusión dado que el escaso presupuesto con el que cuentan sólo se destina a capacitación. Lo que sí se distribuye a quien lo solicite es material gráfico, en su mayoría producido por Nación, para difundir la problemática. Se entrega fundamentalmente a centros de salud, escuelas y al servicio penitenciario. No cuentan con material de producción local.

Educación Sexual

La Provincia de Salta no cuenta con una ley provincial en Educación Sexual Integral y, según se desprende de las entrevistas, tampoco adhiere a la legislación nacional. La Ley 73113 de Sexualidad Responsable establece entre sus artículos la necesidad de brindar "orientación y asistencia adecuada" desde los establecimientos de educación formal y no formal de la provincia. Sin embargo, al no estar reglamentada, la ESI no tiene pautas claras de funcionamiento.

Sin embargo, el Programa está en contacto con el Ministerio de Educación, brindando a las escuelas los promotores necesarios sobre el tema, así como los datos de los referentes de los centros de salud más cercanos a cada escuela, para que los docentes cuenten con su apoyo técnico.

No se obtuvo información sobre capacitaciones docentes específicas.

Violencia Sexual

Algunas conclusiones

-Aunque la Provincia cuenta con una ley propia de creación del Programa Provincial desde el año 2004, esta ley aun no ha sido reglamentada. Esto impide la posibilidad de acceso a un **presupuesto** provincial propio. El gobierno provincial se hace cargo de algunos gastos a través del presupuesto general del Ministerio de Salud, pero el grueso de los fondos proviene del gobierno nacional. Esta situación de inestabilidad impide la posibilidad de una planificación sistemática.

-No se evidencia participación formal de la **sociedad civil** organizada en la planificación y evaluación de la ejecución del Programa. La participación de ONGs avocadas al tema se da fundamentalmente a través acciones de intervención mediante la realización de talleres, sin posibilidad de incidencia sistemática en las decisiones estratégicas.

-No está garantizada la posibilidad de **acceso público a información** en torno a la ejecución del Programa, ni al uso o cantidad de los fondos disponibles. Tampoco se realizan **campañas** relevantes de difusión de información sobre cuestiones de SSyR, ni sobre los derechos de las usuarias.

-El programa depende básicamente de los insumos enviados por el gobierno nacional que, según las entrevistadas, ha sido prácticamente inexistente en el último tiempo. Así, la **entrega de MACs** es muchas veces esporádica. El gobierno provincial ha intervenido en ciertas ocasiones -durante el año 2009, hasta el mes de septiembre, se han realizado dos compras-, pero este mecanismo no está claramente establecido en tanto desde el gobierno nacional no se plantea formalmente la falta de insumos.

-Se registran en **faltantes de MAC**. Uno de los CAPs analizados, incluso, estuvo prácticamente sin insumos durante todo el 2009: sólo tuvieron inyectables hasta agosto, y DIU durante todo el año. Dada la escasez de los insumos aportados por el gobierno nacional, la falta de un presupuesto provincial propio es relevante para analizar esto. Como ya hemos dicho, los insumos que sí están disponibles no lo están de forma continua, sino esporádica e interrumpida. A su vez, se indica que los métodos entregados no llegan a cubrir la demanda de la población.

-Según las entrevistadas, hubo casos de **objección de conciencia** en relación a la consejería y la colocación del DIU al inicio del Programa, y en relación a la AHE y la ACQ actualmente. Frente a estos casos, se intenta garantizar a la población afectada el acceso a esos servicios, y se habla con los profesionales.

-En cuanto a la **AHE**, las profesionales de los establecimientos analizados indican que no se la promociona, y que muchas usuarias la desconocen (esto también fue corroborado a través de talleres realizados por el grupo monitoreante) En este sentido, tampoco hay demanda. La entrevistada del hospital plantea que, aunque es obligatorio informar a las usuarias sobre AHE en casos de violación, algunos profesionales no lo hacen.

-En relación a la **Ligadura de Trompas**, se recomienda que la mujer no sea nulípara, pero se hace de todos modos si la paciente insiste. Según la entrevistada, durante el año 2008 se llevaron a cabo **2002 LT**, la mayor parte de ellas a mujeres indocumentadas bolivianas. Parecería ser que hay buenas posibilidades de acceso de las mujeres a este procedimiento.

-No se perciben estrategias programáticas para **incorporar a los varones** al programa de SSyR. Esto podría ayudar a pensar la escasa cantidad de **vasectomías** realizadas en el hospital (12 en el año), y la nulidad de las consultas producidas desde los CAPs. Habría en este sentido fuertes resistencias culturales.

La noción de que la responsabilidad del cuidado en anticoncepción es de la mujer se encuentra ampliamente presente en la sociedad, con más fuerza aún en los sectores de bajos recursos. Es preocupante que la política pública se encuentre orientada en el mismo sentido.

-Aparentemente, hay un alto grado de **resistencia cultural** a la ACQ y otros métodos como la AHE, tanto a nivel de los usuarios como de los profesionales del sistema público de salud. En este sentido, las capacitaciones, la difusión de información, y la Educación Sexual Integral deberían ser la estrategia fundamental para contrarrestar los prejuicios. No se observa, de todos modos, un interés claro por parte de la dirección del programa de llevar adelante esta tarea.

-**Atención en adolescencia**: En ninguno de los establecimientos analizados existen estrategias de captación activa de adolescentes, aunque en el hospital se está empezando a trabajar en ello a través de la reciente creación de un servicio específico para esta población. Faltan, de parte de los CAPs, una cantidad sustantiva de acciones comunitarias que acerque el servicio a esta franje etaria.

-**Atención Postaborto**: En el hospital analizado se aplica la Guía de Atención Postaborto del Ministerio de Salud de la Nación, incluyendo consejería, el uso de la técnica AMEU y la entrega de anticoncepción posterior. Sin embargo, de la entrevista se desprende que no tienen un mecanismo de acción similar cuando se presenta una mujer con intenciones de interrumpir su embarazo. La respuesta en este caso, indicaba un modo de acción similar al de un embarazo deseado: control y tratamiento para ITS si hace falta. Por otro lado, ninguna de las tres instituciones realiza la denuncia de sospechar un aborto provocado.

-No se cumple la legislación en torno a los casos de **aborto no punible**. Si se hace, debe ser en silencio, sin difusión y en soledad, ya que, si se eleva al comité de ética del hospital, este no dictamina hasta que ya no es posible realizar el procedimiento. Se vulneran los derechos de la mujer, y se infringe lo establecido según la legislación vigente.

-Hay grandes falencias en **Educación Sexual Integral**. La provincia no tiene una ley propia, y aparentemente tampoco adhiere a la legislación nacional. Aunque el Programa se mantiene vinculado al Ministerio de Educación por estos temas –acercando promotores, información, etc.–, no está claro qué acciones se llevan adelante en este sentido.

-Desde los dos CAPs analizados se realizan actividades de difusión en SSyR hacia la **comunidad**, específicamente trabajando con las escuelas, aunque indican que pueden hacerlo con poca frecuencia debido a la falta de personal. Estas acciones no parecen tener una importancia sustantiva. La dirección del hospital, en cambio, considera que la institución debe brindar “asistencia”, y por este motivo no realizan actividades extramuros.

-En relación a los **migrantes**, no se evidencia un comportamiento particularmente discriminatorio hacia ellos. Tienen acceso igualitario a la atención con o sin documentación. El grupo monitoreante, de todos modos, observa modos de discriminación solapada por parte de los entrevistados, al realizar comentarios despectivos sobre esta población –olor, vestimenta, comportamiento–.

En cuanto a la atención en el parto en el hospital se respetan las pautas culturales de cada mujer, que puede incluso elegir parir en cuclillas.