

Informe de Monitoreo Social 2009 MUNICIPIO DE OLAVARRÍA

SISTEMATIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS POR PROVINCIA O MUNICIPIO – Noviembre 2009.
Periodo analizado: Septiembre 2008 a Agosto 2009.

Entrevistas realizadas: 3

- Secretaria de Prevención y Atención Sanitaria, Dra. Marta E Montani. Directora de Atención Primaria, Dra. Marcela Esther Arias.
- Médico Generalista de la Unidad de Atención Primaria de la Salud N° 22, Ricardo A Dellatorre.
- Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, José A Champion, y Médico del Servicio de Urología Fabián Petrone, del Hospital Municipal Dr. Héctor Cura.

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

Se ha analizado el funcionamiento de los servicios en SSyR en el Municipio de Olavarría a través de la entrevista a las dos funcionarias del gobierno mencionadas.

El Programa funciona en el marco de la Secretaría de Prevención y Atención Sanitaria y el Programa de Atención Primaria. No cuenta con una ley municipal que lo regule, sino que está enmarcado en la Ley 13.066 de la Provincia de Buenos Aires. 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. Desde la dirección central se limitan a responder a demandas o consultas que se le presentan desde las organizaciones (por ejemplo Colectivo feminista Jácara, CheSida), intentando buscar consensos aun cuando no se comparten los criterios. De todos modos, no hay carriles claros para garantizar la posibilidad de incidencia sistemática en las decisiones estratégicas.

Se desprende de las entrevistas que la SSyR no cuenta en el Municipio con presupuesto propio. De todos modos hay diferencias entre las entrevistadas en este punto. Una de ellas señala que dentro del presupuesto de Atención Primaria se destina una parte a la compra de insumos para garantizar el funcionamiento de este y otros tres programas que funcionan bajo su órbita. La otra, en cambio, señala que no tiene presupuesto asignado y que en el presupuesto general no se contempla la posibilidad de compras adicionales; la entrevistada ha solicitado varias veces la elaboración de presupuestos más flexibles.

En relación a los MACs, el programa depende básicamente de los insumos enviados por el gobierno nacional que, según las entrevistadas genera faltantes permanentemente. En este sentido, desde el Municipio se compran insumos de manera sistemática para poder cubrir la demanda. En abril de 2009 se adquirieron 2000 ACOs y 800 inyectables, de los que se estaba por realizar una segunda compra al momento de la entrevista dado que no fueron enviados desde el nivel central durante julio y agosto.

El Programa de SSyPR funciona, aparentemente en todos los establecimientos de salud del Municipio, entre ellos los 3 hospitales rurales, las 24 salas de APS que funcionan actualmente y 1 hospital principal. Con esta estructura, en el primer

cuatrimestre del año se accedió a 3311 personas bajo programa (últimos datos sistematizados), de las cuales el 25% son adolescentes.

Según el grupo monitoreante, no se realiza coordinación del trabajo ni seguimiento de la aplicación del Programa. Para relevar la información necesaria se vieron obligadas a entrevistar a cinco personas distintas.¹ De todos modos, existe un consolidado cuatrimestral en el que se indica cantidad de personas bajo Programa, distribución de MACs y tipos de métodos.

Existen los mismos mecanismos que en otras dependencias estatales para la realización de denuncias por vulneración de los derechos en SSyR: presentación de demanda escrita por mesa de entradas. Según las entrevistadas, en estos casos se habla con los responsables del servicio implicado. Se señala también que muchas veces las usuarias no saben cómo gestionar este tipo de consultas.

De todos modos, no está claro de qué modo actúan las referentes locales del Programa al detectar situaciones de incumplimiento. El grupo monitoreante señala que, frente a ciertas acciones que han realizado (pedidos formales de explicaciones o de información, dando a conocer casos de incumplimiento con la normativa) la respuesta ha sido sistemáticamente negativa.

Las capacitaciones a profesionales se realizan de modo ocasional y no asiste todo el personal involucrado en el Programa. Se desprende de las entrevistas que en los dos últimos años no se han realizado capacitaciones específicas sobre salud sexual. Se menciona sólo una actividad realizada por la Región Sanitaria de la Provincia, realizada durante un feriado y con casi nula participación de los profesionales.

Aparentemente, el Programa no articula de manera sistemática con otros sectores del gobierno. Se hace referencia únicamente a una campaña coordinada a nivel local en torno a la realización de PAP, colposcopia y mamografía, durante el año 2008.

Características generales de los servicios de salud analizados

Se han monitoreado dos servicios específicos de atención en SSyR en el Municipio de Olavarría: la Unidad de Atención Primaria de la Salud N° 22 (Villa Mailin) y el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Municipal Dr. Héctor Cura. En esta institución, también se analizó el Servicio de urología, para concluir que no se realizan allí prestaciones en SSyR.

En el CAP brindan servicios en SSyR 2 médicos generalistas y 2 enfermeras, de lunes a viernes de 8 a 15hs. Según el entrevistado estos profesionales han participado de jornadas brindadas por la Dirección de Atención Primaria de la Salud en las que, entre otras cosas, se habla de salud sexual.

En el hospital, el Servicio de Ginecología y Obstetricia atiende de lunes a viernes, en general de 8 a 13hs. Cuentan con seis médicos ginecólogos, seis obstetras, dos enfermeras por turno y un camillero. Han recibido capacitación fundamentalmente las enfermeras, en técnicas de parto (no está claro si esto es en el marco del Programa o no)

En el CAP, la atención se realiza por turnos programados de un día para otro, salvo los casos de urgencias.

En el hospital se atiende por turno programado, sacado por teléfono desde las unidades periféricas, o personalmente en el hospital.

En el CAP los servicios son gratuitos y se atiende a cualquier persona con el carnet que se gestiona en el Hospital Municipal. De todos modos, personas indocumentadas –incluyendo migrantes– tienen acceso a la atención, y se les solicita que tramiten el documento.

¹ Además de las funcionarias municipales, el grupo monitoreante entrevistó a la abogada Marisel Sides, de la ONG CAVFO, en relación al protocolo de violencia. También se entrevistó a los médicos pediatras Andrea Aizpuru y Ernesto Garay.

En el hospital se solicita el carnet de la institución, que requiere documentación donde se acredite identidad. Las personas indocumentadas sólo tienen acceso a la atención en el caso de urgencias; se los asesora para que tramiten su documentación. A su vez, el hospital tiene un sistema de cobro según la situación social de la persona, consignada en el carnet. Hay 4 condiciones posibles: "1" no debe abonar nada, y los siguientes deben abonar un porcentaje de los insumos utilizados.

En el CAP se atienden en el marco del PSSyR aproximadamente 191 mujeres y 7 hombres. La cantidad de adolescentes es de 20 personas.

No se cuenta con los datos específicos de cobertura del hospital.

En ambos establecimientos las/los usuarias/os pueden elegir el/la prestador/a.

Atención en Métodos Anticonceptivos (MACs)

Según se desprende de las entrevistas a la dirección del Programa, la distribución de los MACs previstos por la ley se da de manera discontinua.

En este sentido, en ninguna de las dos instituciones analizadas cuentan con suficientes insumos para satisfacer la demanda. En el CAP indican que esto ocurre de manera irregular. Entre agosto y septiembre del 2009 han faltado inyectables y los ACO. A su vez, estos profesionales no entregan la anticoncepción de emergencia. En el hospital, aunque la situación es menos problemática que en el CAP, también faltan ACO en diversas ocasiones. La estrategia para cubrir la falta de disponibilidad de este método en particular es solicitarlo a los visitantes médicos de los laboratorios.

En el CAP no se solicitan estudios previos. En general las pacientes son conocidas y mantienen una regularidad en sus controles. De no ser así, pueden indicarse controles ginecológicos y examen físico. Para la colocación de DIU se requiere ecografía y hemograma, y se deriva al hospital dado que no cuentan con ginecólogos/as capacitados para hacerlo. En el hospital se exige PAP, colposcopia y control mamario, y sólo se entregan MACs una vez realizados.

En el CAP 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. El entrevistado señala que en este último tiempo, frente a los faltantes, muchas usuarias han adquirido ellas mismas inyectables. "Prefieren gastar \$27 a tener que comprar pañales".

En el caso de los **ACO**, el CAP entrega una caja por vez, salvo para las usuarias rurales, a quienes se les entrega las cantidades necesarias hasta su próximo viaje a la ciudad. El hospital entrega siempre una caja por vez, para garantizar que la usuaria regrese a los controles y que no pueda repartir sus insumos con otra persona.

Ambas instituciones entregan diez **preservativos masculinos** por vez. En el Servicio de urología del hospital señalan que ellos no entregan porque nadie se los hizo llegar. Sólo en el hospital puede retirarse este MAC durante las 24hs, por guardia, y en ninguno de los dos cuentan con dispensers. Desde el CAP señalan que deben entregarse garantizando la intimidad de los usuarios, y en el hospital temen que una sola persona pueda llevarse todas las unidades disponibles. A su vez, la entrega gratuita de preservativos en lugares públicos por parte de la dirección del Programa se realiza de manera esporádica, en jornadas como el Día Mundial de la Lucha contra el Sida. No se ha considerado, tampoco, la colocación de dispensers en lugares públicos o servicios de salud.

La **anticoncepción de emergencia** está disponible en las dos instituciones durante las 24hs y en ambos casos se entrega con consejería. De todos modos, para el caso del CAP, el grupo monitoreante estima que este método no se entrega a partir de una conversación informal con la enfermera. Ella señaló que uno de los médicos no indicó nunca este método por cuestiones éticas y el otro sólo lo entregó en una oportunidad. Cuentan permanentemente con un stock de tres unidades que no se utilizan todos los meses.

En torno a la **anticoncepción quirúrgica** (ligadura de trompas y vasectomía) existe una normativa legal del Municipio por la cual se exige que el/la usuario/a debe certificar su firma ante autoridad judicial o competente para el consentimiento

informado. El grupo monitoreante señala que esto reviste forma de dictamen, pero no de resolución, aunque se aplica en los servicios de salud.

Estas intervenciones no se realizan en el centro de atención primaria porque no cuenta con la infraestructura necesaria. En relación a la **ligadura tubaria**, lo que hacen es derivar a las pacientes a un centro de mayor complejidad. De todos modos, de la entrevista puede desprenderse que sólo se ofrece si un nuevo embarazo implica riesgos de salud para la usuaria, y no se menciona en la consejería habitual.

En el hospital solicitan para este procedimiento la planilla de consentimiento y la certificación de la firma. Además, ante cada solicitud los profesionales se reúnen en ateneo y evalúan la situación. Se acepta el pedido si una mujer tiene más de seis hijos. De no ser así, se la intenta convencer de que opte por otros MACs y, si no se logra, se realiza la intervención como lo establece la ley.

Una vez aceptada, se realiza tanto postparto normal, como a mujeres no embarazadas. Se entiende que la demora es importante, dado que se requiere reunir la documentación necesaria y esperar la evaluación médica.

Para la **vasectomía** existen los mismos requisitos, aunque se agrega la necesidad de dos testigos para el trámite de certificación. En el Servicio de Urología del hospital se informa si algún paciente se acerca a consultar, pero no se observa oferta o difusión de esta práctica. Desde la reglamentación de la ley no se ha realizado ninguna vasectomía. En el CAP señalan que se ofrece, pero no han recibido ninguna solicitud hasta el momento.

Consejerías, acceso a la información y vínculo con la comunidad

En los dos establecimientos se realiza consejería en anticoncepción. En el hospital, está a cargo de profesionales y se lleva adelante individualmente a toda mujer que lo solicite. Es una actividad claramente pautada en el servicio. Según el entrevistado, “la consejería es permanente”; se ofrece en los controles prenatales y durante el puerperio. Si la usuaria está de acuerdo se incluye a la pareja, pero aparentemente esto no ocurre de manera habitual.

En el CAP, la consejería también se realiza de manera individual. Se hace durante el control prenatal –aunque el médico reconoce que no con la profundidad necesaria- y el puerperio, incluyendo a la pareja si la usuaria lo desea. No cuentan con materiales de ningún tipo (el grupo monitoreante se ofreció a acercarles afiches sobre la promoción de derechos)

Ninguna de las dos instituciones realiza charlas en sala de espera, y sólo el hospital propone actividades educativas extramuros. Según el entrevistado, se realizan campañas de captación para la realización de controles ginecológicos y de lactancia que duran una semana. Durante ese tiempo se agregan consultorios de citocolpo y patología mamaria para satisfacer la demanda, y se reparten materiales educativos. Cuentan, además, con materiales de este tipo a la vista en el servicio.

Atención en Adolescencia

En ninguno de los servicios analizados 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 CAP, a partir de los 14-.

En ambos espacios se promueven estrategias de captación activa al interior del consultorio, instando a que las madres acerquen a sus hijas o a las adolescentes de la familia para la realización de controles. En el hospital, además, realizan en la comunidad las campañas ya mencionadas.

Atención en HIV-SIDA

En los dos servicios se ofrece test de detección de HIV a toda persona que lo solicite, aunque los adolescentes deben tener autorización adulta “por cuestiones legales”. En el hospital se realiza el test de forma rutinaria a embarazadas y a personas en situación de riesgo.

En el CAP no tienen pacientes que vivan con esta enfermedad, pero indican que se trabajaría con el Servicio de Infectología del hospital. En el hospital se brinda asesoramiento y MACs a personas que viven con HIV-Sida y se ofrece diagnóstico y tratamiento gratuito de ITS, en algunos casos en interconsulta con Infectología.

Atención Posaborto

Según las referentes municipales del Programa, no se aplica un protocolo específico para la atención posaborto. Desde los centros de salud se deriva al Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital.

En esta institución, al recibir una mujer con síntomas de aborto incompleto, se la interna, se espera el aborto completo y se realiza raspado. Esto se lleva a cabo siempre utilizando la técnica AMEU, dado que según el entrevistado presenta menos riesgos y secuelas para la paciente. Se utiliza el misoprostol sólo para los casos de feto muerto, y se lleva un estricto control de este medicamento para impedir que sea utilizado para otros fines (provocar el aborto de fetos vivos o partos).

Estos profesionales conocen y aplican la Guía de Mejoramiento de la Calidad de la Atención postaborto del Ministerio de Salud de la Nación. Ofrecen consejería anticonceptiva y se entregan MACs antes del alta posaborto. El entrevistado señala que si no es así a los nueve meses las usuarias vuelven en la misma situación. No se coloca DIU ya que se considera inadecuado por el riesgo de traspaso del útero. Dejan pasar tres meses usando un MAC alternativo hasta el momento adecuado para su colocación.

Aunque las usuarias cuentan con indicaciones del equipo de salud, no hay en el hospital materiales impresos con información sobre el tema.

Antes se realizaba la denuncia de sospechar aborto provocado, aunque ahora ya no porque se considera inútil. El entrevistado considera que la mujer no puede acusarse a sí misma ni a quien le facilitó el aborto, y que además está protegida por ley (sic).

Cuando se presentan pacientes con deseos de interrumpir su embarazo, en el hospital tratan de convencerla y aconsejarla para que lo continúe, “por los riesgos que acarrea un aborto”. En el CAP, el entrevistado señala que se informa a la usuaria de los riesgos de un aborto “casero”. Al tiempo, algunas de estas mujeres regresan con sangrado o dolor abdominal. Aunque pueden suponer aborto provocado, no se realiza la denuncia.

Aborto no punible

Según las referentes municipales del Programa, se aplica un protocolo médico para la atención de abortos no punibles.

De todos modos esto no parece ser así, en tanto el entrevistado del hospital señala que todo depende de la esfera judicial y no de los profesionales del servicio. Ellos sólo realizan la práctica si está ordenada desde el juzgado. El entrevistado indica que ha realizado este procedimiento en dos oportunidades.

Atención del parto

De los establecimientos analizados, sólo en el hospital se realizan partos. No se respetan las pautas culturales de la mujer dado que no pueden adaptar la infraestructura a todas las formas de parto posibles. El entrevistado también considera que en el parto en cuclillas las mujeres “estampan al chico contra el suelo”, generando traumatismos de cráneo, etc. A su vez, sólo se permite la presencia durante el parto de un/a acompañante a elección de la paciente si este ha participado de los cursos de pre-parto, y si se mantiene tranquilo/a (es decir, si no requiere atención de los profesionales).

Se ofrecen cursos de preparación parto.

En el CAP no se brinda este servicio, y el grupo monitoreante señala que para acceder al curso gratuito del hospital las embarazadas que se atienden en esa sala de APS deben recorrer una distancia de 5 km.

Prevención de cáncer de cuello de útero

En el caso de los CAP se realiza PAP anualmente a todas las mujeres desde el inicio de las relaciones sexuales. El entrevistado hace hincapié en la necesidad de llegar a las adolescentes en esta situación. Además, señala que sí realizan estrategias de captación activa de mujeres fuera de edad reproductiva, pero no señala cuáles.

En el hospital se realiza PAP a todas las mujeres desde su primera relación sexual, o desde los 18 años. Se realizan campañas de promoción de los controles gineco-mamarios, pero de acuerdo al entrevistado es muy difícil acceder a aquellas mujeres que nunca se lo han realizado.

Mecanismos generales de difusión del programa

Aunque las responsables del Programa tienen sistematizada información relevante en cuanto a entrega y uso de MACs, cantidad de personas bajo programa y tipos de métodos distribuidos, no está claro cómo podría accederse públicamente a esta información. De hecho, el grupo monitoreante ha realizado algunas acciones en este sentido (presentación de nota preguntando por qué faltaban ciertos MACs en un CAP, por ejemplo) y todas han sido respondidas negativamente.

A su vez, el Programa no realiza campañas de difusión. Una de las entrevistadas señala que “no es partidaria” ya que considera que el mayor efecto se da trabajando en educación y en el vínculo cotidiano. Tampoco cuentan con material educativo de producción local, pero se distribuye lo que reciben desde Nación, aunque este material es sumamente escaso. Al momento de la entrevista, el Programa no cuenta con materiales de ningún tipo.

Educación Sexual

EL Municipio no cuenta con normativas propias de adhesión al a legislación nacional. En este sentido, las acciones tendientes a garantizar el acceso a la Educación Sexual desde la dirección del Programa son prácticamente nulas. Colaboran con charlas en escuelas a demanda, pero no como parte de una estrategia sistemática.

Violencia Sexual

Se utiliza el protocolo provincial de atención en violencia sexual. Desde el primer nivel de atención se deriva a centros de mayor complejidad, contactando previamente y comentando la causa para evitar que el/la paciente en esa situación vuelva a pasar por un interrogatorio y largos tiempo de espera. Sin embargo, las funcionarias del Municipio indican que el modo como lo tratan en los hospitales es complejo, porque, por ejemplo, los/las usuarios/as menores de edad deben asistir acompañados de un adulto.

Por sugerencia de una de las entrevistadas del Programa, se contactó a la abogada Marcela Sides, de la Organización Civil CAVFO. Esta profesional hace hincapié en que la ausencia de un criterio unánime y en la falta de compromiso de algunos profesionales médicos ante casos de abuso sexual, sobre todo cuando se trata de menores de edad. Por iniciativa de esta ONG se está trabajando en la redacción de un protocolo local para unificar criterios de intervención. Esta propuesta ha sido bien recibida por la Secretaría de Salud.

Algunas conclusiones

-Por las entrevistas realizadas, pareciera que no existe una estricta coordinación y/o seguimiento del programa. Más bien, parecería funcionar de modo desarticulado en diferentes ámbitos, sin que haya una o unas personas que lo evalúen y planifiquen.

-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 de demandas o consultas, 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. Ni siquiera cuentan con material educativo suficiente (folletos, afiches, etc.)

-El programa depende básicamente de los insumos enviados por el gobierno nacional que, según las entrevistadas, tiene fuertes problemas de discontinuidad. Así, la **entrega de MACs** es muchas veces esporádica. Frente a esto, el Municipio realiza compras propias para intentar satisfacer la demanda. Durante el 2009 se han adquirido ACO e inyectables.

-Se registran en los establecimientos analizados **faltantes de MAC**, fundamentalmente ACO e inyectables.

-En cuanto a la **AHE**, no parece haber problemas para el acceso en el hospital. En el CAP, en cambio, aunque el entrevistado no plantea ninguna situación particular, el grupo monitoreante concluye que prácticamente no se entrega: uno de los médicos no ha indicado nunca esta práctica por cuestiones éticas, y el otro lo ha hecho sólo una vez.

-En relación a la **Ligadura de Trompas** aparecen diversas trabas por fuera de lo estipulado en la ley para acceder a esta práctica. Por un lado, se solicita la certificación de la firma para el consentimiento informado. Además, en el hospital, los médicos deciden si se realiza o no en función de la cantidad de hijos de la solicitante, aunque cumplen con la ley si no tienen otro recurso.

-No se perciben estrategias programáticas para **incorporar a los varones** al programa de SSyR. Esto explicaría el hecho de que no se hayan realizado **vasectomías** en el hospital desde la aparición de la ley, y la escasez de las consultas existentes.

La noción de que la responsabilidad del cuidado en anticoncepción es de la mujer se encuentra ampliamente presente en la sociedad. Es preocupante que la política pública se encuentre orientada en el mismo sentido.

-Atención en adolescencia: En ninguno de los establecimientos analizados existen servicios específicos para esta población. Las estrategias de captación activa se dan básicamente al interior del consultorio (a través de las madres), aunque el hospital también tiene cierto trabajo comunitario.

Pueden acceder a los MACs sin restricciones particulares, pero necesitan autorización adulta para la realización del test de VIH.

-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 apuntaba a estrategias de “disuasión” que atentan contra los lineamientos establecidos en la Guía Nacional para la consejería pre aborto.

Por otro lado, en ninguna de las dos instituciones se realiza la denuncia de sospechar un aborto provocado.

-No se cumple la legislación en torno a los casos de **aborto no punible**. Aunque las referentes municipales del Programa plantean que se aplica un protocolo médico para la atención de estos casos, en el hospital sólo realizan la práctica si está ordenada desde el juzgado.

Se vulneran así los derechos de la mujer, y se infringe lo establecido por el Código Penal. La judicialización de estos casos excluye a las mujeres del servicio público de salud y pone en riesgo su vida.

-Hay grandes falencias en **Educación Sexual Integral**. El Municipio no tiene una ley propia, y aparentemente tampoco adhiere a la legislación nacional. Desde el Programa no se perciben acciones relevantes en este sentido.

-Según diversos entrevistados, se percibe en la atención de casos de **violencia sexual** la ausencia de un criterio unánime, y una falta de compromiso de los profesionales sobre todo si se trata de menores de edad. Desde una ONG con llegada al gobierno municipal se está trabajando, de todos modos, en la redacción de un protocolo para unificar criterios.

-Las entrevistadas del Programa señalan que la falta de estrategias de **captación activa** de usuarios/as es una de las mayores falencias en la actualidad. El trabajo en prevención y promoción de la salud es limitado, particularmente en relación a la población adolescente. En el mismo sentido, no se evidencia en el CAP un trabajo comunitario fuerte. El hospital, en cambio, parece tener más vínculo y preocupación por este tipo de estrategias.

-En relación a los **migrantes**, no tienen acceso igualitario a la atención con o sin documentación, aunque sí a la atención por urgencias. Los profesionales del hospital asesoran a la persona para poder sacar el DNI.

En cuanto a la atención en el parto en el hospital, no se respetan las pautas culturales de cada mujer.