

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**

Informe preliminar Abordajes de la Violencia Obstétrica

2016 - 2020

Informe preliminar

Abordajes de la Violencia Obstétrica

2016 -2020

Dirección de Prevención y Atención de la
Violencia Familiar y de Género

Dirección Provincial contra las Violencias
en el Ámbito de la Salud Pública

Introducción y marco conceptual

La violencia obstétrica (VO) es un problema de salud pública que vulnera los derechos humanos de las personas gestantes y los/as recién nacidos/as que como tal ha adquirido mayor visibilidad en los últimos diez años, motorizado por el proceso de desnaturalización de prácticas obstétricas que gozaban de incuestionabilidad en el ámbito de la atención de la salud y por el proceso de definición del parto humanizado como un derecho humano.

A esta situación coadyuvaron no solo las demandas de los movimientos de mujeres y feministas en América Latina sino también el cuestionamiento tanto académico como desde el ámbito de los DDHH hacia el modelo médico hegemónico como único modo posible de atender los procesos vitales de los cuerpos.

América Latina como región es pionera mundialmente en la definición de violencia obstétrica desde un enfoque de género y derechos humanos. Esta definición significativa echó luz sobre prácticas del sistema de salud que anteriormente no eran visibilizadas como prácticas plausibles de ejercer violencia sobre los cuerpos de

personas gestantes en el proceso del parto, se promulgaron leyes, normativas y protocolos de atención.

La Ley Nacional N° 26485¹ incluye a la violencia obstétrica como una de las modalidades de las violencias contra las mujeres y la define como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley Nacional N° 25929² de Protección del Embarazo y del Recién Nacido (más conocida como ley de parto respetado). Esta última expone los derechos de «padres e hijos» en la atención del proceso de parto/nacimiento y funciona complementariamente a la Ley Nacional N° 26485.

Como afirma la socióloga Castrillo (2020), la apuesta argentina por considerar este tipo de violencia como una violencia de género, vinculada a relaciones de poder desiguales genéricas, fue sumamente rupturista en el escenario mundial.

La OMS clasifica la VO en cinco tipos, que sirven para operacionalizar aquella definición legal: 1) intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina (sobre la madre o el/la bebé); 2) maltrato, humillaciones y agresión verbal o física; 3) falta de insumos, instalaciones inadecuadas; 4) ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre con información completa, verdadera y suficiente, y 5) discriminación por razones culturales, económicas, religiosas, étnicas.

En la problematización de la VO entonces confluyen la consideración de prácticas médicas que se asientan como práctica social estructurada a partir de jerarquías, intereses y relaciones de poder asimétricas, en la objetivación de las mujeres o personas gestantes como destinatarias pasivas; y la vulneración a los derechos reproductivos en relación a formas específicas de violencia que se dan en la atención obstétrica, que incluyen en muchos casos los relativos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía

¹ Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, promulgada en el año 2009.

² [promulgada en el año 2018.](#)

reproductiva. Es decir aquí confluyen la violencia institucional y la violencia de género, frente a personas gestantes que por la vivencia propia del proceso, se encuentran en una situación de vulnerabilidad, negando la autonomía sobre sus cuerpos, en el modo de transitar el parto y el acontecimiento del nacimiento.

“Retomando a Luis Villanueva Egan (2010), se puede pensar la VO en un continuo que va desde regaños, burlas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, hasta daños mayores a la salud de las mujeres. Incluye, además, la no consulta (ni la posibilidad de participación) sobre decisiones que se toman en el curso del trabajo de parto, su utilización como recurso didáctico sin autorización y el manejo del dolor durante el proceso como castigo. Así, las formas de VO asociadas a las intervenciones médicas en los PEP, implican mujeres pariendo solas (sin acompañantes), en lugares pretendidamente asépticos, en una posición física (litotomía) conveniente al/la médico/a, constantemente regulados, controlados y acelerados los tiempos y ritmos fisiológicos” (Castrillo, 2020, p. 201).

En este continuum que se menciona, las violencias más sutiles son desapercibidas, naturalizándose. Por ello, nos encontramos frente a la paradoja de tener un estado avanzado en términos del desarrollo normativo y conceptual, que sin embargo, es contrarrestado por una escasa apropiación por parte de las personas gestantes, lo cual se expresa en la baja cantidad de denuncias.

“Así los tactos repetidos, las cesáreas innecesarias, las episiotomías (cortes en el periné) didácticas o «por prevención», la obligación de no moverse ni comer ni beber durante el trabajo de parto, la obligatoriedad de parir acostadas, la vía con suero de rutina y, el monitoreo fetal constante, son sólo algunas de las prácticas médicas que responden a un quehacer profesional que vulnera derechos humanos de las mujeres y por ello constituyen VO” (Castrillo, 2020, p. 202).

Desde este entrecruzamiento entre la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes, y la violencia institucional que se da en el ámbito de la atención de la salud, es que ubicamos a la violencia obstétrica como producida por el sistema de salud.

Estado de la situación, antecedentes sobre la temática y participación de la Dirección

Ante la ausencia de registros o datos formales y/o sistematizados, se toman para este informe preliminar antecedentes provenientes de la encuesta realizada por la ONG *Las Casildas* durante un año (2015-2016); así como se elaboran datos a partir del análisis de fuentes primarias que han podido recopilarse a través del rastreo y reconstrucción de 40 expedientes tramitados entre el año 2016 y el 2020 por la Dirección de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y No Violentos, actualmente Dirección Provincial contra las Violencias en el Ámbito de la Salud Pública; y por ultimo, antecedentes del resumen de políticas, N° 3: “Violencia obstétrica: un problema estructural y actitudinal” del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva,³ realizada en el año 2017 del cual participó equipo técnico de la dirección y son valiosos recuperar aquí, por los cual se anexa una síntesis. Entendemos que esta estrategia, en términos metodológicos, no da cuenta del estado de la cuestión en términos acabados ni representativos, pero es información fundamental a los fines de un primer acercamiento. Aun así esta publicación preliminar constituye un paso desde el Ministerio de Salud de la Provincia para visibilizar y poner en agenda institucional la Violencia Obstétrica desde el trabajo conjunto de las áreas especializadas. Tiene como objetivo visibilizar, definir y problematizar la temática, en pos de diagramar posibles guías de acción para el abordaje del tema.

³ El proyecto fue financiado por la Unidad Coordinadora de Proyectos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el marco del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Encuesta de atención al parto/cesárea realizada por la ONG *Las Casildas*

Entre septiembre de 2015 y agosto de 2016 se realizó una encuesta de manera on line y presencial sobre la atención de partos en el sistema de salud de nuestro país. La misma arrojó sobre una base de 4939 nacimientos reportados, el 50.4% sucedieron en una institución privada, 27,9% en institución pública, 17% en institución de obra social y 3% en el domicilio de la persona gestante. Siendo la edad media de la persona gestante de 27.8 años.

Respecto al trato recibido los resultados del estudio arrojan:

- Un alto índice de maltrato verbal **“3.3 de cada 10 mujeres les hicieron sentir que ella o su bebé corrían peligro. Este hecho suele ser una forma de manipulación, que ejerce el personal sanitario para que la persona gestante acepte sin cuestionar, ni preguntar sobre las prácticas médicas que le son impuestas.”** (Las Casildas: 2015, pág. 3)
- Un porcentaje mayor a la media de **5.4 de cada 10** mujeres que no se sintieron contenidas ni pudieron expresar sus miedos; **2.5 de cada 10** mujeres fueron criticadas por expresar sus emociones durante el trabajo de parto y parto; y **2.7 de cada 10** mujeres recibieron comentarios irónicos o descalificadores.
- No se les garantizó su derecho de estar acompañadas durante el trabajo de parto a **3 de cada 10** mujeres; **4 de cada 10** no estuvieron acompañadas durante el parto/cesárea; y **2 de cada 10** no estuvieron acompañadas durante el posparto.
- Expresaron no haberse podido mover libremente durante el trabajo de parto **4 de cada 10** mujeres y **7 de cada 10** no tuvieron libertad de movimiento durante el parto.
- Le rompieron artificialmente la bolsa a **7 de cada 10** mujeres
- Les fue suministrada oxitocina para conducir y/o acelerar el trabajo de parto a **6.4 de cada 10** mujeres.

- Fueron inducidos **3 de cada 10** de los partos vaginales, aún cuando el estándar de la OMS es 1 de cada 10.
- Se les practicó una episiotomía a **6 de cada 10** mujeres, siendo primerizas el **8.5 de 10**.
- Les realizaron la maniobra kristeller en su parto a **3.3 de cada 10** mujeres.
- Respecto a la proporción entre partos/cesáreas **4.7 de cada 10** nacimientos fueron por cesárea y de estas **4 de cada 10** fueron programadas.
- No fueron informadas acerca de las prácticas que realizaron sobre sus hijos e hijas y por supuesto no dieron su consentimiento **7 de cada 10** mujeres.
- No fueron informadas sobre la evolución del trabajo de parto, su bienestar y el de su hijo/a **4 de cada 10** mujeres.
- No recibieron asesoramiento para amamantar **4 de cada 10** mujeres.

Elaboración de datos sobre fuentes primarias

Se elaboraron datos sobre una muestra de 40 expedientes, de los cuales 34 fueron tramitados en la vieja modalidad de papel y 6 a través del sistema de gestión documental de expedientes electrónicos de la Provincia (GDEBA). La reconstrucción de los expedientes físicos se realizó a partir de expedientes completos, fotocopias y archivos digitalizados. En cuanto los expedientes electrónicos, se realizó una solicitud de historial de tramitación de expedientes electrónicos para poder rastrear los que remitían a situaciones de violencia obstétrica.

La dificultad para recopilar y reconstruir estos documentos nos lleva a pensar que existe más información a la que no podemos acceder. La información obtenida no nos permite reconstruir los perfiles de las mujeres que fueron víctimas de violencia obstétrica, pero si nos permiten elaborar algunas aproximaciones de carácter general a partir de la lectura de sus relatos que pueden dar cuenta de un estado de situación y permiten pensar posibles líneas de intervención en la problemática.



Gráfico 1. Elaboración propia con base de datos de la Dirección de Violencias en el ámbito de la Salud Pública.

A partir del análisis de los expedientes podemos afirmar que el 90 % de las denuncias fueron remitidas por la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires (50% = 20 denuncias) y la Defensoría del Pueblo de la Nación (40% = 16 denuncias). El 10% restante se divide en: 2 presentaciones presenciales en el Ministerio de Salud de la Provincia; 1 denuncia enviada desde el Equipo de Seguimiento de la Línea 144 y 1 desde el Sistema único de atención telefónica en salud del Ministerio de Salud de la Nación.

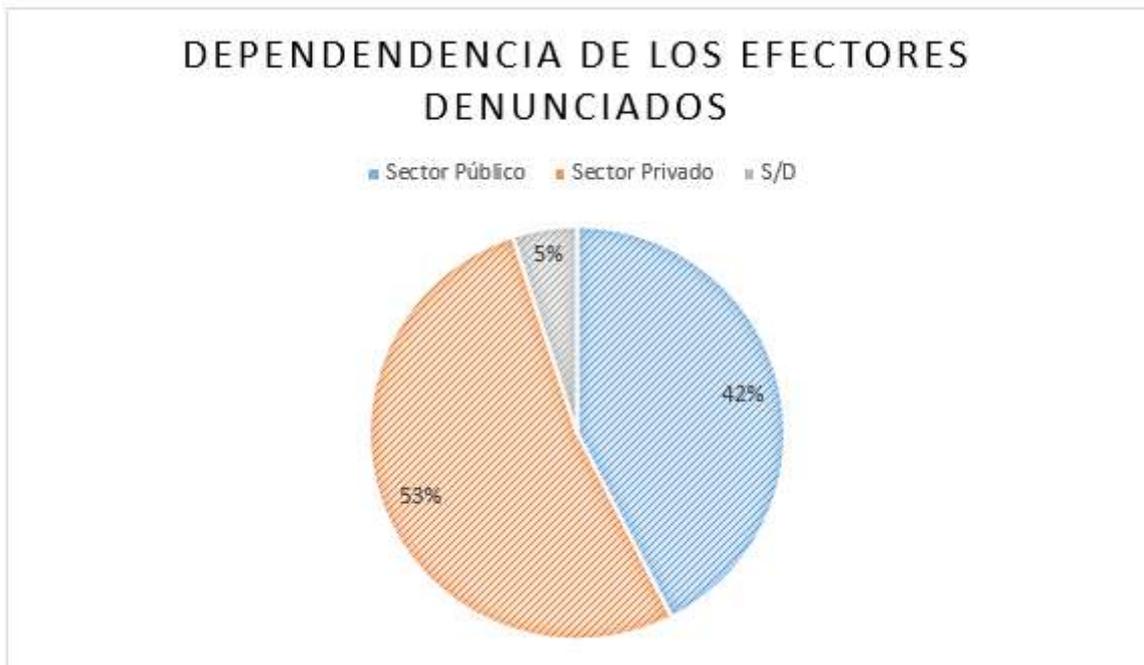


Gráfico 2. Elaboración propia con base de datos de la Dirección de Violencias en el ámbito de la Salud Pública.

En cuanto a la dependencia de los efectores denunciados el 53% (21) son efectores de gestión privada, mientras que el 42% (17) son efectores de gestión estatal. Se registran 5% (2 situaciones) donde no se puede relevar el dato.

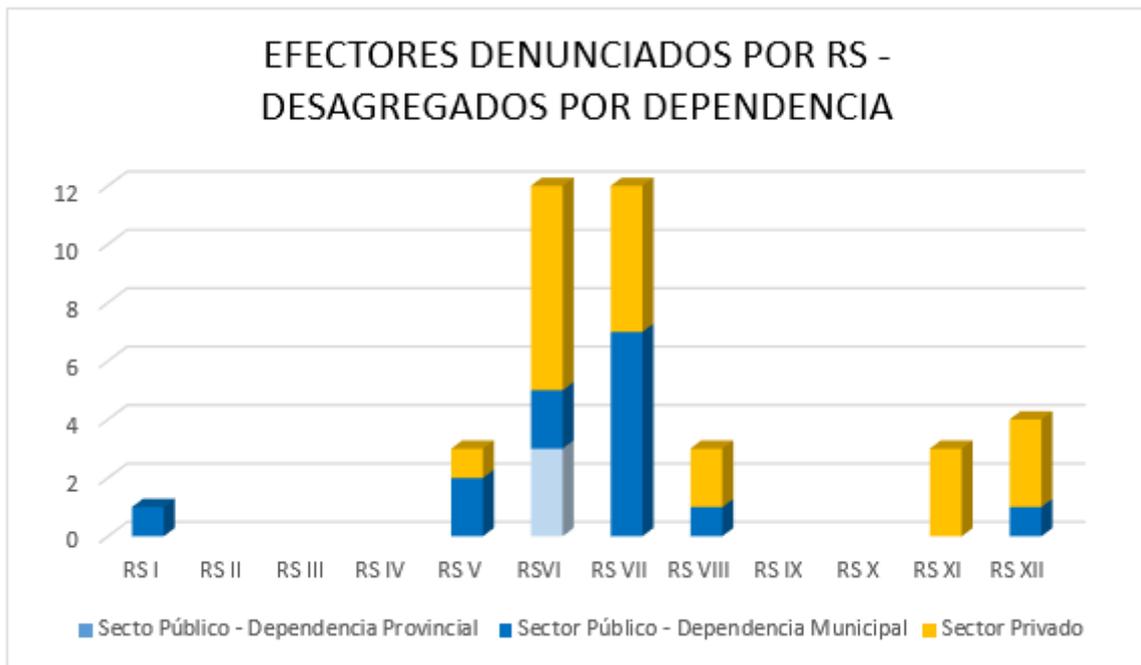


Gráfico 3. Elaboración propia con base de datos de la Dirección de Violencias en el ámbito de la Salud Pública.

En este gráfico se observa la distribución geográfica de las denuncias dentro del territorio provincial desagregadas por dependencia de los efectores y nivel de las dependencias estatales. Dentro de las 17 situaciones relevadas del sector público, 3 pertenecen a efectores provinciales y 14 a efectores municipales.

Nos encontramos con que en la RS I se ha radicado 1 denuncia hacia un efector municipal. En la RS V nos encontramos con 3 denuncias, 2 efectores a de dependencia municipal y 1 a un efector de gestión privada. En el caso de las RS VI y RS VII, nos encontramos con 12 denuncias en cada una, confluyendo en estas dos regiones el mayor número de denuncias relevadas. En el caso de la RS VI las denuncias se registran de la siguiente manera: 3 efectores de gestión provincial, 2 municipales y 7 de gestión privada. En la RS VII se registran 7 denuncias a efectores municipales y 5 a efectores de gestión privada. En la RS VIII nos encontramos con 3 denuncias, 1 hacia un efector de salud municipal y 2 hacia efectores de gestión privada. Las 3 denuncias radicadas hacia efectores de la RS XI fueron hacia efectores de gestión privada. Por último en cuanto a la RS XII, nos encontramos con

1 denuncia hacía un efector municipal y 3 efectores de gestión privada.

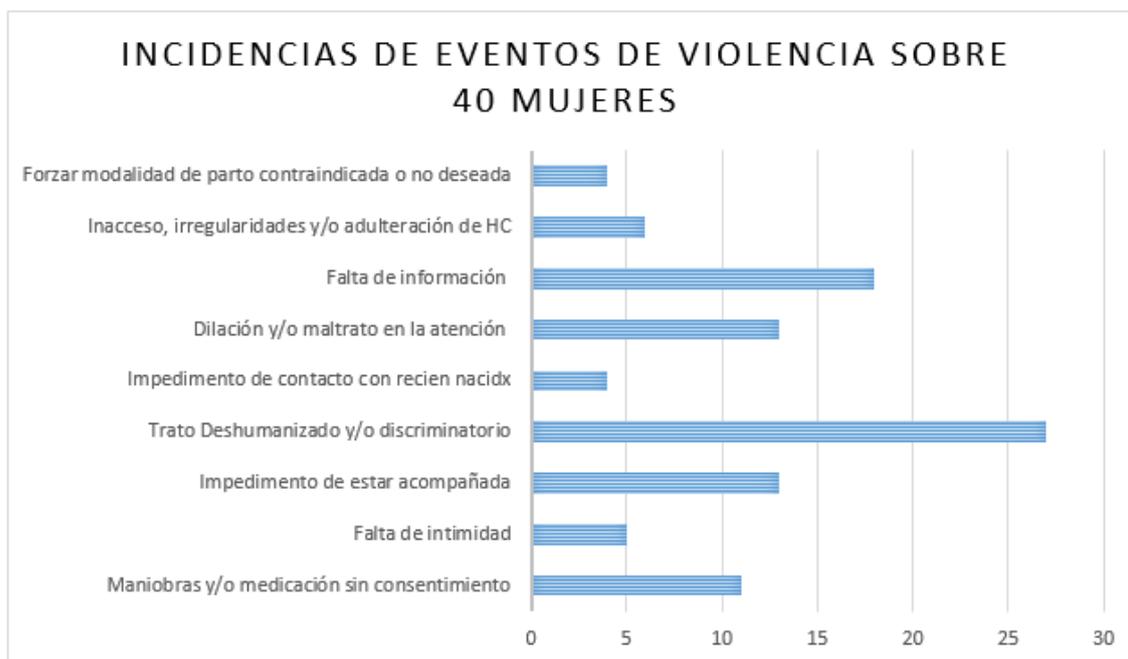


Gráfico 4. Elaboración propia con base de datos de la Dirección de Violencias en el ámbito de la Salud Pública.

A partir del análisis de los relatos que constituyen el cuerpo de los expedientes, se confeccionaron algunas categorías que dan cuenta de las situaciones relevadas de violencia obstétrica que están atravesadas por múltiples vulneraciones de derechos y prácticas que violentan a la mujer y/o a sus recién nacidos/as. Cabe aclarar que no todas las situaciones presentan múltiples violencias, que con la presencia del ejercicio de la violencia basta para configurarse en violencia obstétrica. En este sentido, el gráfico da cuenta de esas violencias concatenadas y superpuestas que constituyen las situaciones relevadas.

De los 40 expedientes se desprende que al menos a 11 de estas mujeres se le impusieron maniobras o medicación contra su voluntad. Al menos 5 mujeres pudieron dar cuenta de la exposición y falta de intimidad al momento en atención. Así también 13 de las mujeres denunciaron el impedimento de estar acompañadas durante el proceso. Con 27 relatos que describen cómo recibieron tratos deshumanizados y/o discriminatorios, esta práctica es transversal a la mayoría de

las situaciones relevadas. Por otra parte, 4 mujeres denunciaron el impedimento de contacto con sus bebés recién nacidos/as. Se relevaron 13 denunciadas donde la mujer refería dilaciones o maltratos en la atención, del mismo modo 18 refirieron falta información sobre su estado y las prácticas a realizarse. También 6 mujeres refirieron inacceso, irregularidades o alteración de las historias clínicas a posteriori de los hechos. Por último nos encontramos que 4 de las 40 mujeres fueron forzadas a partir de un modo contraindicado por su médico o no deseado por ellas.

De la lectura de los hechos denunciados en los 40 expedientes se desprende algunos puntos importantes a destacar que:

- 8 recién nacidos/as fallecieron durante el parto o en la inmediatez del mismo.
- 1 mujer falleció como consecuencia de las prácticas realizadas.
- 3 niños/as sufren secuelas físicas permanentes a partir de las prácticas realizadas.
- 1 madre sufre secuelas físicas permanentes a partir de las prácticas realizadas.

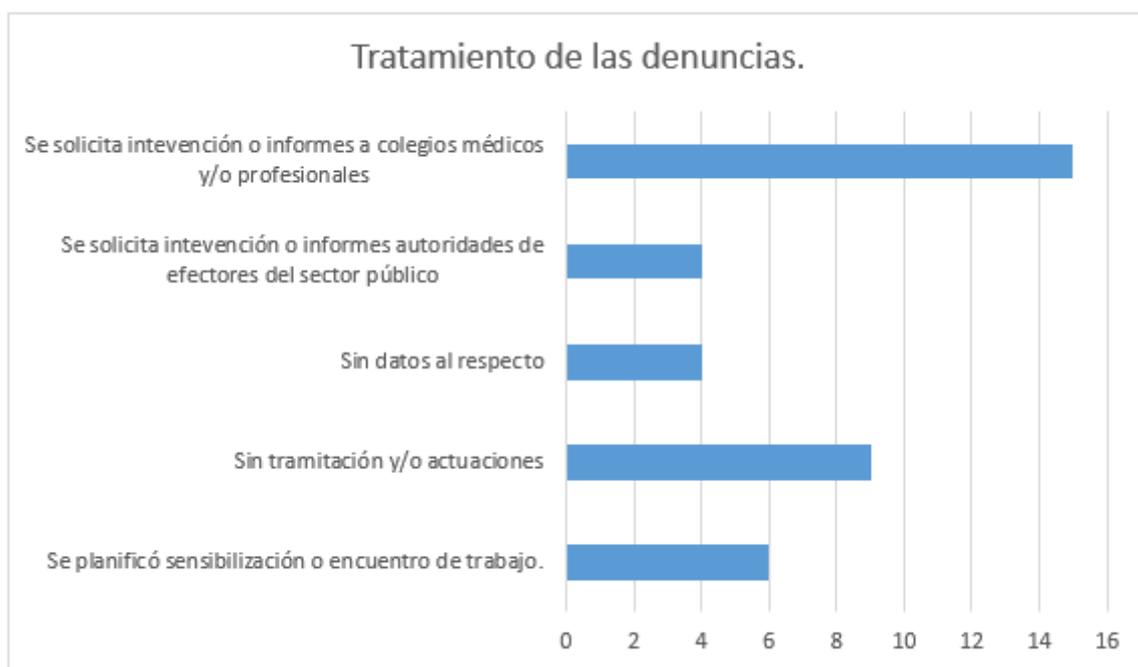


Gráfico 5. Elaboración propia con base de datos de la Dirección de Violencias en el ámbito de la Salud Pública.

De la sistematización de los datos que contienen los expedientes analizados respecto al tratamiento institucional que se realizó de las denuncias se observa que:

- con las 6 situaciones de violencia denunciadas del hospital Municipal de Morón se procedió a organizar desde la Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género una mesa de trabajo y sensibilización con los todos los servicios de la institución.
- 9 situaciones se encuentran sin tramitación, ni actuaciones.
- 6 situaciones se encuentran sin datos de su tramitación.
- en 4 situaciones se da intervención y se solicita informes a equipos del sistema público de salud.
- en 15 situaciones se procede a la intervención y/o solicita informe a colegio de profesionales y/o agrupaciones médicas.

Algunas primeras conclusiones sobre el análisis de expedientes

En primer lugar es importante destacar que debido a la ausencia de registros y pérdida de información mencionada, los datos en base a los cuales se realizó este informe no dan cuenta acabada del trabajo realizado en los últimos años. Desde la Dirección se realizaron jornadas de sensibilización y se tomó intervención en el abordaje de situaciones complejas. Pero la falta de formalización y sistematización de la tarea derivó en la ausencia de información y la necesidad de hacer la reconstrucción que da origen a este documento. Del mismo modo, destacamos que parte fundamental de la tarea fue visibilizar una problemática que no estaba siendo abordada institucionalmente. Motivo por el cual, entendemos la informalidad de la tarea estaba relacionada con abrir por primera vez espacios de diálogo sobre esta modalidad de violencia que ejerce el sistema de salud sobre las mujeres y personas gestantes.

Sin perjuicio de lo anterior, podemos concluir primeramente que la lógica mediante la cual estaba pensado el circuito de intervención y abordaje de las situaciones de VO se configuraba a partir de un paradigma jurídico. En este sentido, se observa que la única vía formalizada de denuncias fue a través de las Defensorías del Pueblo, es decir, el Ministerio de Salud de la Provincia no formalizó un canal de ingreso de denuncias que pudiese brindar acompañamiento y un abordaje integral de las situaciones desde un paradigma sanitario. El atravesamiento del paradigma jurídico está presente, no sólo en la construcción de “casos” de violencia obstétrica a través de la obligatoriedad de la “denuncia” y en el canal de acceso al circuito de abordaje; sino también en los criterios mismos del abordaje. Las intervenciones basadas en un circuito de expedientes en pocas oportunidades estuvieron orientadas a la modificación real de las prácticas médicas asociadas a la violencia obstétrica y siempre se trabajaron desde la individualidad de los “casos”, algo que también es fácilmente asociable a un paradigma jurídico.

Como se desarrolló en el marco teórico de este informe basado en la perspectiva que abre la Ley de Protección Integral 26.485, y sin dejar de lado lo singular que cada situación pueda presentar, el problema de la VO contra las mujeres y personas

gestantes se basa en un sistema de desigualación patriarcal que aún impregna muchas prácticas de salud y no puede reducirse a problemas individuales. Por lo tanto el abordaje debe incorporar una mirada que otorgue comprensión a su carácter sistémico, que no se reduce a un problema de “calidad” en la atención médica, sino que abarca dimensiones que ubican la problemática como expresión en las prácticas obstétricas de órdenes de desigualación que producen la vulneración de los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes y recién nacidos/as.

A partir de la realización de este informe podemos destacar la necesidad de contar con registros propios de estas situaciones desde el sistema de salud, que permitan por un lado desagregar algunas dimensiones que hacen a lo ocurrido con cada persona en términos epidemiológicos y por otro lado pensar circuitos de intervención efectivos para canalizar las demandas. Por otro lado, se observa a su vez la necesidad de un tratamiento de la problemática desde una perspectiva integral que construya espacios de sensibilización sobre el derecho a la libre elección de las personas gestantes acerca de la continuidad de los embarazos, acerca de los procesos de gestación y parto, que respete los derechos humanos de las mismas. Desde esta perspectiva integral también se presenta la necesidad de políticas destinadas a deconstruir las prácticas patologizantes de los procesos de gestación y parto y que permitan desnaturalizar las prácticas instituidas a nivel hospitalario y a un nivel superior de políticas de los embarazos y nacimientos. Para poder realizar esta tarea es necesario pensar estas políticas desde una perspectiva de género que respete la autonomía de las personas gestantes sobre sus cuerpos y sus procesos de gestación y parto.

ANEXO

Antecedentes utilizados para la elaboración del resumen de políticas provincial

A continuación se recopilan a modo de síntesis, los principales antecedentes de experiencias realizadas en la provincia de Buenos Aires, que fueran insumos valiosos y necesarios para la realización del primer resumen de políticas sobre violencias obstétrica realizado desde el Ministerio de Salud de la Provincia en el año 2017.

1. El proyecto Argentina Cuenta La Violencia Machista, impulsado por la iniciativa #NiUnaMenos reporta en su Primer Informe Ejecutivo los datos recolectados en una encuesta de 186 preguntas en la que se abarcó todos los tipos de violencia machista que viven las mujeres a lo largo de sus vidas. En este estudio se combinó un muestreo no probabilístico de tipo casual (acceso espontáneo en línea) con un muestreo intencional (off-line en distritos seleccionados de CABA, Provincia de Buenos Aires, Corrientes, Neuquén, Salta y Santa Fe) obteniéndose 59.380 repuestas. El apartado correspondiente a violencia obstétrica contó con 10 preguntas relacionadas al trato recibido por las mujeres, la posición que se les permitió adoptar y la presencia de algún acompañante, ambos durante el trabajo de parto y el parto. En base a esos 10 indicadores se diseñó uno nuevo computando la incidencia de al menos una de las situaciones. Se calculó entonces que el 77% de las mujeres entrevistadas sufrió al menos uno de los episodios de violencia descriptos.
2. En febrero de 2011 se crea en el ámbito del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (CONSAVIG) con el objetivo de implementar -en conjunto con organismos nacionales, provinciales, municipales y organizaciones sociales- actividades vinculadas con sanciones a la violencia de género establecidas por la ley N° 26.485. Tiempo después se habilita una página de denuncia de casos de violencia

obstétrica. La misma contiene un breve instructivo sobre la definición de violencia obstétrica en términos generales, los procedimientos para la denuncia y formularios abiertos para tal fin. No se especifican de manera explícita todas las situaciones que potencialmente pueden enmarcarse en esta figura, ni se presentan datos estadísticos sobre las denuncias recibidas. A finales del año 2010, la Defensoría del Pueblo de la provincia de Buenos Aires creó el Observatorio de Violencia de Género (OVG) para contribuir en el avance hacia la unificación de los registros sobre violencia de género. El mismo contiene desde el año 2013 una sección dedicada a la violencia obstétrica en donde se expone el modelo de entrevista/ingreso de casos por situaciones de violencia obstétrica, el protocolo de recepción de denuncias y un documento sobre la violencia obstétrica en las cárceles de la provincia de Buenos Aires. En su informe anual correspondiente al período 2014-2015 se detallan algunas de las características de los 45 casos de violencia obstétrica denunciados ante el organismo, como por ejemplo que la mitad de las situaciones ocurrieron en efectores del sector privado (Violencia Obstétrica, 2017, pp. 8- 9).

3. A partir del análisis de más de 120.000 registros de la base de datos del SIP (Sistema de Información Perinatal - OPS) correspondientes al año 2015, podemos observar que casi la mitad de las mujeres atendidas en los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires no tuvieron compañía durante el trabajo de parto o el parto. Esta situación no es similar en todas las regiones, oscilando entre el 4% y el 66% para el trabajo de parto, y entre el 4% y el 53% para el parto (Violencia Obstétrica, 2017, p. 12).

Los datos registrados en esta base sobre la posición de las mujeres en el parto son alarmantes. Nueve de cada 10 mujeres en la provincia lo hacen en posición supina (acostadas), con un rango que oscila entre el 56% y el 98%. Los datos del SIP muestran que en la provincia de Buenos Aires más de la mitad de las mujeres que inician su trabajo de parto en forma espontánea son medicadas con oxitocina para acelerar las contracciones, con un rango que oscila entre el 12 y el 94%. La episiotomía se realiza a 3 de cada 5 mujeres

que realizan su primer parto en los hospitales públicos de la provincia, con rangos que oscilan entre el 16% y el 90%. (Violencia Obstétrica, 2017, p. 13).

4. En el Manual para el Diagnóstico de la Cultura Organizacional de la Iniciativa Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) publicado por CEDES y UNICEF en mayo de 2015, se analizaron las respuestas de 1828 encuestas anónimas y auto-administradas dirigidas a integrantes de los equipos de obstetricia, neonatología, servicio social y salud mental, y 265 entrevistas personales a los jefes de servicio de obstetricia, neonatología, servicio social y salud mental pertenecientes a 29 maternidades públicas de la Provincia de Buenos Aires. En general 1 de cada 5 profesionales de la salud respondió que en sus instituciones se les permite a las mujeres estar acompañadas durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, y sólo el 7% manifestó que en su maternidad las mujeres pueden adoptar la posición deseada por ellas en el parto. En un tercio de los casos respondieron que en sus instituciones “a veces” se realizan estas acciones, aunque no se especifica qué porcentaje del total de casos corresponden a esta afirmación. Lo cierto es que en la mayoría de los casos la respuesta es que tales prácticas nunca se realizan.

En enero de 2016, UNICEF publicó una Evaluación de la Iniciativa MSCF, que contó, entre otras herramientas, con la observación directa a través de visitas a maternidades seleccionadas en cuatro provincias en las que se determinó la presencia o ausencia de los aspectos a verificar para cada uno de los pasos de la iniciativa, con una puntuación del 0 al 4. De las 128 maternidades públicas de la Provincia de Buenos Aires, 66 adhirieron a la iniciativa, y seis de ellas fueron evaluadas con este instrumento. El informe relata algunos aspectos críticos, como el acceso de las mujeres y sus familias a un parto respetado, con un lento avance en la disponibilidad de salas para el trabajo de parto y de parto acorde con el modelo MSCF. Se detectó, además, que la falta de disponibilidad de espacio en la sala de parto obliga al personal a acelerar los partos en curso en algunas de las instituciones observadas (Violencia Obstétrica, 2017, p. 15).



5. A los fines de este resumen de políticas se hizo un relevamiento en todas las maternidades del sector público provincial a fin de recabar información sobre las siguientes condiciones que facilitarían la presencia de un o una acompañante elegido por las mujeres durante el trabajo de parto o el parto. Estas son: 1) sala de parto individual; 2) sala de preparto o período dilatante individual o con resguardo de la intimidad (biombo, cortina, etc.); 3) política de ingreso de un o una acompañante de elección de la mujer durante el trabajo de parto, el parto o la cesárea, el puerperio y de ingreso irrestricto de los padres a la Unidad de Neonatología; 4) política de ingreso de familiares varones a los sectores antes mencionados. El relevamiento se hizo durante el mes de febrero de 2017, mediante comunicaciones directas (por vía telefónica, correo electrónico y FAX) con las direcciones de los hospitales e informantes clave pertenecientes a los servicios de maternidad y neonatología. Al momento del cierre de este resumen de políticas se cuenta con información de 21 de los 48 hospitales públicos de administración provincial pertenecientes a 10 de las 12 regiones sanitarias. Allí se producen mensualmente 3041 nacimientos, representando el 41% del total de partos que se realizan en las maternidades provinciales. No pudo recabarse información de ninguno de los hospitales pertenecientes a las regiones sanitarias III y IX. Tampoco se relevaron las maternidades públicas de administración municipal o comunal. Si bien 19 de las 21 instituciones informaron que se permite el ingreso de una persona elegida por la mujer para acompañarla en el momento del parto, y en general no se presentan reparos en que este acompañante sea del sexo masculino, uno de cada 3 de los hospitales relevados no cuenta con salas de parto individual. En estas 7 maternidades se producen mensualmente el 29% de los nacimientos del total de la muestra. Tres establecimientos cuentan con algunas salas de parto individuales y otras compartidas. En 17 hospitales se afirma que se permite siempre o a veces el ingreso de un/a acompañante durante el período dilatante. Sin embargo, habría que considerar si la expresión “siempre/a veces” se refiere a todo el período de internación de la mujer en trabajo de parto, o si está condicionado a la presencia de otras mujeres internadas en



ese momento, ya que 9 maternidades (43%) no cuentan con salas de parto individuales o que permitan asegurar el resguardo de la intimidad de las mujeres durante el trabajo de parto. En estas 9 instituciones se realizan el 37 % de los partos que ocurren mensualmente en los 21 establecimientos relevados. En 2 hospitales de la región sanitaria VI y uno de la región sanitaria VII no se permite el ingreso de familiares durante el trabajo de parto, y 1 hospital (región VI) no aporta datos al respecto. Allí se realizan mensualmente 630 partos, lo que significa que a 1 de cada 5 mujeres que se atienden en las regiones sanitarias cubiertas por esta muestra de 21 maternidades no se les permite tener compañía en el trabajo de parto. En dos hospitales no se permite la presencia de acompañantes en la internación del puerperio y en una institución de la región sanitaria VI sólo se permite el acompañamiento luego del parto a las menores de edad (Violencia Obstétrica: 2017, p. 17).

Bibliografía

- Castrillo, B. (2020). "Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas" Revista Encuentros Latinoamericanos, segunda época. Vol. IV, No 1, enero/junio.
- Ley 26.485. (2009) Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Ley 25929 (2018). Ley Nacional de Protección del Embarazo y del Recién Nacido. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
- Observatorio de Violencia Obstétrica *Las Casildas* (2015). Argentina, disponible en <https://lascasildas.com.ar/proyectos.html>

- Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva - PBA SSR Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas (2017). *Violencia obstétrica. Un problema estructural y actitudinal*, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/files/2017/06/WEB-RP-3-Violencia-Obstetrica-VF.pdf>

