

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**

Informe preliminar **Abordaje de la violencia Obstétrica**

Informe preliminar de abordajes de la Violencia Obstétrica

(2016-2020)

Dirección de Prevención y Atención Familiar y de Género

Recopilación y reconstrucción de la muestra: Soledad Scigliano

Sistematización de la información: Estefania Gelso - Sofia Seslet - Andrea Nieto - Ailen Ballesteros

Elaboración del documento: Magalí Batiz- Ailen Ballesteros.

Introducción y marco conceptual

La violencia obstétrica (VO) es un problema de salud pública que vulnera los derechos humanos de las mujeres y los/as recién nacidos/as y que ha logrado visibilizarse como tal en los últimos diez años. Comenzando por un lado un proceso de desnaturalización de las prácticas obstétricas que hasta hace poco tiempo gozaban de incuestionabilidad en el ámbito de la atención de la salud, y por otro un proceso de definición del parto humanizado como un derecho humano.

En este proceso 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 hegemónico en salud, como único modo posible de atender los procesos vitales de las personas.

América Latina es pionera en la definición de violencia obstétrica desde un enfoque de género y derechos humanos. Esta definición echó luz sobre prácticas del sistema de salud que anteriormente no eran visibilizadas como prácticas plausibles de ejercer violencia sobre los cuerpos de las mujeres y personas gestantes en el proceso del parto. La sanción de leyes, normativas y protocolos de atención convirtió a la región en precursora mundialmente.

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

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

medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley Nacional N° 25929 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 confluyen, por un lado la consideración de que la práctica médica en tanto práctica social estructurada a partir de jerarquías, intereses, relaciones de poder asimétricas, y destinada a un sujeto pasivo. Por otro, la vulneración a los derechos reproductivos de las mujeres y personas gestantes en relación a las formas específicas de violencia que se dan en la atención obstétrica, que incluye en muchos casos la vulneración de los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Es decir aquí confluyen la violencia institucional y la violencia de género, frente a mujeres y personas gestantes que por la vivencia propia del proceso, se encuentran en una situación de vulnerabilidad, pudiendo ser vulneradas en la relación profesional-paciente al negarles la participación y el ejercicio de autonomía sobre sus cuerpos y el proceso de parto.

“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, pág. 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 la falta de divulgación de la problemática y la falta de información a que acceden las mujeres y 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 solo 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, pág. 202)

Desde este entrecruzamiento entre la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes la violencia institucional que se da en el ámbito de la atención de la salud es que ubicamos este problema de violencia estructural que es la violencia obstétrica.

Antecedentes de participación de la dirección

En el año 2017 profesionales del equipo técnico de la dirección y sus autoridades fueron convocadas para participar en la elaboración del resumen de políticas, N° 3: *“Violencia obstétrica: un problema estructural y actitudinal”* del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva. 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). Este documento fue un primer primer paso desde el Ministerio de Salud de la Provincia para visibilizar y poner en agenda institucional la problemática, desde el esfuerzo conjunto de las áreas especializadas. La publicación de este documento tuvo como objetivo visibilizar, definir y problematizar la temática, en pos de diagramar posibles guías de acción para el abordaje del tema. Este resumen fue realizado en base a numerosos antecedentes compilados dentro de la experiencia, a los fines anexamos un resumen y síntesis de los mismos. De igual modo se relevaron y analizaron datos propios al interior de las áreas especializadas, si bien en el documento se hace referencia a un análisis previo de los expedientes tramitados de la Dirección Provincial, al día de la fecha no podemos constatar esa información.

Otros antecedentes en Argentina

1. *Encuesta de atención al parto/cesárea* realizada por la ONG *Las Casildas* entre septiembre de 2015 y agosto de 2016 de manera on line y presencial.
 - 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. La edad media de la persona gestante es de 27.8 años.
 - 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)
 - **5.4 de cada 10** mujeres 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. **2.7 de cada 10** mujeres recibieron comentarios irónicos o descalificadores.

- a **3 de cada 10** mujeres no se les garantizó su derecho de estar acompañadas durante el trabajo de parto. **4 de cada 10** no estuvieron acompañadas durante el parto/cesárea. **2 de cada 10** no estuvieron acompañadas durante el posparto.
- **4 de cada 10** mujeres no pudieron moverse libremente durante el trabajo de parto. **7 de cada 10** no tuvieron libertad de movimiento durante el parto.
- A **7 de cada 10** mujeres le rompieron artificialmente la bolsa.
- a **6.4 de cada 10** mujeres les fue suministrada oxitocina para conducir y/o acelerar el trabajo de parto
- **A 6 de cada 10** mujeres se les practicó una episiotomía y de esas 8.5 de cada 10 eran primerizas.
- A **3.3 de cada 10** mujeres les realizaron la maniobra kristeller en su parto.
- **4.7 de cada 10** nacimientos fueron por cesárea y de estas **4 de cada 10** fueron programadas.
- **3 de cada 10** de los partos vaginales fueron inducidos, aún cuando el estándar de la OMS es 1 de cada 10.
- **7 de cada 10** mujeres no saben qué prácticas realizaron sobre sus hijos e hijas y por supuesto no dieron su consentimiento.
- **4 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.

Estado de situación sobre los datos y metodología de análisis

Los siguientes datos están elaborados a partir de la recopilación de 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. Nos encontramos con una ausencia de datos formales y sistematizados en lo que respecta a la temática, por lo que se trabajó con un análisis de fuentes primarias sobre los expedientes tramitados que pudieran ser rastreados y reconstruidos hasta el momento. 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.

Trabajamos sobre una muestra de 40 expedientes, de los cuales 34 fueron tramitados en la 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 a 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 fueran víctimas de violencia obstétrica, pero si nos permiten elaborar algunas

aproximaciones de carácter general. A partir del análisis de la información relevada, buscamos recuperar los relatos que puedan dar cuenta de un estado de situación y que permitan pensar posibles líneas de intervención en la problemática.

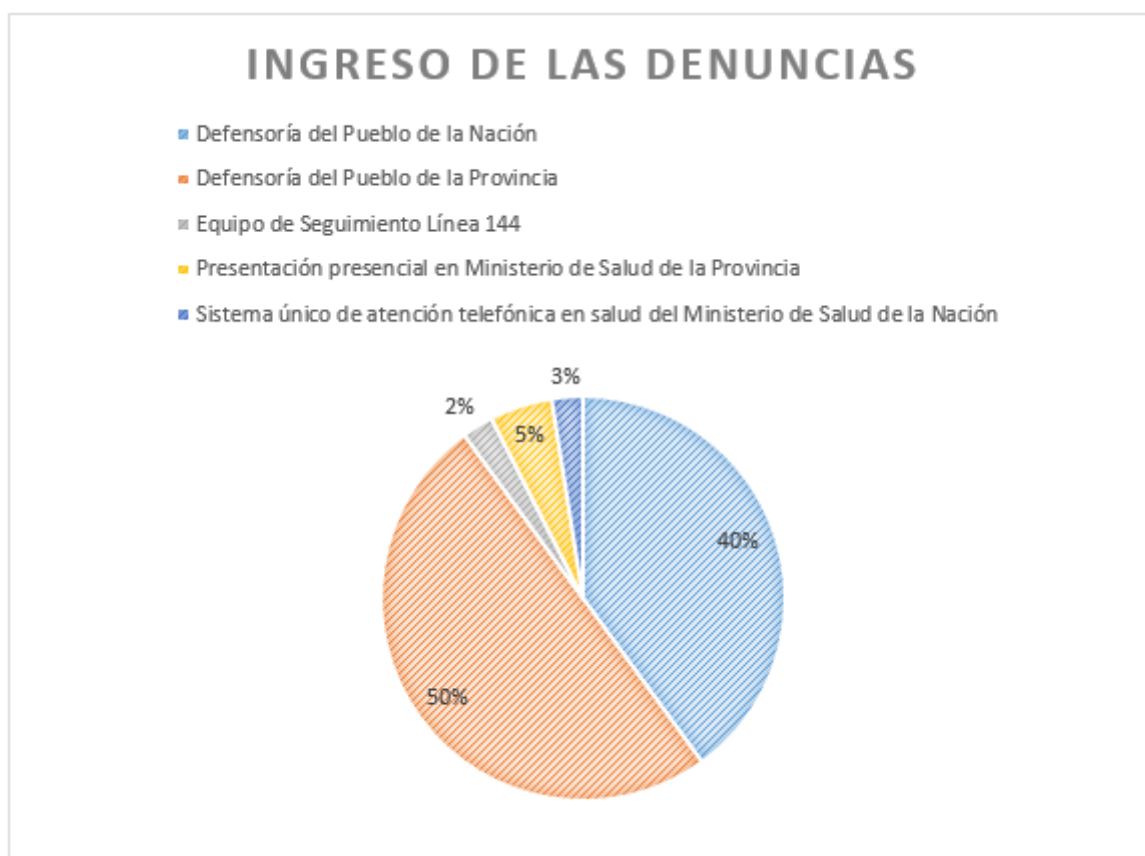


Gráfico 1. Elaboración propia con base de datos de la Dirección de Violencias en el ámbito de la Salud Pública.

A partir de la lectura 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.

DEPENDENCIA DE LOS EFECTORES DENUNCIADOS

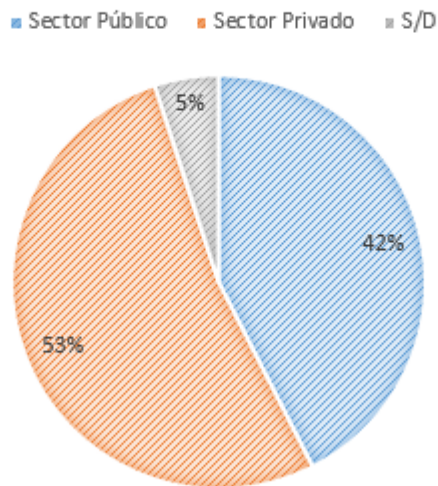


Gráfico 2. Elaboración propia con base de datos de la Dirección de Violencias en el ámbito de la Salud Pública.

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.

EFECTORES DENUNCIADOS POR RS - DESAGREGADOS POR DEPENDENCIA

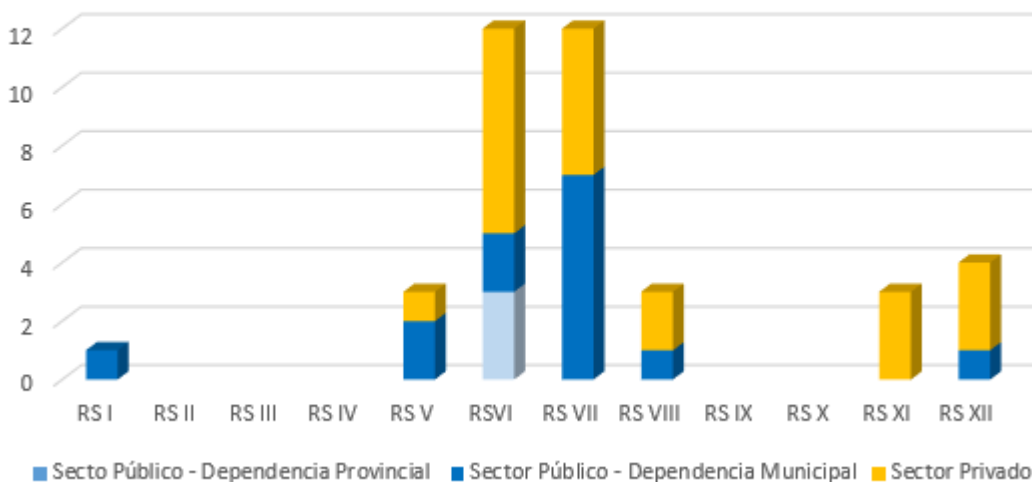


Gráfico 3. Elaboración propia con base de datos de la Dirección de Violencias en el ámbito de la Salud Pública.

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 hacia un efector municipal y 3 a 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 explicitan que las situaciones relevadas de violencia obstétrica están atravesadas por múltiples vulneraciones de derechos y prácticas que violentan a la mujer y/o a sus recién nacidos/as. El gráfico da cuenta de esas violencias concatenadas y superpuestas que constituyen las situaciones relevadas. Cabe aclarar que no todas las situaciones presentan múltiples violencias, que con la presencia del ejercicio de una violencia basta para configurarse en violencia obstétrica.

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 de la 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 inaccessos, 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.
- 1 madre sufre secuelas físicas permanentes a partir de las prácticas realizadas.
- 3 niños/as sufren secuelas físicas permanentes a partir de las prácticas realizadas.

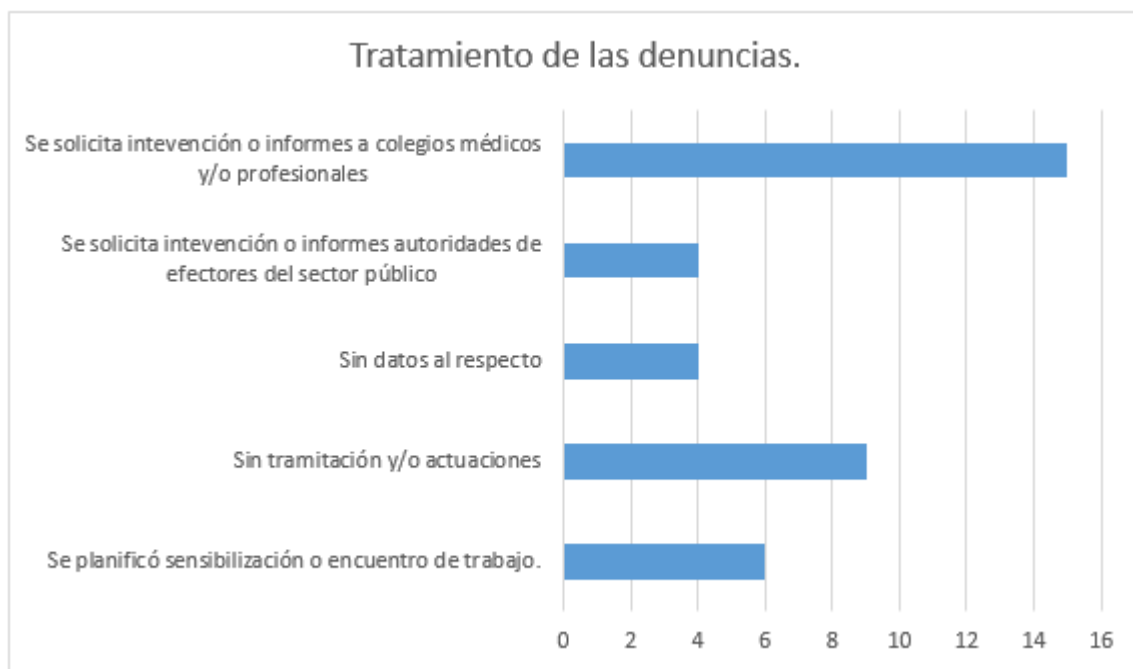


Gráfico 5. Elaboración propia con base de datos de la Dirección de Violencias en el ámbito de la Salud Pública.

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

- A partir de las 6 situaciones de violencia denunciadas en el Hospital Municipal de Morón, la Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género procedió a organizar una mesa de trabajo y sensibilización con 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

En primer lugar es importante destacar que los datos en base a los cuales se realizó este informe no dan cuenta acabada del trabajo realizado en los últimos años. Esto se debe principalmente a la pérdida de información y a la ausencia de registros. En los últimos años desde la Dirección se realizaron jornadas de sensibilización y se trabajó en el abordaje de situaciones complejas. 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 del trabajo de la Dirección fue visibilizar una problemática que no estaba siendo abordada institucionalmente. Motivo por el cual, entendemos que la informalidad de la misma estaba relacionada con la urgencia de instaurar espacios de diálogo y sensibilización sobre esta modalidad de violencia que ejerce el sistema de salud sobre las mujeres y personas gestantes.

Sin perjuicio de lo anterior, podemos concluir que la lógica mediante la cual estaba pensado el circuito de intervención y abordaje de las situaciones, era 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. El Ministerio de Salud de la Provincia no formalizó un canal de ingreso de denuncias que pueda 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 Ley de Protección Integral 26.485, y sin dejar de lado lo singular que cada situación pueda presentar, el problema de la violencia contra las mujeres es un problema estructural basado en un sistema de dominación y no puede reducirse a problemas individuales. En este sentido, el abordaje debe ser desde la perspectiva de un problema sistémico y colectivo, y que no se reduce a un problema de “calidad” en la atención médica sino que es más amplio,

abarcando dimensiones que hacen a la vulneración de los derechos humanos de las mujeres de modo sistemático.

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 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 mujeres 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

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 abarcaron 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 descritos.

2. En febrero de 2011 se creó 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 Nacional N° 26.485. Tiempo después se habilitó 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 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, pág. 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, pág. 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, pág. 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. 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, pág. 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 parto o período dilatante individual o con resguardo de la intimidad (biombo, cortina, etc.); 3) política de ingreso de un o una acompañante a 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; y 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, pág. 17)

Bibliografía

- Castrillo Belén (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. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. (2009) Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- 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.