

Violencia obstétrica

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Cía de Seguros

Introducción

La supervivencia materno-neontal se encuentra dentro de los desafíos sanitarios más críticos a nivel mundial y forma parte del núcleo de las estrategias para el logro de varias de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en especial las relacionadas con la salud materna (metas 3.1 y 3.2) y la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres (meta 5.2). (ONU, 2016; Tobasía Hege et al. 2019)

Sin embargo, un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres durante el embarazo y en particular durante el parto plantean un panorama alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud (Small et al. 2002; Silal et al. 2011; d'Oliverira et al. 2002) Se trata de una situación que viola la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y puede ser un importante factor de desmotivación para mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios (Bohren et al. 2014). Se debe tener en cuenta que las mujeres son especialmente vulnerables durante el parto. La falta de respeto y el maltrato pueden tener consecuencias adversas directas tanto en la madre como en el recién nacido.

En los informes sobre trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención de un consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo a la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto (lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en centros de salud debido a su incapacidad de pago (Bowser and Hill, 2010). Es más probable que este trato irrespetuoso y ofensivo lo sufran las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a

una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen HIV, entre otras (Bowser and Hill, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió en 2014 una declaración en la que insta con firmeza a los sistemas de salud a erradicar dicho maltrato, que representa una violación de los derechos humanos y del derecho de las mujeres al disfrute del nivel más alto de salud, que perjudica la credibilidad y la confianza en los sistemas de salud, que desalienta la utilización de los servicios gineco-obstétricos, que disminuye la adherencia a los tratamientos y la adopción de medidas preventivas y que menoscaba el bienestar integral de las mujeres y sus hijos (OMS, 2014). En particular, las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de recibir, solicitar y transmitir información y a obtener el más alto nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva (ONU, 2012)

Violencia obstétrica. Definición

Si bien existen suficientes evidencias que sugieren que el trato irrespetuoso y ofensivo hacia las mujeres durante el parto en centros de salud es bastante frecuente, en la actualidad no hay consenso internacional sobre cómo definir y medir científicamente el maltrato y la falta de respeto. Por consiguiente, se desconoce su prevalencia e impacto en la salud, bienestar y elecciones de las mujeres. Existe una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, forma de medición y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo hacia las mujeres en el parto y sobre cómo prevenirlo y erradicarlo (OMS, 2014). Es de observar que la OMS no habla de "violencia obstétrica" sino de "irrespeto y maltrato"

El término "violencia obstétrica" comienza a introducirse en América Latina en la década pasada como un nuevo término legal para fomentar el ejercicio de los derechos reproductivos y para proteger a las mujeres contra actos en el contexto del parto y del nacimiento categorizados como violencia física o psicológica, debido a la utilización injustificada de las intervenciones médicas. La violencia obstétrica, además de ser considerada una violencia institucional y una violación de los derechos humanos relacionados con la salud en general y la salud reproductiva en particular, se considera también una forma de violencia de género, dentro de un marco de subordinación y discriminación. La violencia obstétrica como producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud, es un tipo de violación a los derechos sexuales y reproductivos hasta ahora muy poco problematizado e invisibilizado (Galimberti y Mazzoli, 2015)

Hasta la fecha, los países que sancionaron leyes que contemplan la violencia obstétrica radican todos en América Latina: existen leyes específicas contra la violencia obstétrica en Venezuela (2007), Argentina (2009) y México (2014)

En la Argentina, la violencia obstétrica se encuentra definida por la Ley 26.485 de *"Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales"*, que fue promulgada en abril del año 2009. En el art. 6. Inc e establece:

"Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929" (Ley de Protección del embarazo y del recién nacido, más conocida como Ley de Parto Humanizado)

En reglamentación de la aludida Ley 26.485, en su inciso e), cuando se hace referencia a "aquella que ejerce el personal de salud" incluye "a todo aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza".

De lo expuesto, podemos comprender dos tipos de violencia obstétrica: una física y otra psíquica. La primera se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no están justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico. La segunda, incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general a que se la haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales (Barrios Colman, 2018)

Marco legal

Además de la mencionada ley 26.485 de protección integral de las mujeres contra actos de violencia, rige en nuestro país desde el año 2004 la Ley 25.929 de Protección del Embarazo y del Recién Nacido, más conocida como *"Ley de Parto Humanizado"*. Este cuerpo normativo, aplicable tanto al ámbito público como al privado, establece que las prestaciones que dispone la ley son obligatorias y deben ser incorporadas al Programa Médico Obligatorio.

En sus considerandos, la ley pone de relieve los derechos de toda madre a la información, al trato digno, respetuoso e individual, propugnándose su libertad de elección respecto de la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y postparto, anteponiéndose el parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación, sin perjuicio de la necesidad y obligatoriedad de estas prácticas cuando lo amerite el estado de salud de la parturienta.

La norma también destaca el claro reforzamiento del derecho al vínculo corporal entre la madre y el recién nacido, exigiéndose el mayor respeto a dicho vínculo, al reconocerse la necesidad del recién nacido a la internación conjunta con su madre en la sala durante el menor plazo posible y la necesidad de la madre de mantenerse al lado de su hijo/a, sin perjuicio de la obligatoriedad de adoptar otro temperamento cuando lo ameriten el estado de salud de la madre y/o del recién nacido.

De acuerdo a la mencionada ley, reglamentada recién en 2015, la madre tiene, entre otros, los siguientes derechos:

- A ser informada en forma comprensible y suficiente acerca de las posibles intervenciones que pudieran llevarse a cabo durante los procesos de embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, especificando sus efectos, riesgos, cuidados y tratamientos. (Art.2.Inc a)
- A ser tratada con respeto, amabilidad, dignidad y a no ser discriminada por su cultura, etnia, religión, nivel socioeconómico, preferencias y/o elecciones de cualquier otra índole (Art. 2. Inc b)
- A elegir de manera informada y con libertad **el lugar y la forma** en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulación, posición, analgesia, acompañamiento), **y la vía de nacimiento**. El equipo de salud y la institución asistente deberán respetar tal decisión, en tanto no comprometa la salud del binomio madre-hijo/a. Dicha decisión deberá constar en la institución de forma fehaciente. En caso de duda, se resolverá a favor de la persona asistida. (Art.2 Inc.a. reglamentación)
- A que, en los casos de partos vaginales, el profesional evite aquellas prácticas que impidan la libertad de movimiento o el derecho a recibir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto cuando las circunstancias lo permitan, evitando prácticas invasivas innecesarias durante el proceso. (Art.2. Inc.d)

- A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto, independientemente de cuál sea la vía del parto. No se podrá exigir requisitos de género, parentesco, edad o de ningún otro tipo, al/la acompañante elegido/a por la mujer embarazada, salvo la acreditación de identidad. A falta de otra prueba, se admitirá la presentación de una declaración jurada, la que a ese único efecto constituirá prueba suficiente, por el plazo de cuarenta y ocho (48) horas, debiendo acompañarse transcurrido dicho plazo, la documentación acreditante. En ningún caso se podrá cobrar arancel alguno por la simple permanencia del/la acompañante en la misma habitación, antes, durante y/o después que la mujer hubiese dado a luz. (Art. 2 Inc g)
- A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales. (Art. 2. Inc. h)
- Los servicios de internación neonatal, aún en sus áreas de terapia intensiva, deberán brindar acceso sin restricciones para las madres y/o el padre del recién nacido, permitiendo el contacto físico. Deberá contemplarse el acceso facilitado para otros familiares directos y/o acompañantes que la madre disponga y la acreditación de identidad como único requisito. (Art. 4. Inc. b)
- A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar. Los establecimientos de salud deberán adecuar sus instalaciones de manera de contar con Centros de Lactancia Materna conforme a la normativa vigente- (Art. 4. Inc d)
- A recibir al momento de la alta información sobre el seguimiento ambulatorio, así como del desarrollo del plan de vacunación. (Art. 3 Inc d)

La ley también destaca de manera clara los derechos que tiene el recién nacido, entre otros:

- A ser tratado en forma respetuosa y digna. (Art. 3 Inc. a)
- A su inequívoca identificación (que deberá ser ajustada a las normativas vigentes nacionales, provinciales o de C.A.B.A) (Art.3 Inc. b)
- A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquella.

- A contar con las vacunas obligatorias exigibles al momento del alta, así como a la realización de las pesquisas neonatales en conformidad con las Leyes N° 24.415 y N° 26.279, sus reglamentaciones, modificatorias o aquellas normas que en el futuro las reemplacen. (Art. 3 Inc..e)
- A que se completen los estudios y eventuales tratamientos correspondientes a enfermedades de transmisión vertical. (Art. 3 Inc. d).

La Ley 25.929 de parto humanizado también define a la violencia obstétrica como la ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresado en un trato deshumanizado, de abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. De acuerdo con el Decreto reglamentario de la ley, debe considerarse trato deshumanizado al trato cruel, deshonesto, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención del aborto, natural o inducido, sea punible o no.

Tipología del maltrato

A pesar del creciente reconocimiento del trato negligente, abusivo e irrespetuoso hacia las mujeres durante el parto en establecimientos de salud, todavía no existe un consenso a nivel mundial acerca de cómo deben definirse y medirse estos sucesos. Por lo tanto, el desarrollo de una tipología basada en la evidencia resulta fundamental para poder desarrollar y aplicar herramientas de medición de este fenómeno. Sólo así se podrán elaborar intervenciones para reducir el maltrato y promover el cuidado materno respetuoso. Estos esfuerzos son necesarios para mejorar la calidad de la atención obstétrica, hacer que las mujeres se acerquen a los centros de salud y, en un sentido más general, para proteger los derechos humanos fundamentales de las mujeres. Las distintas revisiones sistemáticas que se han realizado sobre este tema (Bowser and Hill, 2010; Bohren et al, 2015) tienen como objetivo contribuir al desarrollo de una tipología global basada en la evidencia acerca del maltrato a las mujeres durante el parto en establecimientos de salud.

Boher et al (2015) realizaron una revisión sistemática en la que incluyeron 65 estudios de 34 países. Los resultados cualitativos se organizaron en siete categorías: (1) abuso físico, (2) abuso sexual, (3) abuso verbal, (4) estigmatización y discriminación, (5) incumplimientos de los estándares profesionales de atención, (6) mala comunicación entre las mujeres y los prestadores, y (7) Condiciones y limitaciones del sistema de salud. Dada la gran heterogeneidad de los datos cuantitativos, no pudieron realizar un metanálisis; de todos modos, su tipología es

hoy la más utilizada cuando se quiere estudiar la violencia obstétrica. En esta clasificación, cada una de las siete categorías descriptas se desglosan en subcategorías analíticas y descriptivas.

1. Abuso físico

- Utilización de la fuerza:

Mujeres de todo el mundo informan haber experimentado fuerza física por parte de los prestadores de salud durante el parto. En algunos casos, las mujeres denuncian actos específicos de violencia contra ellas, pero a menudo se refieren a estas experiencias en un sentido general, aludiendo a agresiones, abusos físicos, golpes bruscos y uso de fuerza extrema. Pellizcar (particularmente en los muslos), golpear y abofetear, ya sea con la mano abierta o con un instrumento, fueron los actos específicos de violencia extrema más comúnmente reportados. Este abuso fue perpetrado tanto por enfermeros como por médicos y obstétricas en países tan distintos como Sudáfrica (Chadwick et al, 2014), Ghana (Moyer et al. 2014), Tanzania (McMahon et al. 2014), República Dominicana (Miller et al, 2003) o Suecia (Forssen, 2012)

- Contención física:

Mujeres de Tanzania y Brasil informaron haber sido sometidas a restricciones físicas, habiendo sido sujetadas en la cama y "calladas" con mordazas bucales (Mselle et al. 2011; Teixeira and Pereira, 2006)

2. Abuso sexual

Algunas mujeres refieren abusos durante los exámenes ginecológicos; muchos prestadores no se detienen cuando les solicitan que "paren" (muchas veces por dolor). Si bien algunos expertos pueden argumentar que tales exámenes son de esperar en la atmósfera acelerada de una sala de maternidad, un número creciente de personas afirma que cae bajo el paraguas de la violencia obstétrica, donde las pacientes son sometidas a procedimientos ginecológicos dolorosos y tratamiento invasivo sin consentimiento durante el embarazo y el parto.

3. Abuso verbal

- Lenguaje rudo o grosero:

El abuso verbal de las mujeres por parte de los prestadores de salud durante el parto es uno de los eventos más comúnmente reportados, tanto en países de ingresos altos como de ingresos medios y bajos. El más frecuente de estos abusos es el lenguaje rudo o grosero. Estas malas experiencias suelen ser moldeadas por sucesivos encuentros negativos con los distintos trabajadores con los que las mujeres deben interactuar en el establecimiento de salud. Este abuso sería más frecuente por parte de enfermeras y parteras, que es con quienes las mujeres tienen más contacto. (Dietschl et al, 2010; Human Rights Watch, 2013; Chalmers et al, 2002; Jewkes et al. 1998)

- Comentarios críticos o acusatorios:

Muchas mujeres informan haberse sentido avergonzadas por trabajadores de salud que les hicieron comentarios inapropiados con respecto a su actividad sexual. Estos comentarios insensibles suelen ser experimentados con mayor frecuencia por mujeres adolescentes o solteras, ya que muchas comunidades consideran que el embarazo y el parto sólo son apropiados en el contexto de relaciones matrimoniales. Comentarios intencionalmente lascivos humillan a muchas mujeres mientras se encuentran en una posición ya de por sí muy vulnerable durante el parto y cuando más apoyo necesitan. Como consecuencia, las mujeres con frecuencia sienten que sus prestadores de salud son irrespetuosos, indiferentes y groseros (Moyer et al. 2014; Human Rights Watch, 2013; Chalmers et al, 2002; Kruger and Schoombee, 2010)

- Amenazas y culpabilización:

Algunas mujeres son amenazadas con una atención de inferior calidad o con malos resultados para sus bebés como resultado de su "mal comportamiento" durante el parto. Estas amenazas pueden incluir desde la posibilidad de golpearlas a la de suspender el servicio de salud y dejarlas abandonadas a su suerte. Otras mujeres son culpadas por los malos resultados de salud de su bebé o bien por sus propios problemas de salud (Cindoglu et al. 2010; Jewkes et al, 1998; Human Rights Watch, 2013; Dietsch et al, 2010)

Cuadro 1: Palabras que utilizan las mujeres para describir los tipos de abuso verbal por parte de los trabajadores de salud:

- | | |
|----------------------------|---|
| • “Lenguaje grosero, soez” | • “Alzar la voz/gritar |
| • “Sarcasmo” | • “Degradar, menospreciar, deshumanizar |
| • “Parodia” | • “Intimidar” |
| • “Maldiciones” | • “Ridiculizar” |
| • “Chasquidos” | • “Humillar” |
| • “Amenazas” | • “Insultar” |
| • “Regaños” | |

4. Estigmatización y discriminación

- Discriminación basada en el origen étnico, racial o religioso:

Mujeres de todo el mundo informan sentirse discriminadas a causa de su origen étnico o racial. El trato diferente por parte de los trabajadores de la salud a menudo impregna sus experiencias durante el parto e influye en la calidad de la atención que reciben. Estas actitudes hacen que las mujeres se sientan muy alejadas de sus prestadores. En algunos países, las migrantes y refugiadas reciben una atención particularmente irrespetuosa, y tienen que pagar tarifas más altas por los servicios o bien sobornar al personal para ser atendidas. Algunos ejemplos incluyen a mujeres somalíes con ablación genital femenina en Canadá (Chalmers et al. 2002), mujeres rumanas en los Balcanes (Janevic et al, 2011) y mujeres refugiadas en Sudáfrica (Kruger and, Schoombee, 2010)

- Discriminación basada en la edad

Muchas mujeres son discriminadas por su edad. En algunos países las adolescentes son criticadas y ridiculizadas por tener relaciones sexuales antes del matrimonio. Algunas sienten que su confidencialidad fue violada a consecuencia de su corta edad. También reportan haber sido discriminadas mujeres mayores con múltiples embarazos. El maltrato recibido por ellas, sus parejas y amigos en los centros de atención hacen que muchas prefieran tener sus próximos partos en sus domicilios (Atuyambe et al, 2005; McMahan et al, 2014; Dietsch et al, 2010)

- Discriminación basada en el estatus socioeconómico

En todo el mundo, mujeres con un nivel socioeconómico más bajo informan sentirse discriminadas debido a su clase social o nivel de ingresos (Davies and Bath, 2001; Janevic et al, 2010; Moyer et al, 2014). Muchas refieren haber sido desatendidas o haber recibido un trato más deficiente por el hecho de ser pobres y no tener dinero para pagar por los servicios u ofrecer sobornos. A menudo sienten que el personal de salud las humilla por su pobreza, por su incapacidad para leer o escribir, o por residir en zonas rurales o en "asentamientos populares" (eufemismo de villas miseria). El miedo a tal discriminación se consideró un poderoso desincentivo para dar a luz en establecimientos de salud de países como Ghana (Moyer et al. 2014), Sierra Leona (Oyerinde et al. 2013) y Tanzania (Mc. Mahon, 2014). Estas percepciones parecen estar confirmadas por trabajadores de la salud que sostienen que es más probable que en sus centros las mujeres pobres reciban un peor tratamiento (Rahmani et al, 2013).

- Discriminación basada en condiciones médicas

Algunas mujeres de Kenia y Sudáfrica, lugares con una alta prevalencia de HIV creen que su estado seropositivo contribuye a prestaciones deficientes, incluyendo retrasos en intervenciones esenciales, menor contacto y menos exámenes vaginales (Turan et al. 2008; Sando et al. 2014)

5. Incumplimiento de las normas profesionales de atención

- Exámenes vaginales dolorosos

Algunas mujeres informan exámenes vaginales frecuentes dolorosos durante el trabajo de parto. Para muchas de ellas la cantidad de exámenes vaginales durante el trabajo de parto resultó excesiva y deshumanizante. En algunos casos, estos exámenes se realizaron en entornos faltos de privacidad, y es posible que las mujeres no hayan dado su consentimiento para el procedimiento o que no se les haya comunicado adecuadamente el mismo (Aguiar et al. 2013; Chalmers et al. 2002; Hassan et a. 2012; Kruger and Schoombe 2010)

- Negativa a proporcionar analgésicos

En varios entornos las mujeres describen la negativa del personal de salud a proporcionar analgésicos o bien la carencia de analgésicos durante el trabajo de parto. Procedimientos como la episiotomía se realizan sin ningún tipo de alivio del

dolor. En entornos de bajos recursos esto a menudo se debe a la falta de insumos o la falta de pago por parte del paciente. En entornos de mayores recursos, algunas mujeres informan que tampoco les ofrecieron analgésicos o que se les negó el alivio del dolor solicitado (Human Rights Watch, 2011; Chalmers et al, 2002; Forssen, 2012; Jewkes 1998; Kruger and Schombee 2010; Redshaw et al. 2010)

- Falta de un proceso de consentimiento informado

Distintos estudios demuestran que las mujeres también se quejan porque no siempre se les solicita su consentimiento antes de realizar procedimientos como la cesárea. En los casos en los que firman un documento, sienten que no se les informa adecuadamente sobre los riesgos y beneficios del procedimiento y que el trabajador de la salud cumple tan sólo con un trámite administrativo. Algunas mujeres en Kenia, por ejemplo, evitan concurrir a los centros de salud para sus partos por la ansiedad que les provoca que les hagan la prueba de HIV sin su consentimiento (Turan et al. 2008; Human Rights Watch. 2011; Redshaw et al. 2010)

- Violación de la confidencialidad

Algunas mujeres se quejan porque los trabajadores de la salud no mantienen el secreto médico y revelan información privada a sus parejas masculinas o a otros pacientes. Para algunas mujeres HIV positivas en Kenia, por ejemplo, esta falta de confidencialidad es tan grande que prefieren dar a luz en sus casas, por el temor de que su estado serológico sea revelado a otros miembros de su comunidad (Turan et al. 2008; Human Rights Watch, 2011; Sando et al. 2014; Atuyambe et al. 2005)

- Descuido, abandono y grandes retrasos

Las mujeres a menudo hacen referencia a largas demoras para recibir atención y describen a los trabajadores de salud como descuidados y desatentos a sus necesidades durante el trabajo de parto y parto. Comúnmente informan sentirse solas, ignoradas o abandonadas durante su estadía hospitalaria, sintiendo que sus pedidos de ayuda molestan al personal. Los largos tiempos de espera pueden exacerbarse cuando las mujeres no reservan turno antes del parto, ya que sus antecedentes no estaban ingresados al sistema. En estas situaciones, muchas mujeres sienten que terminan siendo "castigadas" con tiempos de espera más largos por no haber reservado turno con la debida antelación. Estas experiencias de falta de diligencia y abandono por parte de los trabajadores en los establecimientos de salud fueron barreras directas para buscar futuros partos en instalaciones de Ghana, Bolivia y Tanzania (Chadwick et al. 2014; Moyer et al. 2014; Human Rights Watch, 2011; Davies and Bath, 2001; Ganle et al. 2014; Jomeen and Redshaw 2011)

- Falta de una asistencia calificada en el momento del parto

Algunas mujeres informan que la escasez de personal sanitario y la falta de diligencia aumentan directamente la posibilidad de sufrir daños físicos durante el parto. En algunos casos extremos de negligencia, tuvieron que dar a luz en instalaciones sin ser asistidas por parteras calificadas, las cuales generalmente estaban ocupadas con otras tareas por sobrecarga laboral (McMahon et al. 2014; Human Rights Watch, 2011; Cindoglu et al. 2010; Richard et al. 2010)

6. Problemas de relación entre las mujeres y los prestadores de salud

Las mujeres a menudo describen problemas de comunicación con el personal de salud. Muchas se quejan de que los prestadores las mantienen en ascuas sin informarles nada sobre sus cuidados. Las declaraciones suelen hacer referencia a la mala actitud en general de los trabajadores, sin detallar interacciones específicas. Algunas percepciones que se repiten en los estudios acerca de los prestadores fueron: "irrespetuosos", "poco acogedores", "malas conductas", "actitudes negativas", "poco comprensivos", "críticos", "antipáticos", "inútiles", "groseros", "descorteses", "sarcásticos", "desalentadores", "poco profesionales", o "cruelles".

- Pobre comunicación:

Las mujeres a menudo no quedan satisfechas con las explicaciones de los trabajadores de la salud con respecto a su atención y creen que el personal se encuentra más interesado en el cumplimiento de normas que en responder sus preguntas o en brindarles aclaraciones sobre los procedimientos propuestos. Muchas sienten que no se tienen en cuenta sus preocupaciones y ansiedades respecto a las posibles complicaciones de un parto inminente. Enfrentadas con partos complicados, cuando las explicaciones adecuadas resultan imperativas para comprender sus implicancias, muchas mujeres sufren explicaciones muy apresuradas en el mejor de los casos; a veces nadie les dice nada. En algunas ocasiones no se comunican adecuadamente los riesgos de los procedimientos, aumentando los temores y ansiedades. Las mujeres que se negaron a cesáreas sintieron que los profesionales no describieron adecuadamente el porqué de la cirugía. Las mujeres también informan que sus prestadores no las escuchan ni las respetan (Janevic et al. 2011; Turan et al. 20028; Human Rights Watch, 2011; Nagahama and Santiago, 2011; El -Nemer et al. 2006; Hatamleh 2013)

- Problemas de idioma y de interpretación

Muchas mujeres migrantes en entornos de altos ingresos informan barreras de idioma y problemas de interpretación en su comunicación con los prestadores. En algunos casos, estas mujeres reciben medicamentos o procedimientos sin conocer su propósito. A veces no hay intérpretes disponibles y se decide utilizar a familiares u otros pacientes como intérpretes, lo que incomoda a muchas mujeres. Algunas solicitan designar a algún acompañante para ayudar en la traducción, pero no se les deja acceder a las salas de trabajo de parto ni al parto (Small et al. 2002; Chalmers and Omer-Hashi 2002; Davies and Bath. 2001; Jomeen and Redshaw, 2011)

- Falta de apoyo y contención

Muchas mujeres informan falta de apoyo y contención por parte del personal de salud durante los partos institucionales, incluyendo la percepción de que la atención brindada por los trabajadores es mecánica y carente de cortesía. A menudo sienten que no reciben el tiempo ni los cuidados necesarios para sentirse apoyadas y adecuadamente atendidas. Numerosos estudios informan casos de mujeres que sintieron que el personal era insensible a sus necesidades, haciéndolas sentirse inseguras, ansiosas y solas. Aunque a menudo las mujeres sienten que su atención es técnicamente sólida; sin embargo, sus experiencias en el establecimiento de salud suelen verse empañadas por la falta de apoyo emocional y una atención mecanicista únicamente focalizada en resultados técnicos. La comunicación no logra ser de alguna manera sensible y reconfortante. En algunos países como Sierra Leona, Uganda y la China rural, esta falta de apoyo y contención hace menos posible que las mujeres concurren a establecimientos de salud en futuros partos (Chadwick et al. 2014; McMahon et al. 2014; El-Nemer et al. 2006; Hatamleh et al. 2013; Nagahama and Santiago 2008; Gao et al. 2010)

- Negativa a la presencia de acompañante

Si bien las mujeres a menudo expresan su deseo de estar acompañadas por su pareja, un familiar o un amigo durante el parto, en todo el mundo es frecuente que se les niegue este derecho. Existen todavía normas institucionales pobremente explicadas y a las parturientas tan sólo se les dice que por política oficial del hospital no pueden tener un acompañante, el cual suele ser considerado una "molestia" innecesaria por los administradores de la organización. Esta falta de compañía hace que las pacientes se sientan indefensas, asustadas y solas durante el parto, sin la contención que puede brindar un rostro familiar (Chadwick et al. 2014; McMahon et al. 2014; El-Nemer et al. 2006; Hamtaleb et al. 2013; Aguiar et al. 2013)

- Falta de respeto por la posición preferida para el parto

Algunas mujeres prefieren dar a luz en posiciones distintas a la posición supina, como en cuclillas o arrodilladas, y sienten que los obstetras y parteras las obligan muchas veces a tener a su bebé en posiciones indeseables o humillantes. Esta situación hace que se sientan participantes pasivas de su proceso de parto. A causa de esta "posición obligada", algunas mujeres rehúyen de los establecimientos de salud. Por otra parte, trabajadores de países como Bangladesh, Cuba y Uganda manifiestan no haber sido capacitados para atender partos en una posición que no sea la supina y que se sienten muy incómodos dejando que la mujer elija la posición en la que desea parir (Chadwick et al. 2014; McMahon et al. 2014; El-Nemer et al. 2006; Afsana and Rashid. 2001; García-Jorda et al. 2012; Kyomuhendo, 2003; Oliveira et al.2002)

- Negativa a realizar prácticas culturales y religiosas tradicionales

Algunas mujeres de Ghana y del Reino Unido han hecho referencia a la negativa por parte de los prestadores a realizar prácticas religiosas o culturales que son importantes para ellas, como quedarse con la placenta para luego enterrarla. La negación de estas prácticas genera una mala experiencia y puede ser una barrera importante para que las mujeres se acerquen a centros de salud para dar a luz (Moyer et al. 2014; Jomeen and Redshaw, 2011)

- Despersonalización de la mujer

En varios entornos, las mujeres informaron sentirse despojadas de su dignidad durante el parto, debido a la "cosificación" de sus cuerpos por parte de los trabajadores de la salud. Les molestaba verse obligadas a estar "en cuatro patas" y exponer sus cuerpos a muchas personas, incluyendo grandes grupos de estudiantes (Human Rights Watch, 2011; El-Nemer et al. 2006; Hamtaleh et al, 2013; Beck, 2004; Miller et al. 2003)

- Detención dentro del establecimiento

Dos estudios de Benin y Sierra Leona reportaron que algunas madres o sus bebés pueden quedar detenidos en el establecimiento de salud hasta que paguen las facturas del hospital (Grossman-Kendall et al. 2001; Oyerinde et al. 2008)

7. Condiciones y limitaciones del sistema de salud

Si bien tanto las mujeres como los prestadores refieren experiencias a nivel individual y limitadas a los establecimientos en donde tuvieron sus hijos o trabajan (nivel micro), también suelen hacer referencia a factores macro de políticas de salud que contribuyen a una cultura abusiva dentro de los centros de salud. La mayoría de las mujeres y prestadores que hacen referencia a los factores del sistema de salud creen que los trabajadores hacen lo mejor que pueden dentro de entornos muy limitados, particularmente en países de ingresos medios y bajos (Moyer et al. 2014; Turan et al, 2008; Human Rights Watch, 2011; Bohren et al, 2015)

- Condiciones edilicias de las instalaciones

Tanto las mujeres como los prestadores afirman que la infraestructura física de los establecimientos atenta contra una buena experiencia y contribuye al maltrato de las pacientes. Las salas de atención prenatal y de parto se suelen describir como "sucias", "ruidosas", "desordenadas" o "superpobladas". En ciertos entornos es común ver residuos biomédicos o suciedad esparcida por el piso.

- Escasez de personal

La escasez de personal es motivo de especial preocupación en países de ingresos bajos y medios. Esta escasez a menudo provoca tiempos de espera más prolongados para las mujeres y sus familias, determinando que la atención sea descuidada y de mala calidad. Tanto los prestadores como las mujeres coinciden en que la falta de personal suficiente no sólo afecta la prestación directa de la atención, sino que también contribuye a la falta de motivación y actitudes negativas del personal. En países de ingresos medios y bajos, los prestadores refieren sentirse con "exceso de trabajo", "demasiado ocupados", "sobre exigidos" y "mal pagados". Las mujeres también opinan lo mismo.

- Limitaciones del personal

Además de la escasez de personal sanitario, la falta de formación y experiencia de los trabajadores que atienden partos sin supervisión ni apoyo genera niveles inadecuados de asistencia. En instalaciones pobres, los médicos calificados pueden llegar a ser una rareza, y el manejo de trabajo de parto y las decisiones suelen dejarse en manos de enfermeras no calificadas.

- Carencia de insumos

Los trabajadores de la salud y las parejas de las mujeres de distintos países sostienen que a menudo faltan suministros básicos, incluidos medicamentos, guantes y sangre o hemoderivados. Otras veces, son de mala calidad. En algunos casos, esta escasez de insumos lleva a tener que pedirles a los pacientes que traigan al centro sus propios suministros, como guantes, gasas o compresas. Esto ha provocado que en algunos centros se atendiera primero a las parturientas que traían sus propios suministros, o bien que las mujeres pensarán que el personal estaba reteniendo los suministros por motivos maliciosos. Los trabajadores piensan que la escasez de suministros, particularmente de guantes, genera estrés y peligros innecesarios en el ámbito laboral.

- Falta de privacidad

Mujeres de muchos entornos informan una falta general de privacidad en las salas de atención prenatal y de parto, específicamente durante los exámenes vaginales y abdominales. Refieren haber estado expuestas a otras mujeres, a sus familias y a trabajadores no vinculados con su atención debido a la falta de cortinas o biombos para separarlas de otras pacientes, a la falta de cortinas en las ventanas exteriores y a puertas que se dejaron abiertas. En países de ingresos medios y bajos, las salas de atención prenatal y de parto son a veces zonas comunes o públicas, y algunas mujeres se ven obligadas a compartir la cama con otras parturientas. No llama la atención entonces que expresen repetidamente su deseo de estar protegidas de la vista de otros pacientes, de visitantes masculinos y de personal que no las atiende durante el trabajo de parto y, en particular, durante los exámenes físicos. Sienten que tal exposición en momentos tan vulnerables es indigna, inhumana y vergonzosa.

- Falta de un sistema para canalizar las quejas y/o compensar el maltrato

Muchas mujeres lamentan la imposibilidad de expresar sus opiniones sobre el tratamiento y los servicios brindados durante el parto. Se plantean varias razones para esto: temor a un trato injusto o a ser discriminadas si se quejan; el desconocimiento de sus derechos como mujeres; el temor al cierre de las instalaciones y la falta de un mecanismo de rendición de cuentas y reparación luego de presentar sus reclamos. Aún en países donde las políticas de salud obligan a contar con un sistema formal de gestión de quejas, muchas veces los programas no terminan implementándose a nivel de los establecimientos. La falta de un sistema de responsabilidad y de sanciones dentro del sistema de salud

determina que muchas mujeres se sientan vulnerables e impotentes para buscar justicia por el maltrato recibido.

- Sobornos y extorsiones

En varios entornos, las mujeres han informado sobre la necesidad de pagar sobornos a diferentes trabajadores en los centros de salud, incluidos médicos, enfermeros, parteras, recepcionistas y guardias. Los sobornos toman la forma de dinero, comida, bebidas u otros obsequios. Estas mujeres creen que el pago de sobornos influye positivamente en la calidad de los servicios que se les brindan en los establecimientos de salud (atención más rápida y adecuada, mayor acceso a medicamentos, etc.). Refieren que muchos trabajadores de la salud ignoran a las mujeres en la sala de maternidad hasta el momento en el que se les paga algún soborno; recién allí comienzan a prestar atención a las necesidades de la parturienta. Un estudio de los Balcanes declaró explícitamente que muchas mujeres rumanas evitan los partos en centros de salud porque saben que se requieren sobornos para recibir una atención adecuada.

- Estructura tarifaria poco clara

Mujeres en Tanzania han informado que una estructura tarifaria poco clara respecto a los servicios y suministros prestados durante el parto generaban frustración, confusión y temor a ser detenidas en las instalaciones.

- Solicitudes irrazonables a las mujeres por parte de los trabajadores de la salud

En países como Sudáfrica y Ghana, muchas mujeres han manifestado su enojo con el personal de salud por obligarlas a realizar tareas irrazonables durante su estadía en el establecimiento, como por ejemplo limpiar el "enchastre" que hacían en el suelo o en la cama, incluso después de partos vaginales y cesáreas, donde se sentían particularmente vulnerables y débiles. A algunas mujeres se les pidió que caminaran hacia otra habitación, que recogieran suministros o que eliminaran los residuos médicos durante la segunda etapa del trabajo de parto o bien inmediatamente luego del parto, sin una silla de ruedas ni el apoyo del personal del centro.

Violencia obstétrica en la Argentina

Cuando se analiza la bibliografía de las revisiones sistemáticas resumidas en el apartado anterior, se observa que la gran mayoría de los trabajos provienen de países del África subsahariana. Uno imaginaría que semejante violación de derechos sólo ocurre en países muy pobres y que es impensable que algunas de estas situaciones se den en un país con el grado de desarrollo humano de la Argentina. Sin embargo, cuando se analizan las quejas interpuestas ante organismos locales de derechos humanos, el panorama no resulta muy alentador.

CONSAVIG y CONSAVO

En febrero de 2011, el Poder Ejecutivo Nacional a través del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación decidió la creación de la CONSAVIG (Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género). Esta comisión tiene como objeto trabajar a nivel nacional, con las provincias para coordinar acciones que contribuyan en el diseño de sanciones contra la violencia de género entendiendo que la sanción debe ser una medida reparadora para la/s víctima/s.

Dentro de este marco, en el año 2013 se conformó la CONSAVO (Comisión Nacional sobre la Violencia Obstétrica), dedicada a tratar las sanciones posibles, ante la aparición de violencia obstétrica. La CONSAVO está formada por profesionales independientes, miembros de la Defensoría del Pueblo de la Nación, el INADI, la Superintendencia de Servicios de Salud, la Procuración General de la Nación, Cladem, y organizaciones de mujeres que tratan la temática (Galimberti y Mazzoli, 2015)

Ni la CONSAVIG ni la CONSAVO se encuentran habilitadas para recibir denuncias, aunque sí a coordinar acciones interinstitucionales, como por ejemplo, sugerir los circuitos más convenientes para el tratamiento del tema.

Es así que durante 2013 la CONSAVO trabajó en la implementación de mecanismos que permitan a las usuarias que sufran violencia obstétrica realizar la exposición de lo acontecido durante su atención y efectuar la denuncia o reclamo correspondiente. En la actualidad, el circuito de denuncia consiste en la presentación de una carta a la dirección de la institución de salud, un pedido de intervención de la Defensoría del Pueblo de la Nación y una denuncia en el INADI. En el caso de que la denuncia se efectúe contra una institución del subsector privado

de salud, o bajo la cobertura de obras sociales, la Defensoría del Pueblo de la Nación deriva el reclamo a la Superintendencia de Servicios de Salud, que ha asumido con la CONSAVIG el compromiso de realizar una auditoría por cada denuncia sobre la cual tenga competencia, con el fin de investigar el presunto hecho de violencia obstétrica.

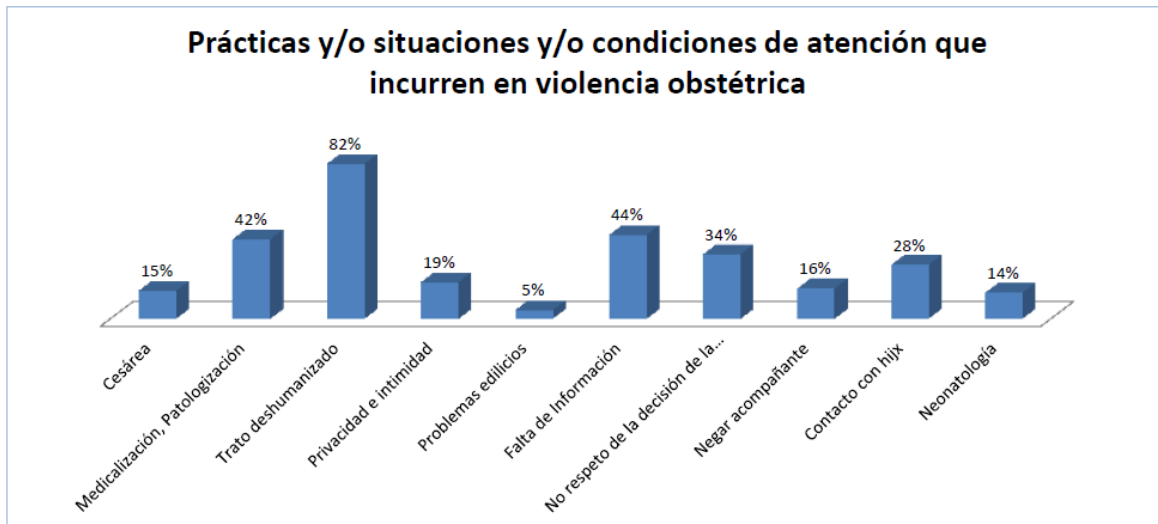
A partir de la auditoría, la Superintendencia efectúa un informe con sugerencias y recomendaciones, que remite nuevamente a la Defensoría, y ésta se encarga de enviarla a la institución con las recomendaciones y realizar el seguimiento.

Si bien este circuito se encuentra establecido para los hechos de violencia obstétrica sucedidos en instituciones privadas y obras sociales, no se encuentra aún definido un circuito efectivo para investigar y sancionar los hechos de violencia ocurridos en el ámbito público. Esto es así también con respecto a los hospitales públicos de la ciudad de Bs As. Asimismo, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad cuenta con la posibilidad de realizar actividades de información a usuarias, y capacitación al personal de salud para recepcionarlas (Galimberti y Mazzoli, 2015) Desde principios de 2017 la CONSAVIG recibe denuncias por violencia obstétrica, las cuales son registradas con fines estadísticos. Los datos obtenidos además de contribuir a la visibilización de esta modalidad de violencia contra las mujeres sirven como insumo para pensar estrategias de prevención eficaces.

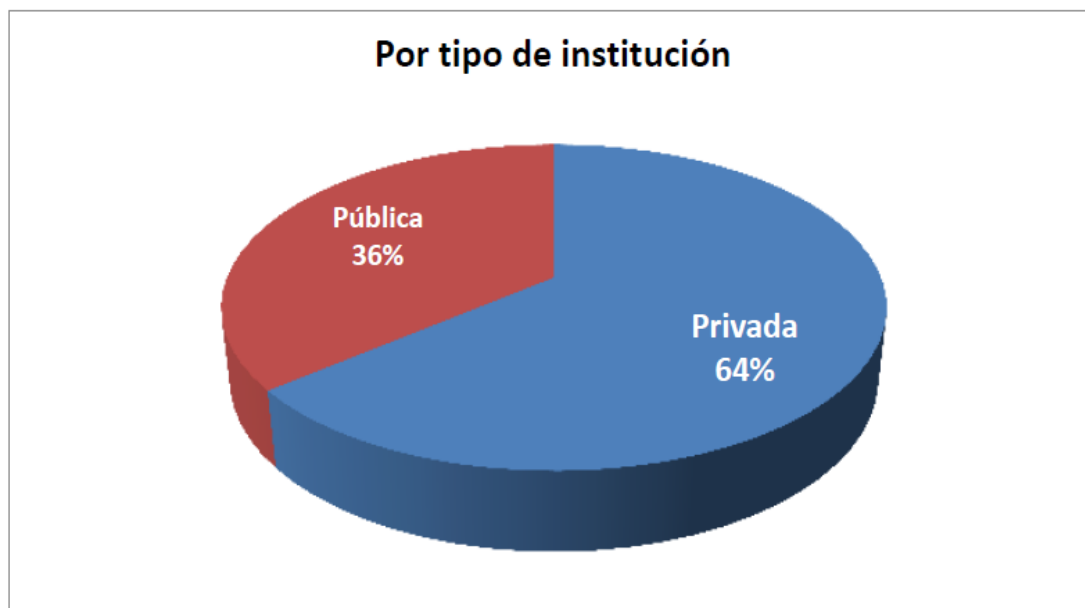
En la página web de CONSAVIG, el organismo publica los datos de 263 denuncias administrativas realizadas durante 2017. No hay todavía datos publicados luego de ese año. Se comparte a continuación algunos de los datos obtenidos de dicha página (Consavig, <https://www.argentina.gob.ar/justicia/violencia-de-genero-consavig/datos-sobre-violencia-obstetrica>)

Prácticas y/o situaciones y/o condiciones de atención que incurrir en violencia obstétrica									
Cesárea	Medicalización, Patologización	Trato deshumanizado	Privacidad e intimidad	Problemas edilicios	Falta de Información	No respeto de la decisión de la mujer	Negar acompañante	Contacto con hijx	Neonatología
13	37	72	17	4	39	30	14	25	12
15%	42%	82%	19%	5%	44%	34%	16%	28%	14%

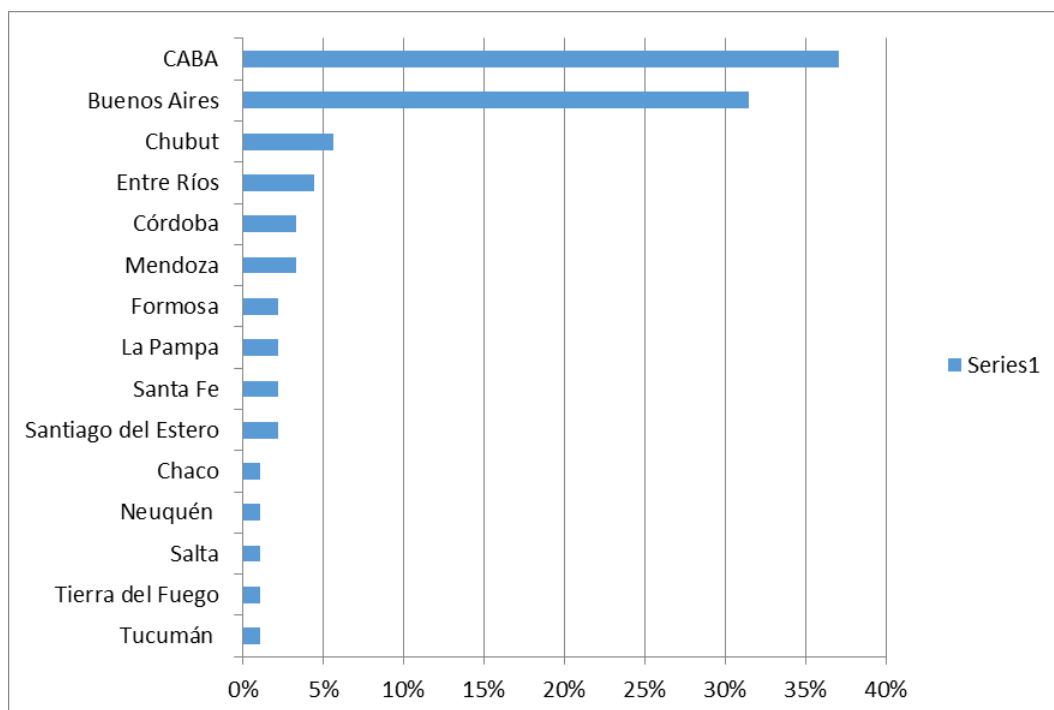
Fuente: CONSAVIG. Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (Acceso a pág. web agosto 2021)



Fuente: CONSAVIG. Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (Acceso a pág. web agosto 2021)



Fuente: CONSAVIG. Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (Acceso a pág. web agosto 2021)



Fuente: CONSAVIG. Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (Acceso a pág. web agosto 2021)

Uno de los mayores obstáculos para actuar contra la violencia obstétrica es su falta de visibilidad. Si bien los estudios muestran que la violencia obstétrica existe, y que es previsible que su ejercicio sea muy frecuente, existen dificultades reales para que las mujeres realicen las denuncias. Todavía sigue siendo difícil materializar los reclamos; los mecanismos descritos requieren aún de una mayor articulación para asegurar una respuesta eficiente a las denuncias recibidas. Por otro lado, no existe entre las usuarias conciencia de sus derechos en relación con la atención del embarazo, parto, post parto y atención post aborto. Si bien la ley establece la obligación de dar difusión al contenido de la ley, no hubo desde su sanción, una difusión sostenida de la problemática destinada a empoderar a las mujeres en sus derechos. Las prácticas de violencia obstétrica se encuentran tan naturalizadas entre las mujeres que las viven que resulta difícil incluso conceptualizarlas como tales (Galimberti y Mazzoli, 2015).

Ni desde el Estado ni desde las instituciones se difunden los derechos de las mujeres, la posibilidad de denunciar las prácticas de violencia obstétrica ni la posibilidad de acceder por parte de las usuarias a los formularios para su denuncia.

Asimismo, las prácticas de violencia obstétrica se encuentran incorporadas de manera acrítica a la práctica de los profesionales de la salud. Las sociedades científicas recién están viendo la problemática como un tema a tratar.

Finalmente, existe temor por parte de las mujeres a ser revictimizadas, y someterse a una revisión médica si fuera necesario. También existe el temor de ser penalizadas en la atención misma de su salud, si realizan un reclamo durante la atención de sus procesos reproductivos.

El Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO)

La ONG Las Casildas, autodefinida en su página web como una agrupación feminista fundada en 2011, tiene entre sus objetivos principales la desnaturalización y deconstrucción de la violencia obstétrica. Mediante alianzas con distintos organismos nacionales e internacionales y la generación de redes entre la comunidad y el sistema de salud, busca visibilizar las experiencias e historias de las mujeres y familias con el fin de construir salud perinatal desde su reconocimiento (Las Casildas, <https://lascasildas.com.ar/>).

La organización propulsa desde octubre de 2015 el Primer Observatorio de Violencia Obstétrica del país, con el objetivo de recolectar y sistematizar datos y estadísticas relacionados con la violencia obstétrica, realizar seguimiento de denuncias, monitorear políticas públicas, elaborar recomendaciones, crear espacios de difusión y promover la elaboración de estudios y proyectos de investigación.

El observatorio realizó una encuesta mediante un formulario que estuvo disponible desde septiembre de 2015 hasta agosto de 2016 de manera virtual y presencial. Para garantizar resultados heterogéneos y de representatividad nacional se estableció una red de referentes en distintos puntos del país, cuyo objetivo principal era realizar la encuesta en terreno. Esta encuesta, además de buscar un panorama claro y real de la vulneración de derechos en la escena del parto, tenía como objetivo servir de base para realizar recomendaciones y sugerencias a los organismos e instituciones intervinientes (Las Casildas, 2015).

El universo de la encuesta abarcó 4939 nacimientos. El 50,4% de los partos se realizaron en instituciones privadas, 27,9% en públicas, 17% en establecimientos de obras sociales y 3% en domicilio. La mayoría de las mujeres de la encuesta eran primerizas (7,5 de cada 10), y la semana media del nacimiento fue la 38,7.

La encuesta evaluó principalmente 4 dominios: trato recibido por la mujer; intervenciones sobre la gestante; intervenciones sobre el bebé y grado de autonomía e información. A continuación, los hallazgos.

Trato recibido

- A 3,3 de cada 10 mujeres les hicieron sentir que ellas o sus bebés corrían peligro.
- 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.
- 5,3 de cada 10 mujeres fueron tratadas con sobrenombres o diminutivos (gorda, mamita, nena).
- A 3 de cada 10 mujeres no se les garantizó su derecho de estar acompañadas durante el trabajo de parto.
- 4 de cada 10 mujeres no estuvieron acompañadas durante el parto/cesárea
- 2 de cada 10 mujeres no estuvieron acompañadas durante el pos-parto.

Intervenciones sobre la gestante

- 4 de cada 10 mujeres no pudieron moverse libremente durante el trabajo de parto.
- 7 de cada 10 mujeres no tuvieron libertad de movimiento durante el parto.
- 6 de cada 10 mujeres tuvo monitoreo fetal continuo.
- 7 de cada 10 mujeres se les colocó una vía conectada a un suero, no intermitente.
- 6,4 de cada 10 mujeres no pudieron beber o comer durante el trabajo de parto.
- A 7 de cada 10 mujeres les rompieron artificialmente la bolsa.
- A 6,4 de cada 10 mujeres les fue suministrada ocitocina para conducir y/o acelerar el parto.
- A 3,3 de cada 10 mujeres se le realizó la maniobra de Kristeller.
- A 6 de cada 10 mujeres se le practicó una episiotomía (8,5 cada 10 eran primerizas).
- 4,7 de cada 10 nacimientos fueron por cesárea (de éstas, 4 de cada 10 fueron programadas).
- 3 de cada 10 partos vaginales fueron inducidos.
- 2,4 de cada 10 partos inducidos terminaron con el bebé en neo.
- 4,4 de cada 10 inducciones que derivaron en cesárea terminaron con el bebé en neo.

- 4,5 de cada 10 nacimientos por cesáreas terminaron con el/la bebé en neo.

Intervenciones sobre el recién nacido

- 7 de cada 10 mujeres no saben qué prácticas realizaron sobre sus hijos.
- 6,6 de cada 10 recién nacidos/as tuvieron contacto inmediato con su madre ni bien nacieron (pero en 6,3 de cada 10 casos ese contacto fue mínimo).
- 4 de cada 10 recién nacidos/as debieron ser ingresados en salas de neonatología.
- 4 de cada 10 mujeres no recibieron asesoramiento para amamantar.
- A 4 cada 10 les ofrecieron darle mamadera a su hijo/a.
- 9 de cada 10 bebés que tuvieron contacto temprano y que nunca fueron alejados no necesitaron complementar con leches de fórmula.
- 6 de cada 10 bebés que establecieron contacto con su madre después de 5 hs. tuvieron que ser alimentados de manera artificial.

Información y autonomía:

No se les brindó a las mujeres información ni dieron su autorización para:

- | | |
|--------------------------------|----------------|
| ▪ Ruptura artificial de bolsa: | 7 de cada 10 |
| ▪ Vía intravenosa: | 6,5 de cada 10 |
| ▪ Uso de ocitocina: | 6,7 de cada 10 |
| ▪ Tactos: | 4 de cada 10 |
| ▪ Monitoreo fetal continuo: | 5 de cada 10 |
| ▪ Cesárea: | 3 de cada 10 |
| ▪ Episiotomía: | 8 de cada 10 |
| ▪ Kristeller: | 9 de cada 10 |
| ▪ Inducciones: | 5,6 de cada 10 |

En sus propias palabras. Ejemplos de denuncias tramitadas ante la Defensoría del Pueblo de la Nación

La Defensoría del Pueblo es la única Institución Nacional de Derechos Humanos (INDH) reconocida por Naciones Unidas de la Argentina. Se trata de un órgano independiente cuyo fin es la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos (Art. 86 de la Constitución Nacional). El Defensor del Pueblo es designado y removido por el Congreso de la Nación con el voto de las dos terceras partes de los miembros presentes de cada una de las Cámaras. El Defensor dura en su cargo cinco años (<http://www.dpn.gob.ar/>).

En el marco del Programa de Seguimiento y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible- Agenda 2030 se inició la actuación N° 8314/15 en función del Objetivo N° 5 (Igualdad de Género) para conocer las políticas públicas llevadas a cabo y las próximas a realizarse en materia de parto respetado y violencia obstétrica, a la luz de las disposiciones de las Leyes N° 25.929 (de parto respetado) y N° 26.485 (de protección integral de las mujeres contra la violencia de género).

Con idéntico compromiso, el 23 de mayo de 2018 el Defensor del Pueblo de la Nación creó el *Programa sobre Parto Respetado para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia Obstétrica*, cuya finalidad es identificar, intercambiar, promover y evaluar las políticas públicas sobre esta problemática, velando por el efectivo cumplimiento de la ley de parto respetado.

Luego de casi cuatro años de investigación (2016-2019) publicó una resolución en la que da cuenta de la falta de avances concretos (Defensoría del Pueblo, 2019):

"...resulta que pese a muchísimas quejas recibidas en esta Institución Nacional de Derechos Humanos (INDH) poco se ha avanzado para erradicar la violencia obstétrica; es más, cada año aumentan en su número, así como también en la gravedad de los hechos denunciados, con una escueta colaboración por parte de los centros de salud (públicos y privados) para asumir el verdadero compromiso de ponerle fin a ese flagelo"

El documento de la defensoría muestra varios ejemplos de quejas por hechos ocurridos en CABA y en las provincias de Buenos Aires, Salta, Entre Ríos, Jujuy y Santa Fe. Se citan textualmente los sentimientos de las mujeres en distintas circunstancias de parto. Estas historias de vida resuenan en nosotros, nos movilizan y nos inspiran a la acción. Veamos algunos ejemplos:

"No me dijeron casi nada"

"Vamos a romper la bolsa para poder aplicar la anestesia peridural; fue ésta la única información que recibí y me aplicaron la anestesia sin demasiadas explicaciones. Se me realizó una cesárea por sufrimiento fetal, y mi marido fue informado de esta situación una vez que el bebé ya había nacido e iba camino a observación en Neonatología" (Queja N° 4228/16., hecho ocurrido en un sanatorio privado de CABA)

"Te va a quedar bien chiquita"

En otro sanatorio Privado de la Ciudad de Buenos Aires, una señora denunció que le indujeron el parto con ocitocina, se le rompió bolsa, se le practicó la maniobra de Kristeller y una episiotomía que le produjo una severa infección. Relata que el médico le dijo a otra profesional: *"Clarita, trae todo que la vamos a coser de nuevo"*, agregando que aquél intentó que la voviera a coser la residente, y dirigiéndose a su cónyuge en tono jocoso y burlón dijo: *"bueno, aprovechemos y le hago un puntito de más, así le queda bien chiquita... Mi marido lo miró con bronca y desprecio y corrió su vista para no reaccionar con violencia"*. (Queja N° 347/2018)

"Mejor rajo"

En otra actuación, la paciente denunció que su marido no pudo presenciar el parto *"... lo más grave es que pese a todo, me dejaron sola en la sala de parto, sin ningún tipo de asistencia. Reitero; TOTALMENTE SOLA. La enfermera que me recibió y vio en ese estado me ayudó a levantarme de la silla de ruedas y me dejó parada en medio de la sala de parto sin poder moverme del dolor que sufría. SOLA!!, y a los gritos solicitaba que alguien me ayudara, que estaba saliendo el bebé... sentía salir su cabeza. A todo esto la enfermera me respondía desde su oficina que no podía ser, que debía haber roto bolsa... Ante tal desesperación y en gran estado de vulnerabilidad intenté agarrarla con mis manos a medida que su cabeza asomaba. Logré sostenerla hasta que llegó a la altura de mis rodillas, pero a causa del extremo dolor y la dificultad propia de la situación y postura, la bebé se me escurrió de las manos y ¡CAYÓ AL PISO. A pesar de mis gritos pidiendo ayuda nadie se hizo presente en la sala. De pronto irrumpieron en la habitación cuatro personas -enfermeras y parteras- que intentaron agarrar a mi bebé del piso sin poder lograrlo, dado el impedimento físico de la panza restante y el cordón umbilical que todavía me unía a mi hija. El obstetra de guardia pasó a mi lado y le escuchó decir que se iba, que si me desangraba no quería tener nada que ver, y se fue, dejándome sin contención. En la historia clínica figura que mi hija padeció un*

"traumatismo", aunque sin especificar su causa. Afortunadamente, los estudios de imágenes concluyeron que mi hija estaba en buen estado de salud (Queja N° 5460/18, hecho ocurrido en un sanatorio privado de CABA).

"La culpa es tuya... no sabes pujar"

"Desde mi ingreso a sala de pre-parto me fueron realizando distintas prácticas sin brindarme explicaciones y sin que diera autorización, con total ausencia de información sobre riesgos y beneficios. Me administraron ocitocina, me rompieron artificialmente la bolsa y me aplicaron una dosis de Meperidina endovenosa que me provocó pérdida de conocimiento y somnolencia. Al advertir que las pulsaciones de mi bebé bajaban, se decidió realizar la maniobra de Kristeller y una episiotomía. Luego de varios intentos nació mi hijo sin llorar y de color violeta, debiendo realizarse ventilación a presión positiva en una habitación contigua. Habiendo temido por la vida de mi hijo recibí como respuesta frases de crueldad como: "Piensan que es como en Hollywood, que los bebés nacen llorando y rosaditos... eso pasa porque no hacen el curso de preparto, no sabes pujar. Llamen al Servicio de Salud Mental, tiene una psicosis puerperal". (Queja N° 2129/18, hecho ocurrido en un sanatorio privado de CABA).

"No puede ver la cesárea ni quedarse al cuidado de su mujer"

"Cursando la semana 38 de mi embarazo, mi bebé presentaba una posición inadecuada para nacer por parto natural, motivo por el cual se programó una cesárea. No autorizaron a mi marido a acompañarme al quirófano, a pesar de mi solicitud a las autoridades y a invocar la ley de parto humanizado que dispone mi derecho a estar acompañada por una persona de confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y posparto independientemente de la vía, sin distinción de parto vaginal o cesárea.

Al ingresar a quirófano ataron mis manos para iniciar el procedimiento y al iniciar cirugía comencé a gritar, ya que aún sentía sensibilidad. Nacido mi hijo, no tuve contacto piel a piel y no permitieron que mi marido me acompañara en la habitación en el posparto. Tomé una foto a un cartel que decía "Los hombres no pueden quedar al cuidado de mujeres". (Queja N°2021/17, hecho ocurrido en un Hospital Público del Partido de Marcos Paz)

"Sufrió abandono y malos tratos de todo tipo"

"Ingresé al hospital con 39 semanas de embarazo a las 2 de la mañana...me atendió una doctora que me dejó tirada en una camilla por horas. Recién cuando cambiaron la guardia a la mañana me atendieron (yo ya estaba sangrando)... me subieron a la sala de parto y ahí me atendieron dos personas...me gritaban, me maltrataban...yo tenía una orden de cesárea y como mi hijo se adelantó tres días no la respetaron...me rompieron la bolsa y me dejaron sola...sin asistirme, sin monitoreo, sola!! Mi hijo quedó atrapado en el canal de parto y sufrió una parálisis cerebral, sufrí abandono y malos tratos de todo tipo, por eso realicé la denuncia correspondiente en la Fiscalía" (Queja N° 11.258/19, hechos ocurridos en un hospital público del Partido de Morón, Prov. de Buenos Aires).

"Aguanta, sino tu hija se va a morir"

"Concurrí a un control al hospital y como tenía poco líquido amniótico quedé internada en la guardia con goteo de ocitocina para acelerar el parto; cuando me revisaban por los intensos dolores que sentía me decían que me la tenía que aguantar, que eso era tener hijos. Me hicieron una cesárea y cuando me quejé por los efectos deficientes de la anestesia obtuve como respuesta: "aguanta porque sino vamos a tener que parar la cesárea y tu hija se va a morir" (Queja N° 11754/17, hechos ocurridos en un hospital público de la ciudad de Salta)

"Me hicieron subir las escaleras con mi hijo ya saliendo..."

"En una situación de emergencia, me obligaron a subir las escaleras cuando ya no podía ni mover mis piernas porque sentía salir la cabeza del niño. Desoyendo mis quejas y dolores, la criatura salió despedida, cayó contra el piso y por el fuerte impacto del golpe se cortó el cordón umbilical, sufriendo el neonata fisura de cráneo leve" (Queja N° 12285/17, hechos ocurridos en un hospital público del Departamento de Ledesma, Provincia de Jujuy)

"Se aprovecharon de mi ignorancia y mi miedo"

"En la sala de parto, pese mi negativa, el profesional interviniente insistió en aplicarme la anestesia peridural. Encontrándome sola con ella en la sala, la médica me hizo saber que me iba a romper la bolsa y aplicarme ocitocina, a lo que también me negué de manera terminante. Sufrí en ese momento prácticas invasivas, gritos y malos tratos, sin permitírseme en contacto piel a piel con mi hijo. Toda esta situación estresante...me sentí violentada cuando ignoraron mis pedidos de respeto,

cuando hicieron que su papá nos abandone en las salas de trabajo de parto para poder violentarnos. Se aprovecharon de la ignorancia que tenía y del miedo, porque lo único que penaba es que necesitaba que mi hija esté bien...Lo que quedó claro es que mi palabra no vale; que toda la información que pude tener al momento de parir no fue suficiente..." (Queja N° 8051/19, hechos ocurridos en un Sanatorio Privado de la Ciudad de Rosario. Prov. de Santa Fe).

Garantías de no repetición

Las Garantías de No Repetición son las medidas implementadas por el Estado que comprometen a la sociedad en su conjunto para que las violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario nunca vuelvan a ocurrir.

La mayoría de los casos de denuncias violación de de derechos humanos de todo tipo que ha resuelto la Comisión Interamericana de Derechos Humanos contienen medidas que imponen al Estado no sólo reparaciones individuales para las víctimas, sino también órdenes, con efectos generales, justificadas como medidas para evitar violaciones repetitivas de los derechos humanos. Estas "garantías de no repetición" han sido reconocidas genéricamente en el derecho internacional público – dentro del marco del régimen de responsabilidad de los Estados por hechos internacionalmente ilícitos. El Estado responsable del hecho internacionalmente ilícito está obligado a ofrecer garantías de no repetición del ilícito si las circunstancias así lo exigen.

En la Argentina, la Defensoría del Pueblo de la Nación, ante el silencio a las recomendaciones formuladas respecto a las repetidas quejas por violencia obstétrica entre los años 2016 y 2019, por parte de hospitales públicos y privados, y en base a las garantías de no repetición, emitió la resolución DPN N° 0090/19, que entre otras cosas recomienda al Estado Nacional (Defensoría del Pueblo, 2019):

- Crear, como garantía de no repetición y para cumplir con el deber de prevención, programas y cursos permanentes de capacitación para los profesionales de la salud y sus colaboradores referidos a los derechos de los que goza la persona gestante, el neonato y su entorno familiar en el proceso del embarazo, parto y posparto, con debida nota de lo dispuesto por las leyes N° 25.929 y N°26.485. (Art. 1°)
- Promover y difundir, como medida de no repetición, la Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) "Prevención y erradicación de la falta de

respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud", publicada en 2014 (Art. 2º).

- Promover y difundir, como medida de no repetición; la promoción y difusión de la Directriz "*Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*", publicada en el año 2018 que concluyó en 56 recomendaciones (Art. 3º).
- Garantizar, como garantía de no repetición, un parto humano, seguro y respetuoso, observando los códigos de conducta y las normas éticas en la práctica médica, específicamente de la rama de gineco/obstetricia, en particular los definidos en normas internacionales de derechos humanos y en las Leyes N° 25.929, N°26.485 y N° 26.529 (Art. 4º).
- Garantizar, una vez conocidos los hechos de una presunta violencia obstétrica una investigación preliminar o el pertinente sumario, con la debida diligencia y objetividad que impone el asunto (Art 5º)
- Hacer entrega a todas las mujeres que reciben atención en hospitales públicos o privados, sanatorios, clínicas y en todo centro de salud donde se atienden partos una Carta de Derechos, en la que por lo menos se les informe acerca de sus derechos a no sufrir violencia obstétrica, así como a decidir sobre su propio cuerpo y el respeto a un parto humanizado, siguiendo los estándares establecido en esta resolución (Art. 6.)

Prácticas habituales no recomendadas (OMS, 2018)

En el año 2018, la Organización Mundial de la Salud publicó el documento "*Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*" (OMS, 2018). Esta directriz aborda el problema de la creciente medicalización de los procesos de parto e identifica las prácticas más comunes utilizadas durante el parto a fin de establecer normas de buenas prácticas para llevar adelante un trabajo de parto y un parto sin complicaciones. Promueve el concepto de la experiencia de la atención como un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y parto, y mejores resultados centrados en la mujer, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina. Es relevante para todas las embarazadas sanas y sus

bebés, y toma en cuenta que el parto es un proceso fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la mayoría de las mujeres y los bebés.

El término “embarazada sana” se utiliza a lo largo de la directriz para describir a las embarazadas adultas y adolescentes que no presentan ningún factor de riesgo identificado para ellas o sus bebés y que aparentemente son saludables. Las recomendaciones que se presentan en la directriz no son específicas para ningún país o región, y reconocen las diferencias que existen a nivel mundial en cuanto al nivel de servicios de salud disponibles entre ellos. Presenta un modelo global de cuidados durante el parto que considera la complejidad y heterogeneidad de los modelos predominantes de atención y la práctica actual.

Las consultas técnicas de la OMS resultaron en 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto: 26 son recomendaciones nuevas y 30 son recomendaciones incorporadas a partir de las directrices existentes de la OMS. Las recomendaciones se presentan de acuerdo con el contexto de cuidados durante el parto para el cual son relevantes, es decir, durante la atención de todo el trabajo de parto y el parto, durante el período de dilatación, durante el período expulsivo, durante el alumbramiento, la atención inmediata del recién nacido y la atención inmediata de la mujer después del parto. Cada una de estas 56 prácticas fue clasificada dentro de alguna de las siguientes 4 categorías:

Recomendado: la intervención u opción se debería implementar

No recomendado: la intervención u opción no se debería implementar

Recomendado solo en contextos específicos: la intervención u opción se aplica sólo a la condición, entorno o población que se especifican en la recomendación, y se deberían implementar en estos contextos únicamente.

Recomendado solo en el contexto de investigaciones rigurosas: esta categoría indica que existen dudas importantes con respecto a la intervención u opción. En estos casos, la implementación se puede llevar a cabo a gran escala, siempre y cuando adopte en forma de investigación capaz de abordar las preguntas y dudas sin respuesta relacionadas tanto con la efectividad de la intervención u opción como con su aceptabilidad y viabilidad.

Por tratarse el presente escrito de una revisión del tema de violencia obstétrica, nos limitaremos a continuación a enumerar las prácticas no recomendadas en cualquier contexto y las que pueden ser admisibles en contextos específicos o luego de

investigaciones rigurosas. Muchas de las prácticas desaconsejadas podrían ser juzgadas como "violencia obstétrica" en caso de no ser consentidas por la madre, de allí que resulta importante su difusión a los profesionales y equipo de salud. Recomendamos, sin embargo, la lectura del documento completo, al cual puede accederse mediante el enlace:

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>

- No se recomienda, para embarazadas con inicio de trabajo espontáneo, considerar que un umbral de dilatación de cuello uterino menor a 1 cm por hora sea un indicador de rutina para la intervención obstétrica.
- No se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con ocitocina o la cesárea) antes de un umbral de dilatación de cuello uterino de 5 cm, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre.
- No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para embarazadas sanas.
- No se recomienda la cardiotocografía (monitoreo fetal electrónico) de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo.
- No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal.
- No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto.
- No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo.
- No se recomienda el alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto.
- No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina.

- No se recomienda aplicar un conjunto de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto.
- No se recomienda la amniotomía de rutina para prevenir el retraso en el trabajo de parto.
- No se recomienda el uso temprano de la amniotomía y la conducción temprana con ocitocina para la prevención del retraso en el trabajo de parto.
- No se recomienda el uso de ocitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural.
- No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso de trabajo de parto.
- No se recomienda el uso de fluidos por vía intravenosa para abreviar la duración del trabajo de parto.
- No se recomienda la episiotomía de rutina en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.
- No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.
- No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado ocitocina como medida profiláctica.
- No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones.
- No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía.
- Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras – consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a la mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, posnatal y durante el parto- se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen

programas de partería eficaces. (Recomendación específica en función del contexto)

- En el caso de mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una o dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos en los que se cuenten con recursos disponibles para prolongar el período expulsivo y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal. (Recomendación específica en función del contexto)
- En el caso de embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de parto hasta el período de dilatación activa, únicamente en el contexto de una investigación rigurosa (Recomendación en función del contexto de investigación)

Hasta aquí las prácticas no recomendadas o recomendadas en ciertos contextos. Mencionaremos a continuación tan solo algunas de las prácticas recomendadas que, en caso de no respetarse, podrían ser consideradas bajo determinadas circunstancias como “violencia obstétrica”

- Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.
- Se recomienda, para las mujeres de bajo riesgo, la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.
- Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.
- Se recomienda, tanto para las mujeres con como sin anestesia peridural, alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.
- Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.

- Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel a piel con sus madres durante la primera hora del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia.
- Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos.
- La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día.
- Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento.

Políticas públicas

Para alcanzar un nivel alto de atención respetuosa en el parto, los sistemas de salud deben organizarse y conducirse de tal manera que se garantice el respeto por la salud sexual y reproductiva, y por los derechos humanos de las mujeres. Si bien muchos gobiernos, sociedades de profesionales, investigadores, organizaciones internacionales, grupos de la sociedad civil y comunidades en todo el mundo ya han destacado la necesidad de tratar este problema, (Warren et al: 2012; Freedman and Kruk, 2014; FIGO 2014), en muchos casos no se han adoptado políticas para fomentar la atención materna respetuosa, o estas no son específicas o aún no se tradujeron en acciones concretas de relevancia.

Para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, en centros de salud a nivel mundial, son necesarias las siguientes acciones (OMS, 2014):

1. Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto

Se requiere mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo para realizar más investigaciones sobre cómo definir y medir el maltrato, y la falta de respeto, en los centros de salud públicos y privados de todo el mundo, y para comprender mejor su impacto en las experiencias y las elecciones de salud de las mujeres. Se

necesita evidencia sobre la eficacia y ejecución de las intervenciones, en distintos contextos, para suministrar la orientación técnica necesaria a los gobiernos y a los profesionales de la salud.

2. Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad

Se requieren más iniciativas para respaldar los cambios en el comportamiento de los profesionales de la salud, los entornos clínicos y los sistemas de salud a fin de garantizar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de atención materna respetuosos, competentes y comprensivos. Entre otras iniciativas, pueden mencionarse el apoyo social a través de un acompañante elegido por la paciente, la movilidad, el acceso a alimentos y líquidos, la confidencialidad, la privacidad, la decisión informada, la información impartida a las mujeres sobre sus derechos, mecanismos de resarcimiento en caso de violación de derechos y garantía de un alto nivel de provisión de asistencia clínica profesional. Priorizar la atención segura, de alta calidad y centrada en las personas como parte de la cobertura de salud universal también podría ayudar a formular acciones.

3. Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto

Los marcos internacionales de derechos humanos resaltan el maltrato y la falta de respeto en el parto como un problema importante en lo que refiere a este campo, (ONU, 1979) y pueden servir de referencia a los defensores de la salud de las mujeres para concientizar y elaborar iniciativas políticas sobre la importancia de la atención materna respetuosa. Estrategias basadas en los derechos para organizar y administrar los sistemas de salud pueden facilitar la prestación de una atención respetuosa, y de calidad en el parto.

4. Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso

Los sistemas de salud deben responsabilizarse del trato brindado a las mujeres en el parto y de garantizar que se elaboren y se ejecuten políticas claras sobre derechos y normas éticas. Los profesionales de la salud en todos los niveles necesitan respaldo y capacitación para asegurar que las mujeres embarazadas sean tratadas con comprensión y dignidad. Es necesario identificar, estudiar y

documentar los servicios de salud que actualmente brindan atención materna respetuosa, fomentan la participación de las mujeres y de las comunidades, y que han puesto en práctica procesos para la supervisión y mejora continua de la atención.

5. Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas

La erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto podrá lograrse solamente mediante un proceso inclusivo en el que participen las mujeres, las comunidades, los profesionales de la salud, los administradores, los organismos de capacitación, educación y certificación de profesionales de la salud, las asociaciones profesionales, los gobiernos, las partes interesadas de los sistemas de salud, los investigadores, las sociedades civiles y los organismos internacionales. Apelamos a que estas entidades aúnen esfuerzos para garantizar la identificación y la notificación sistemáticas del maltrato y la falta de respeto, y para que se ejecuten las medidas preventivas y terapéuticas pertinentes a nivel local.

Palabras finales

La humanización del parto y del nacimiento es un movimiento mundial que está obteniendo el reconocimiento de cada vez más personas en el mundo. Es nuestro deber buscar un proceso mediante el cual las mujeres y los prestadores de salud se involucren para promover y proteger la participación de las mujeres mediante experiencias de parto seguras y positivas. Se debe respetar la autonomía y dignidad de la mujer durante el parto, y el personal de salud debe promover experiencias positivas en el parto mediante una atención de apoyo respetuosa, digna y garantizada, asegurando una atención clínica de alta calidad. El desarrollo de herramientas validadas y confiables para medir el maltrato de las mujeres durante el parto, junto con las mejores intervenciones para prevenir el maltrato y promover un cuidado respetuoso, son pasos fundamentales. Las investigaciones e intervenciones futuras que aborden la atención de calidad durante el parto deben enfatizar que la atención de alta calidad es una atención humanizada y respetuosa. Tal vez no haya mejor forma de terminar esta revisión del tema que haciendo nuestras las palabras del obstetra mexicano José Roberto Moreno (<http://miparto.com.mx/index.html>)

"Los elementos indispensables en un parto son tiempo, paciencia, intimidad, libertad de movimiento y un acompañamiento amoroso. Necesitamos redefinir el rol del médico: convertirse en un observador discreto y respetuoso de las necesidades de la mujer, e intervenir solo si algo conllevara peligro para la madre o el bebé... El parto es mucho más que un mero evento fisiológico...es probablemente el momento más trascendental, intenso y maravilloso para una mujer; es el pasaje de un estado a otro, es el inicio de una vida...un evento natural, saludable y seguro..."

Referencias

Atuyambe L, Mirembe F, Johansson A, Kirumira EK, Faxelid E. Experiences of pregnant adolescents—voices from Wakiso district, Uganda. *Afr Health Sci*. 2005;5:304–

Barrios Colman N. Diferentes perspectivas de análisis de la violencia obstétrica. *Microjuris* 2019 (MJ-DOC-12353-AR/MJD12353)

Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, Aguiar C, Saraiva Coneglian F, Diniz AL, Tuncalp O et al: The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. 2015;12(6)

Bohren M, Hunter EC, Munther-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A systematic review of qualitative evidence. Submitted to *Reprod Health*. 2014.

Bowser D, Hill K. *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis*. Washington (District of Columbia): United States Agency for International Development; 2010

Cindoglu D, Sayan-Cengiz F. Medicalization discourse and modernity: contested meanings over childbirth in contemporary Turkey. *Health Care Women Int*. 2010;31:221–243.

CONSAVIG. Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la elaboración de Sanciones de la Violencia de Género. "Datos sobre Violencia Obstétrica" Disponible en internet Acceso agosto 2021 <https://www.argentina.gob.ar/justicia/violencia-de-genero-consavig/datos-sobre-violencia-obstetrica>

Chadwick RJ, Cooper D, Harries J. Narratives of distress about birth in South African public maternity settings: a qualitative study. *Midwifery*. 2014;30:862–868. 10.1016/j.midw.2013.12.014

Chalmers B, Omer-Hashi K. What Somali women say about giving birth in Canada. *J Reprod Infant Psychol*. 2002;20:267–28 *Health*. 2011;10:53 10.1186/1475-9276-10-53

Davies MM, Bath PA. The maternity information concerns of Somali women in the United Kingdom. *J Adv Nurs*. 2001;36:237–245.

Defensoría del Pueblo de la Nación. Resolución N° 0090/19 , 26 de agosto de 2019.

Disponible en Internet:

Dietsch E, Shackleton P, Davies C, McLeod M, Alston M. 'You can drop dead': midwives bullying women. *Women Birth*. 2010;23:53–59. 10.1016/j.wombi.2009.07.002

d'Oliveira AFPLA, Diniz SGS, Schraiber LBL. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002 May 10;359(9318):1681–5

El-Nemer A, Downe S, Small N. 'She would help me from the heart': an ethnography of Egyptian women in labour. *Soc Sci Med*. 2006;62:81–92.

FIGO Committee on Safe Motherhood and Newborn Health. Mother and Newborn Friendly Birthing Facility [Internet]. International Federation of Gynecology and Obstetrics; 2014 Feb. Available from: <http://www.figo.org/figo-committee-and-working-group-publications>

Forssten AS. Lifelong significance of disempowering experiences in prenatal and maternity care: interviews with elderly Swedish women. *Qual Health Res*. 2012;22:1535–1546.

Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*. 2014 Jun 20.

Galimberti D; Mazzoli P. "Violencia Obstétrica", 2015.. FASGO, disponible en Internet: http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf

Ganle J, Parker M, Fitzpatrick R, Otupiri E. A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:425–10.

Hatamleh R, Shaban IA, Homer C. Evaluating the experience of Jordanian women with maternity care services. *Health Care Women Int*. 2013;34:499–512

Human Rights Watch. "Stop making excuses": accountability for maternal health care in South Africa. New York: Human Rights Watch; 2011

Janevic T, Sripad P, Bradley E, Dimitrievska V. "There's no kind of respect here". A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans. *Int J Equity Health*. 2011 10:53 10.1186/1475-9276-10-53

Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Soc Sci Med*. 1998;47:1781–1795

Jomeen J, Redshaw M. Black and minority ethnic women's experiences of contemporary maternity care in England. *J Reprod Infant Psychol*. 2011;29:e9.

Las Casildas. Página web: . <https://lascasildas.com.ar/> Acceso a 15 de agosto 2021
Las Casildas. Observatorio de Violencia Obstétrica. Informe final sobre la encuesta de atención al parto/cesárea., Octubre 2015 . Disponible en internet: <https://drive.google.com/file/d/0B-ucL20WyuYRYTRZWTThPcWVyY1U/view?resourcekey=0-u1X4qYKZA415QKlrmBnjsQ>

Kruger L, Schoombee C. The other side of caring: abuse in a South African maternity ward. *J Reprod Infant Psychol*. 2010;28:84–101. [[Google Scholar](#)]

McMahon SA, George AS, Chebet JJ, Mosha IH, Mpembeni RN, Winch PJ. Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:268 10.1186/1471-2393-14-268

Miller S, Cordero M, Coleman AL, Figueroa J, Brito-Anderson S, Dabagh R, et al. Quality of care in institutionalized deliveries: the paradox of the Dominican Republic. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;82:89–103.

Moyer CA, Adongo PB, Aborigo RA, Hodgson A, Engmann CM. 'They treat you like you are not a human being': maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery*. 2014;30:262–268.

Mselle LT, Kohi TW, Mvungi A, Evjen-Olsen B, Moland KM. Waiting for attention and care: birthing accounts of women in rural Tanzania who developed obstetric fistula as an outcome of labour. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:75 10.1186/1471-2393-11-75

Nagahama EE, Santiago SM. [Childbirth practices and challenges for humanization of care in two public hospitals in Southern Brazil.] *Cad Saude Publica*. 2008;24:1859–1868.

OMS. Organización Mundial de la Salud: Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, 2014. Consultado 4 de agosto 2021. Disponible en internet: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/

OMS. Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

ONU. Organización de las Naciones Unidas. UN General Assembly. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. UN General Assembly; 1979 Dec.

ONU. Organización de las Naciones Unidas. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Technical guidance on the application of a human rights based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. UN General Assembly; 2012 Jul.

ONU. Organización de las Naciones Unidas: La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2016

Oyerinde K, Harding Y, Amara P, Garbrah-Aidoo N, Kanu R, Oulare M, et al. A qualitative evaluation of the choice of traditional birth attendants for maternity care in 2008 Sierra Leone: implications for universal skilled attendance at delivery. *Maternal Child Health J*. 2013;17:862–86

Rahmani Z, Brekke M. Antenatal and obstetric care in Afghanistan—a qualitative study among health care receivers and health care providers. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:166 10.1186/1472-6963-13-166

Redshaw M, Hockley C. Institutional processes and individual responses: women's experiences of care in relation to cesarean birth. *Birth*. 2010;37:150–159

Richard F, Filali H, Lardi M, De Brouwere V. [Hospital deliveries in Morocco or how to reconcile different logics.] *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2003;51:39–54.

Sando D, Kendall T, Lyatuu G, Ratcliffe H, McDonald K, Mwanyika-Sando M, et al. Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: are women living with HIV more vulnerable? *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;67 (Suppl 4):S228–S234. 10.1097/

Silal SP, Penn-Kekana L, Harris B, Birch S, McIntyre D. Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2011 Dec 31;12:120–0.

Small R, Yelland J, Lumley J, Brown S, Liamputtong P. Immigrant women's views about care during labor and birth: an Australian study of Vietnamese, Turkish, and Filipino women. *Birth*. 2002;29:266–277

Teixeira NZF, Pereira WR. [Hospital delivery—women's experience from the suburbs of Cuibá-MT.] *Rev Bras Enferm*. 2006;59:740–744.

Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e36. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.3>

Turan JM, Miller S, Bukusi EA, Sande J, Cohen CR. HIV/AIDS and maternity care in Kenya: how fears of stigma and discrimination affect uptake and provision of labor and delivery services. *AIDS Care*. 2008;20:938–945.

Warren C, Njuki R, Abuya T, Ndwiga C, Maingi G, Serwanga J, et al. Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 Dec 31;13:21–1.