

Guía de Abordaje Institucional de la Violencia Obstétrica

Dirección de Género
y Diversidad



MENDOZA
GOBIERNO

Guía de Abordaje Institucional de la Violencia Obstétrica

GUÍA DE ABORDAJE INSTITUCIONAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

GOBIERNO DE MENDOZA

AUTORIDADES GUBERNAMENTALES:

Gobernador: Lic. Alfredo Cornejo

Vicegobernadora: Ing. Laura Montero

Ministra de Salud, Desarrollo Social y Deportes: Cdra. Elisabeth Crescitelli

Subsecretario de Desarrollo Social: Lic. Alejandro Veron

Directora de Género y Diversidad: Lic. Silvina Anfuso

EDITA:

DIRECCIÓN DE GÉNERO Y DIVERSIDAD

Subsecretaría de Desarrollo Social

Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes

Gobierno de Mendoza

Av. España 16, Ciudad, Mendoza.

Contenidos: Lic. Paula Quevedo y Lic. Verónica Piñol

Fotografía: Lic. Marisa Agri y Lic. Nicolás Musolino

Diseño Gráfico y Diagramación: Mgtr. Claudia Merino

Edición junio de 2019

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CONCEPTUALICEMOS LA VIOLENCIA	7
CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN SITUACIÓN DE ABORTO EN CURSO	9
MARCO LEGAL QUE CONTEMPLA LOS DERECHOS DE UNA PERSONA CON CAPACIDAD DE GESTAR	11
La Ley N° 26.529/2009, de “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud”	11
Ley N° 26.485/2009, de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”	11
Ley de Parto Respetado N° 25.929: Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. (2005) Decreto Reglamentario 2035/2015. Ley Provincial 8130	12
Ley de ejercicio profesional N° 17.132 “Ejercicio de la Medicina, Odontología, y de las actividades de colaboración con ambas disciplinas”	12
INSTRUMENTOS DE BUENAS PRÁCTICAS	17
Recomendaciones de la OMS para la atención de un Parto Normal (2018)	17
Guía de Atención de Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud de la Nación. (2010)	17
Guía para la Atención Integral de Mujeres que cursan un Aborto. Ministerio de Salud de la Nación (2015)	19
Protocolo para la Atención Integral de las personas con Derechos a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Ministerio de Salud de la Nación (2015)	20
Guía Técnica para la Atención de personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza. 2018. Programa de Salud Sexual y Reproductiva.	21
VÍAS DE DENUNCIA	23
OTRAS OPCIONES DE DENUNCIA	25
Acciones y canales de abordaje dentro del hospital	25
Circuito de denuncia dentro del hospital	27
Contactos Institucionales	28
ANEXOS	30
Formulario de denuncia por violencia obstétrica	30
Registro de denuncia interna institucional	32

INTRODUCCIÓN

Con la producción de esta guía desde la Dirección de Género y Diversidad de la Provincia de Mendoza, se plantea un cambio estratégico para abordar, con mayor eficiencia, las acciones tendientes a prevenir y tratar la violencia obstétrica dentro de las instituciones de salud pública.

En primera instancia, la misma se presenta en el Hospital Lagomaggiore que tiene la maternidad pública más grande de nuestra Provincia. La guía fue creada con el objetivo de constituirse en instrumento de trabajo para sus profesionales y otros agentes de salud, a modo de acompañar y dar respuesta a las necesidades surgidas desde los distintos equipos de la institución en una serie de reuniones que se tuvieron durante el último semestre del 2018.

Esta guía significa un proceso de construcción colectiva de nuevas herramientas, que tiene la finalidad de mejorar el acceso a la salud, y se presenta abierta y flexible para seguirla trabajando, y actualizando.

Es objetivo de nuestra Dirección alcanzar el respeto de las normativas locales e internacionales, en defensa de los derechos de la mujer en todas sus situaciones, resaltando en este documento el rol sobre la justa y correcta atención de la mujer en situación de parto.

Cabe aclarar que en Argentina, la violencia obstétrica se considera un tipo de violencia basada en el género y una violación de los derechos humanos. La OMS dice que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo, parto, post parto y post aborto.



CONCEPTUALICEMOS LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La ley N° 26.485 (2009) de Protección Integral Para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Contra Las Mujeres En Los Ámbitos En Que Desarrollen Sus Relaciones Interpersonales, define en el Artículo 4° la violencia contra las mujeres, entendida como:

“toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción u omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.”

Esta misma ley define a la Violencia Obstétrica como:

“aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.”

Esta definición se amplía en el decreto reglamentario N°1011/2010, donde se establece que *“se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, 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 de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no...”*

La trascendencia de este tipo de violencia radica en el momento en que la misma tiene lugar: durante todo el proceso de la gestación, el embarazo (aunque no culmine en un nacimiento),

trabajo de parto, parto y postparto, momentos importantes en la vida de la mujer, como así también para la persona recién nacida y para la sociedad en general.

En este punto debemos hacer la aclaración que más allá de que en la ley se hable de mujer y bebé, entendemos que pueden ser pasibles de violencia obstétrica todas aquellas personas con útero y capacidad de gestar que se encuentren atravesando una situación de embarazo, parto y postparto, teniendo en cuenta así las situaciones en que un varón trans decide quedar embarazado.

“La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la Integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud (públicos y privados), y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia hacia las mujeres”. Graciela Medina, 2010.

CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN SITUACIÓN DE ABORTO EN CURSO

La OMS define al aborto como la interrupción de un embarazo antes de que el feto logre la viabilidad (menor de 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalocaudal menor a 25 cm) (OMS, 2002).

Define “aborto inseguro” como “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado por personas con falta de destrezas necesarias o en un ambiente que carece de los estándares mínimos o ambos”. En este sentido, el término “no seguro”, no es sinónimo de “ilegal” o “clandestino”. Según datos de distintos estudios, entre el 20% y el 30% de los abortos inseguros provocan infecciones del aparato reproductor y entre el 20% y el 40% de estos casos evolucionan en una infección del tracto genital superior. Además, el 25% de las mujeres sometidas a un aborto inseguro desarrollan una incapacidad temporal o permanente que requiere atención médica (OMS, 2012).

La consulta al sistema de salud de mujeres que se encuentran cursando un aborto es una situación frecuente y su atención forma parte de la práctica diaria de integrantes de los equipos de salud. En general, las mujeres que consultan se encuentran en una condición clínica estable, no crítica, pero algunas de ellas llegan a los servicios de salud en estado grave y necesitan atención médica inmediata. El tratamiento oportuno puede salvarles la vida (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

Es importante que el equipo de salud tenga en cuenta las consecuencias que la situación de post aborto tiene en la salud psíquica y física de las mujeres, y brindar el apoyo y la contención necesarios en un marco de respeto y confidencialidad.

Realizar un interrogatorio minucioso e intimidatorio en pos de que la mujer reconozca supuestas maniobras abortivas y alegar que eso es imprescindible para un tratamiento adecuado, como dice Cecilia Canevari ¹, remite al uso judicial o policial del interrogatorio y

¹ Canevari Bledel, Cecilia. *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. - 1a ed. - Santiago del Estero: Barco Edita; Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE, 2011

marca una distancia de poder entre quien hace las preguntas y quién las responde. La tarea del agente de salud consiste en extraer la información necesaria para llenar la historia clínica y tomar decisiones terapéuticas.

Cualquiera sea el caso, la conducta indagatoria resulta una práctica expulsiva del sistema de salud y no tiene justificación médica, ya que el tratamiento estará determinado por la condición clínica de la mujer al momento de la consulta.

Asimismo, es oportuno advertir que no ofrecer o negar analgésicos frente al dolor o realizar legrados endouterinos sin anestesia, es violencia obstétrica.

En estas circunstancias, se desdibuja la función del equipo de salud, que es brindar la mejor atención médica y psicológica a la mujer. Este trato es una barrera al derecho de las mujeres a recibir la atención médica adecuada. En los casos que los equipos de salud incumplan sus obligaciones profesionales, las instituciones, sus directivos y el personal médico y no médico serán susceptibles de sanciones legales.

Respecto a la responsabilidad profesional, el Art. 156 del Código Penal, tipifica como delito la violación del secreto profesional, y la Jurisprudencia vigente establece la prevalencia de la obligación de guardar secreto médico respecto de la obligación de colaborar con la persecución punitiva del Estado. Los datos obtenidos durante la atención del paciente sólo pueden ser revelados en casos excepcionales de justa causa, categoría en la cual no se encuadran los abortos provocados.

MARCO LEGAL QUE CONTEMPLA LOS DERECHOS DE UNA PERSONA CON CAPACIDAD DE GESTAR

La Ley N° 26.529/2009, de “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud”.

Establece el derecho a ser asistido por el equipo de salud sin menoscabo o distinción por sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición; también, a recibir un trato digno y con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socio-culturales, de género, de pudor y a su intimidad.

El/la profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia cuando se hubiere hecho cargo efectivamente otra/o profesional competente, y esta y las demás acciones deben quedar asentadas en la historia clínica. En la confección de la documentación de la paciente se debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y preservar la confidencialidad de sus datos.

Por otra parte, la paciente tiene derecho a recibir la información vinculada a su salud y las opciones terapéuticas disponibles, que se le deben transmitir de forma clara y acorde a sus capacidades. Esta debe ser dada por escrito si es su deseo obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento. También tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa.

Ley N° 26.485/2009, de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”.

Define “violencia obstétrica” como la que se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia las mujeres, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, atención pre y post parto. El personal de la salud puede ser agente responsable de este tipo de violencia, así como del resto de las clases de violencia posibles: contra la libertad reproductiva, física, psicológica o institucional. (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

Ley de Parto Respetado N° 25.929: Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. (2005) Decreto Reglamentario 2035/2015. Ley Provincial 8130.

La ley más conocida como Ley de Parto Respetado, establece una serie de derechos de la persona gestante en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto.

Establece que toda mujer tiene derecho a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas. Asimismo a ser considerada, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto. A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

Respecto al hecho del parto, dice que toda mujer tiene derecho al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud. Y en este sentido, a ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija, haciéndola partícipe de las actuaciones profesionales.

Además esta ley, reconoce el derecho a estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. Asimismo a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario.

Esta ley también menciona derechos respecto a la prevención, y promoción de prácticas saludables tales como la lactancia Materna y adicciones.

Ley de ejercicio profesional N° 17.132 "Ejercicio de la Medicina, Odontología, y de las actividades de colaboración con ambas disciplinas".

El ejercicio profesional médico se encuentra claramente determinado por la ley de ejercicio profesional desde el año 1967 con múltiples modificaciones y actualizaciones las cuales fueron modernizando los principios generales para el ejercicio de las ciencias relacionadas. Con respecto a las obligaciones del/la profesional, en el artículo 19 de la mencionada ley se expresan de forma específica lo siguiente:

“prestar la colaboración que les sea requerida por las autoridades sanitarias, en caso de epidemias, desastres u otras emergencias; respetar la voluntad del/la paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos...” donde informa la voluntad de la persona como regente para el cumplimiento de los procedimientos a los cuales deban ser sometidos, siendo el primero de los fundamentos la voluntad del/la paciente.

En el artículo 20 expresa las prohibiciones entre las cuales se encuentra: “practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores”.



BUENAS PRÁCTICAS INSTITUCIONALES PARA SU PREVENCIÓN

La OMS, en 1985, realiza una reunión en Fortaleza, Brasil, en donde surge una declaración denominada “El nacimiento no es una enfermedad” que da origen al trabajo futuro y continuo a favor de la transformación del modelo de atención. A esta se sumaron múltiples iniciativas para “humanizar” la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia, transformar las maternidades en instituciones “centradas en la familia” y no en el Equipo de Salud, y ambientarlas en forma “hogareña”. (Larguía 1998), (Duverges 1998), (Saunders N., 1997), (CIMS 1996) (REHUNA 1997), (OMS 2002), (Baranchuk 1983).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha emitido en el año 2018 un listado de 56 recomendaciones para el parto, orientadas no sólo a disminuir las intervenciones innecesarias, sino a mejorar la experiencia de las personas gestantes; a darles un mayor poder de decisión antes, durante y después del parto.

Según el informe de la OMS emitido en febrero de 2018 ², la mayoría de los 140 millones de partos que se producen anualmente no tienen complicaciones. Sin embargo, en los últimos años han aumentado de manera considerable las prácticas médicas para iniciar, acelerar, finalizar, regular y monitorear el proceso fisiológico del parto, como la cesárea o la administración de oxitocina para la dilatación cervical, entre otras.

Entre las recomendaciones más importantes se encuentran:

- ◆ **Atender respetuosamente** a la persona gestante, manteniendo su dignidad, confidencialidad y privacidad.
- ◆ Establecer una **buena línea de comunicación** entre el personal de salud y las per-

² <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>

sonas gestantes y brindar apoyo continuo durante el trabajo de parto, el parto y el posparto.

- ◆ Permitir que la persona gestante **participe en la toma de decisiones** sobre el manejo del dolor, el trabajo de parto, la necesidad de pujar, entre otras.

- ◆ **Reducir las intervenciones médicas innecesarias.**

- ◆ **No se aconseja la utilización de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el parto** (como la oxitocina o la cesárea), siempre que no existan complicaciones.

- ◆ **Evitar tactos vaginales reiterados** sin justificación médica.

- ◆ **El alivio del dolor depende de la preferencia** de cada persona gestante. Ej puede elegir la analgesia peridural durante el trabajo de parto, o no utilizar ningún método. Se recomiendan técnicas de relajación (relajación muscular progresiva, música, meditación, etc.) o técnicas manuales (masajes, compresas de agua caliente, etc.).

- ◆ Se sugiere que las personas gestante con bajo riesgo **coman o tomen líquido durante el trabajo de parto.**

- ◆ Se aconseja **mantener la movilidad y la posición vertical** en personas gestante con bajo riesgo durante la primera fase del parto. La persona gestante tiene **derecho a elegir la postura** en la que quiere parir, haya recibido o no anestesia peridural.

- ◆ Las personas gestante en la fase expulsiva deben ser alentadas y apoyadas para **seguir su propio impulso de pujar**. No deben ser presionadas.

- ◆ La **episiotomía de rutina y la presión manual uterina no se aconseja** en personas gestantes con parto vaginal espontáneo.

- ◆ **No se debe succionar la nariz y la boca de la persona recién nacida** si ésta respiró por sí sola y el líquido amniótico es claro.

- ◆ **El contacto piel a piel** entre la persona parturienta y la persona recién nacida debe ocurrir durante **la primera hora**, para estrechar los vínculos, disminuir el riesgo de hipotermia y estimular la lactancia.

- ◆ Es ideal **esperar 24 horas antes de bañar a la persona recién nacida.**

- ◆ Limitar la tasa de cesárea al 10-15%.

INSTRUMENTOS DE BUENAS PRÁCTICAS

✓ **Recomendaciones de la OMS para la atención de un Parto Normal (2018):**

http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf

Descrita en el apartado anterior.

✓ **Guía de Atención de Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud de la Nación. (2010):**

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

Basándose en la metodología propuesta por la Medicina Basada en la Evidencia, y contando con el aval y correcciones de Sociedades Científicas y expertos en la materia, y con el objetivo de actualizar la atención del parto normal y de la persona recién nacida de bajo riesgo, enmarcados en la filosofía de las Maternidades Centradas en la Familia, es que se decide redactar esta Guía. La misma está destinada a los Equipos de Salud que asisten a mujeres y personas recién nacidas sanas durante el período perinatal.

Muchas maternidades en el mundo y también en nuestro país (Larguía A.M., 1996), (Larguía A.M., Lomuto C.L., 2003) han iniciado actividades tendientes a transformarse en Maternidades Centradas en la Familia. Dentro de las actividades que pueden implementarse para que las maternidades logren ese nivel figuran las siguientes:

- ◆ **Participación de la familia en todo el proceso de atención institucional**
- ◆ **Áreas de la planta física para las familias** (ambientación “hogareña”)
- ◆ **Actividades de Educación para la Salud**
- ◆ **Correcta Información a usuarias y familiares**
- ◆ **Iniciativa “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”**

Esta Guía además establece recomendaciones, basadas en evidencia científica, respecto a Procedimientos Rutinarios como:

- ◆ **Ingesta de alimentos y líquidos:** La restricción absoluta a la ingesta de líquidos

y alimentos durante el trabajo de parto no es de utilidad, genera disconformidad en las mujeres y puede ser riesgoso.

◆ **Venoclisis:** La colocación rutinaria de venoclisis, interfiere con el proceso natural del parto y disminuye las posibilidades de las mujeres de moverse libremente. Debe desaconsejarse el uso rutinario de venoclisis si se asegura la hidratación oral.

◆ **Acompañamiento y apoyo de la embarazada durante el trabajo de parto:** Es conveniente que la mujer en trabajo de parto pueda estar acompañada por una persona elegida por ella.

◆ **Dolor y analgesia:** Una de las tareas más importantes que debe realizar la persona que asiste el parto es la de ayudar a la mujer a tolerar el dolor. Los partos prolongados, los inducidos, los conducidos con oxitocina, los complicados por distocia, y los terminados en forma instrumental producen mayor dolor que los partos “normales”.

◆ **Posición y movimiento durante el primer período del trabajo de parto:** Estudios clínicos muestran que la posición supina durante el primer período del trabajo de parto afecta el flujo sanguíneo en el útero, dado que el peso del mismo puede causar la compresión aortocava, reduciendo el flujo sanguíneo y comprometiendo así la condición fetal. La posición supina prevalece sobre otras, dado que la libertad de movimiento se ve limitada por el uso indebido de vías intravenosas y el equipamiento en la monitorización..

◆ **Amniotomía temprana (rotura artificial de membranas):** No hay evidencia clínica que demuestre que la amniotomía temprana tenga alguna ventaja, por lo tanto, durante el trabajo de parto normal debe existir una razón muy válida para realizarla. En conclusión, esta práctica debe reservarse para aquellos casos que presenten un progreso anormal del trabajo de parto (Fraser W.D. 2000).

◆ **Infusión intravenosa de oxitocina:** No hay evidencia clínica que demuestre que la utilización liberal de oxitocina durante el trabajo de parto normal sea beneficiosa para las mujeres o sus hijos. Es una medicación que debe ser utilizada bajo válidas indicaciones y con estricto control de las contracciones y de la salud fetal.

◆ **Comienzo de pujo:** Si el trabajo de parto se desarrolla normalmente no se hará pujar a la parturienta si no lo desea. No se realizará presión fúndica (Maniobra de Kristeller) durante el segundo período del trabajo de parto.

◆ **Posición materna:** La mejor posición a adoptar en el segundo período del trabajo de parto es la semisentada (vertical) o en decúbito lateral.

◆ **Episiotomía:** No hay evidencia que el uso rutinario o liberal de la episiotomía tenga efectos beneficiosos, pero hay clara evidencia que puede tener efectos perjudiciales.

◆ **Clampeo del cordón:** El clampeo y ligadura del cordón umbilical debe realizarse cuando el mismo deje de latir, tiempo que varía entre uno a tres minutos.

◆ **Iniciación del amamantamiento dentro de la primera hora de vida:** Esta acción tiene como fundamentos: la utilidad de la ingestión temprana de calostro, el período sensible en que se encuentran la madre y la persona recién nacida, el aumento de la producción de oxitocina (que disminuirá la metrorragia puerperal) y prolactina (modulará las conductas vinculares) y es un factor condicionante de una lactancia más prolongada y satisfactoria (Sinusas, 2001).

✓ **Guía para la Atención Integral de Mujeres que cursan un Aborto. Ministerio de Salud de la Nación (2015):**

<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/09/Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>

La “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto” está diseñada para la atención de las mujeres que consultan a las guardias médicas o centros de salud mientras están cursando cualquiera de las variantes clínicas de un post aborto. Debe ser aplicada por todos aquellos equipos de salud que puedan recibir este tipo de consultas, como servicios hospitalarios de ginecología, obstetricia, guardia general y guardia obstétrica, y centros de atención primaria de la salud. Está destinada a todos las/los integrantes del equipo de atención, como médicas/os generalistas y especialistas en Tocoginecología y Anestesiología, obstétricas/os, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os y administrativas/os. Pretende acercar a los equipos de salud algunas herramientas que les permitan ofrecer una mejor calidad de atención, llevada a cabo desde una perspectiva integral y centrada en la mujer.

La presente Guía, procura contribuir a disminuir la morbimortalidad materna y mejorar la calidad de atención de las pacientes gestantes. Se propone acercar a los equipos de salud instrumentos que les permitan ofrecer a las mujeres una mejor calidad de atención, desde una perspectiva integral y con atención al respeto de los derechos reproductivos como parte fundamental de los derechos humanos de cada mujer. A su vez, considera como un deber

de todo/toda profesional de la salud, ofrecer una atención oportuna y humanizada de las mujeres que llegan a los servicios en esas circunstancias, y destaca el rol importantísimo de los servicios de salud en la recepción y posterior seguimiento de las mujeres.

En algunos casos, los equipos de salud habilitan o incluso generan situaciones de violencia obstétrica. Por ejemplo, al realizar un interrogatorio minucioso e intimidatorio en pos de que la mujer reconozca supuestas maniobras abortivas, alegando que es imprescindible saberlo para poder realizar el tratamiento adecuado. También al negar analgésicos frente al dolor o realizar legrados endouterinos sin anestesia. En estas circunstancias, se desdibuja la función del equipo de salud, que es brindar la mejor atención médica y psicológica a la mujer. Este trato se transforma en un obstáculo o barrera al acceso de las mujeres a recibir la atención médica adecuada para su salud.

Plantea algunas herramientas para avanzar en ese camino:

- Más allá de que se puedan compartir o no las elecciones reproductivas de cada mujer, es importante tener en cuenta que las decisiones se toman en contextos complejos, que involucran muchos factores, que muy probablemente el equipo de salud desconozca al momento de la atención. Una escucha abierta, que respete los sentimientos y las decisiones que adopta cada mujer, mejora el vínculo y permite una mejor atención.
- La intervención del equipo de salud puede ser un momento clave en la de vida de cada mujer. Esa intervención es más efectiva cuando se logra generar un vínculo en el cual lo que se conversa no sea vivido como un reto, una sanción o una amenaza. Una actitud desprejuiciada, paciente y respetuosa es determinante para que la mujer pueda tomar decisiones y adoptar prácticas de cuidado de su salud.

✓ ***Protocolo para la Atención Integral de las personas con Derechos a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Ministerio de Salud de la Nación (2015):***

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

El presente “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” está diseñado en base a la comprensión fundamental de que todo el personal del efector de salud (incluyendo el administrativo y de seguridad) es responsable

de garantizar y no obstruir el derecho a interrumpir un embarazo cuando éste ponga en riesgo la vida o la salud de la persona o cuando sea producto de una violación.

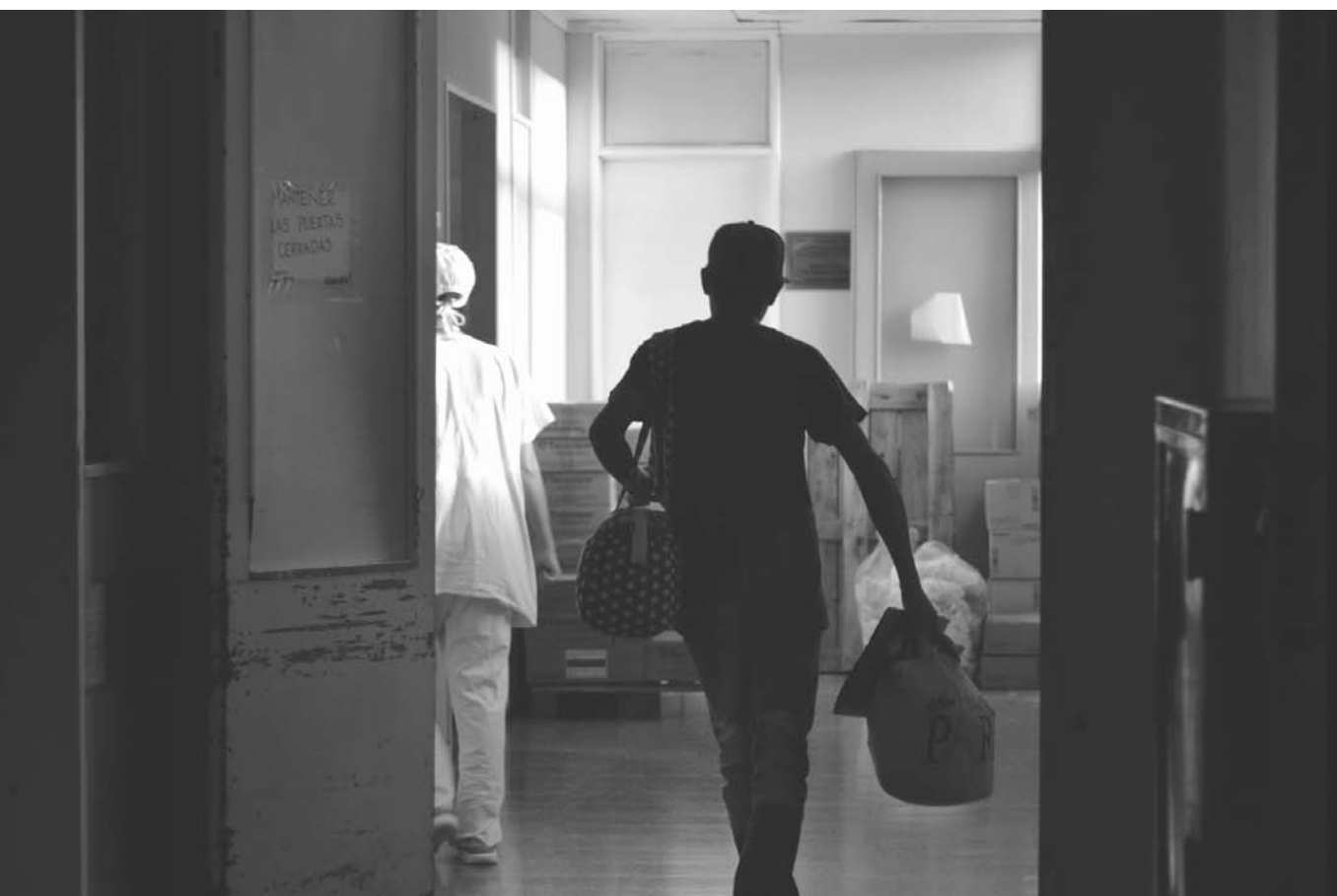
La Corte Suprema de Justicia de la Nación plantea que las/los profesionales de la salud podrán ser responsables penal, civil y/o administrativamente por el incumplimiento de sus obligaciones en el ejercicio de su profesión cuando, de forma injustificada, no constaten la existencia de alguna de las causales previstas en el Código Penal para la realización de una ILE, realicen maniobras dilatorias durante el proceso, suministren información falsa o cuando prevalezca en ellos una negativa injustificada a practicar el aborto.

De esta forma, en la Argentina toda mujer, niña, adolescente y, en general, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo que cursa, cuando:

- el embarazo representa un peligro para la vida de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;
- el embarazo representa un peligro para la salud de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;
- el embarazo proviene de una violación;
- el embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental.

- ✓ ***Guía Técnica para la Atención de personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza. 2018. Programa de Salud Sexual y Reproductiva.***

(Adecuación al Protocolo Nacional descripto anteriormente)



VÍAS DE DENUNCIA

En febrero de 2011 se crea en el ámbito del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación la **Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (CONSAVIG)** con el objetivo de implementar actividades vinculadas con sanciones a la violencia de género establecidas por la ley N° 26.485. Tiempo después se habilita una página de denuncia de casos de violencia obstétrica, la misma contiene un breve instructivo sobre la definición de violencia obstétrica en términos generales, los procedimientos para la denuncia y formularios abiertos para tal fin.

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 (www.defensorba.org.ar/ovg/). El mismo contiene desde el año 2013 una sección dedicada a la violencia obstétrica en donde se expone el modelo de entrevista/ingreso de casos por situaciones de violencia obstétrica, el protocolo de recepción de denuncias y un documento sobre la violencia obstétrica en las cárceles de la provincia de Buenos Aires.

La CONSAVIG coordina la Mesa de Trabajo interinstitucional de la que participan la Dirección de Maternidad e Infancia y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, la Superintendencia de Servicios de Salud y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). El objetivo de la Mesa de Trabajo es promover acciones tendientes a la prevención de la violencia obstétrica y la modificación de las prácticas médicas naturalizadas que incumplen con la ley n°25929 (de Parto Respetado).

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.

El Defensor del Pueblo de la Nación creó Programa sobre Parto Respetado para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia Obstétrica que tiene por finalidad identificar, inter-

cambiar, promover y evaluar las políticas públicas respecto al efectivo cumplimiento de la Ley N° 25.929 y las leyes provinciales de adhesión y formular recomendaciones o exhortaciones al Estado Nacional y a las Provincias si no se cumplieren. Asimismo, se propone verificar el efectivo cumplimiento de esas leyes por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el cumplimiento por parte de profesionales de la salud y de las instituciones en que éstos presten servicios. Dentro del Programa, se impulsa la implementación de la Directriz (2018) elaborada por la Organización Mundial de la Salud, titulada “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”. El Programa será llevado adelante en el marco de la investigación que integra el Programa de Seguimiento y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible - Agenda 2030.

La Defensoría del Pueblo nacional, en su calidad de única Institución Nacional de Derechos Humanos reconocida por las Naciones Unidas con el Status A, exhortó a todas las autoridades públicas de nuestro país, nacionales, provinciales y municipales, a colaborar con los requerimientos que les sean formulados en función de los principios que reconocen la Alianza para el Gobierno Abierto y las prácticas de buena gobernanza e invitó a la sociedad civil en su conjunto, a participar, cooperar y colaborar de manera directa con el desarrollo del Programa sobre Parto Respetado para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia Obstétrica.

¿Cómo y dónde hacer la denuncia?

Se puede hacer un reclamo administrativo ante la **CONSAVIG, Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género**, que depende del **Ministerio de Justicia y Derechos Humanos**. El trámite es gratuito y sólo se necesita la presentación de una nota. **Se puede enviar la nota firmada y luego escaneada** por email a consavig@jus.gov.ar.

Ver en Anexos Formulario de Denuncia.

Ante cualquier consulta, enviar un mail a la CONSAVIG a consavig@jus.gov.ar o comunicarte telefónicamente al (011) 5300-4000 interno 76633.

**Durante el embarazo, parto, post parto y post aborto
TENÉS DERECHOS**

- A estar acompañada durante el trabajo de parto, el parto, aún si es por cesárea, y el post parto.
- A estar junto a tu hija o hijo.

SI NO SE CUMPLEN TUS DERECHOS ES VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LA PODÉS DENUNCIAR

- A ser tratada con **respeto** y a mantener **tu intimidad**.
- A que **te informen** sobre el desarrollo del embarazo y del parto, de tu estado de salud y el de tu bebé.
- A que te informen y a **tomar decisiones** sobre los cuidados e intervenciones médicas que les realicen a vos y tu bebé.

Ley de parto respetado **25.929**
Ley de protección integral a las mujeres **26.485**

PARA DENUNCIAR

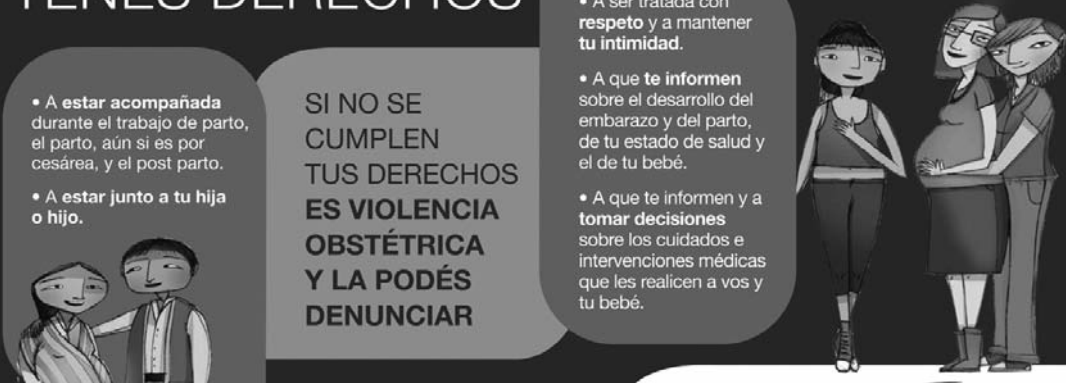
Podés llevar una carta a la **CONSAVIG** de 10 a 17 hs a:
Av. Corrientes 327, piso 14, CABA, CP C1043AAD
o enviarla por correo.
Teléfono: (011) 5300 4000 Int. 76633 (de 10 a 17hs)

También podés mandarla por mail a:
consavig@jus.gov.ar

Tenés un modelo de carta en **www.jus.gov.ar**
(En la solapa "TEMÁTICAS" entrá a "Violencia de género" y buscá "Denuncia de la violencia obstétrica")

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
Presidencia de la Nación

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación



Otras Opciones de Denuncia

Para Denunciar Violencia Institucional y Violencia Obstétrica:

Se denuncia llamando al 0800-122-5878 línea gratuita de la Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural.

Derechos Humanos : 1° Piso, Av. Belgrano 179 (entre Peltier y Virgen del Carmen de Cuyo)

Acciones y canales de abordaje dentro del Hospital:

Servicio de Perinatología

Desde el Servicio se realizan encuestas a las personas puérperas con el fin de recoger datos referidos a la atención que recibieron del Hospital en el proceso de

nacimiento. Luego de procesadas y sistematizadas se proponen talleres acorde a los resultados.

Asimismo existe el Proyecto de creación de un Observatorio de Violencia Obstétrica desde este servicio.

El Servicio recibe los reclamos realizados por atenciones dentro de los servicios de Maternidad, Salud Sexual y Reproductiva, Puerperio, Neonatología.

Cuenta con la realización de un Curso de Preparación para el parto, donde trabaja la problemática de manera preventiva.

Subdirección de Recurso Humanos

Es importante que las denuncias, quejas y cartas respecto a situaciones de violencia obstétrica dentro del Hospital, lleguen al Director General y de allí a la Subdirección de Derechos Humanos con el fin de que se elaboren las sanciones disciplinarias correspondientes en caso de ser necesario.

Sanciones disciplinarias: Apercibimiento, Suspensión, Cesantía de contrato.

Otras medidas: Talleres internos, Capacitaciones obligatorias.

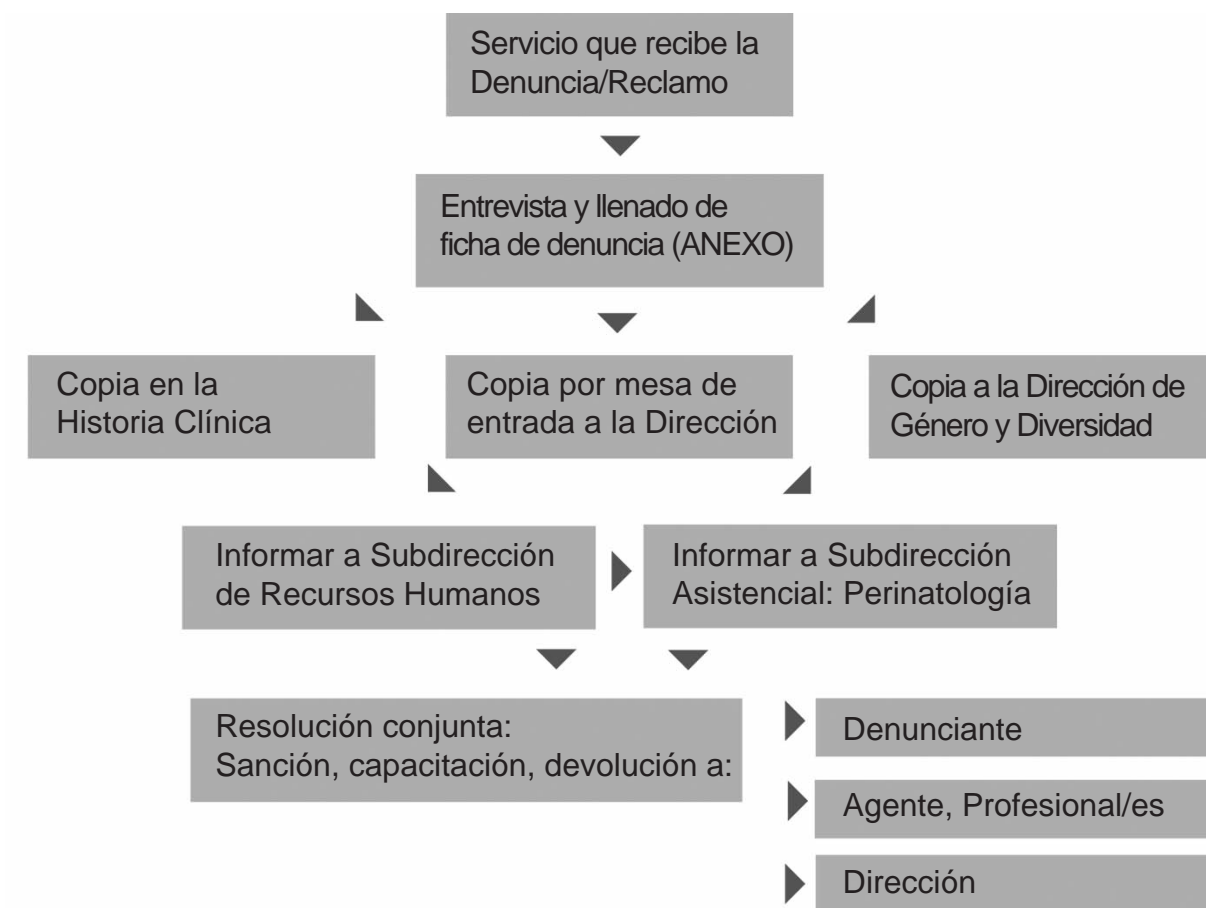
Las medidas se formularán y ejecutarán en conjunto con el Servicio de Perinatología.

Servicio Social y de Salud Mental

El equipo Social y de Salud Mental, específicamente de Maternidad, Neonatología y Guardia Obstétrica detectan situaciones de violencia obstétrica y deben asesorar para la denuncia y acompañar el proceso.

Es importante que realicen recepción de la denuncia, registro, acompañamiento, y diagnóstico de la situación, articulando con otros servicios.

Circuito de denuncia dentro del Hospital:



Se informará a la Dirección de Género y Diversidad con el objetivo de contar con un organismo externo competente que actúe en términos de sistematización y análisis de datos, asesoramiento social y legal con perspectiva de género y acompañamiento para resolución de denuncias.



CONTACTOS INSTITUCIONALES

Organizaciones Gubernamentales

♦ **Dirección de Género y Diversidad de la Provincia**

España 16, Barrio Bombal de Ciudad

Teléfono: 4241862 – 4242281

Correo: dmgd@mendoza.gov.ar

♦ **Dirección de la Mujer, Género y Diversidad de la Corte**

Palacio de Justicia (España 480) 2º piso, Ala Norte, oficinas 17 y 18 - Ciudad

♦ **Defensoría del Pueblo**

Morón 245 - (5500) Mendoza

Tel.: (0261)-437-0125/0148

♦ **INADI**

Peltier 50, local 3. Mendoza

Teléfono: (0261) 424-3182

Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16 horas

Correo electrónico: mendoza@inadi.gob.ar

♦ **Círculo Médico De Mendoza**

Olegario V. Andrade 510, Ciudad, Mendoza.

Tel.: 261 5246400.

Organizaciones de la Sociedad Civil

♦ **Observatorio de Violencia Obstétrica. Las Casildas**

Contacto: observatorio@lascasildas.com.ar

♦ **Alumbra. Agrupación mendocina**

Contacto: alumbramza@gmail.com

ANEXOS

FORMULARIO DE DENUNCIA POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA

A La CONSAVIG, Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género.

Lugar y fecha:.....

Datos de la denunciante.

Apellido/s y nombre/s:

Tipo y N° de documento:

Domicilio:N°:.....Piso: Dpto.....Barrio:

Localidad:Provincia:

Código postal:Teléfonos:

Correo electrónico:.....

ACEPTO SER NOTIFICADO/A VALIDAMENTE POR CORREO ELECTRÓNICO EN LA DIRECCIÓN CONSIGNADA MÁS ARRIBA: SI.....NO..... [Por cuestiones de celeridad procesal se sugiere indicar SI para aceptar la notificación por correo electrónico]

Datos de la institución de salud responsable de la situación denunciada.

Nombre de clínica/hospital:

Domicilio: Localidad:

Provincia:..... Código postal:.....

Teléfonos:

Nombre de la Obra Social/Prepaga a la que está afiliada (en caso de NO poseer aclararlo)

.....

Domicilio:Localidad:

Provincia: Código postal:

Teléfonos:

Fecha en la que ocurrieron los hechos:

(Describir de forma clara y precisa los hechos denunciados, detallando cuándo, cómo y dónde ocu-

rrieron los mismos, e indicando la/s persona/s que estuvieron presentes.)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Indicar si ha realizado otras denuncias por estos hechos y, en su caso, señalar organismo y número de expediente.

.....
.....Detallar la documentación que se acompaña.(en todos los casos se debe acompañar copia del DNI)
.....
.....

Estoy convencida que los sucesos narrados constituyen actos de violencia obstétrica de acuerdo a la Ley N° 26.485 de "Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia hacia las mujeres en los ámbitos en que desarrollan sus relaciones interpersonales" y por tal motivo solicito su pronta intervención.

REGISTRO DE DENUNCIA INTERNA INSTITUCIONAL ante una Situación de Violencia Obstétrica

Copias del Documento:

Original: Denunciante

Copia 1 Adjuntar a Historia Clínica

Copia 2 Director General del Hospital (ingreso por mesa de entrada por la denunciante)

Copia 3 Dirección de Género y Diversidad

Modelo de Registro

Fecha:

Número de Historia Clínica:

Nombre y Apellido:

Domicilio:

Fecha de ocurrido el hecho:

Rango horario aproximado:

La situación de Violencia Obstétrica en que momento de la atención ocurrió:

-Antes de parto

-En el parto

-Después del parto

Nombre de Profesionales que intervinieron, y demás personal del Hospital:

Describir la situación relatada con los detalles necesarios:

Se realizó alguna denuncia al respecto? (en caso afirmativo indicar organismo, número de expediente y fecha)

Estoy convencida que los sucesos narrados constituyen actos de violencia obstétrica de acuerdo a la Ley N° 26.485 de "Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia hacia las mujeres en los ámbitos en que desarrollan sus relaciones interpersonales" y por tal motivo solicito su pronta intervención.

Firma de la persona que relata:

Firma de Profesional que registra



Guía de Atención Abortiva Funcional y Asistencial Obstétrica