

Guía de Buenas Prácticas Obstétricas con Perspectiva de Género



MENDOZA GOBIERNO

Min. de Salud, Desarrollo Social y Deportes
Dir. de Género y Diversidad
Dir. de Maternidad e Infancia



Guía de Buenas Prácticas Obstétricas con Perspectiva de Género

Ministerio de Desarrollo Social, Salud y Deportes

Dirección de Maternidad e Infancia

Dirección de Género y Diversidad

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS OBSTÉTRICAS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

GOBIERNO DE MENDOZA

AUTORIDADES GUBERNAMENTALES:

Gobernador: Dr. Rodolfo Suarez

Vicegobernador: Mario Abed

Ministra de Salud, Desarrollo Social y Deportes: Farm. Ana María Nadal

Subsecretario de Desarrollo Social: Alejandro Veron

Directora de Género y Diversidad: Lic. Silvina Anfuso

Directora de Maternidad e Infancia: Dra. Mónica Rinaldi

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

Diseño Gráfico y Diagramación: Mgtr. Claudia Merino

Fotografía: Lic. Marisa Agri y Lic. Nicolás Musolino

Edición agosto de 2020

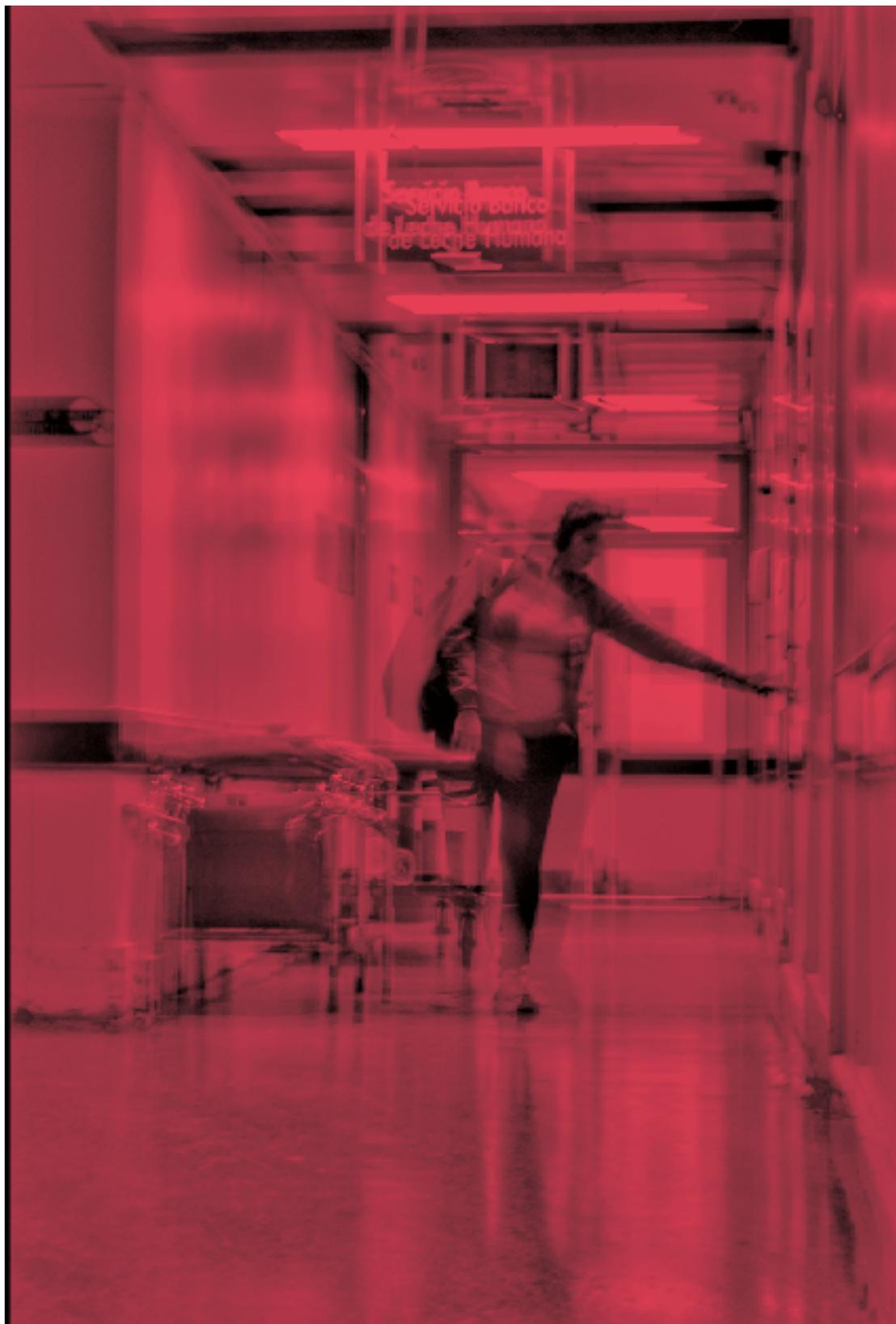


Índice

PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	11
CONCEPTUALICEMOS LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	13
CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN SITUACIÓN DE ABORTO EN CURSO	15
ATENCIÓN EN SALUD A MUJERES GESTANTES EN SITUACIÓN DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS	16
Ley de salud mental N° 26.657	19
MARCO LEGAL QUE CONTEMPLA LOS DERECHOS DE UNA PERSONA CON CAPACIDAD DE GESTAR	23
La Ley N° 26.529/2009, de "Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud"	23
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"	23
Ley de Parto Respetado N° 25.929 (2005): Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. (De parto Respetado). Decreto Reglamentario 2035/2015. Ley Provincial 8130	24
Ley de ejercicio profesional N° 17.132 "Ejercicio de la Medicina, Odontología, y de las actividades de colaboración con ambas disciplinas"	25
BUENAS PRÁCTICAS OBSTÉTRICAS	27
INSTRUMENTOS DE BUENAS PRÁCTICAS	29
Guía de Atención de Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud de la Nación. (2010)	29
Guía para la Atención Integral de Mujeres que cursan un Aborto. Ministerio de Salud de la Nación (2015)	31

Protocolo para la Atención Integral de las personas con Derechos a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Ministerio de Salud de la Nación (2015)	33
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.	34
Decálogo de los derechos del Bebé Prematuro. UNICEF	34
Guía de Buenas Prácticas para la Atención de Muerte Perinatal y Neonatal. Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza. Maternidad e Infancia 2019.	35
RECOMENDACIONES GENERALES PARA DAR CUMPLIMIENTO A LAS BUENAS PRÁCTICAS OBSTÉTRICAS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN MATERNIDADES DE LA PROVINCIA DE MENDOZA	37
INFORMAR SOBRE SITUACIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	38
Procedimiento ante situaciones de violencia obstétrica	39
Organismos involucrados en la resolución de situaciones	39
Descripción del Procedimiento	39
Posibles Resoluciones	40
Sistematización	40
BIBLIOGRAFÍA	43
RECURSOS Y CONTACTOS INSTITUCIONALES	47
ANEXO	
Registro de Denuncia ante una Situación de Violencia Obstétrica	49







Presentación

La presente Guía fue creada como un instrumento para efectores de salud que tiene por finalidad la implementación de buenas prácticas que garanticen los derechos de las personas gestantes en situación de embarazo, parto, post parto y post aborto.

La elaboración de la misma se justifica por la necesidad de disponer de información actualizada desde la mejor evidencia científica y facilitar una herramienta que permita a los y las profesionales aplicar las recomendaciones basadas en conocimientos actuales. Se ha elaborado, además teniendo en cuenta tanto la perspectiva de género, como el respeto de los derechos humanos y el enfoque de promoción de la salud.

Con esta Guía se pretende facilitar criterios comunes que posibiliten la actuación coordinada entre los distintos efectores asistenciales, disminuir la variabilidad en la práctica sanitaria y crear un clima de entendimiento entre los y las profesionales con la intención de brindar una atención coherente a recomendaciones de organismos internacionales y de mayor calidad para las personas gestantes.

Asimismo, la presente formaliza un procedimiento de abordaje institucional ante situaciones de Violencia Obstétrica, expresadas en reclamos y/o denuncias administrativas. De esta manera, se plantea un cambio estratégico para abordar con mayor eficiencia, las acciones tendientes a prevenir este tipo de violencia.

A modo de síntesis, se encontrará en esta Guía: conceptos básicos, marco normativo, documentos nacionales e internacionales con evidencia científica que representan prácticas obstétricas respetuosas; y por último el procedimiento de denuncia administrativa ante su no cumplimiento. Cabe aclarar que la misma ha sido creada de modo tal que configure un elemento práctico y de fácil instrumentación para equipos de salud.

De esta manera, el Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza tiene la intención de mejorar el acceso a la salud, y asegurar una experiencia positiva y respetuosa a las personas con capacidad de gestar que acceden a los servicios de nuestra Provincia. Es objetivo de este Ministerio alcanzar el respeto de las normativas locales

e internacionales, en defensa de los derechos de las mujeres en todas sus situaciones, resaltando en este documento el rol sobre la justa y correcta atención de salud a las mismas.

Esperamos que sea útil y que pueda ser evaluada, revisada y adecuada de manera oportuna. La salud sexual y reproductiva de las personas con capacidad de gestar, es una de las prioridades de este gobierno, y queda expresada en las políticas actualmente desarrolladas y los acuerdos de gobernabilidad que lo hacen posible.



Introducción

Este modelo de atención de la salud aquí desarrollado, considera prioritaria la visibilización de la persona con capacidad de gestar como sujeto de derechos. Busca evitar la patologización y la medicalización del parto, favoreciendo el empoderamiento de las mujeres, y así posibilitar la autonomía y autorresponsabilidad en la toma de decisiones, que aseguren la salud de las mujeres y de las personas recién nacidas con el menor grado posible de intervención compatible con la seguridad de ambos.

En este sentido, entendemos que las buenas prácticas de los y las profesionales sanitarios en la atención y cuidados de manera integral, garantiza la equidad y la protección de las mujeres y muy especialmente de las personas con capacidad de gestar más vulnerables.

Entre los objetivos más importantes que se pretenden con las guías de buenas prácticas están los de mejorar la atención sanitaria, ayudar a los y las profesionales y pacientes ofreciéndoles las mejores evidencias científicas disponibles, disminuir la variabilidad de la práctica clínica, mejorar la calidad asistencial y, en definitiva, la salud de la población.

El no cumplimiento de las recomendaciones aquí enunciadas, incurren en una modalidad específica de violencia contra las mujeres, denominada **Violencia Obstétrica**.

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

Se considera a la violencia obstétrica como un tipo más de violencia de género arraigada en las prácticas institucionales del sistema de salud. 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 (Magnone Alemán, 2011).

Argentina, Venezuela y México fueron países pioneros a la hora de establecer leyes que definen la violencia obstétrica. Las normativas de los mencionados países utilizan este término para referirse a determinadas prácticas que se venían denunciando desde 1980 por parte de profesionales y organismos internacionales.

En Argentina, una reforma constitucional de 1994 incorporó diferentes instrumentos legales internacionales sobre Derechos Humanos, entre ellos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW). La CEDAW en su artículo N°12 sostiene que “los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”. Y continúa estableciendo que “garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

En este sentido, se sanciona en Argentina 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, que 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 patri-

monial, 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..."**.

Sin duda alguna que cuando esta violencia obstétrica surge, se constituye como una auténtica violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la protección de la salud como un derecho humano.

Recientemente (Julio, 2019) la Relatora Especial Dubravka Šimonović de las Naciones Unidas elabora un informe donde reconoce como violación a los derechos humanos a las diferentes formas de maltrato y violencia que sufren las mujeres en los servicios de salud reproductiva, haciendo especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. "El maltrato y la violencia contra la mujer no solo violan el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, sino que también pueden poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física, su intimidad, su autonomía y a no sufrir discriminación."



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. No obstante, 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.



Atención en salud a mujeres gestantes en situación de consumo problemático de sustancias.

◆ Plan Provincial de Adicciones

El uso de drogas en mujeres como problemática ha sido un campo abordado en menor medida que en los varones. Las profundas transformaciones sociales, el empoderamiento de las mujeres y los cambios en su identidad en las últimas décadas han impactado no solo subjetivamente sino también en torno a las prácticas de las mismas. Tal es el caso del uso de drogas en donde la tendencia mundial muestra un aumento en el consumo de sustancias por parte de las mujeres.

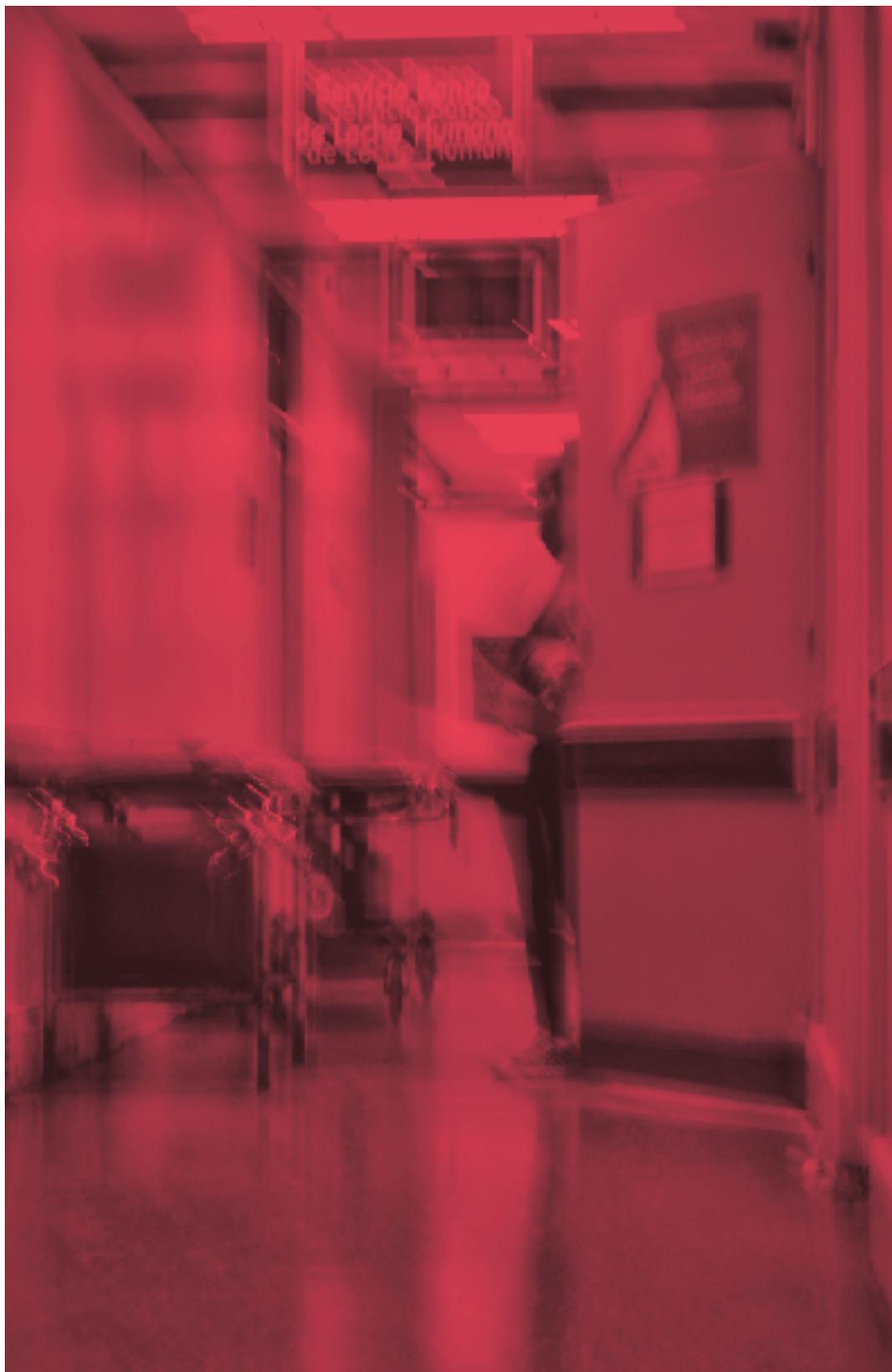
Cuando el consumo se relaciona con la gestación, el parto y la maternidad adquiere una fuerte carga emocional para la sociedad, en donde las mujeres son fuertemente estigmatizadas mucho más que los varones, provocando sentimientos de culpabilidad, miedo a la pérdida de la tenencia de sus hijos obstaculizando en muchos casos la búsqueda de ayuda profesional.

En el último estudio poblacional de la SEDRONAR, 2017, solamente un 35% de las mujeres obtuvo tratamiento mientras que un 59,2% en los varones.

Entendemos que el uso de drogas durante el proceso de gestación es un fenómeno que va más allá del efecto de las sustancias. Poder incluir la perspectiva de género en el uso de drogas nos permite también que los servicios de salud generen nuevas estrategias complejas e integrales que garanticen la temprana y oportuna atención en salud atendiendo a las diferencias de género.

Un objetivo de la política del Plan Provincial de Adicciones es ACOMPAÑAR a las mujeres que usan drogas en el marco de las políticas integrales de salud y DDHH, es necesario que los profesionales de salud construyan prácticas que busquen acercar a las mujeres que usan drogas a los espacios de salud, principalmente durante la gestación, para ofrecer abordajes integrales a través de equipos interdisciplinarios.

Es fundamental que el equipo de salud que interviene con mujeres gestantes que presentan alguna problemática de consumo pueda crear las estrategias necesarias que cada situación particular demanda, atendiendo su singularidad.





Una persona que atraviesa situaciones de consumos problemáticos tiene un problema de salud, un padecimiento subjetivo, es un sujeto de derechos por tanto, su salud mental debe ser atendida en el marco de los DDHH y de las dos leyes citadas a continuación.

“Se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas -legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.” (Art. 2 Plan IACOP)

LEY DE SALUD MENTAL N°26.657

ARTICULO 3°: En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

ARTICULO 4°: Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemática de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

LEY N° 26.934 PLAN INTEGRAL PARA EL ABORDAJE DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS.

ARTICULO 9°: Derechos y garantías de los pacientes. Los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que los sujetos que los padecen tienen, en relación con los servicios de salud, todos los derechos y

garantías establecidos en la ley 26.657 de salud mental.

ARTICULO 10°: Pautas de asistencia. La asistencia integral de los consumos problemáticos deberá ser brindada bajo estricto cumplimiento de las siguientes pautas:

a) Respetar la autonomía individual y la singularidad de los sujetos que demandan asistencia para el tratamiento de abusos y adicciones, observando los derechos humanos fundamentales que los asisten y los principios y garantías constitucionales evitando la estigmatización;

b) Priorizar los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona, y considerar la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo que sólo deberá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social, conforme a lo establecido en la ley 26.657;

c) Promover la atención de sujetos que padecen problemáticas asociadas a los consumos en hospitales generales polivalentes. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios, según lo dispuesto en el artículo 28 de la ley 26.657;

d) Incorporar el modelo de reducción de daños. Se entiende por reducción de daños a aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes;

e) Incorporar una mirada transdisciplinaria e interjurisdiccional, vinculándose los efectores sanitarios con las instancias de prevención, desarrollo e integración educativa y laboral.

Es fundamental que el equipo de salud que interviene con mujeres gestantes que presentan alguna problemática de consumo pueda crear las estrategias necesarias que cada situación particular demanda, atendiendo su singularidad.







Marco legal que contempla los derechos de las personas 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 N° 25.929 (2005): DERECHOS DE PADRES E HIJOS DURANTE EL PROCESO DE NACIMIENTO. (DE PARTO RESPETADO). 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.



Buenas prácticas obstétricas

Para establecer criterios comunes de buenas prácticas obstétricas con perspectivas de género, el presente documento recupera las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, como principal eje rector.

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.

A continuación se enuncian algunas las recomendaciones que la OMS elaboró en los documentos anteriormente mencionados:

◆ **Atender respetuosamente** a la persona gestante, manteniendo su dignidad, confidencialidad y privacidad.

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

- ◆ Establecer una **buena línea de comunicación** entre el personal de salud y las personas 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.**
- ◆ Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando **son necesarias por motivos médicos.**



Instrumentos de buenas prácticas

Con el objetivo de optimizar este instrumento con los caminos ya recorridos en cuanto a las buenas prácticas obstétricas con perspectiva de género, esta Guía recupera el material bibliográfico expresado en recomendaciones de otras Guías, Protocolos y Manuales ya existentes.

Los siguientes documentos fueron elaborados con evidencia científica. Toda institución sanitaria y su personal debe conocer y cumplir con los lineamientos aquí planteados, su no cumplimiento puede incurrir en violencia obstétrica.

Aquí se esbozan las principales características de cada documento:

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

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):**

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 morbilidad 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):**

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)

♦ **Decálogo de los derechos del Bebé Prematuro. UNICEF**

1. La prematuridad se puede prevenir en muchos casos por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.

2. Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y a ser atendidos en lugares adecuados.

3. El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.

En concreto, en este Decálogo se viene a determinar que esa atención tiene que ser individualizada.

4. Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.

5. Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna.

6. Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro (ROP).

ROP viene a ser una situación que tiene lugar en los nacimientos antes de término y que consiste en que estos vienen a frenar lo que es el desarrollo normal de la capa del ojo llamada retina, que juega un papel clave en la visión.

7. Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, cuando sale del hospital, a programas especiales de seguimiento.

8. La familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.



Los padres se determina que son, entre otras cosas, “excelentes prestadores de cuidado amoroso, contención, control y estimulación para el niño prematuro en todas las etapas del camino, desde las unidades neonatales hasta los consultorios de seguimiento”.

9. El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.

10. Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término.

◆ **Guía de Buenas Prácticas para la Atención de Muerte Perinatal y Neonatal. Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza. Maternidad e Infancia. 2019.**

Esta Guía tiene como objetivo brindar herramientas comunicacionales a los equipos de salud para favorecer un duelo no patológico en los padres y madres.

Enuncia como buenas prácticas:

✓ Acompañamiento: Se favorecerá el acompañamiento de la persona gestante y se respetarán las creencias religiosas y culturales.

✓ Comunicación: Siempre el profesional debe presentarse, decir su nombre y preguntar el nombre de la paciente, igual que al dirigirse a su hijo/a. La información debe ser clara. Resalta como importante el lenguaje verbal respetuoso, una escucha activa, y el cuidado de algunas frases comunes

✓ Ambiente: reunir condiciones de privacidad y silencio. Habitación alejada del llanto de otros niños/as. Privacidad para despedirse de la persona recién nacida fallecida.

✓ Favorecer la participación y elección cuando sea posible: Favorecer la toma de decisiones como forma de parto. Si desea ver o no al cuerpo del recién nacido fallecido.

- ✓ Ofrecer apoyo psicológico.
- ✓ Cuidados del cuerpo sin vida: Respetar el derecho de contacto. Vestir y colocar un una cuna el cuerpo para su traslado. Nunca en frasco o caja. El traslado a la morgue lo hará el equipo de salud.
- ✓ Ofrecer recuerdos: Ropa, huellas plantares, palmares, etc.
- ✓ Necropsia: Con información clara y consentimiento informado.
- ✓ Suspensión de la lactancia: de forma medicamentosa, se consultará a la mujer y se ofrecerá consulta por complicación.
- ✓ Trámites administrativos: cada hospital debe tener un protocolo escrito de los trámites para facilitar la gestión. No se deberá demorar la entrega de certificado de defunción fetal, así como el certificado de nacido vivo.
- ✓ Seguimiento ambulatorio: Otorgar turno para control obstétrico previo al alta. Ofrecer asesoramiento en salud sexual y reproductiva y salud mental.
- ✓ Cuidados para el equipo de salud: Deben ser capacitados para abordar estas situaciones. se sugieren grupos de reflexión.



Recomendaciones generales para dar cumplimiento a las buenas prácticas obstétricas con perspectiva de género en maternidades de la Provincia de Mendoza

Todos aquellos servicios sanitarios público y privado que asisten personas con capacidad de gestar en situación de embarazo, parto, post parto y post aborto deberán dar cumplimiento a las siguientes recomendaciones a fin de no incurrir en situaciones de violencia obstétrica.

1. Todo servicio debe conocer las **leyes y recomendaciones** de organismos internacionales, asimismo aplicar los instrumentos de buenas prácticas aquí enunciados. Si el personal no lo conociere se deberá garantizar instancias de **capacitación y formación** para su socialización y conocimiento.

2. Los servicios deben garantizar el **fácil acceso a la presente Guía**, ya sea de manera **impresa o digital** para la totalidad del personal de salud competente.

3. Todo/a profesional de salud que atienda a una persona con capacidad de gestar en situación de embarazo, parto, post parto y post aborto, debe estar **debidamente identificado/a** con nombre y cargo a la vista (credencial de identificación)..

4. Todo servicio sanitario (Centro de Salud, Hospitales) de persona con capacidad de gestar en situación de embarazo, parto, post parto debe contar con **cartelería informativa de los derechos** establecidos en la Ley 25.929 y datos del Programa Provincial de Prevención y Erradicación de la Violencia Obstétrica. Dicha información debe estar ubicada a la vista en el ingreso del servicio.

5. El personal de salud debe **facilitar folletería informativa** a las usuarias del servicio, respeto a sus derechos y posibilidades de realizar una denuncia administrativa y/o reclamo por alguna situación de violencia obstétrica.

6. Todo **servicio de Neonatología** debe permitir el **ingreso irrestricto** para progenitores de la persona recién nacida internada. Así también deberá contar con la planificación de días especiales para visitas de hermanos/as y abuelos/as.

Informar sobre situaciones de violencia obstétrica

A continuación se desarrolla de qué manera y con qué fin se puede poner en conocimiento a autoridades correspondientes situaciones de Violencia Obstétrica.

A que se refiere la denuncia administrativa?

La denuncia administrativa es un **reclamo** que la persona afectada realiza con el fin de **poner en conocimiento** a las autoridades competentes sobre una situación de violencia obstétrica **tanto en el ámbito público como privado**. De esta manera, las autoridades podrán tomar las medidas necesarias para que la situación denunciada no vuelva a ocurrir.

No se investigarán cuestiones vinculadas con una posible "**mala praxis**", sino que se tratará de verificar la existencia de prácticas y/o condiciones en el establecimiento asistencial denunciado, que generen situaciones de violencia hacia las mujeres.

De esta manera se llevará a cabo una investigación, que **puede concluir en sanciones**, capacitaciones, incluso auditorias en el establecimiento denunciado. Posteriormente se **formularán recomendaciones** para procurar que las situaciones de violencia detectadas no vuelvan a suscitarse.

Dónde informar situaciones de Violencia Obstétrica?

Las situaciones de violencia obstétrica se registrará a través de un formulario (ver modelo en ANEXO), con los datos personales (de uso confidencial), el relato de lo sucedido y todo aquel dato que se considere relevante para la investigación.

Este reclamos puede realizarse en el mail observatoriogyd@mendoza.gov.ar y/o de manera presencial en calle **España 16, Ciudad.Tel 4242281**. Podrá ingresar asimismo, a través de la la Dirección Maternidad e Infancia al mail dpmimza@mendoza.gov.ar quienes oportunamente iniciarán el procedimiento correspondiente.

Cabe aclarar, que es conveniente que no pasen más de dos años luego de sucedido el hecho para su eficaz procedimiento.



Procedimiento ante situaciones de Violencia Obstétrica:

A continuación desarrollaremos el modelo de procedimiento con el fin de proponer un circuito que operativice y agilice el accionar de los organismos competentes.

Organismos Involucrados en la resolución de las situaciones:

Dirección de Maternidad e Infancia:

Tiene como función la aplicación de políticas de salud dirigidas a proteger la salud de embarazadas y puérperas. Por lo tanto, se constituye en órgano de **aplicación, ejecución y cumplimiento** de la presente Guía, tanto en el ámbito público como privado.

Dirección de Recursos Humano:

Tiene entre sus funciones, proponer las sanciones disciplinarias dentro del ámbito de su competencia. Por lo tanto, será el organismo que ante la recepción de denuncias dirigidas a personal de salud, deberá **disponer de las sanciones disciplinarias** que correspondan.

Dirección de Género y Diversidad:

Tiene entre sus funciones, promover el desarrollo de políticas públicas con perspectiva de género, articulando interinstitucionalmente. En este sentido, la Dirección se encargará de **edición de la Guía**, brindar **capacitaciones** para su implementación. De dar **asesoramiento** individual y institucional, asimismo de otras acciones de **Prevención**. Realizará **relevamiento** de datos de las situaciones, y su **análisis** a través de su **Observatorio**.

Descripción del Procedimiento:

La denuncia administrativa y/o reclamo debe ingresar a través de entrevista personal, en caso de no ser posible por mail o por teléfono inicialmente.

Inmediatamente se realizará entrevista con profesional competente y tomará datos necesarios para profundizar sobre la situación denunciada. Luego pondrá en conocimiento a la Dirección General del Hospital, para comenzar el proceso de investigación.

El proceso de investigación incluye acceso a la Historia Clínica y entrevista con profesionales y personal de salud involucrado.

En dicho proceso se llevarán a cabo reuniones mensuales con referentes, Dirección de Género, Maternidad e Infancia, Recurso Humano y demás organismos competentes. Allí se

dará evaluación y resolución a la situación..

Posteriormente, se informa a Profesionales, Instituciones, y denunciante sobre los resuelto respecto de la situación.

Posibles Resoluciones:

Según el caso y su gravedad se dará como resolución diferentes acciones de carácter preventivas y/o sancionatorias.

◆ Acciones preventivas:

Talleres, Capacitaciones, Formación obligatoria, etc.

◆ Acciones Sancionatorias:

Auditoría en Instituciones, Maternidad e Infancia dispondrá de modificación de protocolos, entre otras acciones.

Sanción disciplinaria al personal (cambio de función, suspensión, apercibimiento, despido) a través de Recurso Humano de las instituciones y del Ministerios de Salud, Desarrollo Social y Deportes.

Sistematización:

Se llevará a cabo por el Observatorio de Género de la Dirección de Género y Diversidad de la Provincia de Mendoza, a través del procesamiento de datos y elaboración de informes.







Bibliografía

◆ 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

◆ Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW)

◆ Decálogo de los derechos del Bebé Prematuro. UNICEF
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001157cnt-decalogo-prematuros-derecho.pdf>

◆ 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>

◆ Guía de Buenas Prácticas para la Atención de Muerte Perinatal y Neonatal. Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza. Maternidad e Infancia. 2019.
<http://www.salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2015/11/Buenas-Pr%C3%A1cticas-en-duelo-perinatal.pdf>

◆ Guía de Atención de Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud de la Nación. (2010):
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

◆ 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 Men-

doza. 2018. Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

http://www.generoydiversidad.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/30/2016/03/GUIA-TECNICA_ILE_pdf.pdf

† Magnone Alemán Natalia “Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica”. X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo. 2011

◆ ONU, Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Simonovic, “Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”. Julio, 2019

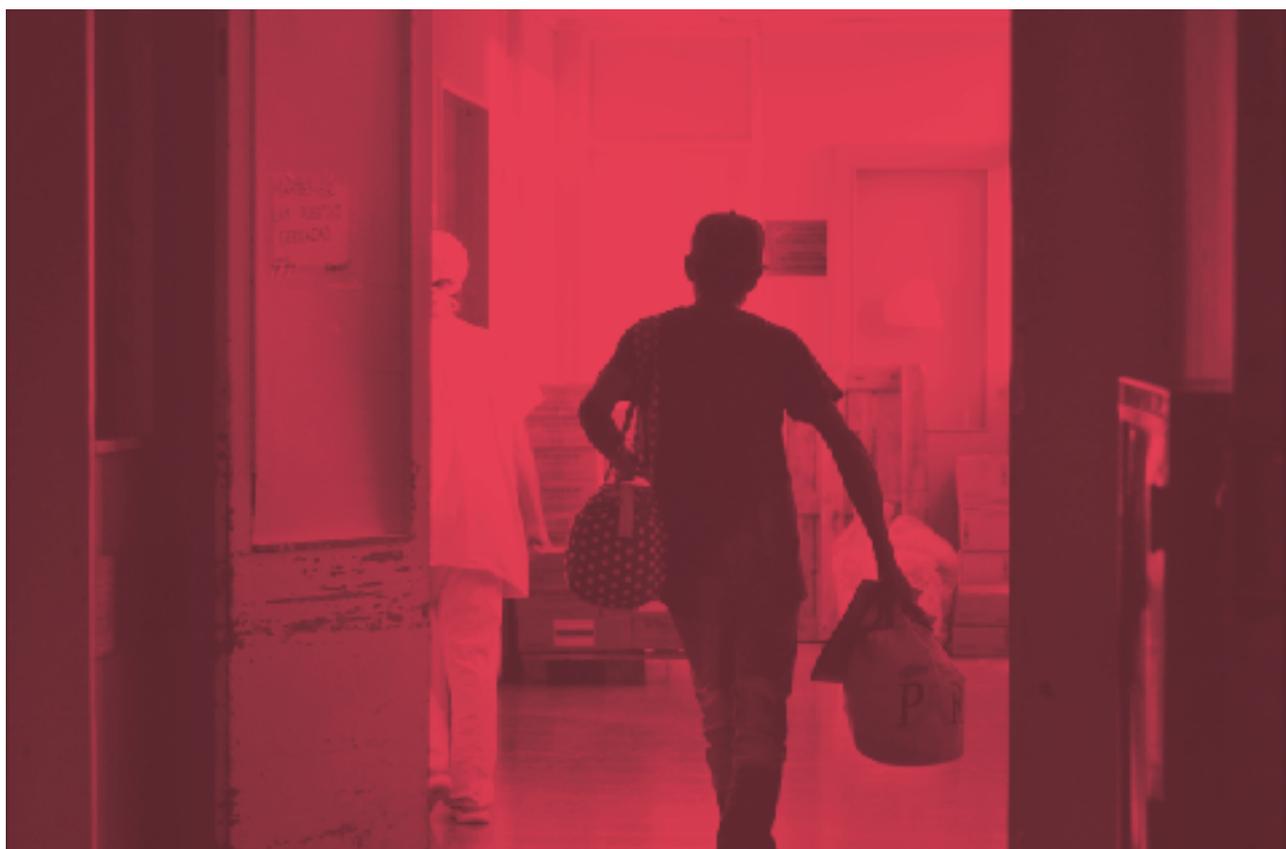
◆ OMS. Recomendaciones. Declaración de Fortaleza “El nacimiento no es una enfermedad” (2015). Actualización: “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva”(2018)
http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf

◆ 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.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

◆ 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.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

◆ UNICEF. Decálogo de los derechos del bebé prematuro.
https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-03/Salud-Prematuros_Decalogo2013.pdf







Recursos y contactos institucionales:

✓ Dirección de Género y Diversidad de la Provincia

España 16, Barrio Bombal de Ciudad

Teléfono: 4241862 – 4242281

Correo: dmgd@mendoza.gov.ar

✓ Dirección de Maternidad e Infancia

Av. España 1425, Mendoza

Teléfono: 0261 423-7074

✓ Hospitales con servicio Maternidad:

GRAN MENDOZA:

✓ Hospital Luis Lagomaggiore (Ciudad de Mendoza)

Directora: Dra. Roxana Cabrera

Teléfono: 0261 413-4600

✓ Hospital Diego Paroissien (Maipú)

Director: Dr. Luis Jofré

Teléfono: 0261 497-2277

✓ Hospital Dr. Ramón Carrillo (Las Heras)

Director: Dr. Diego Agustín Irigo

Teléfono: 0261 430-8666

ZONA ESTE:

✓ Hospital Perrupato (San Martín)

Director: Dr. Omar Dengra

Teléfono: 0263 442-2195

✓ **Hospital Saporiti (Rivadavia)**

Director: Dr. Basilio Manuel Liberal

Teléfono: 0263 444-3026

ZONA SUR:

✓ **Hospital Schestakow(San Rafael)**

Director: Dr. Luis Vergani

Teléfono: 0260 442-4290

VALLE DE UCO

✓ **Hospital Sacaravelli (Tunuyán)**

Director: Dr. Carmelo Fazio

Teléfono: 02622 42-2324

✓ **Hospital Tagarelli (San Carlos)**

Directora: Dra. Silvina Fidela Córdoba

Teléfono: 02622 45-1166



Anexo

Registro de Denuncia ante una de Situación de Violencia Obstétrica

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 se efectuó:

-Antes de parto -En el parto -Después del parto -Después de un aborto

Personal de salud que intervino (nombre y función):

Describir la situación de violencia con los detalles necesarios:

Tipo de Violencia:

-Psicológica -Física -Sexual -Simbólica -Económica

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



MENDOZA GOBIERNO

Min. de Salud, Desarrollo Social y Deportes
Dir. de Género y Diversidad
Dir. de Maternidad e Infancia