



## II JORNADAS de GÉNERO y DIVERSIDAD SEXUAL “AMPLIACIÓN DE DERECHOS: PROYECCIONES Y NUEVOS DESAFÍOS”



**Título:** **Violencia obstétrica: cuando las leyes no alcanzan**

**Autora:** Beatriz Morrone (Grupo Estudios Familia, Género y Subjetividades/CEHis/FdH/UNMdP, [bmorrone@infovia.com.ar](mailto:bmorrone@infovia.com.ar))

**Palabras Clave:** VIOLENCIA OBSTÉTRICA – GÉNERO - MEDICALIZACIÓN DE LA SALUD

### **El recorrido**

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX comenzó a institucionalizarse y a medicalizarse el parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de los partos. Esto fue considerado un progreso ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron, pero, a la vez, significó la incorporación en Hospitales, regidos por los conceptos de personas enfermas, de una enorme mayoría de mujeres y recién nacidos sanos. Pasaron a internarse para el parto separados de su familia, en ambientes intimidantes, con horarios restringidos de visitas, con recién nacidos colocados detrás de vidrios aislantes y a recibir, en general, un trato despersonalizado, desvalorizante y poco afectuoso con consecuencias iatrogénicas como la lesión del vínculo madre-hijo y la introducción de otros líquidos y sucedáneos en la alimentación del recién nacido sano, con graves consecuencias para la lactancia materna. El parto se transformó en un acto médico cuyos significados científicos dejaron de lado los otros aspectos. Dejó de ser privado y femenino para ser vivido de manera pública, con presencia de otros actores sociales (Ministério da Saúde Brasil: 2001).

Menéndez (1985) postula que “*la práctica médica radica su mirada en una aparente especificidad: la de la enfermedad ‘en sí’*”. Esta práctica elimina la red de relaciones sociales, productivas e ideológicas, que afectan la salud global del trabajador; pero también la de su familia. La obstetricia, parte de este modelo, se caracteriza por su enfoque en lo patológico

más que en lo fisiológico. La atención biomédica del parto fisiológico implica una “normatización”, que permite la “acción” de los profesionales; y un “control”, que permite la “eficacia” en la aplicación de las técnicas (Menéndez, 1985); con un enfoque exclusivo en el aspecto corporal patológico que convierte a la parturienta en un sujeto de intervención o paciente. De esta forma, evidenciamos un disciplinamiento violento de las parturientas hacia la maternidad, puesto que se ven obligadas a aceptar rutinas de atención estandarizadas, mecanizadas, masificadas –que agreden su cuerpo y su subjetividad– en nombre de su responsabilidad maternal. (Vásquez Quezada, 2013).

Rutinas que no toman en cuenta su diversidad socio cultural; y que exponen su cuerpo y su intimidad a las miradas de los profesionales, a las intervenciones repetitivas de los aprendices, a la “censura de sus expresiones emocionales”. (Fernández ,1994).

Se convirtió el nacimiento en una enfermedad y las mujeres y sus familias pasaron a ser subordinados por el Equipo de Salud, perdiendo el protagonismo y “aceptando”/padeciendo las reglas de las instituciones. En la actualidad, estas situaciones aún se hacen evidentes y perpetúan estas formas violentas de atención en centros asistenciales públicos y privados, en muchos casos “disfrazados” con mejor hotelería e iguales acciones contrarias a los Derechos de las mujeres en etapa reproductiva.

La OMS (1985) realizó una reunión en Fortaleza, Brasil, en donde la Declaración del “*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 ni en las rutinas burocráticas de los establecimientos.

La implementación y evaluación de políticas públicas con perspectiva de género favorecen el pleno ejercicio de los derechos humanos y el fortalecimiento de la construcción ciudadana. Es contradictorio el caso de las mujeres argentinas ya que aparecen poderosas ante la ley pero sin la efectivización plena de esos Derechos en los espacios sanitarios en donde se evidencia su vulnerabilidad dentro del área de atención obstétrica en instituciones públicas y privadas.

La vulneración parecería continuar el derrotero de las etapas previas a la legislación que hoy protege sus Derechos. Se dispone de la Ley de Parto Humanizado N° 25.929 y su reglamentación Decreto 2035/2015. Esta Ley conocida como "*de parto humanizado*" o "*parto respetado*", promueve que se resguarde a la mujer en sus particularidades –raza, religión, nacionalidad- y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas relacionadas con su salud y la atención que reciba tanto ella, su hijo/hija recién nacida y su familia. Entre estos se destaca que la familia de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos: recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento. A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.

A lo que se sumó la Ley de Protección integral a las mujeres, Ley 26.485/09 Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Se reconoce en su artículo 6° Inc. e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929/09.

En el Decreto Reglamentario 1011/10 queda reconocido que incurren en violencia contra la libertad reproductiva los/as profesionales de la salud que no brindan el asesoramiento necesario o la provisión de todos los medios anticonceptivos, como así también los/as que se niegan a realizar prácticas lícitas atinentes a la salud reproductiva. 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. Se considera personal de salud a los efectos de la ley a todo aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza. Las mujeres que se atienden en las referidas instituciones tienen el derecho a negarse a la realización de las prácticas propuestas por el personal de salud. Las instituciones del ámbito de la salud pública, privada y

de la seguridad social deben exponer gráficamente, en forma visible y en lenguaje claro y accesible para todas las usuarias, los derechos consagrados en la ley que se reglamenta. (Decreto 1011/10).

Los cambios culturales dentro de las instituciones sanitarias y las de formación de los profesionales y técnicos sanitarios corren por carriles enlentecidos dado que esto supone un cambio de paradigma con la consecuente pérdida de protagonismo del equipo médico y del control sobre las mujeres. Su relación y acción debería dar muestras concretas de prácticas respetuosas y seguras.

Todo este andamiaje legal, más las campañas de sensibilización sobre la problemática, requirieron además de la Guía para la atención del parto normal en Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF).

La Guía está destinada a los Equipos de Salud que asisten a mujeres y recién nacidos sanos durante el período perinatal con una filosofía centrada en el respeto, la humanización, la calidad y la seguridad en la atención, en concordancia con la legislación antes mencionada. Explicita que deben respetarse las necesidades, no sólo biológicas, de la mujer y su familia, atendiendo los requerimientos psico-socio-culturales, por lo que esta Guía enfatiza el concepto de MSCF que surge cada vez con mayor fuerza en todo el mundo desde fines del siglo XX y comienzos del siglo XXI. En esta misma publicación se adjuntan en Anexos las Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Maternidad y de los Servicios de Neonatología, aprobadas recientemente e incorporadas al Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Las Guías para la práctica y las Normas de Organización y Funcionamiento deben complementarse entre sí para lograr que se brinde la mejor calidad en la atención perinatal a la madre, a su hijo recién nacido y a su familia. Una maternidad “centrada en la familia” promueve la visión de que la mujer y su entorno deben tomar un rol activo y central en el cuidado de su embarazo y participar en el desarrollo y la evaluación del mismo. Existen innumerables evidencias científicas desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) que demuestran que el estrés producido por un entorno desconocido durante el parto, sumado a una atención mecanizada y medicalizada incrementan el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres produciendo un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y, consecuentemente, más

efectos adversos en la mujer/madre y el recién nacido. Por ende iatrogenias y efectos adversos.

La iniciativa de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) a nivel de políticas públicas, promueve un cambio de paradigma para enfrentar la inequidad y la discriminación en la atención de la salud de las mujeres embarazadas, madres, niñas y niños dentro del sistema público de salud. Implica un cambio de paradigma, pues es una propuesta superadora de la falaz dicotomía entre lo tecnológico y lo humanístico, para lo que se requiere un cambio en la Cultura Organizacional (CO). Los dos pilares fundamentales y complementarios: las prácticas de salud basadas en la evidencia científica y el respeto por la autonomía y la capacidad de las mujeres y las familias de tomar decisiones informadas.

Todas estas iniciativas legislativas, ministeriales, de organizaciones científicas, supranacionales y de la sociedad civil aún no han reunido la suficiente fortaleza para fisurar y hacer tambalear una cultura organizacional que violenta los Derechos de las Mujeres, su hijos/as y sus familias. Las modificaciones edilicias en muchas maternidades de la provincia de Buenos Aires, adaptándolas a los requerimientos de las MSCF, no han cambiado las rutinas mecanizadas, a-criticas, medicalizadas y centradas en prácticas instrumentales que van a contrapelo de las Guías internacionales y nacionales.

### **Que sucede en los escenarios en donde las Leyes deben materializarse**

Se tomó para esta investigación una maternidad pública de la provincia de Buenos Aires que fue adaptada con los requerimientos edilicios de las MSCF y cuyos equipos profesionales tuvieron actividades de sensibilización sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, las leyes arriba mencionadas y la filosofía de las MSCF.

En esta institución se realizó una investigación focalizada en la percepción de la satisfacción de la calidad de atención recibida por las destinatarias en la internación obstétrica en 1998 y en 2002. (Morrone, 1998, 2000, 2003).

Se reitero el estudio en 2015 con el fin de comparar los resultados en instancias socio-económicas, legales y con políticas públicas sociales en salud más favorecedoras de una satisfacción percibida por las destinatarias en esta MSCF.

Se destaca que contrariamente a lo esperado los equipos refuerzan los mecanismos de reproducción de prácticas antagónicas a la filosofía de la MSCF según se infiere de las experiencias protagonizadas por mujeres entrevistadas que asistieron sus partos en esa institución.

Asimismo aparecería en el discurso de los supuestos dinamizadores de esta mudanza en la cultura organizacional, que todo el peso del resguardo de los Derechos que la asisten sean respetados recaer en la más vulnerable de la cadena, que es la mujer transitando su trabajo de parto. Doblemente afectada ya que no existe capacidad de cambio de institución, ni de equipo de atención, y ve desmoronarse todas sus expectativas prometidas sobre el respeto a sus decisiones y el acompañamiento permanente de un sostén emocional que funcionaría con limitaciones severas, pero como mediador en ese escenario.

## **Conclusiones**

Los resultados no han variado sustancialmente entre los estudios realizados en 1998 y 2002 y además son desalentadoras las evidencias obtenidas en 2015 en instancia socio-económicas, legal y con políticas públicas sociales en salud más favorecedoras de una asistencia respetuosa y humanizada hacia las destinatarias en esta actual MSCF.

Por lo expuesto, y dado el tiempo transcurrido, en principio hasta podríamos plantear un retroceso ya que no impactaron favorablemente modificando y reduciendo la violencia obstétrica ni las Leyes que resguardan los Derechos de las mujeres y de sus niñas recién nacidas.

Asimismo se observaron y fueron relatadas en las entrevistas similares actitudes mecanizadas, impersonales, violentas y contrarias a las MSCF por parte de todos los integrantes del equipo de atención. No se modificaron en los casi 20 años transcurridos entre la primera investigación y la de 2015 mudanzas significativas en las rutinas de los médicos jóvenes, formados y graduados con este marco legal vigente. Lo mismo sucede con los demás integrantes sean estos profesionales, técnicos y/o auxiliares.

El nuevo espacio edilicio construido según el funcionamiento de una MSCF funciona con las mismas lógicas violentas de los antiguos servicios, las mujeres solas en su instancia de pre-parto y puerperio, y solamente en algunos casos y según el criterio personal del obstetra u

obstétrica que asiste se “ permite” el ingreso de acompañante solamente durante el expulsivo y sin integrar a estxs al proceso de atención integral familiar. Tampoco se informa sobre los Derechos que amparan tanto la mujer, su hijx y su acompañante.

En síntesis el escenario es similar a lo observado en los estudios anteriores lo que significa en la actualidad un retroceso y ausencia de modificaciones que permitan inferior que las políticas públicas sociales en salud, las nuevas Leyes promulgadas en el primer decenio del siglo XXI y la implementación de la MSCF hayan impactado concretamente en la asistencia respetuosa de los Derechos de las mujeres, y tampoco en su Seguridad disminuyendo la morbilidad asociada a las prácticas sin evidencia científica validada.

### **Para finalizar y recomenzar**

Por todo lo mencionado cabe preguntarnos en principio ya que la violencia obstétrica demuestra que las leyes no alcanzan

¿Que cambios y contenidos se han incluido en los programas de formación en el pre-grado de las carreras de las profesiones de la salud sobre Derechos?

¿Que modificaciones se han incluido en los programas de formación en el Sistema de Residencias de profesionales de la salud que se especializan en atención ginecológica, obstétrica y medicina general?

¿Las actividades de sensibilización sobre Derechos y MSCF que se han realizado en las instituciones de atención obstétrica y ginecológica como monitorean su efectividad?

¿Quién/nes monitorea/n en las instituciones la satisfacción percibida por las mujeres y sus familias, que informes se elevan y que programas de mejora se implantan en consecuencia de los resultados?

¿Hasta cuando las voces de las mujeres y sus familias seguirán sin ser escuchadas?

### **Bibliografía**

CEDES- UNICEF. (2015) *ABC de la MSCF. Manual para el Diagnóstico de la Cultura Organizacional* Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) Buenos Aires

INSTITUTO DE GÉNERO, DERECHO Y DESARROLLO INSGENAR Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos (2003) *Con todo al aire Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos de la provincia de Santa Fe.* Comité Latinoamericano y del Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer. Rosario

INSTITUTO DE GÉNERO, DERECHO Y DESARROLLO INSGENAR Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos (2009) *Actualización al primer informe y descripción de las estrategias y herramientas utilizadas por el observatorio de salud, género y derechos humanos.* Comité Latinoamericano y del Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer. Rosario

LARGUÍA A. M. (1998) Maternidades Centradas en la Familia. En *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 17 pp.:103-109.

Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado Decreto Reglamentario 2035/2015 Argentina.

Ley Nacional N° 26485/09 Protección Integral para Prevenir, Sancionar, y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, Decreto Reglamentario 1011/10. Argentina.

MATERNIDAD SARDÁ (2007) *Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia.* Buenos Aires

MENÉNDEZ, Eduardo. (1985). Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. En *Cuadernos Médicos Sociales* N° 33 :pp. 3-34, Rosario.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil (2001) *Parto, aborto e puerperio: Assistência Humanizada à Mulher.* Brasília

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA (2010). *Guía para la atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia*. 4º edición. Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, OPS, UNICEF (2015) *Conclusiones de la Reunión Cumbre Maternidad Segura Centrada en la Familia*.- Buenos Aires,

MORRONE, Beatriz (1998) Satisfacción de las mujeres relacionada a la atención recibida durante la internación obstétrica. En *Actas de la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*.

MORRONE Beatriz. (2003) Calidad de atención: una evaluación desde la percepción de los destinatarios. En: *Revista de Enfermería del Hospital Italiano* Año 7 .Número 19. pp.:5-8

MORRONE, Beatriz (2004) Humanización: una mirada crítica sobre la práctica cotidiana. En: *Revista de Enfermería del Hospital Italiano* Año 8 .Número 23. pp. 4-7.

MORRONE, Beatriz (2006) *El lado oscuro de las nueve lunas..* 2º ed. Editorial Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

MORRONE, Beatriz (2008) *Dando a luz al lado oscuro de las nueve lunas. El contradictorio caso de las mujeres argentinas: poderosas para ley. Sin derechos en escenarios sanitarios.* Ediciones Suárez Mar del Plata. Argentina

OMS/ OPS/ CLAP (2003) *DECÁLOGO metas a lograr en la atención materno perinatal en América Latina y el Caribe*

OMS. (1985) El Nacimiento no es una enfermedad, Declaración de Fortaleza, Brasil  
En: *Lancet* 1985, 8452-II :456-7.

PAUTASSI, Laura. (Organizadora). 2010. *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Biblos

PETRACCI, Mónica. (2007). *La opinión pública sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina, 1991-2006*. Tesis Doctoral. UBA. Buenos Aires.

URIBURU, G.; MERCER, R., ROMERO, M., ZAMBERLIN. N., HERRERO. B. (2008) *El modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudio de buenas prácticas*. OPS. Buenos Aires,

VÁSQUEZ QUEZADA, Mónica Esmeralda (2013) *Pluralismo médico y parto biomédico en la maternidad Isidro Ayora de Quito*. FLACSO Ecuador