

(In)Definiciones institucionales para el abordaje de la violencia obstétrica en la provincia de Buenos Aires

 Laurana Malacalza*

En este artículo pretendemos identificar las áreas de debate acerca de qué prácticas, acciones y omisiones constituyen la violencia obstétrica y los ámbitos en que el Estado es responsable de prevenir y definir alguna modalidad de sanción, reparación o corrección frente a estas situaciones. Para ello analizaremos el proceso de elaboración de un procedimiento institucional para el tratamiento de una denuncia por violencia obstétrica realizada desde el Observatorio de Violencia de Género de la Defensoría del Pueblo de la provincia de Buenos Aires (en adelante OVG)¹.

Los campos de disputa comienzan en un lugar bien básico: qué prácticas u omisiones ejercidas por profesionales de la salud constituyen violencia obstétrica. En este marco y estos debates intervienen diferentes actores del campo de lo estatal, las corporaciones de profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales y las mujeres que en forma individual hacen públicas las experiencias de violencia durante los procesos reproductivos.

Definiciones legislativas

El marco legislativo argentino define la violencia obstétrica a través de la conjunción de dos leyes: la 26485 de protección integral contra toda forma de violencia hacia las mujeres y la Ley 25929 de parto respetado.² La violencia obstétrica se formula como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con lo establecido por la legislación. Es decir, de la conjunción de ambas normas se establece que el momento en que se puede padecer la violencia obstétrica es durante el embarazo, el parto o el puerperio y solo los efectores de salud, es decir quienes son agentes de salud o trabajan en instituciones de salud, son quienes pueden cometer esta forma de violencia.³

En un primer momento, podemos identificar dos tipos de violencia obstétrica a partir de las definiciones que se encuentran en el marco legislativo y en los estándares internacionales de derechos sexuales y reproductivos.

La violencia obstétrica *física* que se configura a través de prácticas invasivas sobre la embarazada o el feto, al suministro de medicación de manera no justificada de acuerdo al estado en el que se encuentra el proceso reproductivo o cuando no se respetan los tiempos biológicos del parto. En este sentido, desde el OVG hemos incorporado los lineamientos elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ para

* Laurana Malacalza es coordinadora del Observatorio de Violencia de Género de la Defensoría del Pueblo de la provincia de Buenos Aires (OVG). Se desempeña como docente de posgrado en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata, es Magister en Poder y Sociedad desde la Perspectiva de Género de la Universidad Nacional de Rosario y doctoranda en Derechos Humanos de la Universidad de Lanús. Parte de la información contenida en este artículo fue relevada por Analía Carrillo y Carolina Racak, abogadas e integrantes del OVG.

1. Observatorio de Violencia de Género de la Defensoría del Pueblo de la provincia de Buenos Aires. (2013). Informe: monitoreo de políticas públicas y violencia de género/Año 2013. En línea: <<https://www.defensorba.org.ar/publicaciones/informe-ovg-2013/download/Informe-Anual-OVG-2013-Monitoreo-de-Políticas-Públicas-y-Violencia-de-Genero.pdf>> y Observatorio de Violencia de Género de la Defensoría del Pueblo de la provincia de Buenos Aires. (2014-2015). Informe 2014/2015: Monitoreo de políticas públicas y violencia de género. En línea: <<https://www.defensorba.org.ar/publicaciones/informe-ovg-2014-2015/download/Informe-Anual-OVG-2014-2015-Monitoreo-de-Políticas-Públicas-y-Violencia-de-Genero.pdf>>.

2. Definición contenida en el artículo 6 inciso e de la Ley 26485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

3. De acuerdo a lo establecido en el decreto reglamentario de la Ley 26485 se deberá entender por personal de salud a todo aquel/lla que trabaja en un servicio, se trate de los/las 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.

4. OMS. (1996). "Cuidados en el parto normal: una guía práctica". Informe presentado por el Grupo Técnico de trabajo. Ginebra. En línea: <<http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/i/3976/144/cuidados-en-el-parto-normal-una-guia-practica>>

5. Entre las cuales se encuentran: un plan personal hecho con la mujer y su familia durante el embarazo en el que se determine quién efectuará el parto y dónde; evaluación del riesgo durante el cuidado prenatal; controlar el bienestar, tanto físico como emocional, de la mujer durante el parto y al finalizar el proceso del nacimiento; brindar apoyo empático durante el parto y nacimiento; respetar la elección de la mujer sobre quién la acompañará en el parto; dar a las mujeres tantas explicaciones e información como ellas deseen; utilizar métodos de alivio del dolor no invasivos y no farmacológicos durante el parto, tales como masajes y técnicas de relajación; libertad para la mujer de movimiento y adopción de la postura que prefiera durante el parto, entre otras.

6. Entre las que se encuentran el uso rutinario de: enemas, del rasurado púbico, de las infusiones endovenosas durante el parto, de una cánula endovenosa profiláctica, de la posición supina durante el trabajo de parto; examen rectal; uso rutinario de la posición de litotomía con o sin "colgar" las piernas durante el parto; pujos prolongados.

7. Entre las que se pueden mencionar: métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto.

8. Se puede mencionar las siguientes: restricción de alimentos y líquidos durante el parto; control del dolor por agentes sistemáticos; control del dolor por analgesia peridural; monitoreo fetal electrónico; utilización de máscaras y camisolines estériles durante la atención del parto; exámenes vaginales repetidos o frecuentes.

clasificar los tipos de prácticas que deben realizarse durante el parto. Entendemos que estos lineamientos deberían ser contemplados en la identificación de prácticas y acciones que constituirían violencia obstétrica:

1. Prácticas evidentemente útiles que tendrían que ser promovidas.⁵
2. Prácticas claramente perjudiciales o ineficaces que habría que eliminar.⁶
3. Prácticas sobre las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.⁷
4. Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.⁸

La violencia obstétrica psicológica se refiere al trato que los profesionales o efectores de la salud producen sobre el cuerpo de las mujeres durante las prácticas obstétricas que podemos definir como deshumanizado, discriminatorio, humillante. También se configura esta modalidad de violencia ante la falta de información a la mujer sobre la evolución del parto, de su salud o la de su bebé, o sobre las prácticas que se le realizarán al bebé o a ella. También ante la omisión o prohibición de algunos de los hechos que se consagran en el marco legislativo.

La violencia obstétrica en la denuncia de las mujeres

Yo estaba muy nerviosa porque ellos vienen y te meten la mano. Estaba tan nerviosa que creía que no iba a poder [...] Hablaban entre ellos y se decían que con gente así no se podía trabajar, que se querían ir a sus casas. A mí no me hablaban... A mi marido no lo dejaron pasar. Le mostraron al bebé desde la puerta. Mi mamá tampoco me pudo acompañar. El bebé nació a las 5:45 de la mañana, se lo llevaron apenas nació y me lo trajeron al mediodía. Nadie me decía nada. Yo tenía una desesperación terrible... Lo que más me dolió fue que en la sala de parto la partera me dijo: "Vos no tengas más hijos porque si te ponés así no podes tener más" (Denuncia ingresada al OVG en el año 2015).

A partir del año 2013 ingresaron al OVG más de sesenta casos en los que se denunciaba en el ámbito de salud pública y privada situaciones de violencia obstétrica. A partir de estos casos hemos identificado algunas de las prácticas, acciones u omisiones realizadas en los servicios de tocoginecología y obstetricia, del ámbito público o privado, que fueron denunciadas como violencia obstétrica:

- » Las prácticas que se realizan sin informar a las pacientes. No se registran documentos de consentimiento informado en los casos constatados, lo que resulta en la imposibilidad de las pacientes de conocer las alternativas que contemplen sus derechos a estar informadas, a poder elegir entre las opciones posibles y a asentir a las prácticas.
- » Se registran intervenciones que vulneran la intimidad de las mujeres, como prácticas de raspados o tacto en salas comunes, lo que las expone no solo a condiciones no asépticas, sino también a la exhibición de su cuerpo y genitales, hechos que constituyen una situación de violencia de múltiples dimensiones.
- » Los malos tratos, insultos y otras prácticas de coerción, que constituyen tratos crueles, inhumanos y degradantes. Se observan malos tratos en las prácticas médicas de rutina.
- » Las actuaciones de los y las profesionales no tienen en cuenta los lineamientos que desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud provincial se han desarrollado ante consultas de aborto y/o posaborto y no contemplan la contención psicológica de las pacientes, quienes en algunos casos se encuentran atravesando situaciones traumáticas con secuelas psíquicas graves.

- » Se registran situaciones de desinformación vinculadas al manejo de la historia clínica de las pacientes por parte de los/las efectores/as de la salud la que debería incluir un informe interdisciplinario en situaciones traumáticas como son los casos de atención de aborto y/o posaborto, o ante el fallecimiento del bebé.
- » Se observa la adulteración de las historias clínicas y el impedimento de acceso a estas a las mujeres víctimas, sus familiares y allegados/as frente a situaciones de violencia o de afectaciones graves a la salud.
- » En muchos casos se tomó nota de la imposibilidad de la mujer de estar acompañada por su pareja o por algún/a familiar o persona que haya elegido.
- » Resulta una práctica constante la imposibilidad de elegir la posición en la que se encontrará la mujer al momento del parto.
- » También se han relevado los impedimentos para poder moverse, comer o beber durante el trabajo de parto.
- » En la totalidad de los casos se relevó la existencia de agresiones verbales por parte de los efectores de salud que van desde retos, burlas, insultos e ironías hasta amenazas y humillaciones.

En la habitación estaba yo, mi pareja, una chica que ya tenía a su bebé desde temprano y las dos parteras: Alejandra y Margarita. En ese momento deciden hacerme una maniobra llamada dilatación manual [...] me hacen pujar y Margarita introduce sus dedos en mi vagina apretando muy fuerte hacia adentro y además abriendo los dedos adentro. En ese momento de tanta fuerza que hago, y además por la cantidad de horas sin poder ir al baño, -no me dejaban moverme de la cama, antes le había preguntado a una enfermera porque tenía ganas de hacer pis-, le digo que tengo ganas de ir al baño. Me dijo que no puedo y traen la chata, me decían entre las dos que haga caca, que eso estaba bien, repetían, hacé caca, hacé caca [...] Que era la fuerza que tenía que hacer. La humillación que me produzco defecar con todos esos espectadores fue totalmente devastadora. Juro que rebajaron toda mi moral, ya no me quedaba nada. A todo esto Margarita tenía sus dedos en mi vagina, y los movía dentro. En ese momento me sentí violada, impotente, desbastada, rota por dentro, sin nadie que me proteja, vulnerable, angustiada. (Denuncia ingresada al OVG en el año 2015).

Frente a estas formas de violencia expresadas en el testimonio de las mujeres el Estado argentino y el Estado provincial no han previsto un mecanismo de tramitación de las situaciones de violencia que estas sufren en otros ámbitos que no sea el doméstico. La legislación nacional ha definido otras modalidades de violencia contra las mujeres (institucional, obstétrica, laboral, mediática, contra la salud sexual y reproductiva), pero no ha previsto procedimientos formales de tramitación de denuncias o reclamos frente al Estado. Es decir, la legislación vigente ha definido una serie de derechos sin establecer el modo de tramitar las denuncias cuando estos son vulnerados por parte del Estado, a través de los profesionales y funcionarios del ámbito público de la salud o a través de las obras sociales o dependencias de la salud de carácter privado.

La Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (CONSAVIG) –cuyo el objetivo es implementar los procedimientos de sanciones a la violencia de género en sus diferentes tipos y modalidades– elaboró un documento con algunos lineamientos para la definición de un procedimiento institucional de recepción, tramitación y control de denuncias por violencia obstétrica.⁹

A partir de este documento, desde el OVG se impulsó la creación de un procedimiento para tramitar ante el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires las denuncias que fueron identificadas como de violencia obstétrica.

9. Venezuela en 2007 fue el primer país del mundo en emplear el término de "violencia obstétrica" en el marco de la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, seguida por los estados mexicanos de Durango, Veracruz, Guanajuato y Chiapas, en 2007, 2008, 2010 y 2012, respectivamente.

La construcción de un caso supone el diseño de una estrategia de abordaje que tenga dos líneas: en lo inmediato, la atención del reclamo, tras una práctica que evidencie modalidades de violencia de género ejercida sobre el cuerpo de la mujer, así como también la evaluación del modo de implementación, cumplimiento y seguimiento efectivo de las políticas públicas en materia de derechos sexuales y reproductivos. En ese sentido, las acciones que realiza el OVG se pueden agrupar en dos niveles:

1. A nivel individual: la intervención institucional se inicia ante una presentación en la cual se denuncia una situación que puede encuadrarse dentro de un caso de violencia obstétrica. Se implementa desde el OVG un mecanismo administrativo tanto en la recepción de la denuncia como en su tramitación. Se realiza luego un requerimiento a los organismos que correspondan –de acuerdo a la naturaleza pública o privada de la institución en la cual ocurrieron los hechos– dirigido a la realización de una investigación y eventual sanción a los efectores de salud involucrados en las quejas presentadas.
2. A nivel institucional: a partir del monitoreo de las políticas públicas de salud se elaboran lineamientos propositivos orientados al diseño, implementación y seguimiento de políticas públicas relativas a la violencia obstétrica que contengan pautas de incorporación de la perspectiva de género en el tratamiento integral de la temática.

Con el propósito de organizar la modalidad de entrevista y estrategia de actuación frente a los casos que se denuncian como de violencia obstétrica en el OVG se elaboró un protocolo de recepción de casos de violencia obstétrica destinado a la línea 0-800 de la Defensoría del Pueblo de la provincia de Buenos Aires y al equipo de profesionales del OVG que realiza la atención, gestión y seguimiento de las denuncias. El objetivo de dicho documento es la organización de la información técnica necesaria para relevar los casos de violencia obstétrica a través de entrevista presencial y/o telefónica.

En base a esta definición a nivel nacional, el OVG convocó a y formó parte de una mesa de trabajo junto con entidades estatales y organizaciones no gubernamentales abocadas a la temática para formalizar un procedimiento administrativo para investigar los hechos que se denuncian, identificar responsabilidades profesionales y administrativas e impulsar, desde el Ministerio de Salud de la provincia, medidas correctivas para los profesionales de la salud identificados y también dirigidas a los hospitales o clínicas en las que se habrían realizado las prácticas identificadas.¹⁰

La mesa tuvo como eje prioritario de trabajo establecer los lineamientos generales para la recepción, tramitación y seguimiento de las denuncias que se realizaran ante situaciones de violencia obstétrica. Luego de sucesivas jornadas de debate –que se prolongaron desde el año 2013 al momento de elaboración de este artículo– fue posible acordar un modelo de intervención para los casos que ocurrieran en el sector público. Esta labor se plasmó en el *Protocolo de intervención para casos de violencia obstétrica acaecidos en el sector público*, que no ha sido ratificado aún por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Con respecto a los hechos que ocurren en el sector privado, el Ministerio de Salud se comprometió a trasladar la inquietud a una mesa de trabajo que se llevaría adelante con representantes de ese sector, sin aún establecer ningún tipo de procedimiento formal.

El objetivo de este modelo de protocolo fue establecer un mecanismo institucional de recepción, tramitación y control de denuncias por violencia obstétrica en el ámbito público de la provincia de Buenos Aires. En ese documento el Estado provincial se comprometió a garantizar a las víctimas de violencia obstétrica: la recepción de información sobre los derechos que les asisten en su idioma y en forma accesible a su edad

10. En esta instancia se contó con la participación del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, el Consejo Provincial de las Mujeres, la Red Latinoamericana y del Caribe para Humanización del Parto y Nacimiento –Relacahupan– y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo –INADI–.

y madurez y el recibir asistencia psicológica, médica y farmacológica en forma gratuita, así como asesoramiento legal integral. Respecto a la presentación de las denuncias frente a una situación identificada como de violencia obstétrica, se garantiza que su testimonio sea recibido en condiciones especiales de protección y cuidado, también se asegura el derecho a ser informado/a del estado de las actuaciones, de las medidas adoptadas y de la evolución del proceso.

“Vos no podes pedir nada porque sos una presa”

Ni el sector privado de la salud ni las unidades carcelarias de mujeres han sido reconocidos como ámbitos de intervención por parte del Ministerio de Salud en casos que se identifiquen y denuncien como hechos de violencia obstétrica.

Las quejas presentadas ante el OVG nos permitieron identificar que el 40% de las situaciones denunciadas ocurrieron en instituciones privadas. Sin embargo, el Gobierno provincial, a través del Ministerio de Salud, aún no ha dispuesto un procedimiento que le permita intervenir en los casos acaecidos en el ámbito privado, en clínicas privadas o frente al incumplimiento de las obras sociales privadas de la garantía de cumplimiento de los derechos consagrados en la ley de parto respetado.

Por falta de definiciones y precisiones del Ministerio de Salud respecto a la tramitación de los casos de violencia obstétrica acaecidos en el ámbito privado, el OVG dispuso un procedimiento interno a fin de poder dar respuesta a las denuncias presentadas.

En este procedimiento se prevé un traslado de la denuncia a la institución involucrada y una notificación al Colegio de Profesionales del cual depende el o la profesional identificado. Este procedimiento busca comprometer a los actores del sector privado de la salud en los procesos de sanción y corrección. El procedimiento culmina con un dictamen en el cual se establece si los hechos denunciados configuran para la Defensoría del Pueblo violencia obstétrica y se realizan una serie de recomendaciones a fin de evitar situaciones de similares características en el futuro.

Por último, es preciso señalar el desafío en términos conceptuales e institucionales que supone el abordaje de las situaciones de violencia obstétrica que sufren las mujeres encarceladas en un contexto en el que la violencia es un componente estructural de gestión en la cárcel. En primer lugar, por la regularidad de prácticas violentas, de malos tratos y torturas que ocurren en las cárceles de la provincia de Buenos Aires. Por otro, por la particularidad del entramado burocrático institucional en el que se desarrolla la salud sexual y reproductiva de las mujeres encarceladas.

Me revisó una doctora y me dijo que estaba con peligro de aborto, que era muy grave. De ahí me llevaron a hacer una ecografía, pero no me dejaban hablar con el médico y el médico tampoco me hablaba [...] Estaba acostada en la camilla mientras me hacían la ecografía y cuando yo quise preguntarle al médico, la señora policía me agarra la cara y me dice: “Vos no le tenés que hablar al médico, el médico está para hablar con nosotros”. Mientras yo estaba desnuda el masculino me miraba. “¡Basta!”, le dije yo, “es una falta de respeto”. Pero ellos me decían: “¡Callate! Vos no podes pedir nada porque sos una presa” (Entrevista a una mujer encarcelada en la provincia de Buenos Aires).

En la provincia de Buenos Aires, la administración del servicio de salud de las mujeres presas está a cargo del área de salud penitenciaria del Ministerio de Justicia provincial mientras que el área de seguridad depende directamente de Jefatura del Servicio

11. En el año 2005, y a través del Decreto 950/2005 de la provincia de Buenos Aires, se suprimió en el ámbito del Servicio Penitenciario Bonaerense la Dirección de Sanidad y se creó, en el ámbito del Ministerio de Justicia la Subsecretaría de Política Penitenciaria y Readaptación Social, la Dirección General de Salud Penitenciaria (artículo 3).

Penitenciario Bonaerense (SPB).¹¹ En la práctica, la falta de articulación de estas dos órbitas segrega a las mujeres del acceso a las campañas de salud y políticas nacionales y provinciales que promueven los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, entre otros. La atención brindada desde la salud penitenciaria queda entonces sometida a las lógicas de seguridad de las unidades. Es el personal de seguridad penitenciaria –dependiente de Jefatura del SPB– el que gestiona los traslados de las mujeres a centros de salud extramuros para turnos o internación y el que garantiza –o no– el cumplimiento de los designios médicos respecto a la provisión de medicamentos, de dietas o de cualquier otra disposición médica. Se genera así, una pugna entre el área de salud penitenciaria y el personal de seguridad del SPB.

En el marco de estas definiciones institucionales las situaciones de violencia hacia las mujeres durante el desarrollo de sus procesos reproductivos pueden ejercerse tanto por parte de los profesionales de la salud como del personal de seguridad o como producto de este entramado burocrático.

Por disposición reglamentaria del SPB durante el parto las mujeres encarceladas no pueden permanecer acompañadas por un familiar u otras personas que ellas hayan elegido, solo deben estar acompañadas por el personal penitenciario. Ha sido corroborado por el OVG que durante la permanencia en los hospitales públicos las mujeres se encuentran con grilletes, incluso en el momento del amamantamiento. Personal de seguridad –masculino y femenino– uniformado realiza las tareas de vigilancia en la puerta de las salas de parto y salas de internación. Han sido recurrentes las denuncias porque los/las agentes penitenciarios/as les impiden mantener a las mujeres encarceladas contacto con sus hijos/as recién nacidos/as: la mayoría de ellas son trasladadas a las unidades penales mientras sus hijos/as recién nacidos permanecen en los hospitales.

Con estos señalamientos pretendemos dar cuenta de las dificultades que aún persisten en las definiciones de las políticas públicas para garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Como marcábamos al principio de este artículo, nos encontramos frente a un escenario en el que todavía faltan definiciones basales: desde la participación del Estado para definir qué prácticas constituyen violencia obstétrica hasta su rol frente a los hechos de violencia que se producen en el sector privado de la salud y aquellos que ocurren regularmente en las unidades carcelarias.