



Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud.

Legislación de Argentina, Venezuela y México.

Autor

María Pilar Lampert

Email: mlampert@bcn.cl

N° SUP: 131209

Comisión

Elaborado para la Comisión de Mujer y Equidad de Género, de la Cámara de Diputadas y Diputados en el marco de la discusión del proyecto de ley que establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica (boletín N° 12148-11).

Resumen

La promoción del parto humanizado implica restablecer a la mujer que está dando a luz como un sujeto activo y empoderarla, poniéndola en el centro y en control de su parto, donde el equipo médico trabaje al servicio de ésta y del proceso que está viviendo. Al mismo tiempo, busca que los servicios de maternidad se basen en evidencia científica y no en prácticas médicas que neutralizan a la mujer, que al final dificultan que se lleve a cabo el parto natural vaginal. Finalmente, exige cambiar el foco de los servicios maternos hacia la atención primaria basada en la comunidad y no en los hospitales, lo que también implica reconocer y validar prácticas ancestrales que los pueblos originarios han tenido respecto al parto, respetándolas, y por tanto, introduciendo la multiculturalidad en el proceso del nacimiento.

La OMS, en el documento “Recomendaciones de la OMS, Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva”, establece 56 recomendaciones para los cuidados durante el trabajo de parto y parto, orientadas no sólo a disminuir las intervenciones innecesarias, sino a mejorar la experiencia de las mujeres, mediante una atención por profesionales amables y técnicamente capaces, donde las mujeres tienen mayor poder de decisión durante el trabajo de parto y el parto.

En la legislación comparada de América Latina, se observa que en Argentina la humanización del parto se reguló el año 2004 a través de Ley N° 25.929 de derechos de los padres y de la persona recién nacida, y posteriormente el 2009 la violencia obstétrica, en la Ley N° 26.485, de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Por su parte, en Venezuela, en el año 2007, la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, definió la violencia obstétrica. Finalmente, México no incluye el concepto de violencia obstétrica en su Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, del año 2007 (ni en posteriores modificaciones del mencionado cuerpo legal), a pesar de que la Comisión de Igualdad de Género de la Cámara de Diputados aprobó el dictamen de una acta de modificación en el año 2015, para definir el concepto e incluirlo en la legislación. Pero sí ha incluido el concepto de “Violencia obstétrica” en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, a propósito del Derecho a la Protección de la Salud y a la Seguridad Social. Para posteriormente, el año 2016, anunciar la nueva norma 007 -SSA2-2016 de carácter obligatorio que afecta a todo el país, donde se establece el concepto de humanización del parto.

Introducción

El presente informe ha sido solicitado por la Comisión de Mujer y Equidad de Género, de la Cámara de Diputadas y Diputados en el marco de la discusión del proyecto de ley que establece derechos en el ámbito de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica (boletín N° 12148-11), y tiene como objetivo desarrollar la temática del parto humanizado y su relación con la violencia obstétrica, así como también las directrices que han dado la Organización Mundial de la Salud en relación a estas temáticas.

Asimismo, se explora legislación de Argentina, Venezuela y México en las que se encuentran contempladas ambas temáticas. Argentina, establece dos marcos legales, uno sanitario, donde si bien no se habla de parto humanizado, la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, si entiende esta ley como de “Parto Humanizado” toda vez que en el artículo 2º, se establecen los derechos que tiene toda mujer en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto. Mientras el concepto de “violencia obstétrica” queda definido en un cuerpo legal posterior, en la Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. En el caso de Venezuela, la ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, tipifica la “violencia obstétrica”, define actos que constituirían este tipo de violencia y establece las sanciones correspondientes a quienes la ejerzan. Finalmente, México aunque tiene una Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, no tipifica la violencia obstétrica en este marco legal. Sin embargo, la norma 007-SSA2-2016 de la Subsecretaria de Salud, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, respalda el parto humanizado y los derechos de la mujer en el parto. Esta resolución es una norma técnica de carácter obligatorio que rige en todo el país.

I. Antecedentes

Después de la Segunda Guerra Mundial, en pleno siglo XX, la medicalización de los servicios de maternidad pasa a ser un fenómeno global. Aunque las prácticas de asistencia al parto difieren de un lugar a otro debido a componentes culturales, o incluso dentro de una misma zona por las diferencias en las praxis obstétricas, la asistencia al parto normal se traslada desde el interior del hogar a una sala de hospital, justificándose en las mejoras en la seguridad y en los resultados obstétricos. Junto con la hospitalización de la parturienta, se empieza a concebir y a tratar a la gestante como una mujer enferma que requiere asistencia médica (Biurrun-Garrido, y Goberna-Tricas, 2013).

Así, con la disminución tanto de la mortalidad materna, como de los recién nacidos, se va consolidando progresivamente un modelo de atención donde prima el dominio médico por sobre el proceso natural del nacimiento, con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo. El rol de los profesionales sanitarios toma preeminencia y con su poder, subordina la maternidad al modelo biomédico, centrado en lo biológico y la tecnología, mientras se excluye completamente el proceso emocional del nacimiento (Walsh, 2010).

Sin embargo, gracias a algunas voces críticas y a diversos movimientos sociales, en la década de 1980, comienzan los primeros cuestionamientos organizados respecto de las praxis médicas del parto y puerperio. Como resultado, se producen cambios en la conceptualización de lo que debía ser una

atención de calidad, tanto por parte de algunas parturientas como de algunos profesionales de la salud, reivindicándose el empoderamiento de la mujer y su participación activa en el proceso reproductivo (Biurrun-Garrido, y Goberna-Tricas, 2013).

En 1985, la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional para las Américas de la OMS, celebraron una conferencia en Fortaleza (Brasil), sobre la tecnología apropiada para el parto. Como resultado se formuló el documento “¡El nacimiento no es enfermedad! 16 Recomendaciones para la Apropiada Tecnología del Nacimiento” (Declaración de Fortaleza).

Estas recomendaciones se basaron “en el principio de que cada mujer tienen el derecho fundamental de recibir una atención prenatal apropiada; que la mujer tiene un rol central en todos los aspectos de esta atención, incluyendo la participación en el planeamiento, desarrollo y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión y en la implementación de una apropiada atención prenatal”. En síntesis, esta conferencia hizo que la OMS revisara el modelo biomédico de atención a la gestación, por considerar que la medicalización del proceso del parto, había invisibilizado a la mujer, por lo que no se tenían en cuenta sus necesidades y expectativas, a la vez que se limitaba su autonomía. Esto redundaba en que las mujeres no estaban recibiendo una atención adecuada.

Quince años después, en la misma ciudad de Ceará en Fortaleza, la OMS organizó la “Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto”, celebrada en noviembre del año 2000, donde se definió con precisión el concepto de humanización. En este marco se entiende “Parto Humanizado”, como aquel donde “el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo emocional), entre otros. En suma, la mujer debe ser el foco en la atención maternal; los servicios ofrecidos deben ser sensibles a sus necesidades y expectativas” (Sadler, 2003).

Esta promoción del parto humanizado implica restablecer a la mujer que está dando a luz como un sujeto activo y empoderarla, poniéndola en el centro y en control de su parto, donde el equipo médico trabaje al servicio de ésta y del proceso que está viviendo. Al mismo tiempo que se busca que los servicios de maternidad se basen en estudios avanzados y evidencia científica y no en prácticas médicas que neutralizan a la mujer, que al final dificultan que se lleve a cabo el parto natural vaginal. Finalmente, también es necesario cambiar el foco de los servicios maternos hacia la atención primaria basada en la comunidad y no en los hospitales (cuidados terciarios) (Wagner, 2006), lo que también implica reconocer y validar prácticas ancestrales que los pueblos originarios han tenido respecto al parto, respetándolas y por tanto introduciendo la multiculturalidad en el proceso del nacimiento.

Las prácticas de “parto humanizado” tienen como objetivo central lograr que el parto se constituya en una experiencia satisfactoria para la mujer, a la vez que han buscado disminuir la “violencia obstétrica” (Pozzio, 2016), concepto definido en la Argentina, durante la I Jornada de Participación Ciudadana para la Definición de la Violencia Obstétrica, realizada en junio de 2013, como un “concepto en

construcción”, invisibilizado por el sistema médico hegemónico en el plano conceptual/discursivo y legitimado en el plano concreto por una práctica médica que, sistemáticamente, prioriza la “prevención mediante la intervención” por sobre el respeto de la fisiología y los procesos naturales del cuerpo humano y por sobre una definición más amplia del estado de salud, fomentando y dando lugar, así, a este tipo de violencia.

En virtud del trabajo simultáneo en 13 mesas, se intentó abarcar todas las caras de la agresión de un sistema médico que conduce a cesáreas innecesarias y a alumbramientos que se alejan de lo natural, mediatizados por intravenosas que aceleran el normal curso del parto, que aleja a los bebés de sus madres, que lo primero que descubren del mundo es un espacio atiborrado de luces artificiales y aparatos, donde se interfiere con el apego y la lactancia. También, se incluyó en la discusión temática, la violencia física, verbal, psicológica y emocional, que son objeto las mujeres, en las situaciones de parto y puerperio, en relación a la fertilización asistida y en situaciones de aborto y post-aborto. También se trató, la violencia simbólica y medios, así como también la económica y la que se da en el marco jurídico.

Desde el punto de vista legal, el concepto de violencia obstétrica, ha sido definido en las normativas de América Latina 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” (Observatorio de Equidad de Género en Salud, 2013).

Desde un punto más académico, el desarrollo teórico ha sido más reciente, así Gabriela Arguedas Ramírez en un artículo académico del año 2014, señala que con la violencia obstétrica se “hace referencia a un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y postparto”. Por su parte, la Dra. Diana Galimberti, Coordinadora del Comité de Violencia de Género, de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, ha definido 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” (Galimberti, 2015). Finalmente, Eva Margarita García define la “violencia obstétrica” como “un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas maneras dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el período del embarazo, parto y postparto. Se trata de una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, y puede ser tanto física —uso de procedimientos innecesarios en el embarazo y el parto, falta de respeto en los ritmos naturales del parto— como psicológica —infantilización de las mujeres, trato despectivo y humillante, insultos y vejaciones”(García, 2018).

En este marco, la violencia obstétrica no es sólo consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, sino que se trata de una forma más de violencia de género, que está tan normalizada a nivel social, que resulta difícil visibilizarla como problema.

Las víctimas de violencia obstétrica suelen relatar cómo notaron una sensación creciente de pérdida de poder (haciéndolas sentir inferiores, como «que no tenían voz»), cómo se las ignoraba (el personal sanitario miraba la pantalla del ordenador en vez de establecer contacto directo, no escuchaba sus necesidades específicas; actuó por protocolo y como si todas las mujeres fueran iguales o usó un lenguaje confuso como método de separación entre profesional y paciente, etc.) y cómo existía una falta total de empatía (en distintos grados, desde insensibilidad hasta desdén y humillación directa de las pacientes) (García, 2018).

II. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

A pesar de las constantes declaraciones internacionales que establecen el derecho de las mujeres a recibir una atención prenatal apropiada y libre de violencia, la Declaración de la OMS, para la “Prevención y Erradicación del Maltrato en la Atención del Parto en Centros de Salud”, del año 2014, constata que. “[E]n todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación”.

Esta declaración establece que:

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación (OMS, 2014).

La declaración agrega que para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, son necesarias las siguientes acciones:

- Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.
- Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
- Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.
- Generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.
- Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.

Respecto al documento, “Recomendaciones de la OMS: Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, se da cuenta de que:

En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto (OMS, 2018).

En este documento, la OMS entrega 56 recomendaciones para los cuidados durante el trabajo de parto y parto, orientadas no sólo a disminuir las intervenciones innecesarias, sino a mejorar la experiencia de las mujeres, mediante una atención por profesionales amables y técnicamente capaces, donde las mujeres tienen mayor poder de decisión durante el trabajo de parto y el parto.

Dentro de las recomendaciones más generales durante todo el trabajo de parto y el nacimiento se encuentran las siguientes:

1. [L]a atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.
2. [L]a comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.
3. [E]l acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.

Más específicamente, se recomienda:

- Permitir que la mujer participe en la toma de decisiones sobre el manejo del dolor, el trabajo de parto, la posición de nacimiento del bebé y la necesidad de pujar, entre otras.
- No se aconseja la utilización de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el parto (como la oxitocina o la cesárea).
- No se aconseja el rasurado perineal/púbico, la limpieza con clorhexidina, ni la utilización de enemas de rutina antes del parto vaginal.
- En embarazadas de bajo riesgo se debe hacer tacto vaginal solo cada 4 horas.
- Según los deseos de la mujer, se recomiendan técnicas de relajación (relajación muscular progresiva, música, meditación, etc.) o técnicas manuales (masajes, compresas de agua caliente, etc.).
- Se sugiere que las mujeres con bajo riesgo coman o tomen líquido durante el trabajo de parto.

- Se aconseja mantener la movilidad y la posición vertical en mujeres con bajo riesgo durante la primera fase del parto. La mujer tiene derecho a elegir la postura en la que quiere dar a luz (incluida la posición de pie), haya recibido o no anestesia peridural.
- Las mujeres 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 aconsejan en pacientes con parto vaginal espontáneo.
- La paciente puede elegir técnicas para disminuir el trauma perineal, como el uso de compresas calientes o el masaje perineal, entre otros.
- El contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido debe ocurrir durante la primera hora, para estrechar los vínculos afectivos, disminuir el riesgo de hipotermia y estimular la lactancia.

III. Legislación extranjera

Actualmente en la región Argentina, Venezuela y México han legislado en relación al parto humanizado y la violencia obstétrica.

1. Argentina

La Ley N° 25.929 del año 2004, es una ley de salud pública y de derechos de los padres y de la persona recién nacida, donde se establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio.

Si bien esta ley no habla de parto humanizado ni lo define, la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, si entiende esta ley como de “Parto Humanizado” toda vez que en el artículo 2º, se establecen los derechos que tiene toda mujer en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, los que se describen a continuación:

- a) 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.
- b) 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.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) 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 de la parturienta o de la persona por nacer.

- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Posteriormente, el concepto de “violencia obstétrica” fue tipificado en 2009 en la Ley N° 26.485, Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, cuyo objetivo garantizar todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños, y la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

En el artículo 4 de la ley en comento, se describen la violencia contra las mujeres en los siguientes términos:

Toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

Luego, en los artículos 5 y 6 se definen 4 tipos de violencia, a saber, física, psicológica, sexual y la económica / patrimonial; y 6 tipos de modalidades, que a los efectos de esta ley se entiende por las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes: violencia doméstica contra las mujeres, violencia institucional contra las mujeres, violencia laboral contra las mujeres, violencia contra la libertad reproductiva, violencia obstétrica y violencia mediática contra las mujeres.

En particular, la violencia obstétrica queda definida como:

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 25.929¹.

Además la Ley N° 26.485 crea un procedimiento gratuito y sumarísimo para sustanciar las denuncias respectivas.

Esta conducta, sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales que correspondan, se sanciona con advertencia o llamado de atención por el acto cometido; comunicación de los hechos de violencia al organismo, institución, sindicato, asociación profesional o lugar de trabajo del agresor; y asistencia obligatoria del agresor a programas reflexivos, educativos o terapéuticos tendientes a la modificación de conductas violentas. Asimismo, cuando el incumplimiento configure desobediencia u otro delito, el juez deberá poner el hecho en conocimiento del/la juez/a con competencia en materia penal (artículo 32).

2. Venezuela

La “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, del 23 de abril de 2007 define en su artículo 1 que esta ley tiene por objeto garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, creando condiciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, impulsando cambios en los patrones socioculturales que sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, para favorecer la construcción de una sociedad justa democrática, participativa, paritaria y protagónica.

De este modo, el texto legal establece un conjunto integral de medidas para prevenir, sancionar y erradicar diversas formas de violencia de género, a la vez de garantizar a las mujeres el acceso pleno al ejercicio de todos sus derechos ciudadanos.

En particular, la Ley en comento en su artículo 15, se definen 19 formas de violencia de género¹ entre las que se incluye la violencia obstétrica, entendida como:

[L]a apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

¹ Las demás formas de violencia de género que se regulan son las siguientes: la violencia psicológica, el acoso u hostigamiento, la amenaza, la violencia física, la violencia doméstica, la violencia sexual, el acceso carnal violento, la prostitución forzada, la esclavitud sexual, el acoso sexual, la violencia laboral, la violencia patrimonial y económica, la esterilización forzada, la violencia mediática, la violencia institucional, la violencia simbólica, el tráfico de mujeres, niñas y adolescentes, y la trata de mujeres, niñas y adolescentes.

Posteriormente en el Capítulo VI, “De los Delitos”, se tipifican casi las mismas conductas descritas en el artículo 15 y se les asigna la penalidad correspondiente, además de regular los efectos de la reincidencia, y otras sanciones en contra del personal de salud que no dé aviso, de los funcionarios que no tramiten debidamente la denuncia, y de los superiores jerárquicos que no implemente medidas correctivas.

En particular, en el artículo 51 se indican los actos que constituirían violencia obstétrica y las sanciones correspondientes a quienes la ejerzan, de la siguiente manera:

- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda”.

3. México

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, del año 2007, tiene por objeto coordinar la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como establecer los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (art. 1)².

La ley en comento, distingue 6 tipos de violencia contra las mujeres, la violencia psicológica, violencia física, violencia patrimonial, violencia económica, violencia sexual, e incluyendo un tipo general entendido como “Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres”.

² Violencia contra la mujer. Derecho comparado. 2019. Pamela Cifuentes y Christine Weidenslauffer. Asesoría Técnica Parlamentaria. Biblioteca del Congreso Nacional. Disponible en: https://www.bcn.cl/asesoriasparlamentarias/detalle_documento.html?id=74657

Aunque dicha norma nacional no se refiere explícitamente a la violencia obstétrica, sí lo hacen sendas leyes en cuatro estados federados: Durango, Guanajuato, Veracruz y Chiapas.

En abril de 2015, la Comisión de Igualdad de Género de la Cámara de Diputados aprobó el dictamen a la minuta que incorpora el concepto de violencia obstétrica en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia³, en los siguientes términos:

La violencia obstétrica considera toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Lo será también la negligencia en la atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, considerando como tales la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.

Practicar el parto por vía de cesárea, cuando hay condiciones para llevarlo a cabo de forma natural, además del uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, se estableció de igual forma como violencia obstétrica.

Asimismo, obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.

Sin embargo en la versión más actualizada de la norma, al año 2021, no se ha considerado aun la modificación propuesta⁴.

En esta misma línea, el 4 de diciembre de 2014 se dictó la nueva Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. A propósito del Derecho a la Protección de la Salud y a la Seguridad Social, el artículo 50, inciso segundo, dispone que “[L]as autoridades [...], en relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes, se coordinarán a fin de: XIII. Prohibir, sancionar y erradicar la esterilización forzada de niñas, niños y adolescentes y cualquier forma de violencia obstétrica;”.

Finalmente, el año 2016, el Gobierno Mexicano anuncia la nueva norma 007-SSA2-2016 de la Subsecretaría de Salud, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, que respalda el parto humanizado y los derechos de la mujer en el parto. Esta resolución es una norma técnica de carácter obligatorio que rige en todo el país.

Dentro de los avances la regulación menciona:

La humanización del parto, favoreciendo el parto natural por sobre las cesáreas.

³ Cámara de Diputados – México. Aprueba Comisión incorporar en la ley el concepto de violencia obstétrica. Disponible en: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2015/Abril/16/5462-Aprueba-Comision-incorporar-en-la-ley-el-concepto-de-violencia-obstetrica>

⁴ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Última reforma el año 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/indesol/documentos/ley-general-de-acceso-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia-17-12-2016>

5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbilidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

El respeto a la mujer parturienta

5.5.3 Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

Derecho a moverse libremente durante el trabajo de parto y a elegir la posición que más le acomode a la mujer al parir.

5.5.5 Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal.

Dentro de las prácticas que se desaconseja, se encuentran:

La intervención con oxitocina sintética y ruptura de membranas

5.5.7 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

El rasurado, enema, tactos vaginales repetitivos y episiotomía.

5.5.9 A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricatomía vulvo perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera. Asimismo, se debe reducir el número de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota médica en el expediente clínico. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.

Revisión manual de la cavidad uterina, después de la salida de la placenta (dolorosa e innecesaria)

5.5.18 La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; no es una maniobra sustitutiva de la comprobación de la integridad de la placenta. Sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.

Referencias

Arguedas Ramírez, Gabriela. “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, Vol. 11, No. 1 Enero-Junio, 2014, 145-169. Disponible en: <file:///C:/Users/mlampert/Downloads/14238-Texto%20del%20art%C3%ADculo-24954-5-10-20140630.pdf>

Biurrun-Garrido, Ainoa y Josefina Goberna-Tricas. 2013. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16876/173/la-humanizacion-del-trabajo-de-parto-necesidad-de-definir-el-concepto-revision-de-la-bibliografia>

Galimberti, Diana (2015) “Violencia Obstétrica”. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf

Observatorio de Equidad de Género en Salud *Violencia de Género en Chile, Informe monográfico 2007-2012* (N° 4, Santiago de Chile, OPS/OMS, 2013). Disponible en: <https://www.paho.org/chi/dmdocuments/ViolenciadegeneroenChile.pdf>

I Jornada de Participación Ciudadana para la Definición de la Violencia Obstétrica. 2013. Por el Derecho a Elegir cómo Parir y Asociación Argentina de Parteras independientes (AAPI). Disponible en: http://www.diariofemenino.com.ar/documentos/I_JORNADAS_VIOLENCIA_OBSTETRICA.pdf

OMS-OPS. 1985. ¡El nacimiento no es enfermedad! 16 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. 1985. Disponible en: <https://www.sarda.org.ar/images/1995/4-5.pdf>

OMS. 2000 Declaración de Ceará en torno a la Humanización. Disponible en: <http://www.nacimientorespetado.com/decretos/latinoamerica1.pdf>

OMS. 2014. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=C72D6B1077AD7D25D68B310B7EF9E729?sequence=1

OMS. 2018. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>

Sadler, Michelle. “Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario”. Tesis para optar al Título de Antropóloga Social. Universidad de Chile. Santiago, 2003. Disponible en: http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Asi_me_Nacieron_a_mi_Hija._Aportes_antropologicos_para_el_analisis_de_.pdf

Walsh, DJ. Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. *Social Health Illn.* 2010; 32: 486-501. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20003040>

Wagner, Marsden. 2006. El cuidado Maternal en España 2006: La Necesidad de Humanizar el Parto. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1986342>

Legislación

Ley 25.929. 2004. República Argentina. Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>

Ley 26.485. 2009. República Argentina. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. 2007. República Bolivariana de Venezuela, Asamblea Nacional Caracas, Venezuela. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>

Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. 2007. Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2017_mex_ref_leygralvidalibredeviolencia.pdf

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. 2014. Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <https://www.gob.mx/sipinna/documentos/ley-general-de-los-derechos-de-ninas-ninos-y-adolescentes-lgdna>

Norma Oficial Mexicana 007 -SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria, está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)