

Programa Provincial
de Salud Sexual y
Reproductiva - PBA SSR
Subsecretaría de Atención
de la Salud de las Personas

ISSN 2545-8221
(en línea)

Resumen de políticas

3/2017

Violencia obstétrica

Un problema estructural y actitudinal

Ministerio de Salud



Buenos Aires
Provincia

Financiamiento: Este trabajo fue financiado por la Unidad Coordinadora de Proyectos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el marco del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Conflicto de intereses: La Lic. María Laura Andoro y la Lic. Mariela Teseyra pertenecen al Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Lic. Silvina Ramos es la Coordinadora técnica del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Lic. María Rosa Sabbadín es referente del SIP Provincial en la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Lic. Andrea Nieto y la abogada Estefanía Gelso pertenecen a la Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género; la Lic. Verónica Spinelli es la Directora de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género; la abogada Antonella Peres pertenece a la Dirección Provincial de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y no Violentos, dependiente de la Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud y la Enfermedad Física, Mental de las Adicciones. El Dr. Fernando Daverio es Jefe de Guardia de Tocoginecología en el Hospital Zonal General de Agudos Dr. Horacio Cestino de Ensenada. El resto de autoras/es declaran que no tienen conflictos de interés para declarar.

Agradecimientos: Las y los integrantes del Grupo Ejecutivo de este Resumen de políticas agradecen a las funcionarias del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires por su colaboración en la provisión de los datos de SIP-Gestión 2015.

Cita sugerida: Abalos E, Andoro L, Daverio F, Gelso E, Nieto A, Peres A, Ramos S, Sabbadin MR, Spinelli V, Teseyra M. Violencia obstétrica: un problema estructural y actitudinal. Serie Resúmenes de Políticas, N° 3. Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, abril de 2017.

ISSN impreso 2545-7810 – ISSN en línea 2545-8221

Datos de contacto:

Edgardo Abalos
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Moreno 878 6° Piso
(S2000DKR) Rosario, Santa Fe. Argentina
Teléfono/Fax: 0341 4483887
edgardoabalos@crep.org.ar

Coordinación de la Serie Resúmenes de Políticas:

Silvina Ramos
Coordinadora técnica
Programa de Salud Sexual y Reproductiva – PBA SSR

Evelina Chapman
Subsecretaria de Atención de la Salud de las Personas

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Av. 51 N°1120, La Plata, Provincia de Buenos Aires
Teléfono: +54 (0221) 4292918
ssyrprovbsas@gmail.com
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/>

TABLA DE CONTENIDOS:

Mensajes Clave	4
1- Introducción:	5
2- El problema:.....	7
. La violencia emocional o física:.....	7
. Los tratamientos médicos inapropiados o excesivos:	11
. La capacidad instalada para la atención del parto seguro, respetuoso y centrado en la familia:	14
En resumen:.....	18
3- Las opciones para abordar el problema:	19
Opción 1 – Intervenciones dirigidas a erradicar los malos tratos en las instituciones de salud	20
Opción 2 – Intervenciones dirigidas a asegurar el cumplimiento de los derechos de las mujeres y sus familias a un parto respetado sin intervenciones innecesarias.....	21
Opción 3– Intervenciones dirigidas a la adecuación de los sistemas de salud para garantizar a las mujeres y sus familias el acceso universal a la atención del parto dentro del marco de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.....	24
4- Observaciones sobre las opciones relacionadas con la equidad:.....	25
5- Referencias Bibliográficas:.....	26
6- Apéndices	29
Apéndice 1: Resumen de las investigaciones relevantes para la Opción 1:	30
Apéndice 2: Resumen de las investigaciones relevantes para la Opción 2:	30
Apéndice 3: Resumen de las investigaciones relevantes para la Opción 3:	30

Mensajes Clave

Marco general:

- Existe un consenso internacional para incentivar a las mujeres a concurrir a los servicios de salud para la asistencia de sus eventos reproductivos (incluida la atención del trabajo de parto y el parto) con el objetivo de garantizar el acceso universal a una salud sexual y reproductiva segura, aceptable y de buena calidad.
- Sin embargo, hay evidencia creciente a nivel global sobre la incapacidad de algunos servicios para garantizar la intimidad y privacidad de las mujeres, respetar sus tiempos biológicos y psicológicos, su autonomía para la toma de decisiones y sus pautas culturales, vulnerando sus derechos. Se incluyen en esta categoría los tratos inapropiados por parte del personal de la salud y las prácticas médicas innecesarias o no justificadas por la condición clínica de la mujer o su bebé.

¿Cuál es el problema?

- Existen numerosos relatos (y en algunos casos denuncias formales) de tratos abusivos e irrespetuosos por parte de miembros del equipo de salud hacia las mujeres o sus familias durante su experiencia del parto en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires.
- Existen barreras para el ingreso de acompañantes de las mujeres durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio. La utilización de prácticas episiotomía y conducción/corrección del trabajo de parto con ocitocina se encuentran por encima de los estándares recomendados, con amplias variaciones en las regiones sanitarias. Al parecer, no se respeta la libre elección de la mujer para adoptar la posición durante el parto, situación constante en todas las regiones sanitarias.
- No existe un relevamiento de la capacidad instalada en los servicios de maternidad de la totalidad de los hospitales públicos de la provincia que permita dimensionar la magnitud de las limitaciones estructurales de las instituciones que restringen el cumplimiento de los derechos de las mujeres y sus familias en el marco de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia.

¿Qué sabemos (a partir de revisiones sistemáticas) sobre las opciones viables para abordar el problema?

- **Opción 1 – Intervenciones dirigidas a erradicar los malos tratos en las instituciones de salud**
 - Posible mayor satisfacción de las mujeres con los tratos y cuidados recibidos, y disminución de los casos reportados por las mujeres sobre tratos inapropiados, violencia física y falta de respeto por la confidencialidad con intervenciones multifacéticas que incluyan talleres dirigidos a profesionales.
- **Opción 2 – Intervenciones dirigidas a asegurar el cumplimiento de los derechos de las mujeres y sus familias a un parto respetado sin intervenciones innecesarias**
 - La auditoría y devolución, los recordatorios y varios tipos de intervenciones educativas tienden a ser más exitosos para cambiar el comportamiento profesional que los procesos de consenso local y líderes locales de opinión.
 - Las intervenciones multifacéticas (combinación de dos o más estrategias) tienden a ser más efectivas que las intervenciones aisladas en los cambios de prácticas.
- **Opción 3 – Intervenciones dirigidas a la adecuación de los sistemas de salud para garantizar a las mujeres y sus familias el acceso universal a la atención del parto dentro del marco de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.**
 - Las unidades de TPR y las unidades con características familiares parecen ser aceptadas tanto por las mujeres como por el personal de la salud en términos de comodidad y continuidad de los cuidados de enfermería.

1- Introducción:

Breve reseña histórica sobre la institucionalización de los nacimientos en Argentina:

Mientras el racionalismo y escepticismo se transformaban en las corrientes de pensamiento preponderantes de la cultura occidental en la Edad Moderna y Contemporánea, la urbanización, junto a movimientos como la Ilustración, la revolución industrial, el capitalismo industrial y el incremento de los conocimientos científicos contribuían en gran medida a cambiar el modelo de relaciones establecido entre los estados, la salud y las comunidades. La forma de nacer no escapó a esos cambios. El hogar, ámbito histórico destinado a la mujer que atravesaba el parto rodeada de familiares o de otras mujeres que habían pasado por esa experiencia, fue paulatinamente desplazado por los hospitales siguiendo las políticas higienistas impulsadas por los Estados de mediados de siglo XIX, logrando en la Europa de comienzos del siglo XX la hegemonía en torno de las prácticas apropiadas durante el proceso del parto.¹ En nuestro país, la primera maternidad de que se tengan registros comenzó a funcionar el 10 de diciembre de 1853 en el Hospital de Mujeres de la ciudad de Buenos Aires, casi 80 años luego de su inauguración en 1774.² Sin embargo, el proceso de institucionalización de los nacimientos fue lento y heterogéneo en el territorio nacional debido a la falta de hospitales o maternidades. En el año 1938 había sólo 19 centros de maternidad en la ciudad de Buenos Aires y 23 en el resto del país, localizados en las grandes ciudades.³ En el año 1937 se creó la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, dependiente del Departamento Nacional de Higiene, aumentando en los años siguientes la institucionalización de los partos en el país del 30 al 60%. En la actualidad, los partos institucionales corresponden al 99,6% del total de nacimientos.⁴

La violencia dentro de las instituciones: Con el objetivo de garantizar el acceso universal a una salud sexual y reproductiva segura, aceptable por parte de las usuarias y de buena calidad, se incentiva a las mujeres a concurrir a los servicios de salud para la asistencia del parto mediante diferentes estrategias. Sin embargo, el acceso a los centros de atención no es suficiente para asegurar buenos resultados, ya que muchas deficiencias graves en la calidad de atención ocurren incluso en instituciones relativamente bien equipadas.

CUADRO 1: CONTENIDOS DEL RESUMEN DE POLÍTICAS

Este resumen de políticas compila evidencias de investigación a nivel global y local, obtenida de revisiones sistemáticas de la literatura y de investigaciones individuales, acerca de los indicadores y los determinantes de la violencia obstétrica en los hospitales del Sistema de Salud Público de la Provincia de Buenos Aires, las opciones para abordar el problema y las consideraciones fundamentales de implementación.

EL RESUMEN DE POLÍTICAS **NO** CONTIENE RECOMENDACIONES. La preparación de este resumen de políticas incluyó los siguientes pasos:

1. Conformación del Comité Directivo compuesto por integrantes del CREP y del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
2. Desarrollo y perfeccionamiento de los términos de referencia del documento, definición del problema y opciones viables para abordarlo, en consulta a través de encuestas, y con la ayuda de varios marcos conceptuales que organizan el pensamiento sobre las maneras de abordarlo.
3. Identificación, selección, evaluación y síntesis de la evidencia de investigaciones relevantes sobre el problema, las opciones y las consideraciones para la implementación.
4. Redacción del resumen de manera concisa y en un lenguaje accesible con los resultados de la evidencia de investigación local y global.

Las opciones para abordar el problema no son mutuamente excluyentes. Se pueden llevar a cabo de forma simultánea o se pueden extraer elementos de cada opción para crear una nueva opción. El resumen se preparó para informar a un **DIÁLOGO DELIBERATIVO** en el que la evidencia de la investigación es una (de muchas) consideraciones.

CUADRO 2: CONSIDERACIONES SOBRE LA EQUIDAD

Un problema puede afectar de manera desproporcionada a algunos grupos de la sociedad. Los beneficios, daños y costos de las opciones para abordar el problema pueden variar entre los grupos. Las consideraciones de implementación varían también según los grupos.

Una forma de identificar a los grupos que merece particular atención es el uso de "PROGRESS", que es un acrónimo formado por las primeras letras (en inglés) de las siguientes ocho formas que se pueden utilizar para describir grupos †:

- Lugar de residencia (por ejemplo, las poblaciones rurales y remotas);
- Raza/etnicidad/cultura (por ejemplo, los pueblos originarios, poblaciones inmigrantes y poblaciones de minorías lingüísticas);
- Ocupación o experiencias en el mercado laboral en general (por ejemplo, situaciones de trabajo precario);
- Género;
- Religión;
- Nivel de educación (por ejemplo, la alfabetización en salud); y
- Situación socioeconómica (por ejemplo, las poblaciones desfavorecidas económicamente), y el capital social/exclusión social.

Este resumen de políticas se esfuerza en abarcar a todas/os las/os ciudadanas y ciudadanos, también presta especial atención al grupo de la población de usuarias pertenecientes a los grupos más vulnerables. Muchos otros grupos merecen también consideración seria, y también se podría adoptar un enfoque similar para cualquiera de ellos.

† El marco PROGRESS fue desarrollado por Tim Evans y Hilary Brown (Evans 2003). Está siendo evaluada por el Área de Equidad de la Colaboración Cochrane como un medio para valorar el impacto de las intervenciones sobre la equidad en salud.

Un número cada vez mayor de investigaciones muestran que muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato negligente, irrespetuoso u ofensivo durante el parto en los servicios de salud,^{5,6} prácticas que en algunos casos se tornan cotidianas y naturalizadas, y pueden tener consecuencias adversas directas tanto en la mujer como en el bebé, incluyendo la desmotivación para concurrir a los servicios.⁷ Sin embargo, no existe todavía un consenso sobre cómo definir y medir el maltrato,⁸ por lo que se desconoce su prevalencia y su posible impacto en la salud de las mujeres.⁹ En general, al hablar de violencia hacia las mujeres en los servicios de salud sexual y reproductiva podemos definir cuatro categorías:

1- La violencia emocional o física, como el abandono y la falta de información sobre la evolución del parto o el estado del bebé, la falta de respeto por la intimidad, el lenguaje inapropiado (amenazas, retos, gritos), la humillación intencional, la discriminación de cualquier índole, el maltrato o agresión físicas (incluida la negación del alivio del dolor) y el abuso sexual.⁹ Incluye también el impedimento a la mujer para participar en el proceso de toma de decisiones sobre las intervenciones o tratamientos propuestos y dar consentimiento para recibirlos.¹⁰

2- Los tratamientos médicos excesivos o inapropiados durante el trabajo de parto y el parto, tales como las prácticas obstétricas no justificadas por razones médicas, como el rasurado del vello púbico, los enemas, las episiotomías de rutina, la inducción y la corrección farmacológica rutinaria del trabajo de parto, los exámenes obstétricos excesivos, la prohibición de la libre movilidad de las mujeres durante el trabajo de parto, el parto en posición horizontal, etc.¹¹ Se incluye en esta categoría el impedimento a las mujeres para estar acompañadas en el trabajo de parto y el parto.¹²

3- La violencia estructural, que incluye la falta de recursos y la calidad inapropiada de muchos servicios, como la falta de espacios que permitan el resguardo de la intimidad durante el trabajo de parto y el parto, las condiciones inadecuadas de iluminación, silencio y temperatura de los lugares de internación, y la inaccesibilidad financiera, geográfica y cultural.

4- La participación médica en la mutilación genital femenina, la esterilización forzada o coaccionada y las inspecciones de la virginidad por razones sociales.⁵

En este resumen de políticas se enfocarán y analizarán las tres primeras categorías en el marco del sistema de atención público de la Provincia de Buenos Aires.

2- El Problema:

“no puedo confiar en vos, viste que no podía confiar en vos, porque vos estás pujando y la nena se va caer al inodoro” ... “no pujes que le estas sacando el aire a tu bebé, ¿no te entra en la cabecita?” ... “Esta es de las típicas que se queja por el trabajo de parto y después se sigue quejando porque le duele la cesárea” ...

Relato de la Sra. 'A'. Mayo de 2015 en un hospital público de la Provincia de Buenos Aires.

La violencia emocional o física: Como fuera relatado anteriormente, no existe aún un consenso internacional sobre cómo definir el maltrato, la falta de respeto y las actitudes abusivas por parte del personal de la salud durante el trabajo de parto y el parto, por lo tanto, es muy difícil obtener indicadores que permitan sistematizar y consolidar la información para ponderar la magnitud del problema.^{13,14}

El Observatorio de Violencia Obstétrica propulsado desde la ONG *Las Casildas*,¹⁵ mantiene en su página web una encuesta permanente sobre la atención del parto o cesárea que puede completarse de manera digital con el objetivo de recolectar y sistematizar datos relacionados con la violencia obstétrica. El formulario consta de 55 preguntas que incluyen, entre otras, el trato recibido, la utilización de prácticas, la información provista y la obtención de consentimientos. La página no cuenta con una sistematización de la información obtenida.

CUADRO 3: DEFINICIONES, ALCANCES Y MARCO LEGAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

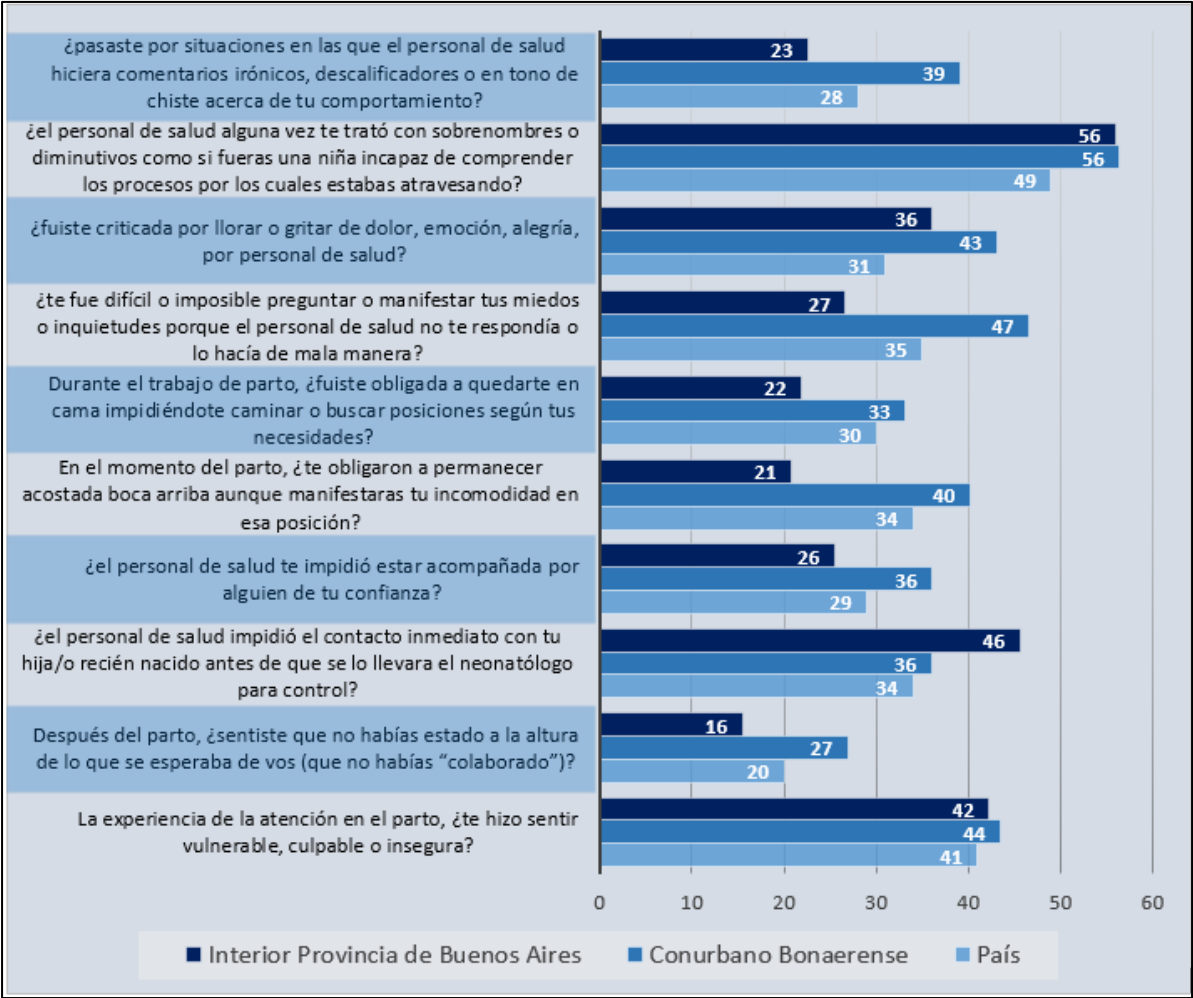
La **Ley N°26.485** (2009)¹⁶ de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales en su artículo 6 se refiere a las modalidades en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra mujeres y específicamente en el inc. e) 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 N° 25.929** (2004)¹⁷ de Parto Respetado”.

Asimismo, según su **Decreto Reglamentario 1011/2010**,¹⁸ se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonesto, 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. Considera personal de salud a todo/a aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de las/os profesionales (médicas/os, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza.

También dispone que las mujeres que se atienden en las referidas instituciones tienen 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.

El proyecto *Argentina Cuenta La Violencia Machista*, impulsado por la iniciativa **#NiUnaMenos** reporta en su Primer Informe Ejecutivo¹⁹ los datos recolectados en una encuesta de 186 preguntas en la que se abarcó todos los tipos de violencia machista que viven las mujeres a lo largo de sus vidas. En este estudio se combinó un muestreo no probabilístico de tipo casual (acceso espontáneo en línea) con un muestreo intencional (off-line en distritos seleccionados de CABA, Provincia de Buenos Aires, Corrientes, Neuquén, Salta y Santa Fe) obteniéndose 59.380 repuestas. El apartado correspondiente a violencia obstétrica contó con 10 preguntas relacionadas al trato recibido por las mujeres, la posición que se les permitió adoptar y la presencia de algún acompañante, ambos durante el trabajo de parto y el parto. En base a esos 10 indicadores se diseñó uno nuevo computando la incidencia de al menos una de las situaciones. Se calculó entonces que el 77% de las mujeres entrevistadas sufrió al menos uno de los episodios de violencia descriptos. El Gráfico 1 muestra la distribución porcentual comparativa de las respuestas afirmativas a las 10 preguntas relacionadas a la violencia obstétrica en el total del país, el conurbano bonaerense y el resto de la provincia de Buenos Aires.

Grafico 1: Porcentaje de respuestas afirmativas a 10 situaciones de violencia obstétrica



Fuente: Elaboración propia en base a los datos provistos por el Navegador de Datos del 1° Índice Nacional de Violencia Machista.²⁰

En febrero de 2011 se crea en el ámbito del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (CONSAVIG) con el objetivo de implementar -en conjunto con organismos nacionales, provinciales, municipales y organizaciones sociales- actividades vinculadas con sanciones a la violencia de género establecidas por la ley Nº 26.485. Tiempo después se habilita una página de denuncia de casos de violencia obstétrica.²¹ La misma contiene un breve instructivo sobre la definición de violencia obstétrica en términos generales, los procedimientos para la denuncia y formularios abiertos para tal fin. No se especifican de manera explícita todas las situaciones que potencialmente pueden enmarcarse en esta figura, ni se presentan datos estadísticos sobre las denuncias recibidas.

A finales del año 2010, la Defensoría del Pueblo de la provincia de Buenos Aires creó el Observatorio de Violencia de Género (OVG) para contribuir en el avance hacia la unificación de los registros sobre violencia de género.²² El mismo contiene desde el año 2013 una sección dedicada a la violencia obstétrica en donde se expone el modelo de entrevista/ingreso de casos por situaciones de violencia obstétrica, el protocolo de recepción de denuncias y un documento sobre la violencia obstétrica en las cárceles de la provincia de Buenos Aires. En su informe anual correspondiente al período 2014-2015 se detallan algunas de las características de los 45 casos de violencia obstétrica denunciados ante el organismo, como por ejemplo que la mitad de las situaciones ocurrieron en efectores del sector privado.²³

CUADRO 4: LEY DE PARTO RESPETADO

La Ley Nº 25.929 de Protección del Embarazo y del Recién Nacido,¹⁷ conocida como “Ley Parto Respetado” o “Ley de Parto Humanizado” fue sancionada el 25 de agosto de 2004. De aplicación nacional para todas las mujeres y personas con capacidad gestante, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, la normativa pone de relieve el derecho de las mujeres a la información, al trato digno, respetuoso e individual, propugnándose la libertad de elección respecto de la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto, anteponiéndose el parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación, sin perjuicio de la necesidad y obligatoriedad de la utilización de estas prácticas cuando lo amerite el estado de salud de la parturienta y/o la persona por nacer con la previa voluntad de la madre expresamente manifestada por escrito en caso que se requiera someterla a algún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

Su reglamentación²⁴ establece que las/os profesionales de la salud, hospitales públicos, empresas de medicina privada y/o prepagas deberán tomar las medidas necesarias e instrumentar los cambios que sean necesarios para que tanto en el parto como durante el embarazo y el puerperio se garanticen los derechos contemplados en la ley, en consonancia con lo que promulga la Organización Mundial de la Salud. Explícitamente manifiesta en su Artículo 2° que el equipo de salud y la institución asistente deberán respetar la elección libre e informada del lugar y la forma en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulación, posición, analgesia, acompañamiento) y la vía de nacimiento, en tanto no comprometa la salud del binomio madre hija/o. Dicha decisión deberá constar en la institución en forma fehaciente.

CUADRO 5: LAS HISTORIAS DETRÁS DE LAS DENUNCIAS

Ninguna de las denunciadas pudo identificar con nombre o profesión a las personas que intervinieron en las situaciones de violencia obstétrica sufridas. El personal de enfermería, sin embargo, fue más fácil de identificar debido a las características de sus uniformes o a que reportaron su profesión al ser consultadas/os en algún momento de la internación. No sucedió lo mismo con el personal médico y de obstétricas u obstétricos, cuyas especialidades generalmente no pudieron ser distinguidas por las mujeres. La mayoría de las personas involucradas en las denuncias fueron mujeres.

La situación de violencia más frecuente que se extrae de los relatos son los maltratos verbales de diversas índoles, desde el trato descalificador o humillante hasta amenazas o reprimendas por "falta de colaboración". La segunda situación de violencia denunciada más frecuentemente fue la realización de prácticas médicas sin brindar información acerca su propósito ni la obtención del consentimiento de las mujeres para recibirlos. La colocación de vías endovenosas, el uso de oxitocina, la episiotomía y la maniobra de Kristeller fueron las más frecuentes. La mitad de las mujeres agregó en su denuncia la negativa a su pedido de permanecer acompañadas durante el trabajo de parto o el parto. Otras situaciones denunciadas fueron el impedimento (a veces por tiempos prolongados) de tener contacto con el bebé luego del parto sin explicación de los motivos, el impedimento a la libre deambulacion y a la adopción de una posición cómoda en el parto.

Dos casos de mujeres en situación de cárcel fueron denunciados. En uno de ellos la mujer tuvo su parto esposada a la camilla, y en el otro el personal interviniente conocía los motivos de su detención, y fue esta situación y no una razón médica lo que condicionó su práctica.

Actualmente, la Dirección Provincial de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y no Violentos, dependiente de la Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud y la Enfermedad Física, Mental de las Adicciones, se encuentra realizando el seguimiento de más de una veintena de casos ingresados desde el OVG, o por intervenciones de oficio o derivados desde otras áreas del Ministerio. De ellos, 13 corresponden a situaciones ocurridas en hospitales públicos de la provincia. No es posible, desde el análisis de las denuncias, extraer el perfil de las mujeres que sufren a diario situaciones de maltrato en los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, ya que no existen dispositivos que permitan recoger la información de manera sistemática y no sesgada sobre el trato recibido por todas las mujeres que reciben a diario su atención. Es posible, sin embargo, identificar algunos patrones relacionados a la situación de abuso sufrida por las mujeres y sus familias, y a las personas que desde las instituciones participan directa o indirectamente en estas situaciones (Cuadro 5).

Cabe destacar que el escaso número de casos formalmente denunciados, en relación a la gran cantidad de testimonios recogidos por las encuestas o difundidos en las redes sociales, puede responder a múltiples causas, incluida la falta de conocimiento por parte de las mujeres y sus familias acerca de sus derechos (y de su vulneración), o de los canales disponibles para realizar las denuncias, o al temor de las mujeres a posibles represalias de las y los profesionales en caso que éstos reciban algún tipo de "castigo" luego de la denuncia. Por otro lado, la mayoría de las denuncias relacionadas a la violencia obstétrica están también ligadas a resultados de salud adversos, por lo que se presume que una gran cantidad de mujeres que experimentaron situaciones de maltrato, ante resultados perinatales satisfactorios, prefieren olvidar la situación.

Los tratamientos médicos inapropiados o

excesivos: Desde hace algunos años, la utilización de prácticas médicas innecesarias o no justificadas por la condición clínica de la mujer o su bebé (comúnmente llamada medicalización del trabajo de parto y el parto), así como la interferencia en estos procesos, han sido incorporadas en las legislaciones de algunos países.

En línea con la ley argentina del año 2004, la Ley Orgánica de Venezuela (abril de 2007)²⁵ sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia es la primera en utilizar textualmente el término “Violencia Obstétrica”, definido como *“...la 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”*. Otros países tienen disposiciones que, aunque no utilizan de manera específica la expresión “violencia obstétrica”, afirman que los procesos naturales antes, durante y después del nacimiento deben ser respetados.²⁶ La Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, promulgada en Uruguay en diciembre de 2008,²⁷ establece en su artículo 3°, inciso c) *“promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados”*.

A diferencia de lo que sucede a la hora de definir el maltrato y las actitudes abusivas, existe mayor consenso internacional en la identificación de las prácticas que, de ser utilizadas en exceso, constituyen la denominada “medicalización del parto”.^{12,28} Estas incluyen las inducciones rutinarias del trabajo de parto y la conducción o corrección del mismo con drogas oxitócicas (ambas sin indicación clínica), el impedimento de la libre deambulación y la ingesta de líquidos y sólidos durante el trabajo de parto, el impedimento de la adopción de la posición

CUADRO 6: EL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL

En 1983 el CLAP/SMR publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP) como parte de las herramientas de la OPS para mejoría de la calidad de la atención de las mujeres y los recién nacidos. El sistema está constituido por la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal, el formulario de aborto, el partograma, hospitalización neonatal, enfermería neonatal y los programas de captura y procesamiento local de datos, que permiten recoger los datos de cada mujer embarazada y de su hijo desde la primera visita antenatal, acumulando la información de los eventos sucesivos hasta el alta de ambos luego del parto. Esta información puede ser ingresada a una base de datos y así producir informes locales en la propia institución donde se realizó la atención. A nivel de país o regional, las bases de datos pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo, por áreas geográficas, u otras características específicas.

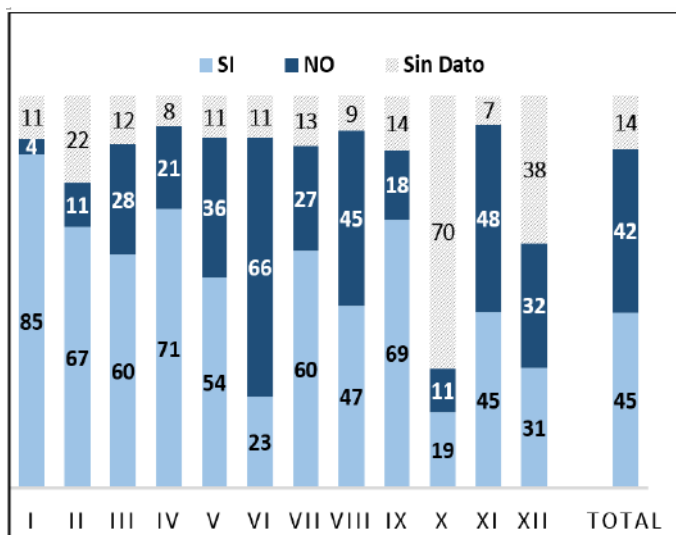
Desde su creación, la HCP ha sido actualizada en varias oportunidades, acorde a los avances científicos y las prioridades nacionales o regionales. En nuestro país, la HCP consta de 387 variables, de las cuales 15 son libres para ser definidas a nivel local. Además de la forma de terminación del embarazo, utilización de medicación en el trabajo de parto y el parto, e intervenciones como la episiotomía, desde el año 2004 aparece el ítem para registrar acompañante en el trabajo de parto, a partir de la versión 2010, se agrega la variable acompañante en parto.

El formulario complementario para mujeres en situación de aborto tiene como objetivo mejorar los registros de aborto, conocer mejor la epidemiología y reducir la morbi-mortalidad de la mujer por esta causa. Los formularios para la hospitalización neonatal y la planilla diaria de cuidados tienen el objetivo de registrar la atención cuando se requieren cuidados por enfermería especializada.

elegida por la mujer durante el trabajo de parto y el parto, la utilización rutinaria de la episiotomía, la ligadura precoz o inmediata del cordón umbilical, y el parto instrumental (incluida la cesárea) no justificados por la situación clínica de la madre o la/el bebé.^{vii} Se incluyen también en esta categoría el impedimento a las mujeres de estar acompañadas en el momento que éstas lo deseen durante todo el proceso del trabajo de parto, el parto o el puerperio. Muchas de estas variables son recogidas en forma rutinaria en gran parte de los hospitales públicos del país, así como también en una amplia red de Hospitales de Latinoamérica a través de la Historia Clínica Perinatal impulsada por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR – OPS/OMS)²⁹ (Cuadro 6).

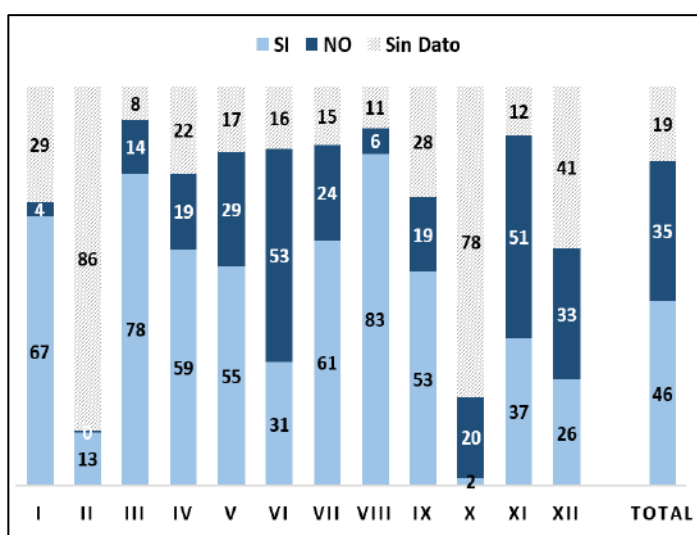
A partir del análisis de más de 120.000 registros de la base de datos del SIP correspondientes al año 2015, podemos observar que casi la mitad de las mujeres atendidas en los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires no tuvieron compañía durante el trabajo de parto o el parto. Esta situación no es similar en todas las regiones, oscilando entre el 4% y el 66% para el trabajo de parto, y entre el 4% y el 53% para el parto (Gráficos 2 y 3).

Gráfico 2: Acompañamiento en el trabajo de parto por región sanitaria y total (%)



Fuente: SIP. Total nacimientos vivos o muertos > 500 gramos o > 20 semanas. Inicio espontáneo. Excluye cesáreas electivas. N= 113.421

Gráfico 3: Acompañamiento en el parto por región sanitaria y total (%)

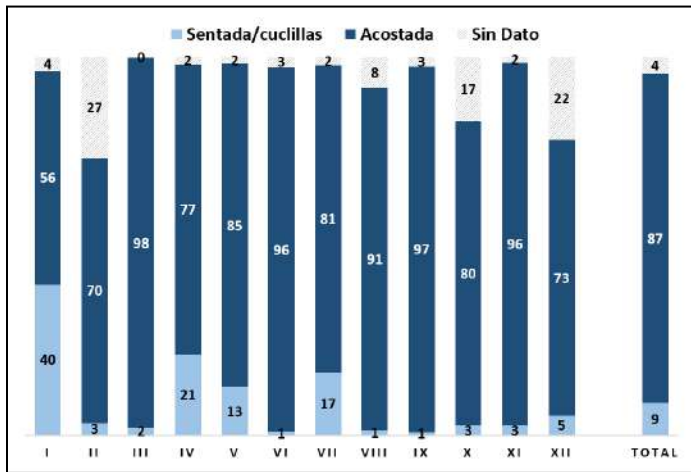


Fuente: SIP. Total nacimientos vivos o muertos > 500 gramos o > 20 semanas. Excluye cesáreas. N= 77.872

Se ha demostrado que permitir a las mujeres tener una compañía de su elección durante el trabajo de parto y el parto mejora su salud y la de los recién nacidos,³⁰ por lo que es fuertemente recomendado por la OMS.³¹ Es interesante observar, sobre todo en algunas regiones sanitarias, el número importante de casos donde estas variables no han sido registradas. Por ejemplo, no se sabe, a partir de las historias clínicas, si la mujer estuvo sola o acompañada en el momento del parto en el 86% y el 78% de los nacimientos vaginales de las regiones sanitarias II y X, respectivamente.

^{vii} Dada la complejidad del análisis de los múltiples factores intervinientes en la decisión de la realización de una operación cesárea, esta variable no será considerada en el presente resumen de políticas.

Gráfico 4: Posición en parto por región sanitaria y total (%)



Fuente: SIP. Total nacimientos vivos o muertos > 500 gramos o > 20 semanas. Excluye cesáreas. N= 79.230

Los datos registrados sobre la posición de las mujeres en el parto son alarmantes. Nueve de cada 10 mujeres en la provincia lo hacen en posición supina (acostadas), con un rango que oscila entre el 56% y el 98% (Gráfico 4). Este hallazgo sorprende dadas las recomendaciones internacionales sobre la libre elección de la posición de las mujeres en el parto a la luz de la evidencia sobre el balance entre los posibles beneficios del parto en posición semi-sentada, sentada o en cuclillas, que incluyen una posible reducción en la duración del período expulsivo (sobre todo en nulíparas), menos partos vaginales asistidos, menor tasa de episiotomías y mayor satisfacción con la experiencia del parto, comparado con el parto en posición

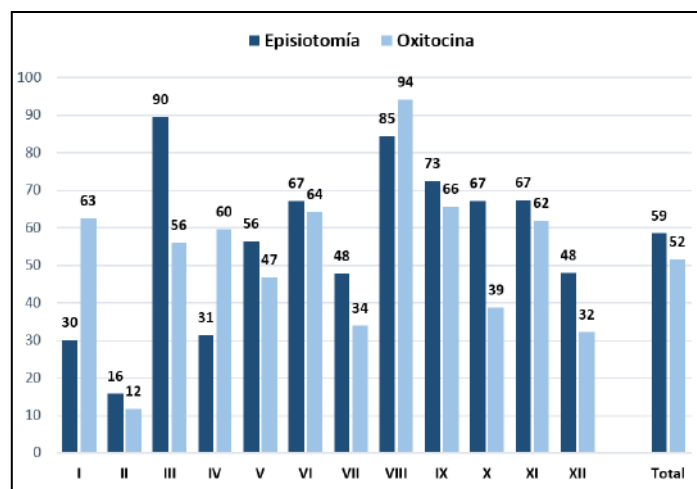
acostada, donde es posible (aunque no en forma concluyente) una mayor incidencia de pérdida sanguínea mayor a 500 ml.³²

En relación a las prácticas médicas que cuando no están clínicamente indicadas pueden resultar perjudiciales mencionaremos en este resumen de políticas la estimulación del trabajo de parto con oxitocina y el uso de la episiotomía en forma rutinaria,³³⁻³⁵ datos que son recolectados en la HCP en todos los nacimientos. Como se mencionara, la multiplicidad de factores involucrados en la decisión de realizar una cesárea (incluido el pedido de la mujer sin indicación médica) hacen el análisis más complejo y requiere de un documento específico.

En una revisión sobre utilización de prácticas durante el parto se observa que el uso de oxitocina para estimular el trabajo de parto en 15 países oscila entre el 1,1% en China y el 78,9% en India, mientras que en 11 países las tasas de episiotomías variaron entre el 17,4% en Georgia y el 91,8% en Tailandia.¹²

Los datos del SIP muestran que en la provincia de Buenos Aires más de la mitad de las mujeres que inician su trabajo de parto en forma espontánea son medicadas con oxitocina para acelerar las contracciones, con un rango que oscila entre el 12 y el 94% (Gráfico 5). Esto no se condice con las actuales pautas de la OMS,⁹ donde sólo se recomienda el uso de la oxitocina para los casos en donde se confirma el diagnóstico de falta de progresión del trabajo de parto, y existen las condiciones para la vigilancia continua de estas mujeres durante el resto del trabajo de parto.

Gráfico 5: Uso de episiotomía y estimulación del trabajo de parto con oxitocina por región sanitaria y total (%)

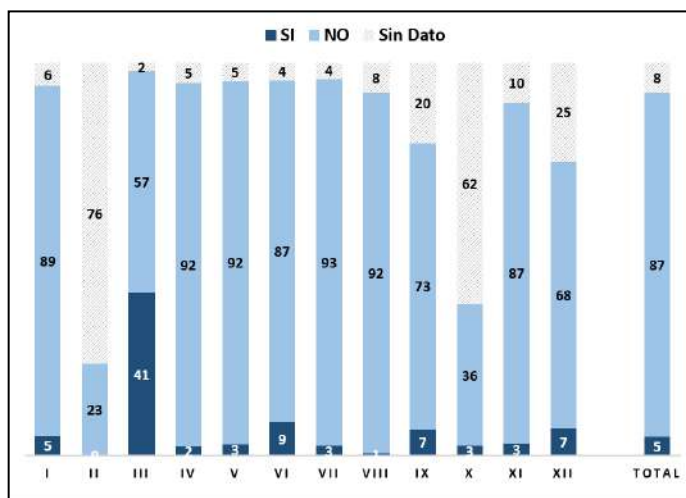


Fuente: SIP. **Episiotomías:** Total nacimientos vivos o muertos > 500 gramos o > 20 semanas, partos vaginales, nulíparas. Excluye cesáreas. N= 21.366
Oxitocina: Total nacimientos vivos o muertos > 500 gramos o > 20 semanas, inicio espontáneo. Excluye cesáreas electivas e inducciones. N= 83.638

La episiotomía se realiza a 3 de cada 5 mujeres que realizan su primer parto en los hospitales públicos de la provincia, con rangos que oscilan entre el 16% y el 90% (Gráfico 5). Sin embargo, los datos de la Región Sanitaria II, por ejemplo, deben tomarse con cautela ya que la falta de registros de datos para episiotomía y para el uso de oxitocina asciende al 32% y al 50%, respectivamente. Las tasas de episiotomías compatibles con buenos resultados maternos y perinatales, según los estudios incluidos en la revisión Cochrane³⁴ sobre su uso restrictivo versus rutinario no debería superar el 28% en los partos vaginales espontáneos (36% en mujeres nulíparas).

Con respecto al recién nacido, la ligadura oportuna del cordón umbilical parece ser una práctica aceptada en los hospitales públicos de la provincia, ya que casi el 90% de los recién nacidos de más de 2500 gramos reciben este beneficio al momento del parto (Gráfico 6). Una excepción parece ser la región sanitaria III donde al 41% de los 607 bebés de más de 2500 gramos se les realizó la ligadura inmediata del cordón umbilical. Preocupa aquí también la falta de registro de la variable en las regiones II, IX, X y XII. Recientemente se agregó en el ámbito de la provincia de Buenos Aires una variable referida al contacto piel a piel en uno de los campos libres del sistema, aunque aun no tiene una muestra representativa para los análisis.

Gráfico 6: Ligadura inmediata del cordón umbilical por región sanitaria y total (%)



Fuente: SIP. Total nacidos vivos > 2500 gramos. N= 106.117

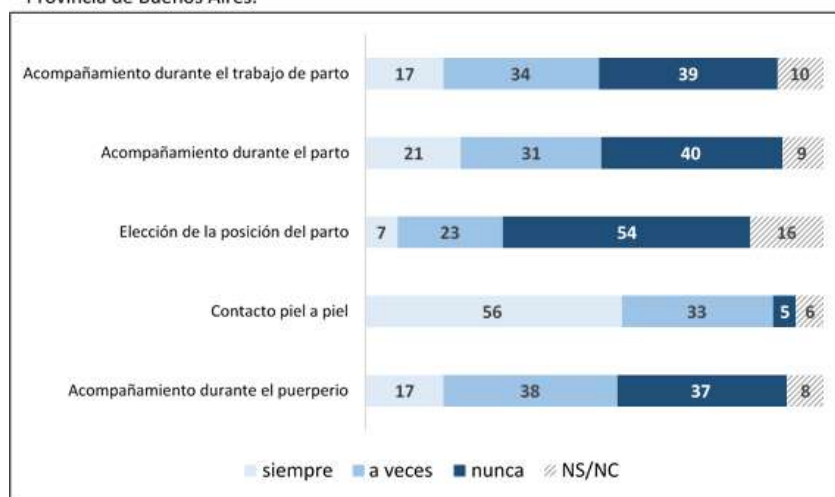
La capacidad instalada para la atención del parto seguro, respetuoso y centrado en la familia: Se necesitan esfuerzos para asegurar que el respeto y la dignidad sean parte integral de la atención de calidad que deben recibir las mujeres durante el embarazo, el parto y el período posnatal. Éstos deben reflejarse no solo en la calidad de la atención provista por las y los profesionales de la salud, sino también en la adecuación de las instituciones y la organización del sistema de salud para lograr estos objetivos. Por ejemplo, como ya fuera expuesto, un indicador de atención respetuosa y basada en la evidencia es permitir y animar a las mujeres a tener una compañía de su elección durante el trabajo de parto y el parto. Sin embargo, tener una compañía no es sólo una intervención clínica, sino que requiere de adaptaciones en las salas de internación para el trabajo de parto y las salas de partos para asegurar la privacidad de todas las mujeres.²³ Desafortunadamente, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires no cuenta con información sistematizada sobre esta capacidad instalada en sus efectores públicos, o sobre las políticas institucionales de las mismas para garantizar el cumplimiento de estos derechos.

En una evaluación de las maternidades públicas de Argentina realizada entre 2010 y 2011 se analizaron los establecimientos por tamaño según cantidad de partos anuales y el cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE).³⁶ La evaluación fue auto-administrada, contó con 400 preguntas para los servicios de obstetricia e indagó, entre otras cosas, sobre los niveles de complejidad de las instituciones, la carga asistencial, el número de camas en preparto, salas de partos y puerperio, la presencia de Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR), el cumplimiento de las CONE, la planta física, el equipamiento e instrumental, los recursos humanos, servicios complementarios y su organización y funcionamiento. En la provincia de Buenos Aires fueron evaluadas 129 maternidades públicas

pertenecientes a la administración provincial y municipal, observándose que el 17% de los nacimientos ocurridos en ese período lo hicieron en instituciones que no cumplían con las CONE. Sin embargo, no pueden extraerse datos relacionados al número de establecimientos que contaban con UTPR, las políticas de las instituciones respecto a la presencia de acompañantes en el trabajo de parto, el parto y el posparto, o al resguardo de la privacidad de las mujeres en los distintos sectores.

En el Manual para el Diagnóstico de la Cultura Organizacional de la Iniciativa Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF)³⁷ publicado por CEDES y UNICEF en mayo de 2015, se analizaron las respuestas de 1828 encuestas anónimas y auto-administradas dirigidas a integrantes de los equipos de obstetricia, neonatología, servicio social y salud mental, y 265 entrevistas personales a los jefes de servicio de obstetricia, neonatología, servicio social y salud mental pertenecientes a 29 maternidades públicas de la Provincia de Buenos Aires. En general 1 de cada 5 profesionales de la salud respondió que en sus instituciones se les permite a las mujeres estar acompañadas durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, y sólo el 7% manifestó que en su maternidad las mujeres pueden adoptar la posición deseada por ellas en el parto (Gráfico 7). En un tercio de los casos respondieron que en sus instituciones “a veces” se realizan estas acciones, aunque no se especifica qué porcentaje del total de casos corresponden a esta afirmación. Lo cierto es que en la mayoría de los casos la respuesta es que tales prácticas nunca se realizan. Los autores desglosaron esta última afirmación recabando información sobre la percepción de las y los integrantes de los equipos acerca de la aceptabilidad y factibilidad de estas prácticas.

Gráfico 7: % de respuestas sobre acciones y prácticas que se realizan durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio. Trabajadores de la salud de 29 hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires.



Fuente: Adaptado de ABC de la MSCF. Manual para el Diagnóstico de la Cultura Organizacional. CEDES - UNICEF, mayo de 2015.

Algunas de las limitaciones de las entrevistas y las encuestas auto-administradas es la obtención de respuestas que respondan al “deber ser” o lo deseable, más que a la realidad. Tal vez el mayor número de respondentes que afirmaron que en sus instituciones se estimula el contacto precoz piel a piel de las mujeres con sus recién nacidos se explique por esta causa, ya que los datos no coinciden con la observación directa de las prácticas en seis maternidades de la provincia (Tabla 1).

En enero de 2016, UNICEF publicó una Evaluación de la Iniciativa MSCF,³⁸ que contó, entre otras herramientas, con la observación directa a través de visitas a maternidades seleccionadas en cuatro provincias en las que se determinó la presencia o ausencia de los aspectos a verificar para cada uno de los pasos de la iniciativa, con una puntuación del 0 al 4. De las 128 maternidades públicas de la Provincia de Buenos Aires, 66 adhirieron a la iniciativa, y seis de ellas fueron evaluadas con este instrumento (Tabla 1). El informe relata algunos aspectos críticos, como el acceso de las mujeres y sus familias a un parto respetado (Paso 3 del modelo), con un lento avance en la disponibilidad de salas para el trabajo de parto y de parto acorde con el modelo MSCF. Se detectó, además, que la falta de disponibilidad de espacio en la sala de parto obliga al personal a acelerar los partos en curso en algunas de las instituciones observadas. Posiblemente estas circunstancias, junto a la naturalización de las rutinas hospitalarias en la atención del neonato, también expliquen el escaso avance en la práctica del

contacto precoz piel a piel observada en estos hospitales. Las rutinas hospitalarias (como el pesaje, la profilaxis ocular, el secado y el vestido del bebé) en sala de partos inmediatamente después del nacimiento pueden interrumpir significativamente las interacciones tempranas entre la madre y el bebé, y aún tener efectos nocivos.³⁹ Se ha demostrado que el contacto precoz piel a piel, realizado inmediatamente al nacer en sala de partos colocando al bebé desnudo, cubriendo su cabeza y espalda sobre el pecho desnudo de la madre tiene efectos beneficiosos para ambos, incluidos el inicio de la lactancia materna y su mantenimiento en el tiempo,⁴⁰ motivo por el cual se recomienda esta práctica para todos los recién nacidos sanos.^{23,41}

Tabla 1: Evaluación de las observaciones in situ de 6 maternidades de la Provincia de Buenos Aires adheridas a la iniciativa MSCF

	Maternidad	1	2	3	4	5	6	Puntaje	Puntaje Máximo	% Logro
Adecuación de servicios prenatales										
II.1.e	Confortabilidad de la sala de espera de consultorios de CPN	4	2	3	3	3	2	17	24	70,8
II.2.a	Educación para la salud en la sala de espera	4	1	3	3	2	1	14	24	58,3
II.1.f	Consultorios externos adecuados	4	2	2	2	3	1	14	24	58,3
II.1.i	Derecho a concurrir acompañada a la consulta	4	2	4	4	4	4	22	24	91,7
Educación durante la visita a la maternidad										
II.2.b	Consejo sobre ETS sexual	2	1	1	1	1	1	7	24	29,2
II.2.c	Consejo sobre tabaco, alcohol y drogas	2	1	1	1	1	1	7	24	29,2
II.2.d	Consejo sobre procreación responsable	4	1	1	1	2	1	10	24	41,7
II.2.e	Consejo sobre violencia de género	4	0	0	1	3	1	9	24	37,5
II.2.f	Fomento de la preparación para la maternidad	4	1	3	3	3	1	15	24	62,5
II.1.k	Atención de adolescentes por equipo especializado	4	4	4	0	4	4	20	24	83,3
Adecuación del servicio al momento del parto										
III.1.a	Salas para el trabajo de parto y parto acorde al modelo MSCF	4	1	1	1	2	1	10	24	41,7
III.1.b	Derecho al acompañamiento durante el trabajo de parto	4	1	1	1	1	1	9	24	37,5
Adecuación de salas de internación										
IV.1.a	Salas de internación de obstetricia acorde al modelo MSCF	4	3	3	3	3	1	17	24	70,8
IV.1.b	Derecho a la permanencia del niño con su madre	4	3	3	3	4	3	20	24	83,3
IV.2.c	Adecuada organización de las visitas	4	1	2	2	3	2	14	24	58,3
V.2.a	Visita de padres	4	4	2	4	4	3	21	24	87,5
V.2.c	Visita de abuelos y hermanos	4	4	2	4	4	2	20	24	83,3
V.2.e	Involucramiento de la familia en el cuidado del RN	4	4	1	4	4	4	21	24	87,5
V.2.f	Involucramiento de la familia en higiene de manos	4	3	3	3	4	1	18	24	75,0
V.3	Contacto piel a piel	4	1	1	0	1	1	8	24	33,3
V.4.a	Promoción de la lactancia materna	4	1	4	4	4	4	21	24	87,5
Adecuación de residencias										
VI.1.b	Residencia de madres: coordinación	4	0	3	4	3	0	14	24	58,3
VI.1.c	Residencia de madres: asignación de recursos	4	0	3	4	4	0	15	24	62,5
VI.1.d	Residencia de madres: organización	4	0	2	4	2	0	12	24	50,0
VI.1.e	Residencia de madres: limpieza y mantenimiento	4	0	4	4	4	0	16	24	66,7
VI.1.f	Residencia de madres: planta física	3	0	3	4	2	0	12	24	50,0
VI.g	Residencia de madres: accesibilidad	4	0	3	4	4	0	15	24	62,5

Fuente: Adaptado de Faúndez A y cols. Evaluación de la Iniciativa Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) 2010-2014. Informe final. Enero 2016

A los fines de este resumen de políticas se hizo un relevamiento en todas las maternidades del sector público provincial a fin de recabar información sobre las siguientes condiciones que facilitarían la presencia de un o una acompañante elegido por las mujeres durante el trabajo de parto o el parto. Estas son: 1) sala de parto individual; 2) sala de parto o período dilatante individual o con resguardo de la intimidad (biombo, cortina, etc.); 3) política de ingreso de un o una acompañante de elección de la mujer durante el trabajo de parto, el parto o la cesárea, el puerperio y de ingreso irrestricto de los padres a la Unidad de Neonatología;

y 4) política de ingreso de familiares varones a los sectores antes mencionados. El relevamiento se hizo durante el mes de febrero de 2017, mediante comunicaciones directas (por vía telefónica, correo electrónico y FAX) con las direcciones de los hospitales e informantes clave pertenecientes a los servicios de maternidad y neonatología. Al momento del cierre de este resumen de políticas se cuenta con información de 21 de los 48 hospitales públicos de administración provincial pertenecientes a 10 de las 12 regiones sanitarias. Allí se producen mensualmente 3041 nacimientos, representando el 41% del total de partos que se realizan en las maternidades provinciales. No pudo recabarse información de ninguno de los hospitales pertenecientes a las regiones sanitarias III y IX. Tampoco se relevaron las maternidades públicas de administración municipal o comunal. Si bien 19 de las 21 instituciones informaron que se permite el ingreso de una persona elegida por la mujer para acompañarla en el momento del parto, y en general no se presentan reparos en que este acompañante sea del sexo masculino, uno de cada 3 de los hospitales relevados no cuenta con salas de parto individual. En estas 7 maternidades se producen mensualmente el 29% de los nacimientos del total de la muestra. Tres establecimientos cuentan con algunas salas de parto individuales y otras compartidas. En 17 hospitales se afirma que se permite siempre o a veces el ingreso de un/a acompañante durante el período dilatante. Sin embargo, habría que considerar si la expresión “siempre/a veces” se refiere a todo el período de internación de la mujer en trabajo de parto, o si está condicionado a la presencia de otras mujeres internadas en ese momento, ya que 9 maternidades (43%) no cuentan con salas de parto individuales o que permitan asegurar el resguardo de la intimidad de las mujeres durante el trabajo de parto. En estas 9 instituciones se realizan el 37 % de los partos que ocurren mensualmente en los 21 establecimientos relevados. En 2 hospitales de la región sanitaria VI y uno de la región sanitaria VII no se permite el ingreso de familiares durante el trabajo de parto, y 1 hospital (región VI) no aporta datos al respecto. Allí se realizan mensualmente 630 partos, lo que significa que a 1 de cada 5 mujeres que se atienden en las regiones sanitarias cubiertas por esta muestra de 21 maternidades no se les permite tener compañía en el trabajo de parto. En dos hospitales no se permite la presencia de acompañantes en la internación del puerperio y en una institución de la región sanitaria VI sólo se permite el acompañamiento luego del parto a las menores de edad.

En resumen:

- Existen numerosos relatos (y en algunos casos denuncias formales) de tratos abusivos e irrespetuosos por parte de miembros del equipo de salud hacia las mujeres durante su experiencia del parto.

- Existen barreras para el ingreso de acompañantes de las mujeres durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, con amplias variaciones en las distintas regiones sanitarias.
- Al parecer, no se respeta la libre elección de la mujer para adoptar la posición durante el parto, situación constante en todas las regiones sanitarias.
- La utilización de las prácticas episiotomía y conducción/corrección del trabajo de parto con ocitocina se encuentran por encima de los estándares recomendados, con amplias variaciones en las distintas regiones sanitarias.

- No existe un relevamiento de la capacidad instalada en los servicios de maternidad de la totalidad de los hospitales públicos de la provincia que permita dimensionar la magnitud de las limitaciones estructurales de las instituciones que restringen el cumplimiento de los derechos de las mujeres y sus familias en el marco de la MSCF.

CUADRO 8a: LAS PRUEBAS DE INVESTIGACIÓN ACERCA DE LAS OPCIONES PARA ABORDAR EL PROBLEMA (I)

Se buscó la evidencia de investigación disponible sobre las opciones para abordar el problema primeramente de una base de datos constantemente actualizada que contiene más de 5000 revisiones sistemáticas sobre mecanismos de prestación, financieros y de gobernanza dentro de los sistemas de salud: Health Systems Evidence.⁴³ Se buscó, además, en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS,⁴⁴ en la Base de datos de la Colaboración Cochrane⁴⁵ y en Medline.⁴⁶ Las revisiones se identificaron buscando primero en la base de datos para revisiones que contenían palabras claves relacionadas con el tópico en el título y / o resumen. Las palabras clave (y sus variantes) incluían Violencia Obstétrica / Violencia Institucional / maltrato / abuso / prácticas innecesarias / medicalización del parto / trabajo de parto / parto. Las palabras claves se utilizaron en idioma español e inglés. Las revisiones adicionales se identificaron buscando en la base de datos revisiones que abordaron las características de las opciones que no se identificaron usando palabras claves relacionadas con el tema. Los hallazgos claves de las/os autoras/es de la revisión se extrajeron de las revisiones identificadas. Cada revisión se evaluó también en términos de su calidad (Calificación AMSTAR), aplicabilidad local (proporción de estudios que se llevaron a cabo en el país o en países similares al nuestro), consideraciones sobre la equidad (proporción de estudios que tratan explícitamente a los grupos priorizados) y el grado de enfoque de la revisión en el tema. La evidencia general sobre las opciones se resumió a continuación y se introdujeron las advertencias relevantes sobre los hallazgos principales de las/os autoras/es de la revisión con base en evaluaciones de calidad, aplicabilidad local, y equidad.

3- Las opciones para abordar el problema:

Varias estrategias o intervenciones relacionadas con la promoción de los derechos de las mujeres y sus familias al momento de recibir la atención de los eventos relacionados al parto se vienen implementando en algunos países. Estas intervenciones, según el reporte del Programa Integrado de Salud Materno Infantil de la Agencia Americana para el Desarrollo Internacional (USAID),⁴² pueden clasificarse en las siguientes categorías, que se encuentran interrelacionadas: 1) promoción y abogacía; 2) leyes, políticas y protocolos; 3) intervenciones dirigidas a los servicios de salud; 4) programas educativos y de capacitación; 5) intervenciones comunitarias; y 6) intervenciones de investigación, monitoreo y evaluación.

Se pueden seleccionar, a partir de la evidencia disponible en la bibliografía, diferentes opciones para abordar los aspectos concernientes a la violencia obstétrica en la Provincia de Buenos Aires. Para promover el debate sobre los pros y contras de las opciones potencialmente viables, se han seleccionado aquéllas relacionadas a los tres ejes identificados en la sección anterior, que incluyen:

1- Intervenciones dirigidas a erradicar los tratos abusivos, inapropiados o irrespetuosos hacia las mujeres o sus familias por parte del personal de las instituciones de salud, respetado su autonomía.

2- Intervenciones dirigidas a asegurar el cumplimiento de los derechos de las mujeres y sus familias a un parto respetado en términos biológicos y psicológicos, acorde a sus pautas culturales, evitando prácticas invasivas o suministro de medicaciones que no estén justificados.

3- Intervenciones dirigidas a la adecuación de los sistemas de salud (incluidas las normativas e infraestructura) para garantizar a las mujeres y sus familias el acceso universal a la atención del parto dentro del marco de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

Opción 1 – Intervenciones dirigidas a prevenir o erradicar los malos tratos en las instituciones de salud:

No se identificaron revisiones sistemáticas de investigaciones referidas específicamente al efecto de intervenciones dirigidas a los equipos de salud para prevenir o erradicar los malos tratos y los abusos por parte de éstos hacia las mujeres y sus familias durante la atención del parto. Solamente dos estudios con diseño antes/después realizados en Kenia y Tanzania evaluaron el efecto de intervenciones múltiples para disminuir la frecuencia de los malos tratos en los hospitales.^{47,48} El estudio de Kenia tuvo dos componentes de evaluación: una encuesta realizada a las mujeres dentro de las 48 horas posparto donde se preguntó acerca de 7 categorías de malos tratos (humillación y falta de respeto, abuso verbal, abuso físico, violación de la privacidad, violación de la confidencialidad, abandono y retención o impedimento del alta), y evaluaciones directas de las interacciones entre las/os profesionales y las mujeres donde se consideraron 7 categorías en tres momentos diferentes de la atención (durante los exámenes clínicos: falta de privacidad, abuso verbal y prácticas sin consentimiento; durante el parto: falta de privacidad, agresión física y verbal; y durante el puerperio: camas compartidas). Tanto las encuestas como las observaciones

directas se llevaron a cabo en dos momentos, uno antes y el otro después del período de intervención. La intervención se llevó a cabo en 13 hospitales públicos, privados y de caridad, la mayoría urbanos y periurbanos, durante un período de 14 a 20 meses. La intervención fue múltiple y se llevó a cabo en dos niveles: en los servicios de salud y en la comunidad. La intervención en los servicios de salud constó de 6 componentes: 1- Talleres (3 días) de entrenamiento en parto respetado a los equipos de salud; 2- Formación de comités de calidad de atención; 3- Consejería y apoyo para las/os profesionales; 4- Establecimiento de un sistema de monitoreo de las situaciones de abuso; 5- Mentoría a cargo de líderes dentro de las instituciones; y 6- Visitas guiadas a la maternidad para embarazadas. La intervención comunitaria tuvo tres componentes: 1- Talleres educativos en la comunidad sobre derechos sexuales y reproductivos; 2- Entrenamiento de líderes comunitarios en técnicas de mediación de conflictos; y 3- Consejería a personas que sufrieron malos tratos. En general, los autores vieron una reducción significativa en la prevalencia de 5 de los 7 dominios reportados por las mujeres, y en 3 de los 7 observados directamente en las instituciones. Sin embargo, el diseño del estudio, los cambios en la legislación nacional asegurando el acceso universal y gratuito a los servicios públicos de maternidad, y dos huelgas del personal de enfermería durante el curso de la intervención podrían haber influido en los resultados. No se sabe cuál o cuáles de estas múltiples intervenciones tienen (si alguno) mayor efecto, ni de las posibles interacciones entre éstas.

El estudio de Tanzania, también de diseño antes/después, fue conducido en un único gran hospital de referencia en su antigua capital Dar es Salaam. La intervención se implementó durante un período de 7 meses y tuvo dos componentes: 1- El programa “Open Birth Days” dirigido a las mujeres durante su control prenatal consistente en talleres educativos y de empoderamiento sobre sus derechos, información escrita sobre los

CUADRO 8b: LAS PRUEBAS DE INVESTIGACIÓN ACERCA DE LAS OPCIONES PARA ABORDAR EL PROBLEMA (II)

(continuación)

Se prestó atención a las revisiones que no contenían estudios a pesar de una búsqueda exhaustiva (es decir, revisiones “vacías”) y a las revisiones que concluían que existía incertidumbre acerca de la opción a partir de los estudios identificados. Ser consciente de lo que **no se sabe** puede ser tan importante como ser consciente de lo que **se sabe**. Cuando una opción sólo tiene respaldo de una revisión vacía o con incertidumbre o existen dudas sobre su calidad, la aplicabilidad local de sus hallazgos, o una falta de atención a las consideraciones de equidad, se podría comisionar una investigación primaria o se podría proponer la opción con esos recaudos explícitos y diseñar un plan de monitoreo y evaluación como parte del plan de implementación.

eventos que sucederán en el parto y lo que deben llevar al hospital, y visitas guiadas a todos los sectores de la maternidad con el que tendrán contacto desde su admisión hasta el alta; y 2- Un taller de dos días dirigido al personal de todos los sectores utilizando una modificación de la currícula “Trabajadores de la Salud para el Cambio”⁴⁹ de la OMS utilizada con éxito en otros ámbitos,⁵⁰ y adaptada para la atención respetuosa del parto. El estudio contó con múltiples instrumentos para evaluar la implementación del mismo y la aceptabilidad de las intervenciones. La evaluación del impacto consistió en una encuesta a 70 mujeres antes del período de intervención (línea de base), y una entrevista telefónica o domiciliaria a 140 mujeres a las 4 a 6 semanas del parto. En ella se ve una discreta mejoría en la percepción de las mujeres sobre la calidad de la atención recibida, el trato respetuoso, y su satisfacción con la institución y los cuidados recibidos. Sin embargo la muestra fue pequeña, no se publicaron los intervalos de confianza para los resultados, y parte de las mujeres seleccionadas para la encuesta post-intervención habían participado de los talleres OBD, por lo que las respuestas en este grupo podrían estar sobredimensionadas.

Tabla 5: Resumen de los hallazgos claves de las intervenciones dirigidas a prevenir o erradicar los malos tratos en las instituciones de salud.

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> • Posible mayor satisfacción de las mujeres con los tratos y cuidados recibidos en las instituciones. • Posible disminución de los casos reportados por las mujeres sobre tratos inapropiados, violencia física y falta de respeto por la confidencialidad.
Daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> • En el estudio keniano se evidenció un aumento de los casos de falta de consentimiento en la realización de prácticas, de supervisión continua, y de utilización de camas compartidas en el puerperio, posiblemente debido al aumento del flujo de pacientes luego de la intervención, no acompañados de aumentos proporcionales en el personal ni en la infraestructura.
Uso de recursos, costos y/o costo- efectividad	<ul style="list-style-type: none"> • Las/os decisoras/es, gestoras/es y personal entrevistado en el estudio de Tanzania opinaron que la intervención es factible sin aumento considerable de los recursos. • En el estudio de Kenia no se evaluaron los costos ni la necesidad de recursos adicionales necesarios para todas las actividades que constituyen el paquete de intervenciones múltiples, tanto en las instituciones como en la comunidad.
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Existe incertidumbre sobre la efectividad de las intervenciones en el resguardo de la privacidad y la violencia verbal, dadas ciertas inconsistencias entre las observaciones directas y lo reportado por las mujeres.
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar	<ul style="list-style-type: none"> • El principio de “teoría del cambio” adoptado en ambos estudios, con la participación de decisoras/es, gestoras/es y trabajadoras/es de la salud desde sus estadios iniciales es considerado por los autores como elemento clave para sortear posibles barreras en la implementación
Opiniones y experiencias de las partes interesadas	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las intervenciones fueron aceptadas y valoradas tanto por las mujeres como por el equipo de salud. • La participación de las/os trabajadoras/es de la salud en la identificación del problema (línea de base) y la selección de los componentes de las intervenciones fue altamente valorada.

CUADRO 9: INTERVENCIONES PROFESIONALES

Según el grupo de Prácticas Efectivas en Organización de los Cuidados de Salud (EPOC) de la Colaboración Cochrane, las intervenciones profesionales pueden agruparse en:

- 1. Distribución de materiales educativos:** recomendaciones publicadas o impresas para la atención clínica, incluyendo Guías de Práctica Clínica, materiales audiovisuales y publicaciones electrónicas (entregados personalmente o por medio de correos masivos).
- 2. Reuniones educativas:** conferencias, charlas, talleres o períodos de prácticas.
- 3. Procesos de consenso local:** participación de los equipos en la discusión para asegurar acuerdos en el problema clínico y en el enfoque del manejo.
- 4. Visitas de extensión educativa:** personas entrenadas que se reúnen con los equipos de salud en sus entornos de práctica para dar información con la intención de cambiar las prácticas.
- 5. Líderes locales de opinión:** integrantes del equipo designados por sus colegas como “educativamente influyentes”.
- 6. Intervenciones mediadas por el/la paciente:** nueva información clínica (no disponible anteriormente) recogida directamente de las/os pacientes y dada a las/os integrantes del equipo.
- 7. Auditoría y devolución:** resumen del desempeño clínico (obtenidos a partir de las historias clínicas, bases de datos u observaciones) durante un período de tiempo (pueden incluir recomendaciones).
- 8. Recordatorios:** información específica destinada a recordar la información para realizar o evitar algún tipo de práctica. Incluye el apoyo a las decisiones asistidas por computadoras.
- 9. Mercadeo:** utilización de entrevistas personales, grupos focales o estudios dirigidos a identificar barreras al cambio para el posterior diseño de intervenciones orientadas a esas barreras
- 10. Medios de comunicación:** masivos que alcancen a un gran número de personas (televisión, radio, diarios, carteles, volantes y folletos), solos o en combinación con otras intervenciones; o dirigidos a una población específica.

Opción 2 – Intervenciones dirigidas a asegurar el cumplimiento de los derechos de las mujeres y sus familias a un parto respetado sin intervenciones innecesarias:

Existen revisiones sobre la efectividad de las prácticas que se considerarán a continuación en forma individual, así como también recomendaciones de sociedades científicas sobre su correcta utilización.⁵¹ Sin embargo, no se identificaron revisiones sistemáticas de investigaciones referidas específicamente al efecto de intervenciones dirigidas a los equipos de salud para mejorar la adhesión a estas guías de práctica clínica orientadas a erradicar las prácticas obstétricas potencialmente perjudiciales (rasurado perineal, enemas) o limitar la utilización de prácticas potencialmente perjudiciales si son utilizadas en forma rutinaria y sin indicación médica (por ejemplo conducción rutinaria del trabajo de parto o la episiotomía rutinaria).⁵² Una meta-revisión (revisión de revisiones sistemáticas) sobre intervenciones orientadas al cambio de comportamientos (actitudes y prácticas) de las y los profesionales de la salud en el primero y segundo nivel de atención incluyó 67 revisiones sistemáticas y fue publicada en octubre de 2015.⁵³ Las estrategias utilizadas en los estudios incluidos pueden agruparse en tres categorías principales: 1- intervenciones persuasivas, 2- intervenciones educativas e informativas, y 3- intervenciones de monitoreo y acción.

1- Las intervenciones persuasivas incluían el mercadeo, el uso de los medios de comunicación, los líderes locales de opinión y los procesos de consenso local. Las conclusiones que se extraen de las revisiones son contradictorias. La identificación prospectiva de las barreras existentes en poblaciones específicas (mercadeo) pudiera ser más efectiva que la utilización de los medios masivos de comunicación en el comportamiento, actitudes o prácticas de las y los profesionales de la salud. Las estrategias basadas en líderes locales de opinión y en procesos de consenso local no mostraron efectos claros en el uso de prácticas o resultados clínicos. Algunas de estas intervenciones se evaluaron en forma combinada con resultados dispares.

2- Las intervenciones educativas e informativas evaluadas en las revisiones sistemáticas incluyeron la distribución de materiales educativos, las reuniones educativas, las visitas de extensión educativas y las intervenciones mediadas por el/la paciente. Dependen de la disponibilidad de materiales educativos o de otro tipo de información clínica. La evidencia es contradictoria para cada una de las intervenciones cuando se evalúan en forma individual. Sin embargo, en 11 de 16 revisiones sistemáticas que evaluaron estrategias multifacéticas se encontró que las reuniones educativas (dentro de estas estrategias) mejoraron las prácticas profesionales, y en dos de ellas se encontraron beneficios para las/los pacientes. Doce revisiones que incluyeron intervenciones múltiples evaluaron las visitas de extensión educativa, en ocho de ellas mostraron ser eficaces para cambiar las prácticas. Dos revisiones afirmaron que las intervenciones de extensión educativa utilizando detalles académicos son superiores a otros tipos de intervención.

3- Las intervenciones de monitoreo y acción están dirigidas a propiciar cambios de actitudes o prácticas mediante la supervisión y el refuerzo continuo de los comportamientos deseados. Incluye la auditoría y devolución y los recordatorios. Cuando fue evaluada individualmente, la auditoría y devolución (retroalimentación) podría conducir a mejoras en los resultados de la práctica profesional deseada y en los resultados clínicos en los pacientes. En 11 revisiones de intervenciones multifacéticas que incluyeron esta intervención se encontraron beneficios en la práctica profesional. Dieciocho revisiones evaluaron los recordatorios como estrategia aislada con resultados contradictorios, debido a la heterogeneidad de los métodos y los mensajes utilizados. Cuando se evaluaron dentro de estrategias multifacéticas, 11 de 15 revisiones encontraron que pueden mejorar las prácticas profesionales, mientras que en 6 de 8 que evaluaron resultados clínicos no se encontraron resultados claros.

Tabla 6: Resumen de los hallazgos claves de la revisión sistemática “La promoción de cambios en el comportamiento profesional en la atención de salud: ¿Qué intervenciones funcionan y por qué?”

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> Las intervenciones basadas en la acción (por ejemplo, auditoría y devolución y recordatorios) y varios tipos de intervenciones educativas tienden a ser más exitosas para cambiar el comportamiento profesional que las basadas en la persuasión, como los procesos de consenso local y líderes locales de opinión. Las intervenciones multifacéticas (combinación de dos o más estrategias) tienden a ser más efectivas que las intervenciones aisladas en los cambios de prácticas, y podrían influir positivamente en los resultados de las/los pacientes.
Daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> No se proveyeron datos acerca de los potenciales daños o efectos adversos de las intervenciones estudiadas.
Uso de recursos, costos y/o costo- efectividad	<ul style="list-style-type: none"> No se proveyeron datos acerca de la utilización de recursos y/o costo-efectividad de las intervenciones estudiadas. Sin embargo se anticipa que cada una de las intervenciones evaluadas implica la utilización de recursos.
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> Las revisiones sistemáticas evaluadas en esta meta-revisión tienen una calidad metodológica moderada a alta (promedios de evaluación AMSTAR para cada dominio que fluctúa de 7/11 a 11/11). Sin embargo existe incertidumbre sobre la magnitud de los efectos debido a la heterogeneidad de las intervenciones estudiadas, la calidad metodológica (incluida la antigüedad) de los estudios individuales incluidos en las revisiones, y la imposibilidad, en algunos casos, de separar el efecto individual de cada intervención en las estrategias multifacéticas.
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar	<ul style="list-style-type: none"> No se hace referencia si las intervenciones se probaron sólo en países de altos ingresos, o si se incluyeron estudios de países de ingresos medios o bajos. Esta meta-revisión proporciona poca información sobre otros aspectos del contexto en donde se aplicaron las intervenciones, por lo que es difícil determinar si éstas serán también eficaces en otros sitios.

- Antes de la utilización de cualquiera de las intervenciones se deben diagnosticar las circunstancias específicas en las que se desarrolla el equipo de trabajo. El ajuste más adecuado entre las intervenciones y los problemas, y las características del contexto son factores más importantes que el nivel subyacente de evidencias para mejorar la eficacia de los equipos.

Opción 3 – Intervenciones dirigidas a la adecuación de los sistemas de salud para garantizar a las mujeres y sus familias el acceso universal a la atención del parto dentro del marco de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia:

La iniciativa MSCF se sustenta en cinco ejes conceptuales que buscan promover una atención respetada, centrada en los derechos de la madre y la niña y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal.²⁸ Como fuera desarrollado en las secciones anteriores de este resumen de políticas, se basa en los conceptos de los cuidados centrados en el/la paciente adaptados a los servicios de maternidad, que incluyen el entendimiento de los procesos fisiológicos y la oportuna detección de sus desviaciones, la conciencia de las diferentes situaciones sociales y clínicas de las mujeres, una fuerte participación de éstas, sus parejas y familias en el proceso de atención, además de las estrategias para su ejecución.⁵⁴ La implementación de la iniciativa, sin embargo, necesita del compromiso institucional para garantizar acciones orientadas a mejorar la gestión, la capacitación, la comunicación y el trabajo en equipo, por un lado, y la asignación de los recursos humanos, financieros y edilicios necesarios, por el otro. En relación a este último aspecto, se requiere la adecuación de las salas de trabajo de parto y parto de modo que se garantice la privacidad y el respeto a los derechos de la embarazada y su hija o hijo durante el trabajo de parto y el parto o la cesárea. Desde fines de los años '70 se viene promoviendo la adaptación de las habitaciones de los hospitales a las nociones de domesticidad y naturalidad del parto, ocultando la tecnología e imitando un ambiente más familiar (Figura 1).⁵⁵ Las salas TPR (trabajo de parto, parto y recuperación) son otra alternativa a las salas de trabajo de parto convencionales. Son salas de internación individuales que permiten la atención durante el trabajo de parto, el parto y la recuperación luego del nacimiento en un único ambiente. En ellas es posible la utilización de tecnología de apoyo en el momento requerido, y al ser individuales se admite el ingreso de la familia sin riesgos de contaminación.

No existen revisiones sistemáticas que comparen el efecto de la utilización de salas de parto “familiares” o salas de TPR comparado con las salas de parto tradicionales. Una revisión sistemática

Figura 1: Salas de parto tradicionales y salas con características familiares



Fuente: Cortesía del Dr. Fernando Daverio

Cochrane publicada en el año 2005 comparó el efecto de los centros de obstetricia con características familiares versus centros de obstetricia institucionales convencionales.⁵⁶ Sin embargo, las intervenciones en comparación se centraron más en el modelo de atención (sin intervención versus cuidados habituales), brindado principalmente por obstétricas pertenecientes a la planta del hospital o ajenas a él, en ambientes generalmente separados de las maternidades y en donde el resultado principal fue la transferencia de las mujeres a las unidades de cuidados convencionales. Existen, sin embargo, algunos estudios que evaluaron en forma positiva la satisfacción de las mujeres⁵⁷ y de las y los profesionales de salud⁵⁸ con las unidades de TPR debido a múltiples factores, incluyendo el escenario en sí, la no necesidad de traslados y la mejora de la continuidad de los cuidados de enfermería.

Tabla 7: Resumen de los hallazgos claves de las intervenciones dirigidas a la adecuación de los sistemas de salud para garantizar a las mujeres y sus familias el acceso universal a la atención del parto dentro del marco de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> Las unidades de TPR y las unidades con características familiares parecen ser aceptadas tanto por las mujeres como por el personal de la salud en términos de comodidad y continuidad de los cuidados de enfermería.
Daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> No se hallaron datos acerca de los potenciales daños o efectos adversos de las salas de TPR. Una revisión sistemática que incluía a los centros de obstetricia con características familiares sugiere la posibilidad de un aumento de las muertes perinatales. Sin embargo, estos centros estaban separados de los hospitales o de los servicios de maternidad, y comparaban fundamentalmente el modelo de atención sin intervención versus los cuidados obstétricos habituales.
Uso de recursos, costos y/o costo- efectividad	<ul style="list-style-type: none"> Se anticipa que la adaptación de la infraestructura existente a la iniciativa MSCF implica la utilización de recursos.
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> No existe evidencia acerca de los aspectos edilicios “per se” sobre resultados maternos y perinatales. Las encuestas de satisfacción tanto en usuarias como en proveedores favorecen las salas TPR.
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar	<ul style="list-style-type: none"> Las unidades de trabajo de parto y parto con características familiares vienen utilizándose en países desarrollados desde fines de los años '70. El principal factor limitante en países de ingresos medios y bajos está determinado por la deficiente infraestructura y la alta demanda.
Opiniones y experiencias de las partes interesadas	<ul style="list-style-type: none"> Las salas TPR son aceptadas y valoradas tanto por las mujeres como por el equipo de salud.

4- Observaciones sobre las tres opciones relacionadas con la equidad:

Las mujeres y sus familias tienen diferentes visiones acerca de la maternidad acorde a sus conocimientos, experiencias, creencias, cultura y el trasfondo social en el que se desenvuelven. El cuidado de la salud centrado en la familia significa que tanto los proveedores de la atención como el sistema de salud en el que se desempeñan aceptan que estos valores, opciones y preferencias son relevantes dentro del contexto de la promoción de resultados de salud óptimos. Los principios generales implicados en este modelo de atención incluyen el trato amable, respetuoso, digno y con sensibilidad cultural para todas las mujeres y sus familias durante su experiencia de maternidad. El cuidado de la salud centrado en la familia requiere de un equilibrio para garantizar la calidad y la seguridad de la atención materno-infantil y las necesidades y los deseos de la mujer.

En la mayoría de las intervenciones evaluadas para cada una de las opciones donde las/los destinatarios son integrantes de los equipos de salud, no se anticipan conflictos relacionados a la equidad. Sin embargo, en

aquellas intervenciones dirigidas a la comunidad, tales como el uso de los medios masivos de comunicación, o la difusión de información a la comunidad para fomentar el cambio de prácticas de las y los profesionales, podrían afectar a las poblaciones más vulnerables debido a la utilización de medios o canales no adecuados para ellas, o por las relaciones asimétricas de poder entre estas/os usuarias/os y las/os integrantes del sistema de salud.

5- Referencias Bibliográficas:

1. Yañez SS. De la caza de brujas en Europa a los mandatos eugenésicos en Argentina: Reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. (2013); 37 (1).
2. Raíces R. Rápida historia del Hospital Rivadavia. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/rivadavia/historia.php> (último acceso 15/02/2017).
3. Felitti K. Intersecciones en las configuraciones de la maternidad en la historia argentina, 1900-1946: registros médicos y culturales bajo la lupa. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* (2016); 23 (1):221-23.
4. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores Básicos 2016. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/IndicadoresBasicos2016.pdf> (Último acceso 15/02/2017).
5. d'Oliveira AFPLA, Diniz SGS, Schraiber LBL. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002 May 10;359(9318):1681–5.
6. Canevari Bledel C. *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. 168 p. ISBN 978-987-9447-14-7.
7. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*. 2014;11:71.
8. Vogel JP, Bohren MA, Tunçalp O, Oladapo OT, Adanu RM, Baldé MD, et al. How women are treated during facility-based childbirth: development and validation of measurement tools in four countries - phase 1 formative research study protocol. *Reprod Health* 2014;12:60.
9. Declaración de la OMS: Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Organización Mundial de la Salud (2014). Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/ (Último acceso: 15/02/2017).
10. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: a Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med* 2015;12:e1001847.
11. Carmo Leal Md, Pereira AP, Domingues RM, Theme Filha MM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SG. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica*. 2014 Aug;30 Suppl 1:S1-16.
12. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, Diaz V, Geller S, Hanson C, Langer A, Manuelli V, Millar K, Morhason-Bello I, Castro CP, Pileggi VN, Robinson N, Skaer M, Souza JP, Vogel JP, Althabe F. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016;388(10056):2176-2192.
13. Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga C, Warren CE, et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ* 2014;92:915–7.
14. Vogel JP1, Bohren MA1,2, Tunçalp Ö1, Oladapo OT1, Gülmezoglu AM1. Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *BJOG*. 2016 Apr;123(5):671-4.
15. Observatorio de Violencia Obstétrica OVO (Arg). Disponible en: <http://www.lascasildas.com.ar/observatorio.html> (Último acceso 15/02/2017).
16. Ley 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. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm> (Último acceso 15/02/2017).
17. Ley 25.929. Protección del Embarazo y el recién nacido. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=98805> (Último acceso 15/02/2017).
18. Decreto Reglamentario 1011/2010. Ley de protección integral a las mujeres. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?3Bjsessionid=B8D96FC27E2EAFBC3A2A0014E998C3CA?id=169478> (Último acceso 15/02/2017).

19. Beck I, Romeo M. 1º Índice Nacional de Violencia Machista. Informe Ejecutivo. Noviembre de 2016. Disponible en: <http://contalaviolenciamachista.com/wp-content/uploads/2016/11/Informe-ejecutivo-final.pdf> (Último Acceso: 15/02/2016).
20. Navegador de Datos. 1º Índice Nacional de Violencia Machista. Disponible en: <http://contalaviolenciamachista.com/explorador/> (Último acceso 15/02/2017).
21. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Denuncia de la Violencia Obstétrica. Disponible en: <http://www.jus.gob.ar/areas-tematicas/violencia-de-genero/denuncia-de-la-violencia-obstetrica-modelos-e-instructivo.aspx> (Último acceso: 15/02/2017).
22. Observatorio de Violencia de Género de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.defensorba.org.ar/ovg/> (Último Acceso: 15/02/2016).
23. Informe 2015 Observatorio de Violencia de Género de la Defensora del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires: monitoreo de políticas públicas y violencia de género / Laurana Malacalza. - 1a ed, ampliada. - La Plata 2016. Disponible en: <http://www.defensorba.org.ar/pdfs/comunicados/Informe-OVG-2014-2015-Monitoreo-de-Politic-As-Publicas-y-Violencia-de-Genero.pdf> (Último Acceso: 15/02/2016).
24. Decreto Reglamentario 2.035/2015. Ley N° 25.929 sobre Parto Humanizado. Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/2035-nacional-aprobacion-reglamentacion-ley-25929-sobre-parto-humanizado-dn20150002035-2015-09-24/123456789-0abc-530-2000-5102soterced> (Último Acceso: 23/02/2017).
25. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Disponible en: <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf> (Último acceso 24/02/2017).
26. Inter-American Commission of Women. Follow-up Mechanism to the Belém do Pará Convention (MESECVI). Second Hemispheric Report on the implementation of the Belém do Pará Convention. April 2012. (OEA documentos oficiales). Disponible en: <http://www.oas.org/en/mesecvi/docs/MESECVI-SegundoInformeHemisferico-EN.pdf> (Último Acceso 24/02/2017).
27. Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: <http://docs.uruguay.justia.com/nacionales/leyes/ley-18426-dec-1-2008.pdf> (Último acceso 24/02/2017).
28. Larguía MA, González MA, Solana C, Basualdo MN, Di Pietrantonio E, Bianculli P, Esandi ME. Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF): conceptualización e implementación del modelo. 1 ed. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Buenos Aires, marzo 2011. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf (Último Acceso: 23/02/2017).
29. Sistema Informático Perinatal (SIP) El Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR). Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=84:sistema-informa-tico-perinatal&Itemid=242&lang=es (Último acceso: 24/02/2017).
30. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2013; 7: CD003766.
31. WHO. Recommendations for augmentation of labour: highlights and key messages from World Health Organization's 2014 global recommendations. Geneva: World Health Organization, 2015.
32. Gupta JK1, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;(5):CD002006.
33. Rygh AB, Skjeldestad FE, Körner H, Eggebø TM. Assessing the association of oxytocin augmentation with obstetric anal sphincter injury in nulliparous women: a population-based, case-control study. BMJ Open 2014; 4: e004592.
34. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev 2009; 1: CD000081.
35. Borghi J, Fox-Rushby J, Bergel E, Abalos E, Hutton G, Carroli G. The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. Am J Obstet Gynecol 2002; 186: 221–28.
36. Speranza A, Lomuto C, Santa María C, Nigri C, Williams G. Evaluación de Maternidades Públicas Argentinas, 2010-2011. Rev Argent Salud Pública 2011; 2(9):43-7.
37. ABC de la MSCF. Manual para el Diagnóstico de la Cultura Organizacional. CEDES - UNICEF, mayo de 2015. ISBN: 978-92-806-4802-0. Disponible en: (Último acceso: 28/02/2017).
38. Faúndez A, Weinstein M, Lecaros C, Hidalgo C. Evaluación de la Iniciativa Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) 2010-2014. Informe Final. Oficina de UNICEF Argentina. Consultora Inclusión y Equidad. Santiago de Chile, enero de 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/evaldatabase/files/INFORME_FINAL_FINAL_EVALUACION_UNICEF_Argentina_2015-001.pdf (Último acceso: 28/02/2017).
39. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. J Midwifery Womens Health. 2007 May-Jun;52(3):262-72.

40. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD003519.
41. Cuidados desde el nacimiento: Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro De Publicaciones. (2010) Madrid, España.
42. Reis V, Deller B, Carr C, Smith J. Respectful Maternity Care Country experiences. Survey Report. The Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP), United States Agency for International Development (USAID), November 2012. Disponible en: https://www.k4health.org/sites/default/files/RMC%20Survey%20Report_0.pdf (Último acceso: 04/03/2017).
43. <https://www.healthsystemsevidence.org/>. Último Acceso 02/12/2016.
44. <http://apps.who.int/rhl/es/>. Último Acceso 02/12/2016.
45. <http://www.cochranelibrary.com/cochrane-database-of-systematic-reviews/>. Último Acceso 02/12/2016.
46. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>. Último Acceso 02/12/2016.
47. Abuya T, Ndwiya C, Ritter J, Kanya L, Bellows B, Binkin N, Warren CE. The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Sep 22;15:224.
48. Ratcliffe HL, Sando D, Lyatuu GW, Emil F, Mwanyika-Sando M, Chalamilla G, Langer A, McDonald KP. Mitigating disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: an exploratory study of the effects of two facility-based interventions in a large public hospital. *Reprod Health*. 2016 Jul 18;13(1):79.
49. Fonn S, Xaba M. Health Workers for Change: A manual to improve quality of care. 1996. Disponible en: <http://www.who.int/tdr/publications/documents/health-workers.pdf>. (Último acceso: 05/03/2017).
50. Pittman P, Blatt G, Rodriguez P. An assessment of the impact of Health Workers for Change in Avellaneda, province of Buenos Aires, Argentina. *Health Policy Plan*. 2001;16 Suppl 1:40–6.
51. ACOG. Committee Opinion No. 687: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstet Gynecol*. 2017 Feb;129(2):e20-e28.
52. Davies N, Fletcher S, Reeves S. Interprofessional education in maternity services: Is there evidence to support policy? *J Interprof Care*. 2016 Nov;30(6):812-815.
53. Johnson MJ, May CR. Promoting professional behavior change in healthcare: what interventions work, and why? A theory-led overview of systematic reviews. *BMJ Open* 2015; 5:e008592.doi:10.1136/bmjopen-2015-008592.
54. de Labrusse C, Ramelet AS, Humphrey T, Maclennan SJ. Patient-centered Care in Maternity Services: A Critical Appraisal and Synthesis of the Literature. *Womens Health Issues*. 2016 Jan-Feb;26(1):100-9.
55. Fannin M. Domesticating birth in the hospital: "Family-centered" birth and the emergence of "homelike" birthing rooms. *Antipode* 2003;35(3):513-35.
56. Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jan 25;(1):CD000012.
57. Janssen PA, Klein MC, Harris SJ, Soolsma J, Seymour LC. Single room maternity care and client satisfaction. *Birth*. 2000 Dec;27(4):235-43.
58. Shepley MM, Bryant C, Frohman B. Validating a Building Prototype: A Post-Occupancy Evaluation of a Women's Medical Center. *Journal of Interior Design* (1995), 21: 15–29.

6- Apéndices

Las siguientes tablas proporcionan información detallada acerca de las revisiones sistemáticas identificadas para cada opción. Cada fila de la tabla corresponde a una revisión sistemática en particular. El enfoque de la revisión se describe en la segunda columna. Los principales hallazgos de la revisión que se relacionan con la opción se enumeran en la tercera columna, mientras que en la cuarta columna se presenta una clasificación de la calidad general de la revisión. La calidad de cada estudio se ha evaluado utilizando AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess Reviews - Un Instrumento de Medida para Evaluar Revisiones), que califica la calidad global en una escala de 0 a 11, donde 11/11 representa una revisión de la más alta calidad. Es importante señalar que la herramienta AMSTAR se desarrolló para evaluar revisiones enfocadas a intervenciones clínicas, de modo que no todos los criterios se aplican a las revisiones sistemáticas relativas a mecanismos de prestación, financieros o de gobernanza dentro de los sistemas de salud. Si el denominador no es de 11, los evaluadores consideraron no pertinente un aspecto de la herramienta. Al comparar puntuaciones, es, por lo tanto, importante tener en mente las dos partes de la puntuación (es decir, el numerador y el denominador). Por ejemplo, una revisión con una puntuación de 8/8 es, en general, de calidad comparable a una revisión de puntuación 11/11, siendo ambas consideradas "altas puntuaciones." Una puntuación alta indica que los lectores de la revisión pueden tener un alto nivel de confianza en sus hallazgos. Una puntuación baja, en cambio, no significa que se debe descartar la revisión sino que se puede tener menos confianza en sus hallazgos y que la revisión se debe examinar a profundidad para identificar sus limitaciones. (Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP): 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review. *Health Research Policy and Systems*).

Las tres últimas columnas proporcionan información acerca de la utilidad de la revisión en términos de aplicabilidad local, equidad y aplicabilidad del tema. La quinta columna señala la proporción de estudios que se realizaron en países de medianos y bajos ingresos, mientras que la sexta columna indica la proporción de estudios incluidos en la revisión que tratan explícitamente de uno de los grupos priorizados, es decir, las poblaciones vulnerables La última columna indica la aplicabilidad del tema de la revisión en términos de si aborda o no arreglos de entrega, arreglos financieros, intervenciones de implementación, etc.

Toda la información proporcionada en las tablas de los apéndices ha sido tomada en cuenta por la s/ los autoras/es del resumen de políticas para la elaboración de tablas 1-3 del texto principal del resumen.

Apéndice 1: Resumen de las investigaciones relevantes para la Opción 1 – Intervenciones dirigidas a prevenir o erradicar los malos tratos en las instituciones de salud.

No se han publicado hasta la fecha revisiones sistemáticas de intervenciones evaluadas en investigaciones clínicas aleatorizadas dirigidas a los equipos profesionales de la salud para la prevención y erradicación de los malos tratos y conductas abusivas con las mujeres y sus familias durante el trabajo de parto y el parto. La evidencia compilada en este Resumen de Políticas proviene de dos investigaciones con diseño antes y después conducidas en países africanos.

Apéndice 2: Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 2 – Intervenciones dirigidas al cambio de prácticas para asegurar el cumplimiento de los derechos de las mujeres y sus familias a un parto respetado sin intervenciones innecesarias.

Elemento de la opción	Foco de la revisión sistemática	Hallazgos claves	AMSTAR (calificación de calidad)	Proporción de estudios realizados en países de medianos y bajos ingresos	Proporción de estudios que tratan explícitamente con uno de los grupos priorizados	Foco en
Distribución de materiales educativos, reuniones educativas, procesos de consenso local, visitas de extensión educativa, líderes locales de opinión, intervenciones mediadas por el/la paciente, auditoría y devolución, recordatorios, mercadeo y medios de comunicación.	Intervenciones orientadas al cambio de comportamientos (actitudes y prácticas) de las y los profesionales de la salud en el primero y segundo nivel de atención	La auditoría, devolución y los recordatorios, y varios tipos de intervenciones educativas podrían ser superiores para cambiar el comportamiento profesional que los procesos de consenso local y líderes locales de opinión. Las intervenciones multifacéticas tienden a ser más efectivas que las intervenciones aisladas.	7/10	No se provee información	No se provee información	Arreglos de entrega Estrategias de implementación

Apéndice 3: Resumen de las investigaciones relevantes para la Opción 3 – Intervenciones dirigidas a la adecuación de los sistemas de salud para garantizar a las mujeres y sus familias el acceso universal a la atención del parto dentro del marco de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

No se han publicado hasta la fecha revisiones sistemáticas de intervenciones evaluadas en investigaciones clínicas aleatorizadas sobre el efecto de la utilización de salas TPR o de salas con características familiares comparadas con las salas de trabajo de parto y parto tradicionales en resultados maternos y perinatales. La revisión sistemática existente se centra en dos diferentes modelos de atención y no específicamente en el aspecto edilicio. La evidencia compilada en este Resumen de Políticas proviene de dos investigaciones cualitativas sobre la aceptabilidad de las salas TPR en usuarias y equipos de salud.