



JORNADA DE TRABAJO

PARTO RESPETADO

**REALIZADO EN EL
HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE
DEL PARTIDO DE GRAL. PUEYRREDON
16/5/18**

SUMARIO

1. Apertura de la Jornada
2. Palabras de la concejal Marina Santoro
3. Desarrollo de la Jornada

- 1 -

APERTURA DE LA JORNADA

-En la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredon, a los dieciséis días del mes de mayo de dos mil dieciocho, reunidos en el recinto de sesiones del Honorable Concejo Deliberante y siendo las 10:50, dice el

Sr. Locutor: Muy buenos días para todos, bienvenidos muchas gracias por acompañarnos en este recinto de sesiones del HCD del Partido de General Pueyrredon al desarrollo de esta Jornada de Trabajo sobre Parto Respetado, y en este caso para darles formalmente la bienvenida a todos ustedes de la concejal Marina Santoro, que además preside la Comisión de Calidad de Vida. Acompañada por la concejal Angélica González y el concejal Balut Tarifa Arenas. También agradecer la presencia del Delegado de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires, señor Rubén Cuevas, hacer lo propio con distintos representantes de instituciones públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata que han sido especialmente invitados para esta ocasión. Y a todos ustedes a quienes por supuesto iremos convocando en el desarrollo de esta Jornada para que puedan ir haciendo uso de la palabra y expresarse en el marco de este debate. Les vamos a pedir que a medida vayan haciendo uso de la palabra se identifiquen manifiesten si lo hacen a título personal o en representación de alguna institución, porque como toda Jornada de Trabajo será grabada y luego se podrá contar con este material como consulta para el desarrollo de futuras reuniones de trabajo que se puedan evaluar. Así que bienvenidos a todos y vamos a cederle el uso de la palabra a la concejal Marina Santoro.

- 2 -

PALABRAS DE LA CONCEJAL MARINA SANTORO

Sra. Santoro: Buenos días a todos. Me toca hacer una breve introducción de la Jornada de Trabajo del día de hoy aquí en el recinto en mi carácter de presidente de la Comisión de Calidad de Vida. Quería iniciar leyendo algunas cosas que preparé para hoy como para que nos sirvan de disparador. “Me ataron las manos y no me animé ni a preguntar por qué. No me dejaron que mi pareja estuviera presente en ningún momento. Me decían que no gritara. Dije que no quería que me rompiesen la bolsa pero no me hicieron caso”. Estos son algunos de los recuerdos traumáticos de muchas mujeres que han testimoniado en distintas páginas y notas que he encontrado a la hora de presentar la Jornada el día de hoy. Y me parecía interesante rescatar historias de vida particular para dar inicio a algo que tiene que ver nosotros creemos desde la Comisión de Calidad de Vida y Salud Pública, con una política pública, con un problema de salud pública, un problema social, y una cuestión social que tiene que tiene mucho que ver. Veo acá a muchas mujeres con el pañuelo verde y creemos también que tiene que ver con la nueva ola social de emponderamiento de las mujeres y de los grupos de la diversidad, creemos que todo tiene que ver con todo. Si bien es cierto que la ley 25.929, de Parto Respetado, es una ley del año 2004, en realidad también esa ley y la ley que vamos a lograr ahora -porque estoy segura que la vamos a lograr a más tardar este año- por el aborto legal, seguro y gratuito son parte ambas de una lucha, que es la lucha que damos todas las mujeres de este país para lograr más derechos para nosotras y también para la sociedad argentina. Así como una cosa tiene que ver con otra y está relacionada porque es parte de la misma cuestión social que tiene que ver con garantizar los derechos de las mujeres, decía esto y leía el testimonio de algunas mujeres de la situación violenta que tuvieron que vivir muchas mujeres en el momento del parto. Porque en realidad esto da cuenta de historias particulares, pero da cuenta de una situación social que tiene que ver con que hay una ley vigente que muchas veces no se cumple y que en la mayoría de los casos es desconocida por los grandes efectores de salud, también por nosotras, y por la sociedad. Entonces creemos que hay una gran deuda pendiente que como sociedad tenemos y que sobre todo nosotros como parte de uno de los poderes del Estado, tenemos también que tiene que ver con conocer en qué consiste esta ley, conocer qué es lo que nos propone la ley 25.929. Y también conocer la relación que tiene esta ley con la ley 26.485, que es ley contra la violencia de género y entender también que hablar de violencia obstétrica es hablar también de violencia de género, de una de las formas de la violencia patriarcal contra las mujeres y contra la diversidad. Así que creemos que esta no es sólo una deuda legislativa en términos de ley escrita, sino que es una deuda social que tenemos, que tiene que ver con la violencia de género. Es por eso que también la Jornada de Trabajo hoy tiene ese objetivo y comentarles que es tarea de todos pero parte de la misma situación. Es tarea de todos nosotros el lograr que no sólo el parto, sino también el embarazo, y el post parto, sean mucho más humanizantes de lo que realmente son. También poder lograr que las prácticas médicas no sean tan medicalizadas como lo son hoy en día, poder lograr que el embarazo no sea un patología más. Tantas luchas que venimos dando y que, sobre todo, vienen dando ustedes y en Mar del Plata en particular agradecer el trabajo que vienen haciendo la Mesa Interinstitucional de Parto Respetado, que es muy importante y que fue de alguna manera nos dio la posibilidad a nosotros como legisladores de hacer esta Jornada. Esta Jornada básicamente la han organizado ustedes, así que agradecer también todo el trabajo que viene haciendo porque esta Jornada no hubiera sido posible sin el trabajo posterior que vienen haciendo ustedes que es un trabajo institucional de hormiga, pero también de articulación de muchos actores con un trabajo muy importante. Esta no es una Jornada que organizamos los concejales, sino que es una Jornada que organizan fundamentalmente ustedes con todo el trabajo previo que

vienen haciendo para la sociedad de Mar del Plata y Batán. Así que quiero agradecerles el trabajo que están realizando por tantas mujeres y también la presencia institucional obviamente de la Secretaría de Salud. Agradecer la presencia de los concejales de la Comisión de Calidad de Vida, como Angélica González, la presencia del concejal Balut Tarifa Arena también. Y espero que se vayan incorporando más concejales el día de hoy porque la verdad que esta es la casa del pueblo, la casa de la democracia, la casa de la política y es muy importante que los temas que están en la agenda de la sociedad estén en la agenda de la política. Creo que teníamos la responsabilidad hoy de abrir las puertas no solo porque es la Semana Internacional del Parto Respetado sino porque tenemos una responsabilidad con la sociedad para que esta ley que esta vigente esta ley nacional se cumpla. Gracias a todos por el trabajo que hacen y gracias a todos por estar hoy presentes acá en la jornada.

- 3 -

DESARROLLO DE LA JORNADA

Sr. Locutor: Hacemos oportuno también para agradecer la presencia de representantes de distintas instituciones como la clínica Colon, la clínica 25 de Mayo, la clínica Pueyrredon, el doctor Mauricio Besteiro, también de Zona Sanitaria VIII. Vamos a invitar entonces en principio a integrantes de la mesa interdisciplinaria y del OVO.

Sra. Ruiz: Buenos días a todos. En principio agradecer a Marina Santoro la posibilidad de articular y de que exista este espacio. Como comentaron, soy parte de la local por el cumplimiento de la ley de Parto Respetado. Ese es un espacio que se creó a mediados del año pasado, que está compuesto por diferentes instituciones, grupos, personas, activistas, todos interesados en la temática. Mi nombre es Ana Laura Ruiz y voy a nombrar a todas esas personas, grupos, e instituciones que componemos la mesa: el Programa de Acción Comunitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad, el Programa Integral de Políticas de Género correspondientemente a la Secretaría de Bienestar también de la Universidad Nacional de Mar del Plata, el Observatorio de Violencia Obstétrica, el Programa Sociocultural Almacenes Culturales que corresponde a la Secretaría de Cultura de la Municipalidad, diferentes profesionales que trabajan en el Hospital Materno Infantil y en los diferentes CAPS de la ciudad, y diferentes profesionales de distintas disciplinas en el área de la salud como médicos, psicólogos, obstetras, trabajadoras sociales, enfermeros y personas en general interesadas en la temática. Simplemente yo les voy a comentar cómo fueron los objetivos que nos plantemos como mesa al momento de crearse este espacio y que día a día los vamos tratando de cumplir, reformular y estamos creciendo como espacio. Simplemente eso, para después darle paso a mi compañera del OVO. Dentro de los objetivos, nosotros nos planteamos promover la plena implementación y difusión de la ley 25.929, conformar un espacio de trabajo permanente con personas involucradas en la temática a fin de generar intercambios que apunten al fortalecimiento de las prácticas profesionales e institucionales para el respeto de los procesos de embarazo, parto, y postparto, y contribuir al abordaje colectivo de los desafíos que conlleva al cumplimiento de la ley. Difundir los derechos de las personas gestantes y de sus hijos e hijas, instalar el debate en todos los ámbitos involucrados a la temática en la ciudad de Mar del Plata, sensibilizar a cerca de la violencia obstétrica a la población en general. Esto es lo que nosotros queremos contar y nuevamente celebrar la existencia de este tipo de instancia donde podamos reflexionar, debatir e incluso hacer reclamos para el cumplimiento en este caso de la ley de Parto Respetado.

Sra. Martinoski: Buenos días a todos. Mi nombre es Estefanía Martinoski, yo formo parte del Observatorio de Violencia Obstétrica de Mar del Plata. Y me sumo a los agradecimientos a Marina y a Julia por organizar esta jornada de trabajo porque me parece que es imprescindible el compromiso político de ustedes para combatir la violencia obstétrica y también para transformar la atención perinatal en la ciudad. El Observatorio es una red en federal ciudadana autogestiva, que se creó en el 2015 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por las Casilda, para visibilizar la violencia obstétrica y promover el derecho de las mujeres a parir en libertad. En Mar del Plata el observatorio lo formamos mujeres autoconvocados, profesionales, activistas madres interesadas en visibilizar esta problemática en la ciudad y aportar a su transformación. Nuestros objetivos son -quizás el principal- producir datos sobre como se manifiesta la violencia obstétrica en Argentina y para ese fin hemos realizado una encuesta en todo el país entre 2015 y 2016 sobre la atención del parto y cesárea y hoy vamos a compartir alguno de esos datos con ustedes. También monitorear el cumplimiento de la ley de Parto Respetado y desarrollar espacios de sensibilización y debate con profesionales de la salud y con la ciudadanía en general. Pero antes compartir los resultados de la encuesta yo quisiera hablar un poco sobre el proceso de medicalización del parto y las ya no tan nuevas demandas por un mayor protagonismo femenino para entender en que contexto surge el concepto de violencia obstétrica y como contra cara la idea de parto respetado. Así como las leyes que nuestro país garantizan nuestros derechos y de nuestros hijos durante el proceso de nacimiento, el embarazo y el parto han sido históricamente competencias femeninas. Por mucho tiempo, familiares, amigas y parteras fueron las encargadas de acompañar las embarazadas en su propia casa durante el embarazo, el parto y la primera crianza. Sin embargo, a mediados del siglo XIX comenzó el proceso de medicalización del parto que terminó con su hospitalización. Y esto tuvo varios efectos sobre las personas gestantes y sus bebés, pero es bueno decir por qué se hospitalizó. Por un lado, era corriente encontrar la muerte en el parto y esto generaba que las mujeres vivieran con temor y ansiedad la maternidad, por eso tuvieron las mujeres un rol activo en la demanda de medicalización del parto. Otro factor que condujo a la hospitalización fue la dificultad de mantener la red femenina que se encargaba de acompañar y atender a la embarazada, debido más que nada al avance de la industrialización y el crecimiento de las migraciones en la primera mitad del siglo XX. Además, gracias al desarrollo tecnológico pero también debido a la exclusión de las mujeres de los ámbitos de estudio académico, los médicos lograron especializarse y monopolizar ese saber en el uso de fórceps, de anestesia, en las técnicas de cesáreas, y otras intervenciones que podían servir para salvar la vida de la madre y los recién nacidos. Finalmente, gracias a los

descubrimientos de la bacteriología, el hospital fue ganando prestigio y construyéndose como un lugar seguro e higiénico. Si bien con el tiempo la morbi mortalidad materno infantil disminuyó enormemente, las mujeres quedaron aisladas, perdieron poder, y comenzaron a ser tratadas de manera despersonalizadas, estandarizada y al mismo tiempo el saber y las prácticas femeninas se construyeron como algo peligroso y desechable. Con el tiempo estos efectos no deseados de la hospitalización comenzaron a tratar de revertirse, por ejemplo a partir de 1950 nuestro país se empezaron a dar ciertos cambios en relación en la atención del parto en un contexto de transformación sociales y culturales más amplias que afectaron los roles y las relaciones de género y los modelos familiares. Por un lado desde mediados del siglo XX, los desarrollos de la obstetricia y la medicina en general fueron salvando los peligros de salud más graves y esto posibilitó el replanteamiento de la atención del parto y ese replanteo de la atención perinatal surgió al mismo tiempo desde los profesionales de la salud y desde las mujeres. Algunos médicos pioneros plantearon alternativas para disminuir el dolor el temor, y terminar con la violencia de en el parto. Al mismo tiempo algunas parejas y mujeres comenzaron a manifestar nuevas demandas en relación a sus cuerpos y su autonomía, en consonancia con el mayor protagonismo de estas en el espacio público y con las consignas de movimientos feministas donde la autodeterminación corporal se transformaba en un derecho de primer orden. Pero obviamente todas estas demandas e iniciativas de transformar la atención perinatal y darles mayor protagonismo a las mujeres en el parto en nuestro país siguieron interrumpidas por la última dictadura cívica militar. Era casi inconcebible hablar de parto sin dolor y sin temor en un proceso de tanta violencia y donde había mujeres pariendo en centros clandestinos de detención. Así que recién en la década del '90 cuando se retoma estas cuestiones y a partir de la reforma constitucional de 1994, que aprobó el carácter de derechos a la sexualidad y a la reproducción al reconocer los instrumentos internacionales de derechos humanos como parte de su cuerpo normativo. Los derechos reproductivos hacen referencia a las decisiones y las libertades que un sujeto debe gozar sobre sus capacidades reproductivas y en ese marco en el 2002 se creó en nuestro país el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Dicho Programa se centró en garantizar la toma de decisiones vinculadas a la planificación familiar para procrear, es decir, a la oportunidad y frecuencia de nacimientos, pero no otorgó derechos a las personas gestantes y al recién nacido durante el proceso de nacimiento, así como tampoco garantizó el poder de las personas gestantes de tomar decisiones voluntarias de no reproducción, es decir anticoncepciones irreversibles u atención por aborto ante embarazos accidentales o no deseados. En 2004 se sancionó la ley de derechos de la madre, el padre, y el recién nacido durante el proceso de nacimiento conocida popularmente como Ley de Parto Respetado, que ha diferenciado del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable se sitúa en la esfera personal y no en la familiar al garantizarles a las personas gestantes la posibilidad de elegir y ser protagonista de sus partos. Y esto fue un avance enorme en términos de ampliación, aunque sigue estando pendiente la despenalización del aborto para que podamos ejercer plena autonomía sobre nuestros cuerpos. Porque el mismo sistema que nos violenta antes, durante, y después del parto es el que nos prohíbe abortar y nos impone la maternidad. Otra ley que es importante conocer para poder ejercer nuestros derechos es la ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Esa ley vecina a la violencia obstétrica como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres expresadas en trato deshumanizado, un abuso de medicalización, patologización de los procesos naturales de conformidad con la ley 25.929. Estas dos leyes además están en sintonía con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, las Naciones Unidas, y otras organizaciones red, y movimientos que promueven la humanización del parto. Quiero resaltar algo que me parece muy importante y es que en Argentina existe una jerarquía normativa que se debe respetar, en primer lugar la Constitución Nacional y sus tratados internacionales y luego las Constituciones Provinciales, las leyes nacionales, las leyes provinciales, los Decretos y Resoluciones ministeriales. ¿Por qué digo esto? Porque ninguna norma de ninguna clínica, sanatorio, y demás servicio de salud puede alterar esta jerarquía, porque el parto respetado no es una opción sino que es una ley. ¿Qué derecho garantiza la ley de Parto Respetado? Garantiza el derecho a recibir un trato digno, a ser protagonista de nuestros partos, a ser consideradas personas sanas, a poder expresar nuestras necesidades y emociones, a ser informadas de todo lo que ocurre, y a que se nos haga participe de las diferentes actuaciones de los profesionales, a movernos con libertad durante el trabajo de parto, y a elegir la posición para parir, a elegir con libertad una compañía de nuestros afectos, y a ser respetadas en nuestra intimidad, a recibir información y apoyo para comenzar a amamantar. Y los recién nacidos tiene derecho a ser tratado en forma respetuosa y digna, permanecer junto a su madre y no ser sometidos a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia salvo consentimiento manifestado por escrito de sus representantes legales. Lo que actualmente nosotros entendemos que hay en pugna en la atención prenatal, perinatal, y postnatal son dos modelos, el modelo de riesgo que considera que todo proceso es plausible de complicarse en cualquier momento y por eso se trata de adelantarse a cualquier complicación realizando intervenciones preventivas, lo cual causa el intervencionismo obstétrico en donde una intervención crea una necesidad y esta a su vez genera una nueva necesidad y así sucesivamente. Esto transforma un parto -que podría haber sido liderados por los tiempos y requerimientos de la parturienta- en un parto intervenido o una cesárea protagonizada por la institución de salud. Por otro lado, el modelo de humanización considera que el control del proceso lo debe tener la persona gestante y no el equipo de salud. Requiere de una aptitud respetuosa y paciente, calidad y calidez de atención en suma, la persona gestante debe ser el foco en la atención pre y perinatal y los servicios ofrecidos deben ser sensibles a sus necesidades y expectativas. Como les comentaba al principio, nosotros entre el 2015 y el 2016 realizamos en Mar del Plata 418 encuestas a personas que tuvieron un parto o cesárea en la ciudad, de diferentes clases sociales, edades, y zonas geográficas y que se han atendido tanto en clínicas privadas como en hospital público. Y realmente los resultados fueron alarmantes: trato deshumanizado, uso de intervenciones y medicación rutinaria agravado por la falta de acceso a la información y la vulneración de la autonomía de la persona gestante por parte de los profesionales de la salud. Algunos datos significativos que creemos compartir con ustedes: a 4 de cada 10 mujeres encuestadas no se les permitió estar acompañada por una persona de su confianza durante el trabajo de parto, el parto, o el post parto. La negación del acompañamiento tiene una influencia

directa, inmediata sobre la salud psíquica o física de la mujer en trabajo de parto, interfiriendo negativamente en la fisiología y salud del desarrollo del mismo. Se deja a la mujer interlocutores de confianza y sin testigos de lo que acontece en su parto, justificar esta práctica por falta de infraestructura o asepsia del ámbito no quita la responsabilidad del efector del salud correspondiente que infringe la ley y lejos de garantizar la salud del evento que acompaña la pone en riesgo. Cuatro de cada diez mujeres no pudieron moverse en libertad durante el trabajo de parto y siete de cada diez no tuvieron libertad de movimiento durante el parto. Desde la primera imposición de acostarse, quedarse quieta con conexión con una vía fija al suero, la mujer gestante deja de ser autónoma para convertirse en un objeto de observación e intervención. De ellas devienen riesgos absolutamente innecesarios con su contracara de intervenciones para subsanarlos: el bebé no desciende, se ralentiza el proceso de parto, el perineo sufre mayor compresión y esfuerzo en su zona posterior, se presionan los grandes vasos sanguíneos maternos poniendo el riesgo la correcta oxigenación del bebé lo que aumenta las posibilidades de sufrimiento fetal por citar solo algunos. A ocho de cada diez mujeres se les realizó tacto vaginal y cinco de cada diez fueron tactadas por más de un profesional varias veces. Los tactos son una de las maneras para evaluar el progreso durante el trabajo de parto, sin embargo en todos los casos su uso debe reducirse al mínimo número posible. Y siempre con consentimiento de la persona gestante porque son dolorosos e invasivos; en la medida de lo posible los tactos deben ser realizados por el mismo profesional de salud. A cinco de cada diez mujeres se les colocó oxitocina sintética para conducir y/o acelerar el trabajo de parto y no se les informó ni se les consultó sobre esta práctica. La OMS marca como una estándar justificable el uso de oxitocina entre 0,5 y 1 de cada diez nacimientos. A seis de cada diez mujeres encuestadas que tuvieron parto vaginal, se les realizó una episiotomía, que es el corte del perineo para ampliar el canal blando, para abreviar el parto y apresurar la salida del feto. La episiotomía como técnica preventiva para evitar desgarros está contraindicada por la Organización Mundial de la Salud y es considerada una mutilación genital cuando se realiza de manera rutinaria. Las secuelas físicas, emocionales y psicológicas de esta práctica pueden ser devastadora para la mujer; no sólo se trata de la incomodidad o dolor a soportar debiéndose ocupar de un bebé recién nacido, sino en su posterior vida cotidiana, sexual y reproductiva. A tres de cada diez mujeres se le realizó la maniobra de Kristeller, que es una presión en el fondo uterino durante el parto; esta maniobra se usa con la intención de acortar la segunda fase del parto. Sin embargo la OMS, la desaconseja categóricamente por los múltiples y altos riesgos que representa para la mujer y el bebé. Por ejemplo, es una de las posibles causas de desgarro cervical y del síndrome doloroso abdominopelviano en el puerperio. En algunos países incluso está prohibida, sin embargo en nuestro país sigue siendo una práctica cotidiana que desde el empuje con la mano, hasta que un profesional se suba completamente sobre una mujer. A cinco de cada diez mujeres encuestadas se les realizó una operación cesárea. El dramático crecimiento del índice de cesáreas a nivel mundial -no sólo en Argentina- ha sido descrito por la OMS como una epidemia y un grave problema en materia de salud pública. El uso médicamente justificable para esta cirugía mayor es de 1.5 de cada diez nacimientos, a seis de cada diez mujeres no se les informó, ni se les pidió consentimiento para las practicas que se les realizaron durante el trabajo de parto y el parto. Estamos no sólo frente a un alto he injustificable uso de intervenciones y medicalización de rutina sino ha una negación total del derecho a elegir, el trato puede ser digno, la atención obstetricia idónea y oportuna pero si la persona gestante no fue informada, es decir con la información completa, verdadera, adecuada y oportuna y obvia su consentimiento para las practicas realizadas sobre ella o su hijo, estamos ante una violación de su autonomía. En relación a las intervenciones sobre los bebés, siete de cada diez recién nacidos tiene contacto inmediato con su madre ni bien nacieron, pero ese contacto duro un momento. En la mayoría de los casos eso que se refiere como un contacto inmediato no es piel con piel y ni siquiera tenerlo en brazo, sino simplemente verlo pasar, darle un beso y nada más. Hoy en día existe infinidad de evidencia científica sobre la importancia y valoración en términos de salud a corto y largo plazo del establecimiento inmediato del contacto madre e hijo luego del nacimiento. Realizar una separación madre e hijo aunque sea unos minutos sin una razón real médica que la amerite y solamente por comodidad práctica de los profesionales, es desatender la salud de ambos y una violación a sus derechos. Tres de cada diez mujeres no saben qué práctica realizaron sobre sus hijos e hijas, y por supuesto no pudieron dar ningún tipo de consentimiento. Y finalmente tres de cada diez mujeres no recibieron asesoramiento para amamantar y tres de cada diez les ofrecieron darles mamadera a sus hijos. ¿Qué podemos hacer para transformar esta situación? La persona gestante puede presentar un plan de parto para facilitar la comunicación y comprensión con el equipo de salud, y que este garantice la mejor atención posible contemplando las particularidades y necesidades de cada caso. El plan de parto es un documento escrito en el cual la persona gestante deja asentada sus preferencias, necesidades y expectativas en relación a la atención durante el trabajo de parto, o cesárea, nacimiento, y post parto. El mismo esta enmarcado dentro de la ley nacional 26.529 de derechos del paciente bajo la figura de directivas anticipadas y busca garantizar la participación activa de la persona gestante así como el pleno acceso a sus derechos. También puede pedir que la atienda otros profesionales y hacer la denuncia si el personal de salud que la atiende no garantiza el cumplimiento de sus derechos. La manera más común y efectiva de hacerla es un reclamo administrativo ante la Defensoría del Pueblo de la Provincia, de la que después Rubén puede hablar. Pero más allá de las salidas individuales, es imprescindible que tanto quienes nos gobiernan, como las instituciones de salud se comprometan a transformar el sistema de atención perinatal hegemónico hacia una práctica médica con perspectiva de género y perspectiva de derecho. Muchas gracias.

Sr. Locutor: Vamos a invitar a la partera Spinedi, e integrante de la ONG “Dando a Luz”, gestoras de la ley.

Sra. Spinedi: Buenos días a todos. Voy a ser breve porque creo que Estefania hizo un paneo de toda la situación relacionada con el parto y los derechos de las mujeres gestantes y los niños que nacen. Vengo en representación de “Dando a Luz”, que es una asociación civil que se conformó en el año 2000 y que empezó a ver la problemática que había en ese momento, pese a la perspectiva de los derechos de las mujeres y los niños que nacían. Y así es como empiezan a trabajar recolectando firmas y con el asesoramiento y el apoyo primero en el Concejo Deliberante de la

ciudad de Buenos Aires y después en el Congreso, con el paso de los años y el trabajo constante y a veces algunas demoras, en el 2005 finalmente pudieron ver plasmado en una ley -que es la 25.929- que es la ley de los derechos de los padres. Esto, que tuvo una evolución de muchos años a tal punto que recién once años después se logró experimentarla, esto quiere decir que cada uno de los artículos que componen la ley y que son aplicables a cada una de las mujeres, y de las instituciones, y de los profesionales de todos los efectores de la atención del parto tuvieron una herramienta y para saber desde dónde se movían y desde dónde esto surgía. Y así es como muchas provincias, no tiene mucho sentido que les diga cuáles porque en realidad no las recuerdo y me parece que no vienen al caso, adhieron porque es una ley nacional. Lo que trato de decir es que esta ley lo que hace es demostrar que desde una asociación civil y con la participación y reconocimiento de los derechos que las madres, los niños que están naciendo o que nacieron, y las familias tienen, y que la idea es ir mejorando esto y creando conciencia en la comunidad sobre sus derechos y en los profesionales que asistimos nacimientos también una comprensión y una empatía, porque hoy el mundo no es como hace 50 o 60 años atrás, sin embargo, todavía en muchos lugares, por no decir en casi todos, se sigue practicando una obstetricia que parece la de los años '50. Yo no quisiera ser demasiado larguera con esto, si alguien cree que alguien necesita más información sobre "Dando a Luz", me pregunta y quisiera que otra persona tomara la palabra y pudiera decirnos alguna cosa más. De todos modos, agradecer a tanta gente que veo acá, que cuando yo llegué a Mar del Plata, porque no soy de acá, me recibió generosamente y me enseñó muchas cosas, y creo que fue un ida y vuelta.

Sr. Locutor: Vamos a invitar a continuación a Eva Martín, que pertenece a grupos de Dulas, que son acompañantes emocionales, también parteras y obstétricas, para que haga uso de la palabra.

Sra. Martín: Buenos días a todos, antes que nada mi nombre es Eva Martín, soy dula, soy mamá de dos nenas y soy estudiante de medicina, agradezco a mis compañeros que hoy están acá haciéndome el apoyo. Antes que nada, quería aclarar que las dulas no somos ni obstétricas ni parteras, las dulas solamente somos una acompañante en lo emocional y en lo físico hacia la persona gestante, nos gusta hablar de personas gestantes para la inclusión de género, no solamente las mujeres gestan y eso es muy importante, porque muchas veces también se las llama "embarazadas" y es un concepto que mucho no nos gusta porque el embarazo habla de algo vergonzoso y el embarazo no es nada vergonzoso, es una gesta feliz. Bueno, nosotras las dulas acompañamos los procesos de gestación, embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, son procesos naturales que por lo general cursan en salud todas las gestantes. Es considerado también como una especie de cuidado alternativo ya que el proceso reproductivo de la gestación, el embarazo y el parto, tienen mucho que ver con cuestiones emocionales que a su vez, esas cuestiones emocionales influyen en un montón de cosas de procesos fisiológicos. Por ahí, todo lo que voy a decir quiero que todos y todas sepan que tienen sustento científico, que no es una cosa tirada de los pelos, muchas de mis compañeras dulas si bien tenemos mucha formación empírica, investigamos y buscamos mucha información de los profesionales de la salud, obstetras, parteras, enfermeras, porque nos parece que brindar esta información a las personas gestantes es parte del empoderamiento. Bueno, a mí me tocaba hablar de qué era el nacimiento respetado, pero las chicas de Lobos hicieron un gran trabajo con esa presentación, solamente decir la importancia de respetar esta ley, la N° 29.929, porque nosotros consideramos que las personas gestantes en la mayoría son personas sanas, que si se respetan sus tiempos biológicos y emocionales por lo general no tienen inconvenientes, entonces creemos que respetar estos procesos hacen que haya menos intervenciones. Este año, el lema de la Semana Mundial del Parto Respetado es "Menos Intervenciones, Más Cuidados". Creemos que las intervenciones cuando hay problemas de salud son importantes, son un gran avance de la medicina, pero como decían las compañeras de Lobos, a veces se hacen muchas intervenciones por rutinas y terminan siendo iatrogénicas, esto de por ahí poner oxitocina por rutina, acelerar los tiempos, que nosotras entendemos que a veces a muchos profesionales les corre un poco el tema de los protocolos de las instituciones y que tal vez se espera que una persona gestante tenga un trabajo de parto de equis cantidad de horas y la realidad es que los cuerpos no entran en ningún horario, cada uno tiene su tiempo y su proceso y querer encerrar un tiempo de una mujer sana en un proceso de ocho o doce horas, me parece que no es posible, desde mi rol como dula, he acompañado mujeres que han tenido más de doce horas de trabajo de parto y han tenido un bebé sano y han tenido un parto en salud. Y no siempre la demora del trabajo de parto significa una cuestión de enfermedad o de algo que está saliendo mal, simplemente es una mujer que necesita más tiempo, por esto que les comentaba de los procesos emocionales. Otra cosa que me parece importante destacar es el tema de la información, si bien nosotras las dulas intentamos proporcionarles todas estas informaciones científicas y alternativas pero sobre todo las científicas que tanto nos ayudan a seguir teniendo estos partos en salud, creemos que ante una intervención es importantísimo que la persona gestante pueda decidir siempre con esta información oportuna y con palabras que la persona gestante pueda entender, porque como decían las compañeras de Lobos, el ... por ellas les quita autonomía. También esto de informar implica el poder respetar la decisión de esta persona gestante, tal vez algunos profesionales que acompañan sugieren algunas intervenciones que la persona gestante o la familia o el compañero, no están de acuerdo y hay otras opciones que tal vez no sean tan fáciles para llevar a cabo por el profesional pero que brindan la misma información, creo que es importante hablar del respeto de esto, de la decisión del propio cuerpo, si una mujer cree que no es el momento para hacer un tacto, hay que respetar ese momento. Otra cosa que quisiera destacar con respecto a lo emocional, cuando las mujeres o las gestantes nos acercamos a una institución a tener a nuestro bebé, a parir, por lo general nos encontramos con gente que no conocemos, por eso es importante el acompañamiento de una persona de su confianza, como dice la ley, tal vez además soliciten la compañía de una dula, y no es una cuestión al azar, sino que simplemente la compañía de alguien de confianza hace que estemos más relajadas, de poder soltarnos solamente al proceso del trabajo de parto y que quienes nos acompañan, nos cuiden y nos ayuden a transmitir todo lo que está pasando alrededor del trabajo de parto, porque las personas que han pasado por un trabajo de parto saben que en ese momento hay como una especie de alteración de conciencia y es muy difícil poder tomar decisiones apuradas, la

información que nos llega, nos llega de una manera y en un momento que por ahí no estamos con mucha claridad, y que una persona de nuestra confianza, que nos conoce, nos pueda transmitir esa información, nos ayuda un montón. Uno de los grandes enemigos de la oxitocina es la adrenalina, la misma la genera el cuerpo cuando estamos en una situación de miedo, y si en un trabajo de parto nos sentimos amenazadas por el trato, la despersonalización, porque nos quieren hacer prácticas que no estamos de acuerdo, la adrenalina sube y el trabajo de parto de frena porque la oxitocina se inhibe. Si proporcionamos a la oxitocina, si dejamos que la persona gestante esté en un lugar amoroso por ahí respetando el silencio, las luces bajas que por lo general las personas que están por parir necesitan un poquito de oscuridad, la intimidad, para tener intimidad no se necesita una gran estructura, tal vez incluso un biombo puede servir, porque estar con los genitales expuestos delante de todo el mundo, la verdad que no proporciona para nada ni tranquilidad ni oxitocina, esto de poder ser tratada personalmente, no implica que nos llamen solamente por el nombre, sino que no seamos una cama, una cesárea, “gordita”, “mamita”, por lo general estas cuestiones nos incomodan bastante. Otra cuestión también que quisiera destacar, esto que también compartían las compañeras de Lobos, del contacto piel con piel del recién nacido, lamentablemente no siempre puede suceder porque si bien por ahí estamos acompañadas de un profesional que está de acuerdo con todo esto del parto respetado, que adhiere a la ley, hay otro profesional que interviene en el momento del nacimiento que son los neonatólogos y ahí es donde se genera también otro quiebre, el profesional que atendió el parto está contento, deja que llegue el bebé a la piel de la mamá y viene el neonatólogo con una urgencia de no sabemos qué y le saca el bebé a la mamá, y le empieza a hacer un montón de estudios e intervenciones que si el bebé está sano no las necesita. Hay un libro de un médico, Frederick Leboyer, es viejísimo, es un poco el que empezó con todo esto, él muestra una foto de un bebé recién nacido, atendido de una forma no respetuosa, y el gesto, la expresión, de ese bebé, es de terror y miedo. Imagínense, hace minutos que llego a este mundo y me separan de mi mamá, me llevan a un lugar que no conozco, no siento los olores a los que estoy acostumbrado ni las voces, me meten sondas por todos los agujeros que tengo, me dan vuelta, me bañan, me sacuden, y lo único que quiere es ese bebé es estar cerca de la mamá, y si está sano no entiendo, no sé cuál sería el motivo de separarlo. La evidencia científica dice que ese contacto piel con piel es súper favorecedor para todo el sistema nervioso del bebé, para poder repoblarse con las bacterias de su mamá, bueno, un montón de cuestiones que en esta época que el conocimiento está al alcance de todos por internet, está bueno poder investigarlo y es muy interesante poder tener esta información al momento de hacer una atención respetuosa. Y simplemente también recordar esto del corte tardío del cordón que en un montón de instituciones ya se los está practicando, científicamente también está comprobado que ese corte tardío le beneficia al bebé en un montón de cuestiones, lo más importante sería el hierro, que lo proporciona como si se tuviera una reserva como para seis meses, y eso creo que también le evita un montón de cuestiones a la mamá y al bebé. Y bueno, para cerrar, simplemente invitarlos a pensar en este cambio de paradigma de la atención, me causa mucha emoción estar acá porque cuando yo inicié a militar en estas cuestiones por haber sufrido violencia obstétrica, éramos muy pocas y este debate no se hacía, y mucho menos en un lugar como es el Concejo Deliberante, entonces poder ver que ese cambio de paradigma chiquito que fuimos iniciando algunas personas en la ciudad ahora lleguen a esta distancia, es muy emocionante, y estoy con mucha esperanza de que así va a suceder porque así está sucediendo en el mundo. Y solamente cerrar con una frase de un obstetra que es reconocido mundialmente sobre todo por quienes estamos adhiriendo a esta forma de recibir a los bebés, que es Michelle Odent, que dice que para cambiar el mundo hay que cambiar la manera de nacer. Gracias.

Sr. Locutor: Vamos a invitar a quien es enfermera profesional, Karina González.

Sra. González: Buenos días, agradezco principalmente la convocatoria y tanto los colegas profesionales tanto de mi sala como de otros centros de salud que me están acompañando. Mi nombre es Karina González, yo soy licenciada en enfermería, trabajo en el CAPS Antártida Argentina, y hace tres años soy mamá de Eva. Transité un embarazo de curiosidades e investigación, y ahí descubrí formas de parir a través de autores especializados y profesionales respetuosos en la atención. En ese contexto y siendo una privilegiada con la posibilidad de tener medicina prepaga, toda la tecnología y comodidades, al momento de parir sufrí violencia obstétrica, que dejaron cicatrices que costaron sanar. En esta búsqueda de respuestas fue que me encontré con un grupo maravilloso de mujeres aguerridas, tratando de cambiar esa realidad a la futura gestante, para así sanarnos mutuamente. De esta forma, ingresé al observatorio de violencia obstétrica del cual fui parte por aproximadamente dos años, en los cuales pudimos en conjunto no solamente acompañar sino asesorar a mujeres que en nuestra ciudad y en otras ciudades aledañas lo padecieron. La encuesta realizada por el equipo fue de vital importancia para conocer en números estadísticos cuántas de ellas lo habían sufrido en nuestra ciudad, muchas todavía desconociendo de qué se trataba, algunas respondiendo sin entender del todo y otras aprovechando para contarnos su experiencia o la de alguna allegada. Eso me hizo replantear y recordar mis primeros pasos por el área de Obstetricia, y con todo el conocimiento actual les digo que cometí violencia obstétrica, no en la escala agresiva y denigrante que en ocasiones lamentablemente he presenciado, sino por desconocimiento, por repetir patrones y experiencias de otras enfermeras. Porque al piso de Obstetricia, enviaban como castigo a las profesionales conflictivas o recién egresadas, ya que la demanda de la gestante y su bebé era constante y recurrente por motivos diversos, limpieza, baños, inicio de lactancia, sueros, etc. Muy lejos era de ser el lugar ideal donde gestantes hacen algo tan trascendente como parir a su bebé. Gracias a este aprendizaje, en el CAPS donde trabajo, se intenta empoderar a las mujeres, no solamente a las gestantes, respecto de los derechos redactados en la ley, la planificación de un plan de partos, manifiesto de cómo quieren parir y lo que consideramos el eslabón más importante para que ya se modifique el accionar, la denuncia. Si no damos la visibilidad por este medio, poco va a cambiar, hablo desde profesionales, instituciones y hasta infraestructura. El futuro es apuntar a una enseñanza universitaria más humanizada y empática, capacitación en centros de salud y hospitales, desde el administrativo, ecografista, médico o médica, licenciadas en Obstetricia, y todos quienes estén involucrados en la atención de la gestante y su familia respecto de la ley. También la obligación de contar con licenciadas de Obstetricia, dulas y/o

puericultoras en los ámbitos sanitarios, ellos son el personal necesario y apto para los cuidados preparto, parto y puerperio respectivamente, sin dejar de lado la necesidad de mejorar las condiciones laborales de colegas profesionales, porque la transmisión de la violencia -y con esto no lo justifico- existe, y ellos también la sufren. El lema de este año es menos intervenciones, más cuidados, ¿a qué se refiere? Pongamos un ejemplo de muchos, en el trabajo cotidiano nos encargamos de fomentar la lactancia materna, pilas fundamental nutricional y emocional de las próximas generaciones. ¿Cómo lo intento si delante de mí tengo una madre que literalmente no se puede sentar o caminar erguida por una episiotomía de rutina que todavía se hace? ¿O una cesárea innecesaria para que él o la obstetra pueda disfrutar de su fin de semana largo sin interrupciones? Hubo otra madre que se siente ultrajada, transitando un puerperio, intenso para todas, pero con el recuerdo de soportar discriminación pactada en varias oportunidades sin su consentimiento o con maniobras realizadas completamente desaconsejadas por la OMS por los riesgos que conlleva como es la de Kristeller, que es apoyarse sobre el abdomen de una mujer. Con este panorama, ¿cómo inicio un vínculo con esa puérpera y ese bebé? Por lo expuesto y teniendo en cuenta que en el país nace un bebé cada 60 segundos, es que nos urge que se cumpla e implemente la ley N° 25.959 de parto humanizado, el tiempo apremia y las mujeres y transgénero nos obligan a avanzar. Se produjeron cambios, algunos, pero son insuficientes, los invito a hablar con gestantes y puérperas de estos derechos y se sorprenderán de su respuesta. Nuestra función, la mía como enfermera y mamá, es seguir empoderando e informando, porque la información nos da el poder de la decisión, la suya, como funcionarios públicos, es legislar y arbitrar medidas para que se cumpla la ley así ninguna gestante más tenga que pasar por este sistema reinante, intervencionista, cruel y nocivo para parir. Quiero que sepan, que según UNICEF, el 63% de las gestantes que paren en nuestro país, reciben atención médica innecesaria y de rutina antes del parto, y solo el 40% lo hace acompañada por una persona de su elección, un poco menos de la mitad de todas las que paren en el país. Tengan en cuenta que el momento más vulnerable de la vida sexual de la mujer es el momento del trabajo de parto y el parto, imagínense si nos obligan a hacerlo solas, en un lugar desconocido, frío y violento, como lo es la sala de partos. Hay que agregar que por la hora de innecesarias, no cesáreas, innecesarias, a nivel local y mundial estamos perdiendo la capacidad de parir fisiológicamente, algo inherente a nuestra especie mamífera, debido al miedo de la urgencia que el sistema médico catalogó a nuestros partos. Perdimos la confianza y la fuerza que nuestras predecesoras nos legaron, pero todo no es oscuro, hay profesionales que lentamente alzamos la voz para defender los derechos de las gestantes, que a paso firme luchamos para erradicar la violencia obstétrica dispuestos a deconstruir lo aprendido y renovarnos para mejorarnos a nosotros y a la población. Invitamos a que se sumen a los diferentes grupos luchando, educando y empoderando. Muchas gracias.

Sr. Locutor: Vamos a invitar a los doctores que han venido en representación de la Clínica Pueyrredon. En este caso, se trata del síndico de la institución, el doctor Daniel Ferrero, y uno de los obstetras de esta clínica, el doctor Pablo Blasco, así que les damos la bienvenida a ambos.

Sr. Ferrero: Muchas gracias por la invitación. Creo que todos nos sentimos muy orgullosos y contentos desde la parte humana y la parte profesional, que este tema se esté tratando en estas instancias, era necesaria que haya un cambio en la forma de nacer. Nosotros nos hemos formado, hablo desde la parte médica netamente, con una escuela obstétrica clásica, alguno se ha formado en unas instituciones, otros en otras, pero la obstetricia clásica nos ha enseñado determinado tipo de medicina o de acompañamiento del nacimiento o de formas de proceder con respecto a determinado tipo de parto, intervenciones a realizar o tiempos a tener en cuenta durante los trabajos de parto. Y varios de los que estamos acá hemos entrado en un camino de quizás aprender de otra manera o desaprender algunas de esas cosas que hemos aprendido, y entender que por ahí los tiempos que nos dice un libro no son los tiempos de todas las mujeres, ni las formas que nos dicen los libros son las formas de todas las mujeres. Creo que la plasticidad que estamos teniendo hoy en día nos permite evolucionar como médicos y como seres humanos y acompañar a las mujeres de otra manera. Hay varios puntos que por ahí me gustaría aclarar y por ahí voy a hablar muy desde mi parte personal, creo que mi atención hacia las pacientes tiene que ver con tener esa empatía o la posibilidad de ponerme en su lugar, y sentir o tratarla o respetarla como a mí me gustaría que me traten o respeten. Es muy raro que ofrezca o les planteé algo sin pedir permiso, los exámenes son respetuosos y consensuados, generalmente en las primeras consultas uno explica cuál es el sistema de trabajo y se plantea que la toma de decisiones va a ser consensuada y en conjunto, no solo de la mujer sino también de la pareja o de la persona que la esté acompañando en ese momento, porque hoy en día también no hay solamente parejas clásicas, sino que tenemos en la consulta nuevas parejas que por ahí son dos chicas que vienen a plantear un plan de parto. Hay un montón de cosas que han cambiado gracias a la formación de grupos de trabajos en las distintas clínicas e instituciones de la ciudad, por lo cual algunas de las cosas que antes se hacían, como por ejemplo inducir un parto programado en una cesárea por una cuestión de tiempo de vacación o de tener un fin de semana libre, no estoy tan de acuerdo con eso, hoy no se hace porque la paciente sabe que hay un grupo de trabajo que está permanentemente en la institución al cual puede acudir y eso permite que se respeten mucho más los tiempos naturales del embarazo y del parto. Hay otro sistema también de trabajo que es la personalización del parto donde hay un trato mucho más íntimo con la paciente, que depende también del volumen de paciente, no todos los médicos podrían personalizar todos los partos, también eso tiene que ver con lo que decía Eva, por ahí llegar a la institución y ver la cara de su médico o llegar ya acompañado por una dula o haber tenido contacto previo con el grupo de salud y ya conocer a las parteras, eso permite que el ingreso institucional sea mucho más cálido, mucho más acogedor y mucho más familiar. Otro trabajo que nos cuesta bastante es reeducar o realizar un reaprendizaje de todo el equipo de salud con respecto por ahí a la intimidad o a los tiempos o al traslado de la mujer que está por tener a su bebé, desde la habitación o desde el lugar donde se encuentre, hacia la sala de parto, el personal de la clínica, es el cambio que no tienen ese último tiempo, como un paciente que se opera del apéndice, es trasladado de determinada manera, pero la mamá que va a tener a su bebé, como que el ámbito y el acompañamiento es mucho más cariñoso y más afectivo, desde la enfermera que le tocó en la habitación, el camillero, la asistente que

la recibe en el quirófano, la instrumentadora, creo que todo eso fue la siembra que fuimos realizando durante todo este tiempo. Cuando ingresa la mamá a la sala de parto ya el propio personal de quirófano tiende a apagar las luces, a ponerla cómoda, a tratar de que ella busque su posición, como que no hay un montón de cosas estipuladas, muchas de las pacientes que se internan, no ingresan con una vía, con un suero, muchas tienen su parto, su suero, la mayoría, algunas que necesiten medicación o que necesiten acceder a un procedimiento anestésico, convocamos a los técnicos de anestesia, a los anestesiastas, que, vuelvo a repetir también, el trato del anestesiasta para la embarazada es un trato mucho más ameno, mucho más cordial, muchos de los anestesiastas con los que contamos en las clínicas fueron padres recientemente, estuvieron del otro lado, y eso por ahí sensibilizó mucho también al grupo. Yo hablo de la experiencia nuestra, muchas de nuestras instrumentadoras que cuando nosotros ingresamos a la clínica eran todas jovencitas, hoy son todas madres, o el 90% lo son, entonces tienen una empatía distinta con la embarazada. También me pongo en el lugar del médico del consultorio en donde no podría decir con exactitud el porcentaje, pero hay un grupo bastante importante de pacientes que por determinado tipo de motivo necesitan otro tipo de acompañamiento, y como que no se hacen cargo por ahí de esas decisiones que la gran mayoría se hace cargo o no de llevar su propio parto adelante, la espera del trabajo de parto, y vienen pidiendo por ahí o determinado tipo de intervención “yo me atiendo, pero al finalizar el embarazo quiero una cesárea programada”, o “mi parto quiero que sea con anestesia”, o “no quiero que entre mi pareja al parto y sí quiero que entre mi mamá”, porque hay un montón de opciones que son distintas y uno también tiene que estar abierto a todo eso. A veces nos pasa, y es bastante seguido, que casi al final del embarazo una paciente que ha llevado el mismo totalmente normal y que uno se imagina que va a tener un parto fácil, un día determinado viene planteando que quiere quedarse internada y que le hagamos una cesárea, y por ahí a pesar de las muy buenas condiciones que tiene para parir, contrariar eso sería no respetar su decisión de tener un parto respetado. No estoy haciendo apología de la cesárea, sino valorizando la palabra de la paciente, el deseo de la paciente y el derecho de la paciente, a poder elegir. Hoy estamos también como con una epidemia de sobreinformación y en algún punto mucha gente que nos llega lo hace por referencias o por conocidos y ya saben nuestra forma de trabajar, pero gente nos ha escuchado en algún lugar y vienen a la consulta como con los botines de punta, pensando que todos nos manejamos de la misma manera y esa sobreinformación por ahí da un montón de herramientas que son útiles pero también genera un montón de obstáculos en la relación médico-paciente, porque uno ya sabe que ese vínculo como que no va a fluir libremente, porque no hay una credibilidad que se va a mantener a lo largo del control. Eso a nosotros como profesionales nos juega en contra, personalmente he tenido varias experiencias donde las pacientes no me creen, y tuvieron los partos que soñaron o mejores, pero hasta el momento que tuvieron a su bebé en brazos, no se imaginaban que eso que les había planteado en la primera consulta iba a ser lo que les había planteado durante todo el embarazo que se iba a llevar adelante. Por ahí eso también nos juega en contra porque uno termina la consulta y sabe que la paciente se fue y lo que uno le transmitió, no le llegó. Con respecto a la posición para parir, a la intimidad, a los tiempos del trabajo de parto, creo que tendríamos que tener en cuenta el contexto, tenemos que tener en cuenta que hay determinado número de clínicas en Mar del Plata, que es un número escaso, que hay determinado número de profesionales que realiza la obstetricia y tampoco es tan importante, somos realmente pocos y tenemos muy poco tiempo en ese sentido. Entonces necesitaríamos tener otros lugares como para que esos tiempos naturales de parto no se vean afectados por la dinámica propia de la institución. En la clínica donde estoy yo, hay dos salas de parto y a veces están ocupadas; tres quirófanos más porque hay cinco pacientes pariendo al mismo tiempo y eso puede pasar en otros lugares también; hay tres cirugías suspendidas porque nosotros estamos ocupando la sala de parto. Eso genera toda una alteración en el funcionamiento y el dinamismo. Eso genera inquietudes en el personal de salud y puede llegar a generar un malentendido. Volviendo al tema del amontonamiento; muchas de las chicas que están teniendo a sus bebés están eligiendo ser acompañadas por doulas; están eligiendo informarse; están eligiendo a los médicos para atenderse y están eligiendo tomar el control de su cuerpo, de su embarazo y de las decisiones con respecto a su parto y a su bebé. Creo que esa es la parte positiva y nosotros estamos de acuerdo con eso y apoyándolo. Hay algunos embarazos donde sí tenemos que intervenir, en donde viene todo bien y de repente la paciente no está tan bien y la intervención es más que necesaria porque si no, puede pasar algo realmente serio. Los embarazos que vienen bien son el 90% y yo tengo una frase “mientras menos nos metamos, mejor salen las cosas”, y eso se aplica. Si uno tiene un trabajo de parto, es mucho mejor la evolución que la inducción, y si tenemos los medios para garantizar la vitalidad del bebé y los parámetros son normales, la espera de la fecha probable de parto no va haber ningún tipo de problema, y también favorecen el inicio espontáneo del parto. La participación de los familiares o la pareja de la mujer por parir y la forma en que va a realizar ese acompañamiento es fundamental y por ahí eso es lo que minimizamos, pero ahora nos encontramos con papás que son muchos más activos, son más comprometidos con el nacimiento, con lo que el parto no es solamente parte de la mujer, sino también parte del grupo familiar. Varias de las chicas que yo controlo tienen a sus bebés en la casa, (una cuarta parte aproximadamente), yo les hago los controles del embarazo; los controles ecográficos y ella después me viene ver para controlar que todo esté bien. Es un camino que empezamos a recorrer hace un tiempo; esto surgió por unos inconvenientes y necesidad propia de la sociedad de querer otro tipo de parto, con otro tipo de conexión y que hoy podamos elegir entre todas otra forma de traer a nuestros hijos al mundo. La idea es que no haya ni malas ni buenas, sino que generemos un espacio donde todos nos podamos expresar y donde podamos confiar los unos a los otros para que tengamos mejor asistencia posible. Creo que pasa por ahí, gracias.

Sr. Ferrero: Muchas gracias a todos, por esta reunión, esta idea, esta actitud que creo en el fondo que es un cambio cultural y les voy hacer dos pequeños aportes. El primer aporte trata sobre que a casi 200 metros de donde estamos acá reunidos está la Facultad de Derecho; aunque parezca mentira hasta el año pasado no existía en el programa de la facultad el tratamiento de todas estas cuestiones. Es decir, en Derecho se actuaba con un programa de la década del '50, donde no estaban incluidos el tratamiento de las leyes que fueron dictadas como consecuencias de los tratados internacionales que incluyó el artículo 75° inciso 22) de la Constitución Nacional. Tengo a mi cargo la materia Civil

I, no por una cuestión personal sino por un cambio de actitud, veo mucha gente joven y muchas curiosidades. La modificación del Código Civil, la inclusión del tratamiento de cuestiones legales como las que estamos hablando del parto respetado humanizado, otras leyes que no han sido dictadas como la maternidad subrogada, y otras cuestiones del aborto, hoy están siendo tratadas en la facultad. Entiendo que ese cambio cultural no va sólo a la gente, sino también va a quienes están formándose en el Derecho. Siéntanse protegidos que esta lucha no es sólo de ustedes, sino también hay gente que está pensando en que los legisladores y los operadores en Derecho tienen que conocer estas normas. El segundo aporte que les quiero decir es que la dinámica de la sociedad y los cambios han hecho que nos encontremos en la clínica -donde formo parte de la sindicatura y trabajo- con muchas cuestiones que a veces nos sorprende. Yo no sabía que la Superintendencia de Salud de la Nación tiene un área que está específicamente ocupada en el tema “Mesa de Trabajo sobre Violencia Obstetricia”, dónde reciben denuncias y dónde han intimado y alertado a las obras sociales porque en la práctica ocurre lo siguiente. Supongamos que alguien de una obra social no tenga previsto esos contratos, o en los acuerdos que informe o que presenta en la Superintendencia de Salud el tratamiento puntual de cómo se atiende y como se generan estos mecanismos. Entonces cuando la clínica adecua su infraestructura, trabaja para modificar la guardia y para atender estas situaciones no previstas, resulta que la obra social se desentiende manifestando que no lo tiene pactado; no tiene ninguna norma; no ha recibido ninguna indicación. Entonces esa simple cuestión parece desalentar a la madre a que haga un reclamo. Quiero que sepan que nosotros mismos le viabilizamos no solo el pedido del plan de partos y el consentimiento médico informado a la clínica, sino también solicitamos y estamos haciendo modificaciones y pedidos a la Superintendencia de Salud, para que esto esté previsto como algo institucionalizado en los acuerdos con las obras sociales, pero la lucha recién empieza.

Sr. Locutor: Muchas gracias, doctor Daniel Ferrero que es sindico de la clínica Pueyrredón. Ahora por parte de la clínica Colón, vamos a invitar al obstetra Sergio Trivero.

Sr. Trivero: Buenos días a todos, mi nombre es Sergio Rodríguez Trivero, soy médico obstetra y trabajo en la Clínica Colón. Poco puedo agregar a todo lo que han dicho hasta ahora, voy a dar mi visión más bien conceptualmente y desde el punto de vista estrictamente pragmático. La naturaleza tuvo que diseñar un mecanismo para que la especie se reproduzca, y ese mecanismo necesariamente debía ser exitoso en la mayoría de las veces, porque si fuera al revés no estaríamos todos sentados acá, nos hubiésemos extinguido hace tiempo. Entonces si este mecanismo que es exitoso la mayoría de las veces y que se fue perfeccionando a lo largo de los siglos, lo llegáramos a conocer en profundidad, vamos a lograr y llegar al concepto de que cuanto menos intervengamos es mejor; cuanto menos toquemos, menos problemas vamos a tener. Entonces ¿cuál es la función del médico obstetra? ¿Cuál es la función de todo el equipo de trabajo? La función es contener a la paciente, dar información fundamental e intervenir únicamente cuando corre riesgo la mamá o el bebé. Si uno se guía por ese precepto, entonces así tenemos toda la ley cumplida. El problema no está tanto la ley; el problema es que la mayoría de las pacientes no sabe que esta ley existe, que los médicos tuvieron que adaptarse a tiempos y a formaciones inadecuadas. Yo tuve la suerte de formarme en un lugar donde esto no se hablaba, era algo cotidiano: el respeto hacia el paciente; no colocar suero, no usar oxitocina. Entonces, salgo de esa burbuja y me encuentro con otras realidades, veo que también muchos están en la formación del profesional y muchos están en formación de los equipos de trabajo, que a veces están saturados con treinta nacimientos por día o más que resolver en cada uno y sus urgencias. ¿Dónde está la base de esto? Primero, en la información, nosotros estamos fallando en transmitir información y me hago cargo, a pesar de que hacemos una actividad docente o tratamos de hacerla importante, los médicos estamos fallando en eso. Pero también estamos fallando como pacientes, porque muchas veces organizamos eventos y encuentros para dar información y encontramos una respuesta muy baja. Esta ley es excelente pero si yo le pregunto a los recién egresados de la Facultad de Medicina ni saben que existe. Entonces hay que agarrar a los profesionales cuando están en su inicio, cuando están a punto de salir. Los tenemos que agarrar durante la facultad, tenemos que enseñarle ahí; inculcarle ahí. Ese es el momento para agarrar al médico; los médicos o los grupos de trabajo que ya estamos formados, difícilmente vayan a modificar por más ley que haya. Suena feo, pero es lo que yo pienso. Por eso dije que voy a ser pragmático y me hago cargo a nivel personal, esto lo digo con dolor; es una realidad porque estamos modificando y las modificaciones llevan su tiempo. Vos tenes que agarrar a un médico residente de Ginecología y Obstetricia que por ahí pasa uno o dos días sin dormir atendiendo treinta partos por día, en donde su nivel de estrés está al taco, y tiene que cumplir con una ley que en realidad le tendría que salir de adentro si estaría bien formado, y, si no estuviera sobreexigido porque está al límite. La residencia de Ginecología y Obstetricia es intensa, pasas días sin dormir. Y ese es el momento donde yo estoy formando los futuros profesionales, en muchos lados tenemos que trabajar y sumar esta ley, dar información; tenemos los profesionales que en su mejor momento es durante la facultad, que cuando se cursa Ginecología y Obstetricia esta ley se la tendrían que tomar a todos durante la formación académica y profesional en la residencia. Si yo le pregunto a mis pacientes, ni saben que existe, y tendrían que saber que existe. Quiero terminar con esto y también me hago cargo con lo que voy a decir ahora. Exigirles a las instituciones privadas y públicas que cumplan, porque nos encontramos muchas veces con que las instituciones están tan centradas en la alta complejidad que piensan que el nacimiento es una cosa más y lo tiene que tener porque sí y no brindan los recursos necesarios para que las pacientes y los profesionales puedan atender y llevar a cabo un proceso tan natural y tan hermoso como es un parto. Muchas gracias.

Sr. Locutor: Muchas gracias, doctor. Vamos a invitar al Delegado de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires, Rubén Darío Cuevas.

Sr. Cuevas: Buenos días a todos. Mi nombre Rubén Cuevas, quiero agradecer a Marina y a Julia que estuvo en gran parte de la organización de esta actividad y por la cesión del espacio. Lo que tengo para decir es mucho de lo que ya se dijo, lo que dijo Estefanía en cuanto al reglamento que ellos hicieron, es un poco lo que está conteniendo el informe que yo les voy a leer de la Defensoría del Pueblo que se basa en las denuncias que nos llegaron el año pasado que fueron 112 a la Defensoría en todas sus delegaciones y en la central que esta en La Plata. Les quiero contar que la Defensoría del Pueblo tiene una Secretaria de Género y Niñez que atiende exclusivamente estas problemáticas y a su vez el OVG, que atiende a la violencia de género en todas sus formas. Esta secretaría es de creación reciente, su titular es Karina Nazabal, es la persona capacitada que esta en el tema, y es quien debería estar hoy aquí en representando a la Defensoría, por motivos de agenda no pudo venir, así que voy a leer un informe que ella me envió en torno a los casos que se presentan en la Defensoría la actuación que ha tenido, los resultados magros que se están obteniendo y que se visibilizan por una cuestión de falta de reglamentación a nivel provincial de la ley, falta de adhesión de la Provincia, el problema de las personas privadas de su libertad que sufren una vulneración en todas sus formas, la gravedad de esa problemática esta siendo hoy tratada específicamente por la Defensoría, por esta área, por esta Secretaria de Genero y Niñez. Es una problemática que está siendo abordada por las autoridades. Les voy a leer un informe que me enviaron desde La Plata, que es muy interesante y que da cuenta de cuales son los principales reclamos que nos llevan a la Defensoría. La Defensoría del Pueblo es un organismo muy importante porque es un organismo receptor de denuncias y un organismo que tiene una intervención activa más que nada administrativa no judicial. El reclamo se formaliza ante el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires que debiera ser el órgano de aplicación de la ley conforme lo establece la ley 25.929. Esto lamentablemente no es así. Se presenta la problemática que el Ministerio, en los casos que se presentan en los sistema de salud privados, no quiere hacerse cargo a la competencia porque dice que están los órganos específicos para eso como es la Superintendencia de Salud y lo que tiene quien ver con el ámbito público, en ninguno de casos el Ministerio de Salud a considerado que existió un caso de violencia obstétrica. Esto es grave, y creo que tiene que ver un poco con la problemática de que un reconocimiento al Ministerio de Salud de que ha existido un caso de violencia obstétrica, más allá de las sanciones que pueda aplicar, conlleva una responsabilidad del propio Ministerio, porque el hospital público -donde se produjo el caso de violencia obstétrica- está bajo su orbita y por lo tanto ante una demanda en la esfera civil no solamente se puede ir contra el médico; contra el equipo médico, también se puede ir contra la Provincia como responsable. Es muy difícil que la Provincia reconozca en estos casos su responsabilidad, es decir, que se autoimpute. Esto es algo personal que voy a decir. La experiencia marca que los organismos de revisión externos y de adecuación cada vez que se dicta una ley se logran mejores resultados cuando un organismo externo que revisa y se genera un plan de adecuación y de revisión del cumplimiento de todos los que están relacionados con esa problemática, una adecuación que puede ser de estructura; de capacitación de su personal; de modificación de los planes de estudio, una adecuación para el cumplimiento integral de la ley. Esto no es de un día para otro, es claro. Más allá de las campañas de concientización que se puedan generar, es necesario un control estricto, es decir, generar un plan de adecuación para que todas las clínicas, obras sociales para que los profesionales médicos se adecuen a lo que dice la ley y llegar en un plazo razonable de dos o tres años, o el tiempo que demande a un cumplimiento integral, ahí sí aplicar sanciones severas. La misma ley dice que es un incumplimiento grave la falta del cumplimiento de la misma, pero sin embargo no hay ningún tipo de sanción a nivel administrativo. Fíjense lo contradictorio de esto, es una falta grave, pero no tienen un ningún tipo de sanción, no hay ninguna sanción conocida. En todos los reclamos que ha elevado a la Defensoría en ningún caso el Ministerio ha aplicado una sanción, ni siquiera han reconocido la existencia de violencia obstétrica. Les voy a leer el informe es para no olvidarme de ningún aspecto, esto está basado en datos estadísticos sobre la actuación de la Defensoría el año pasado, en los cinco años que lleva la Defensoría los números de denuncias ha aumentado y esto no tiene que ver necesariamente con un aumento de la problemática sino con mayor información disponible. Sabemos que quien cuenta con la información, no solamente exige el cumplimiento normal y que se respete, sino que ante una violación de la misma sabe dónde recurrir y empieza a canalizar su reclamo. Malos tratos, insultos y falta de información son las principales violaciones a la ley de parto respetado. Se dan en estos puntos, en caso de las mujeres excarceladas donde la violación de la ley es casi íntegra. El problema que se presenta acá es la intervención del servicio penitenciario que mas allá de la voluntad de los médicos, no permiten que se le saquen las esposas, que esté acompañado por otra persona que no sea del servicio. La problemática evidenciada con el número de denuncias que fueron 112 durante el periodo 2017, vinculadas a la vulneración de derechos durante el embarazo y parto, y según el Observatorio de Violencia de Género el 54% de estas presentaciones corresponde a hechos ocurridos en hospitales públicos mientras que el 46% se refiere al sector privado, es decir, que es una problemática común a todos, no es de un área específica de la salud, que se da más en hospitales públicos que en privados, las estadísticas son parejas. Los casos más frecuentes que se informaron son: falta de información a las mujeres embarazadas; maltrato verbal y psicológico; prácticas médicas invasivas y la posibilidad de estar acompañados durante el parto. Si bien existe la ley nacional que ya todos la han comentado y desarrollado que es la 25.929 y 26.485 (que la Provincia de Buenos Aires no cuenta con legislación propia que adhiera a esa norma) uno de los pedidos del OVG es justamente la adhesión y la reglamentación de la ley con la participación de distintos sectores tales como los colegios profesionales de la salud, ámbitos universitarios en formación; obra sociales; ONG ; la propia Defensoría y por ejemplo esta mesa que a nivel local la Defensoría integra que es la mesa para el cumplimiento de la ley del parto respetado. A esta situación se le suma la falta de mecanismo institucional por parte del gobierno provincial para atender y sancionar a quienes ejerzan violencia obstétrica; tal es así que en ninguno de los casos denunciados en la Defensoría el gobierno considero que haya existido violencia obstétrica. Por lo tanto, nadie ha recibido aún sanciones administrativas. La Defensoría advirtió sobre la necesidad que el Ministerio de Salud de la Provincia defina el procedimiento administrativo para garantizar el cumplimiento de los derechos de la ley de parto respetado, y que permita sancionar a los profesionales inspectores de la salud que los vulnere. Esto es importantísimo, si no hay sanción prácticamente la exigencia de cumplimiento pierde muchísima

fuerza. Para el caso de los centros públicos de salud el problema que se presenta es que el Ministerio de Salud en ninguno de los casos pudo determinar que existiera un caso de violencia obstétrica; en definitiva, es admitir su propia responsabilidad. Ese es un problema que yo veo no está dentro del informe, ya que el Ministerio de Salud sería el encargado de sancionar a quienes ejerzan violencia obstétrica que conlleva el riesgo de que no se reconozcan los casos, por una cuestión de responsabilidad del Estado. Sería un reconocimiento de una mala actuación que puede derivar a una acción judicial, no sólo contra el profesional y el equipo médico interviniente, sino también contra el Estado Provincial. A criterio personal pienso que debería ser un organismo externo imparcial y hay que analizar los casos y aplicar las sanciones o eventualmente que revisaran el cumplimiento y se fijaran pautas que se cumplan, objetivos de aquí a tanto tiempo. Todos los centros de salud tienen que readecuarse; las obras sociales; los médicos, tendrán que hacer en su caso la capacitación; la readecuación de las matriculas en las universidades. En el sector privado el panorama es similar. El Ministerio de Salud entiende que no tiene competencia en este ámbito, por ese motivo la Defensoría pidió al Ejecutivo Provincial que asuma la autoridad de sancionar la violencia obstétrica en establecimientos privados, que sería algo más sencillo para el Ministerio de Salud, porque no sería como en el caso de los centros públicos de reconocer su propia responsabilidad, sino la responsabilidad de un tercero. La ley 25.929 establece se aplica tanto como en el ámbito público como privado de la atención de salud y el artículo 5° de la ley establece que el Ministerio de Salud en el caso de la Provincia es el organismo de aplicación. En este vacío institucional, la Defensoría se constituyó como organismo que recibe denuncia por violencia obstétrica, para ello se implementó un protocolo de recepción de casos con el fin de atender y acompañar a las víctimas y realizar un seguimiento de las quejas. Este protocolo ya tiene unos años, sigue vigente y es importante a la hora de tomar la denuncia porque no necesariamente el empleado de la Defensoría o el que atiende el teléfono porque es call center, o el que en forma presencial atiende la denuncia, tiene la formación necesaria. Entonces necesita de estos protocolos que son fundamentales y nosotros siempre tratamos de promover, por malos tratos; insultos; y falta de información. A partir de las denuncias que llegaron a la Defensoría, el OVG identifica algunas prácticas recurrentes realizadas en servicios de tocoginecología y Obstetricia del ámbito público y privado que fueron denunciados como violencia obstétrica. En todos los casos han existido agresiones verbales por parte de los inspectores de salud, desde retos, burlas, insultos e ironías, hasta amenazas y humillaciones. Es decir, en el 100% de los casos que nos llegaron, se detectaron o fueron denunciadas las existencias de agresiones verbales. Un problema habitual es la falta de información a los pacientes, lo que significa una imposibilidad para que las mujeres decidan las mejores alternativas para llevar adelante el embarazo y el parto. En algunas oportunidades se le ha negado el acceso a su historia clínica y hasta en algún caso se han alterado las mismas. En muchas ocasiones se les niega la posibilidad a las mujeres de estar acompañadas en el parto por alguna persona de su confianza y esto lo dice claramente la ley, que la mujer puede estar acompañada con alguna persona de su confianza, durante el parto; parto y pos parto. Se registran intervenciones que vulneran la intimidad de las pacientes como: prácticas de raspado, tacto en salas comunes exponiéndolas no solo a condiciones no escépticas sino también a la exhibición de su cuerpo y genitales. Muchas veces también son varios los médicos que intervienen y realizan el tacto. En algunas circunstancias las actuaciones de los profesionales no respetan los lineamientos del programa sobre salud reproductiva del Ministerio de Salud Provincial, ante consultas de aborto y no es contemplada la condición psicológica del paciente. Otra de las prácticas más frecuentes es la imposibilidad de elegir la posición mejor encontrada al momento del parto, también se han registrado impedimentos para que puedan moverse; tomar o beber al momento del trabajo de parto. Lo que decía hoy al inicio sobre violencia obstétrica en mujeres encarceladas, fueron los casos más graves, de mayor vulneración de la ley. Entre las denuncias que han llegado a la Defensoría se ha corroborado que durante la permanencia en hospitales públicos las mujeres encarceladas se encuentran con grilletes, incluso en el momento del amamantamiento y por disposición del Servicio Penitenciario Bonaerense no pueden ser acompañadas por ninguna persona de su confianza, sino solo puede hacerlo personal penitenciario. En reiteradas oportunidades se les ha negado contacto con sus hijos recién nacidos la mayoría de ellas son trasladadas a las unidades penales mientras sus hijos permanecen en el hospital. Quiero destacar que actualmente el Observatorio está realizando una investigación sobre este tema, conjuntamente con la Defensoría del Pueblo de la Nación, Defensoría General de la Nación y Procuración Penitenciaria de la Nación sobre violencia obstétrica en mujeres encarceladas para avanzar en el estudio del tema y generar los reclamos entre las autoridades penitenciarias. Se ha elevado reclamos en relación a los casos recibidos, pero teniendo en cuenta que es una práctica frecuente, en este caso se va a hacer algún tipo de reclamo colectivo. En lo que tiene que ver con el protocolo, el OVG a fin de organizar la modalidad de entrevista y estrategia de actuación frente a los casos, ha elaborado un protocolo de recepción de denuncias. Entre las cuestiones a destacar al momento de la entrevista se establece el encuadre de la problemática y se informa a la víctima que la competencia de la Defensoría es justamente se orienta a una actuación administrativa para la denuncia del caso y seguimiento, y no una actuación judicial en donde la Defensoría no participa. Es decir, se asesora a la persona en consecuencia sobre los derechos que le asisten, de ver un abogado de su confianza, que eventualmente la Defensoría Oficial acaba de iniciar un reclamo judicial y nuestra actuación se limita al reclamo administrativo ante las autoridades pertinentes y verificar sobre todo que la persona reciba toda la asistencia psicológica; psiquiátrica; toda la asistencia que requiera el caso de acuerdo a su complejidad. Muchas Gracias.

Sr. Locutor: Vamos a invitar a Carina Conde, que es directora adjunta del Hospital Materno infantil.

Sra. Conde: Buenos días. Soy Carina Conde, soy médica obstetra además de directora asociada del hospital. Quiero ponerlos en conocimiento de cómo estamos hoy en el hospital. Yo en realidad hace un año que estoy en la dirección asociada pero hace dieciséis años que estoy en el Hospital Materno Infantil, entre residencia y médica. El año pasado se formuló un plan estratégico para el 2018; dentro de ese plan estratégico convenimos en estar adheridos al modelo de maternidad segura y centrada de la familia. Dentro de los planes o proyectos que se plantearon para este año uno

de los tantos que se han puesto en funcionamiento es empoderar a la familia en lo que es el parto respetado. ¿Cuál es la acción que nosotros tomamos para poder implementar esto? Entregar un tríptico dónde se le da información a la mamá; al papá; a la pareja, a la abuela; a todo aquel que acompañe a la embarazada al consultorio, sobre los beneficios del parto respetado. Desde hace bastantes años que estoy en el hospital es la primera vez que se hace una intervención así donde se invita a la madre a empoderarse de su propio nacimiento. Creo que es el primer paso, pero es un gran paso para el comienzo de lo que debe ser un cambio de acá en más, a futuro y progresivo. No solamente esto es una de las cuestiones que se llevan a cabo dentro del hospital, sino también la posibilidad de la mamá elija quién la acompañe durante el trabajo de parto y la cesárea. Así como a veces han entrado doulas acompañar a mamas en su trabajo de parto, con las cuales he tenido charlas y quiero que sepan que desde la dirección del hospital, está abierta la comunicación, y el diálogo con quien quiera ir a dialogar y quienes fueron saben que no tengo ningún inconveniente en sentarme y charlar de cómo es la realidad de este hospital; cómo hemos crecido y cómo nos falta; seguramente nos falta, como falta en todas las instituciones y como falta a nivel legal. Pero creo que el camino está abierto al cambio y al comienzo de algo nuevo; yo creo que en parte de lo que habían hablado, tome nota creo que el parto respetado no solamente tiene que ser respetado sino nosotros tenemos que hacer que sea seguro, que una cosa no quita la otra. Si uno puede tener un parto respetado pero también seguro, yo creo también que desde la institución lo que tenemos que hacer como médicos es darles esa seguridad y que a través del diálogo tanto de la mamá como de los profesionales, uno llega a un acuerdo y creo que si empezamos de la facultad a formar médicos que cada vez comprendan más de esta realidad va a ser más fácil. Es cierto, es como mover un elefante, médicos formados de una manera diferente a lo que hoy se plantea en una ley, pero creo que es cuestión de aprendizaje de los dos lados, desde la mamá y desde nosotros como profesionales. Si estamos de acuerdo y si tratamos de transitar el camino juntos se va a poder lograr lo que ustedes plantean y lo que nosotros queremos, que es el cuidado y la seguridad del bebé y de la mamá. Muchas gracias.

Sr. Locutor: Vamos a invitar a la concejal Angélica González.

Sra. González: Buenos días. Es simplemente decirles que quería compartir con todos ustedes que me han dejado impactada con respecto a la cantidad de gente joven que esta trabajando en esto. Cuando inicio mi profesión arranqué a trabajar con Raquel Soifer en todo lo que es embarazo, parto y puerperio, psicoprofilaxis del mismo y hago la práctica en el Hospital Regional. Es decir esto tiene mucha historia en mí y me sentí muy representada por ustedes. Las escuchaba trabajar y me quedaban como cosas dando vueltas, esto es, dar cuenta de un proceso social, de un proceso individual en cada uno de nosotros, es también una toma de conciencia y un dar cuenta que hemos perdido a lo largo de los años y que al entrar en la vorágine de una sociedad tecnológizada en avances rápidos. En desarrollo de la ciencia. Las ciencias fueron perdiendo su humanización. Es decir si tuviera que redefinir mucho más abarcativamente el trabajo de ustedes hoy, sería como "retornando a nuestra esencia" y que esto apunta a las dos puntas, hablábamos del proceso de dar a luz; de llegar a este mundo que nos marca. Porque el cuerpo tiene memoria y esa memoria se va a ir reproduciendo en cada situación de crisis y de cambio que vayamos asumiendo en la vida, entonces así como nacemos y todo este cuidado necesario a esta embarazada que está por dar a luz y esa criatura que está tomando contacto por primera vez con el mundo, esas huellas dejadas se van a ir llevando en cada situación de cambio. ¿Y si realmente vamos a pensar en la necesidad de asistencia de la mujer por dar a luz? Eso es sumamente importante, pero levanto un tema que trajo el doctor Trivero donde mencionó qué pasa con el cuerpo médico. Por eso pensaba que esto es humanizar la ciencia; yo creo que todos los profesionales si nos ponemos a revisar todas las carreras en general a la mayoría le falta asistir emocionalmente y psíquicamente a ese estudiante que se va perfilando hacia un futuro profesional. El médico está exigido, tiene estrés entonces puede requerir toda una organización que manejen ese nomenclador del que formamos parte, ese código que somos reconocidos pero es importante que asistamos el aspecto emocional; psicológico y humano de toda mujer que va a dar a luz con un parto respetado o un parto contenido, acompañado; sostenido. Y por el otro lado con profesionales a los que les vayamos dando asistencia desde su raíz o desde que se inscriben en la carrera de medicina, sostenerle también ese aspecto humano, desarrollarlo para darse cuenta de que él es un ser humano y que va a estar con otro igual con características y situaciones diferentes. Pero que se vuelva a ese contacto natural, a ese vínculo necesario entre asistente y asistido. Es en general lo que quería decirles y felicitarlos porque realmente me maravillaron con el trabajo que están haciendo, creo que nos hace falta en esta sociedad mucho más de todos ustedes con fuerza, con ganas, con esa toma de conciencia plena que tienen y ese trabajo que están entregando a lo social. Gracias por haber estado acá y gracias por haber dado lo que dieron.

Sra. Duca: Buenos días, gracias por la invitación. Estoy maravillada por esto que organizaron. Soy obstetra en el Hospital Privado de Comunidad, soy docente en la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Vivimos muy de cerca todo esto con lo cual me parece increíble que se esté generando este cambio; yo me forme en la UBA y la verdad que cómo médicos no teníamos esa formación que actualmente en la universidad lo estamos desarrollando lo de la ley de parto humanizado, dar mucha información y concientizar a la gente de que esto existe y que no queda solamente en el ámbito del médico. También tuve la suerte de formarme en el Hospital Privado de Comunidad donde por ósmosis ya nos venía la idea de como respetar el parto y no se lo cuestionaba mucho, salvo cuando se escuchaban comentarios de las pacientes hace unos años de que te hacen esperar muchas horas; te pasan de parto. A veces luchamos también con la familia que nos vienen a cuestionar que pasaron las 40 semanas. Todavía falta un cambio, que creo que esto hace que en unos años capaz esta sala esté llena y colmada y que podamos todos naturalizar que el parto tiene que ser así, que se tienen que respetar esos tiempos; que la mujer tiene que tener información; que el hecho de elegir cómo parir, con quién, acompañada de quién, es un derecho y que uno lo tendría que naturalizar. Tendríamos que respetar también cuando la mujer no quiere parto y también el hecho de las mujeres

que vienen con la idea de parir en la casa y uno piensa, ¿por algo eligen parir en la casa? Y es porque no se están sintiendo contenidas con el sistema de salud que estamos teniendo actualmente. Soy autocrítica y actualmente vivimos pensando nosotros como institución qué nos falta. Tenemos la idea de ambientar todas las salas de parto, bajamos las luces, les ponemos música, tienen el banquito y pueden utilizar la posición que quieren. Pero es un tira y afloje y en unos años yo creo que va haber neonatólogos acá, en dónde muchas tenemos que luchar con ellos o con la nursery que se lleva al bebé y tenemos que estar en todo, tenemos que estar acompañando esa mujer no solamente en eso momento, sino también en fijarnos si sale la placenta en cómo está la hemorragia y que la enfermera no se lleve al bebé, que se lo traiga y que le permita estar la mamá unos minutos, que vayan juntos a la habitación y que no estén solas en la sala de parto esperando encontrarse de nuevo con su bebé. Creo que es una lucha día a día, de a poco vamos mejorándolo y creo que este es un paso importante ya que haya un espacio donde uno lo pueda charlar con gente de otras instituciones o con la misma sociedad. Ahora Andrea va hablar de lo que hacemos, pero actualmente los médicos que se están formando tienen una currícula donde se implementa esto de parto respetado. Muchas gracias.

Sr. Locutor: Muchas gracias, doctora. Vamos a invitar a Andrea Ricci, que pertenece a la Escuela Superior de Medicina, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Ha venido en representación del doctor Adrián Alasino.

Sra. Ricci: Muchas gracias por invitarme hoy aquí. Como vengo en representación del doctor Adrián Alasino voy a tener que hablar un poquito de la carrera. Soy profesora titular de CSH que llamamos a la cátedra de Formación y Concepción del ser Humano, es una asignatura cuatrimestral pero son dos, es decir es una anual dividida en dos, la carrera acaba de empezar, por lo tanto estamos recién con la segunda camada de alumnos. En nuestro núcleo que es de parto; puerperio y lactancia, estamos hablando desde la declaración de fortaleza del año 1985 de la OMS y OPS ya hace casi 35 años que estamos hablando de parto humanizado, la guía de parto normal de la OMS también se la saben, las maternidades centradas en la familia, para poder recuperar esto de que no es solamente la mamá que va a parir si no también todo el entorno familiar, tratar de respetar esto. También las leyes de parto humanizado, la de protección integral de la mujer; la de salud sexual y reproductiva, y la de los derechos de los pacientes ya la ven desde el inicio de la carrera. Me parece que más allá que nosotros les demos a nuestros alumnos toda la bibliografía y el marco científico variado que ya todos lo conocemos, creo que va mas allá de conocer o desconocer esto sino situaciones y circunstancias que no se puedan respetar, esto nos supera en la práctica y algo está pasando ¿no?. Tenemos que deconstruir y volver a empezar, entonces pienso que hay dos problemas. Uno es el de la naturalización de la violencia que hay. Los alumnos en primer año van a las salas, van en grupos a las salas a los centros de salud y ahí pueden ya estar en contacto con la comunidad, pueden salir del libro de texto e ir a ver cuál es la realidad, vivenciar qué le pasa a una persona, cómo vive la comunidad y cuales son los problemas que tienen. Pero si naturalizan ya el tema de la violencia, también es un problema; porque van a una sala y encuestan a una madre que recién parió y no identifica que ella sufrió violencia. Después también esta el tema de la desconexión, que se desconectan con ellas mismas y piden la cesárea, uno la respeta porque es el derecho pero ¿por qué pide una cesárea? Yo trataría de empoderar en general a toda la comunidad siendo que ahora se busca ese perfil de medico que este centrado en la comunidad y que tenga un pensamiento crítico y una visión integradora, eso es lo que se busca en la carrera y creo que con diversas herramientas vamos a cambiar, por eso se habla de la currícula innovada y nuevo paradigma. Esa es la idea central y espero que lo logremos. Muchas gracias.

Sr. Locutor: Vamos a invitar al doctor Mauricio Besteiro, director de Zona Sanitaria VIII.

Sr. Besteiro: Buenos días a todos, es difícil cuando hay 80 hospitales provinciales que se rigen con distintos jefes de servicios, distintos jefes de salas, distintas licenciadas y poder implementar un protocolo, como el que estaba diciendo nuestra Directora asociada al Hospital Materno Infantil El Hospital Materno Infantil dentro de la provincia de Buenos Aires sigue siendo un ejemplo, de atención de dedicación y de una manera desde el Ministerio se ponen Directores asociados que tienen que ver con esto. Yo hace 36 años que ejerzo Obstetricia y Ginecología, desde el Ministerio estamos hablando desde hace mucho tiempo de lo que es el parto con amor, el parto humanizado, el parto respetado. Esta ley es una ley que tenemos que cumplir en todos lados, pero muchas veces, nos cuesta la llegada a todos los que hacen el servicio porque tienen esa concepción tan estructurada de lo que es transmitir o no transmitir en relación al acercarse a la familia y en acompañarlos. Si nos vamos al 2011 con el tema de la gripe A, la Asociación Argentina de Anestesiología saca una ley donde dice que todos aquellos familiares que acompañaron en sala de parto podían ser causales de bacterias o de virus intrahospitalarios que después era muy difícil de erradicar y por eso de ahí se pone un freno en el año 2011 el tema del acompañamiento. Nosotros tuvimos que luchar contra esa barrera para demostrar que realmente el tema de la gripe A no tenía nada que ver con esto, tenía que ver con la incomodidad muchas veces de los torpes especialistas de anestesiología de que esté presente el padre o la madre por el tema de los médicos, para ver cómo se actuaba en ese momento. Desde mi profesión como obstetra y como perito nos ha costado mucho el tema de llegar a la parte legal y de alguna manera construir residentes que no le tengan miedo a la especialidad. Nosotros tenemos una disminución en la cantidad de profesionales que ingresan a especialidades médicas que están judicializadas, entonces la obstetricia, la neonatología, la psiquiatría, tiene la medicina general. Cuando uno enfrenta a un juez, por una denuncia de mala praxis, lo primero que el juez pregunta es qué hubiese pasado, si a esta señora no se le hubiese hecho una cesárea una hora antes ¿Estaríamos hablando de una parálisis cerebral? Tenemos que argumentar porqué se sigue con ese trabajo de parto, porque no había alteración de latidos, porque no sabíamos que había un cordón corto, porque se agotó la paciente en el expulsivo. Tenemos cierta bibliografía como para poder acreditar lo que ha ocurrido ahí, pero tenemos un tema legal que muchas veces hace que

tengamos la preocupación de cómo seducir a los que estudian la carrera de medicina para que sigan especialidades críticas como esta. Mis partos hasta se podían filmar, en más yo quería que los filmaran. Porque para mí, significaba que el día de mañana si se generara algún inconveniente el juez viera como se estaba actuando, sacar fotos, filmar con el celular, no había ningún problema porque lo que estábamos haciendo era algo que estaba consensuado con la familia, con el padre, con la madre, el tema que decían de poner al bebé en el pecho de la madre para que sienta el latido cardiaco que escuchó durante tanto tiempo. El sistema límbico del bebé se desarrolla en la semana 20, es decir que en la semana 20, el bebé escucha no solamente el latido cardiaco de su madre sino también la voz, la voz de su padre, de sus abuelos, escucha el ladrido del perro, escucha absolutamente todo lo que habla la familia. Es decir, si podemos meter dentro de la sala de parto a toda la familia y el perro estaríamos absolutamente de acuerdo. Desde el Ministerio también se han creado programas para ver que es lo que ocurre. Uno de ellos es el parto consensuado con amor, que también tiene que ver con el respeto hacia la mujer que esta pariendo, y tenemos otro programa al que llegamos tarde que se llama "Cada vida cuenta", los directores de las regiones que somos 12 nos levantamos a la mañana con este programa de "cada vida cuenta", tiene que ver con la mortalidad materna y con la neonatal que se puede evitar. Nos levantamos con aquello que se puede evitar, es tan difícil de sobrellevar, de decir esta paciente que tenía una placenta previa por protocolo tendría que haberse derivado en tiempo y forma a un hospital con mayor complejidad, de estar internada un mes antes y no se hizo. Para eso hay otro programa que se llama "ACR" que es accionar en la causa a raíz de lo que ocurrió. Estamos trabajando muchas veces en qué fue lo que ocurrió, cuando en realidad tendríamos que ver de que manera podríamos acompañar, suavizar, instruir y capacitar aquellos profesionales que están en municipios mas chicos. Por ejemplo nosotros en el hospital materno recibimos pacientes de alta complejidad, que por ahí han tenido una consulta en todo su embarazo. Cuando la recibimos tenemos que controlar su diabetes porque estaba descompensada y nunca le habían dado insulina, nunca le habían hecho una eco doppler, tenía doble circular de cordón, infinidad de causas. Entonces tenemos que actuar sobre el campo, sobre el territorio de todo lo que es la provincia de Buenos Aires. Como marplatenses tenemos que hablar de que somos bonaerenses y como funcionarios de que manera el día de mañana nos van a juzgar de cómo va hacer nuestra acción a través de la mortalidad materno-infantil. Nos van a juzgar por si pudimos hacer algo o no con la disminución materna y neonatal, también nos juzga la OMS y también nos van a juzgar el sistema crediticio. Fíjense la importancia que tiene en prestar atención a la madre y al bebé. Desde la Provincia hace mucho tiempo que se está trabajando con estos programas de que tienen que cuidar a la madre, al bebé, que tienen que cuidar su desarrollo dentro de la panza y en sus primeras semanas de vida porque habitualmente nos preguntan si puede la madre tomar en el embarazo ibuprofeno, amoxicilina, en realidad después de la semana 12 puede tomar cualquier medicamento que no esté contraindicado científicamente, pero lo único que necesita ese bebé en la panza es amor al igual que al nacer y totalmente cierto de lo que decían sobre las caras de los bebés al nacer, nacen en un mundo nuevo, y si están agredidos como es la agresión muchas veces dada por el sistema, lo sacan a ver si tiene el orificio respiratorio permeable, si tiene la cuerda permeable. Son agresiones que lógicamente nos va acostar entre los colegas darles el tiempo como para decirle que el bebé no tiene ningún problema para que esté al lado o en el regazo de su madre, los tiempos necesarios inclusive para que la madre pueda apreciar ese milagro que tiene en las manos que es el milagro de la naturaleza que es tan sabia. El Hospital Materno Infantil, es uno de los primeros hospitales que esta entregando el tríptico y resalto que nosotros tenemos la posibilidad de tener a Nora, es una directora asociada, que no es abogada ni contadora y la consideramos una aliada dentro de lo que es esto de la defensa de la mujer y del bebé en el momento del parto del desarrollo y crecimiento. Las ideas que están saliendo en el Hospital Materno infantil están siendo copiadas en los otros 79 hospitales, que si bien se toman en algunos casos como hospitales de últimas generaciones como por ejemplo el hospital El Cruce no han avanzado en el tema materno-infantil como nuestro hospital. Quería aclarar esto porque debe haber muchas denuncias en la Defensoría por violencia, consideramos también el tema de la episiotomía pero muchas veces también el tema de consensuar cuando vemos una madre que pesa 54 kilos y el bebé va a pesar 4 kilos, decirle en ampliar el canal de parto con una episiotomía, muchas veces el tema de la asfixia neonatal o una posible parálisis cerebral puede de alguna manera ayudar ese tema, siempre hay que poner lo pro y los contra, porque lo primero que nos preguntan los abuelos cuando hay algún accidente obstétrico y si le hubieran hecho una cesárea Porque en los hospitales públicos tenemos mucha violencia de la familia que exigen la cesárea y el medico se ve obligado después de muchas horas de trabajo de parto a realizar una cesárea por presión familiar, y ese es un tema que acá no se ve. La presión familiar son los gritos de la hija o de la nieta en la sala de parto y que digan que no estamos haciendo nada y que se va a morir o "le va a pasar algo a mi nieta y ustedes van a ver lo que les va a pasar." Eso nos ocurre en los hospitales, la defensa de la agresión a nuestros empleados cuando algo no sale bien porque pensamos que iba a salir bien, porque pensamos que el trabajo de parto iba a terminar bien, porque pensamos que todo estaba bien pero en 3 minutos cuando hay un sufrimiento fetal es como un bebé que se cae a la pileta de natación. Cuando un bebé se cae a una pileta de natación tenemos 3 minutos de RCP para que ese oxígeno que necesita el cerebro pueda de alguna manera circular y que el bebé no termine con una parálisis cerebral, el fórceps lamentablemente en el siglo XXII en algunos casos se va a seguir usando, porque es una herramienta de ultima acción que por ahí nos permite antes de la cesárea poder tomar al bebé y de alguna manera permitir que no se ahogue con la falta de oxígeno. Son muchos los temas. Creo que hoy es un puntapié inicial, hay muchos colegas que tienen denuncias por este tema y si el bebé no ha sido lastimado y está bien, el hecho de esa conducta terapéutica como última conducta, la vemos también en hospitales de Capital Federal como última opción. A ningún médico le gusta operar porque se va de vacaciones o usar fórceps porque tiene ganas; son herramientas que muchas veces quedan de última. Y para juzgarnos por eso está el Comité de Ética dentro del hospital, y el Comité de Ética del Colegio de Médicos quien nos juzga a nosotros cuando tenemos una acción que no esta bien hecha. Más allá del tema que uno cree que hizo todo bien, estos programas de ACR muchas veces nos pone en pie como para poner claro sobre oscuro. Así que la acción del Ministerio es estar atrás fundamentalmente de esto y hemos vuelto a las raíces. Hace muy poco tiempo, pasó con una ciudadana de Mar del Plata tuvimos que actuar con el Ministerio; fue a trabajar a

Playa del Carmen (México), con un embarazo de 11 semanas y empezó con pérdidas, se le hizo una ecografía y el embarazo estaba detenido y seguía con pérdidas, se la internó en el hospital de Playa del Carmen durante 2 días no se le permitió entrar al novio que trabajaba con ella; tuvimos que recurrir a la Embajada y a través del Consulado esta ciudadana marplatense pudo recibir a la visita del marido. Es decir, tuvimos que hacer una denuncia en la ciudad de México ante el Consulado por secuestro, porque fue la única forma que en un hospital extranjero pudieran permitir que el marido tuviese acceso para ver como estaba su mujer. Nosotros tenemos mucha impotencia ante algunos lugares que por ahí vamos a trabajar o de vacaciones hasta donde tenemos que actuar para de alguna manera también defender a nuestros vecinos, esto ocurrió hace dos semanas y a través del Ministerio que emitió una denuncia al Consulado y la Embajada de México para que el marido tenga acceso a una sala donde –le decían a la chica- la prioridad eran los bebés que estaban vivos porque el bebé que estaba muerto lo dejaban para después. Con esto quiero decir que a nivel regional indudablemente nos falta mucho, pero esto es el puntapié inicial para tantas reuniones más y lógicamente como obstetra y funcionario me comprometo a través del Ministerio de Provincia y me pongo a disposición para todas aquellas personas que quieran que demos estadísticas o que quiera saber lo que se esta haciendo desde el ministerio encantado informamos. Muchas gracias por la atención.

Sr. Locutor: Concejal Marina Santoro le sedo la palabra.

Sra. Santoro: Teníamos la intención de que cerraran las mismas organizadoras planteando unas series de propuestas que habían traído para que nos quede a la Comisión de Calidad de Vida y Salud Publica toda una agenda de trabajo pendiente. Nosotros tenemos esta metodología de trabajo en la Comisión, de seguir generando Jornadas de Trabajo para que haya un ida y vuelta; ningún Trabajo legislativo nuestro se da en soledad, esa es la forma que tenemos de pensar la tarea y la responsabilidad sobre toda política que nos han dando. En primer lugar, quería pedirles de sacarnos una foto final del primer encuentro y en segundo lugar pedir un fuerte aplauso a la gran organizadora de este evento que es Julia y agradecerle a todos los concejales de esta Comisión y a la mesa interdisciplinaria, y ahora tenemos toda la responsabilidad de trabajar y generar todas las Ordenanza que se puedan y sean factibles para ir a jornadas de Trabajo venideras para que esté tema este en agenda política. Muchas gracias.

Sra. Leticia: Queríamos invitarlos mañana en IREMI que vamos a estar trabajando en un taller vivencial de 9:00 a 11:00 de la mañana así que están todos invitados. Para cerrar queríamos ser claras. Acá demandamos un modelo de atención humanizado donde el control del proceso lo tenga la persona gestante en compañía del equipo de salud. Eso requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa de calidad y calidez de atención porque el parto respetado no es una opción, es un derecho garantizado por la ley nacional y la jerarquía normativa que rige en nuestro país implica que ninguna norma de clínicas, sanatorios y demás servicios de salud puede entrar en contradicción o pasar por encima de la misma. Para ello necesitamos el compromiso de quienes nos gobiernan, de las instituciones de salud y que las familias cuenten con la información clara completa y verdadera, es decir basada en evidencias científicas para poder hacer valer sus derechos en este sentido. Proponemos que el Honorable Concejo Deliberante se comprometa a ayudarnos a continuar trabajando. En un punteo que hicimos dice: Proveer y gestionar los recursos necesarios para que esta ley se cumpla desde capacitaciones, infraestructuras adecuadas y salarios y jornadas laborales dignas para los agentes de salud. Brindar capacitaciones a los profesionales de la salud que trabajan en los centro de atención primaria y que están en contacto directo con personas gestantes y madres recientes; sobre el modelo de atención de maternidad segura centrada en la familia promovida por el Ministerio de Salud y sobre los derechos que garantizan la ley de parto respetado. Capacitar a los profesionales en lactancia materna y crear un banco de leche materna. Difundir los derechos garantizados por la ley de parto respetado para que sean accesibles para las personas gestantes y su familia. Generar espacios de contención para las familias y quienes hayan sufrido violencia obstetricia. Entablar diálogo con las autoridades de HIEMI y de las maternidades privadas para reclamar el cumplimiento de la ley de parto respetado. Es urgente transformar el sistema de atención perinatal hegemónico hace una practica médica con perspectiva de género y de derecho. Para cerrar dejo una frase del obstetra Michel Odent “Para cambiar el mundo es necesario cambiar la forma de nacer”.

-Es la hora 13:09.