



Defensoría del Pueblo

INFORME ESPECIAL SEMANA MUNDIAL DEL PARTO Y NACIMIENTO RESPETADO 2021

TIEMPO DE PARIR, EN PANDEMIA

El proceso que lleva a mujeres embarazadas y personas gestantes a la maternidad, en un marco de respeto y disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos, inclusive en el período post natal, está formalmente protegido a través de la normativa vigente. Entre la letra legal, los manifiestos y su efectivo cumplimiento, sin embargo, persisten brechas preocupantes que se verifican a diario en los sistemas de Salud, tanto el público como el de las obras sociales y el privado. En este último se advierte además un cuadro de débiles controles y cierta opacidad, ya que se desconocen las cifras e indicadores de partos y nacimientos. Ese y otros déficits en las prácticas institucionales se hicieron más evidentes en tiempos de emergencia sanitaria, con aumento de casos extremos y crecimiento de las cesáreas innecesarias, entre otras situaciones críticas. Todo lo cual reactualiza las demandas acerca de un amplio compromiso colectivo, que permita crear un entorno adecuado para facilitar la capacidad natural de parir y nacer, así como también de evitar medicaciones e intervenciones infundadas. Este nuevo informe de la Mesa de Trabajo sobre Protección de Derechos del Parto y Nacimiento Respetado aborda el debate sobre la problemática desde distintas perspectivas.

Integrantes de la Mesa:

- María Elena Naddeo. Titular del Programa de Niñez, Adolescencia y Género de la Defensoría del Pueblo de CABA
- Viviana Saidón. Psicóloga Programa de Niñez, Adolescencia y Género de Defensoría del Pueblo CABA.
- Silvina Lico. Abogada Programa de Niñez, Adolescencia y Género de Defensoría del Pueblo CABA.
- Graciela Stuchlik. Coordinadora de la Mesa de Trabajo. Parir y Nacer, Argentina.
- Patricia Rosemberg. Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Doctoranda en Salud Colectiva.
- Melina Vincenti. Coordinadora de Lic en Obstetricia Maternidad de Carlotto, Argentina.
- Romina Vasco. Lic Obstetricia Maternidad de Carlotto, Argentina.
- Alicia Cillo. Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires.
- María Florencia Francisconi, Representante de la Confederación Internacional de Obstétricas.

- Enrique Abeyá. Médico Pediatra y Sanitarista
- Mario Róvere. Médico Sanitarista, Argentina.
- Susana Rodríguez Corti. Profesora de la carrera de lic en Obstetricia UBA
- Alejandra Mazzeo. Lic en Obstetricia. Nuestras Parteras, Argentina.
- Carlos Burgo. Médico Obstetra, Nuestras Parteras, Argentina.
- José Belizán. Obstetra Investigador del IECS, Argentina.
- Alejandra Antuña Dirección de Salud de la Defensoría del Pueblo CABA
- Paula Streger Defensora Adjunta de la Defensoría del Pueblo CABA

INFORME

Enrique O. Abeyá Gilardon
Médico Pediatra y Sanitarista
Ex funcionario del Ministerio de Salud de la Nación

El parto vaginal es la vía natural y ancestral del nacimiento. Sin embargo, desde antaño la humanidad ha recurrido a la cesárea en situaciones extremas para salvar la vida del/la bebé ante la muerte materna o a ambas. Las razones médicas de este modo de parir se han ampliado con la mejora de la anestesia y la pérdida de habilidades en el uso de métodos instrumentales como los diversos fórceps, aunque otros determinantes son importantes, algunos relacionados con aspectos de la ética médica.

La cesárea es un recurso extraordinario que contribuye a disminuir la morbi mortalidad perinatal, tanto para la madre como al bebé, pero su generalización no basada en indicaciones médicas es causa de morbilidad extra, por lo cual son cesáreas innecesarias.

La OMS define una proporcionalidad aceptable de cesáreas por indicaciones médicas, del 15%. Ya a finales del siglo pasado se observaron tasas de cesáreas bastante superiores a ese límite y actualmente es frecuente en todo el mundo observar tasas cercanas a 30% y más, en un informe sobre 169 países.

Las cesáreas tienen un crecimiento anual de 2% en América Latina, con una tasa estimada en 2015 de 44%, y se estiman unas 850.000 cesáreas innecesarias.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los datos disponibles más recientes revelan que la tasa general de cesáreas llegó en promedio al 37% en 2020 en el subsector público, con un aumento de 12% respecto a hace tres años.

Tales datos, que detectan tasas de más de 56% en algún hospital, surgen del informe “Evolución Tasa global de cesáreas Red obstetricia”, elaborado por el Departamento Materno Infantil Información salud perinatal – SIP Gestión - GO Redes base hospitalarias – Dirección General de Hospitales -

Septiembre 2020, que recopila información correspondiente al período enero-septiembre del año pasado.

En el sector privado esa proporción suele ser más elevada que en el sector público, según el informe, y en algunos servicios se registran tasas de cesáreas de hasta 90%.

Hay que resaltar que el parto por vía vaginal y la alimentación con leche humana influyen en la constitución y desarrollo de una microbiota saludable, importante para el desarrollo infantil. Los patrones de colonización microbiana infantil, en tanto, tienen el potencial de afectar el desarrollo físico y neurocognitivo.

En cambio, el nacimiento por cesárea promueve el desarrollo de una microbiota que se asocia con mayor morbilidad en el primer año y con mayor riesgo de enfermarse en el curso de la vida.

La prevalencia de morbimortalidad materna es más alta después de la cesárea que después del parto vaginal. Se asocia con un mayor riesgo de rotura uterina, anomalías de la placentación, embarazo ectópico, muerte fetal y parto prematuro en esta y en las próximas gestas.

Para el recién nacido de una cesárea electiva tienen tasas significativamente más altas de morbilidad respiratoria y de ingreso en la UCIN y estadía hospitalaria más prolongada.

Los riesgos a corto plazo de la cesárea innecesaria incluyen además de riesgo de abandono de la lactancia humana, alteraciones del desarrollo inmunológico, una mayor probabilidad de alergia, atopia y asma, y microbioma intestinal diferente. La persistencia de estos riesgos en la edad adulta está menos investigada, aunque se ha visto una asociación entre cesárea y una mayor incidencia de obesidad y asma en la niñez tardía.

La peor combinación ambiental para el recién nacido es nacimiento por cesárea innecesaria, alimentación con sucedáneos de leche humana y uso de antibióticos sin indicación médica, pues las tres condiciones atentan contra el desarrollo de la microbiota saludable y diversa del recién nacido.

Colaboró en este artículo el neonatólogo Alejandro Dinerstein

Referencias

Boerma T, Ronsmans C, Melesse D et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* 2018;392(10155):1341-1348.

Mariani GL, Vain NE, The rising incidence and impact of non-medically indicated pre-labour cesarean section in Latin America, *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (2018), doi: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2018.09.002>

Patricia Rosemberg

Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Doctoranda en Salud Colectiva. Directora de la carrera de Especialización en Gestión en Salud, Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús

En nuestra investigación se observa que la distribución de los nacimientos por días de la semana no es uniforme, hay una disminución los sábados y domingos. Estos resultados guardan relación con el estudio realizado en Valencia (España), en el que los autores analizaron 3.675.110 nacimientos desde 1940 a 2010 y observaron en las primeras tres décadas una distribución semanal uniforme y a partir de la década de 1970 un incremento en los nacimientos de lunes a viernes y una disminución durante los sábados y domingos; tendencia que aumentó a partir del año 2000.

En relación con el análisis de la distribución de los días de nacimientos en establecimientos públicos o privados, observamos que en ambos disminuyen los fines de semana, pero en los establecimientos privados la diferencia es más marcada, lo cual nos permite postular que en el subsector privado hay mayor programación de los partos y nacimientos, incluyendo las cesáreas. Según un informe del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los nacimientos por cesáreas en los hospitales públicos de la ciudad alcanzaron, entre los años 2005 y 2013, el 26,7%, lo cual prácticamente duplica lo recomendado por la OMS.

En nuestro análisis, los nacimientos en establecimientos públicos de CABA, alcanzan el 41,1% del total. Si tenemos en cuenta la mayor concentración de los nacimientos de lunes a viernes en los establecimientos privados, podemos inferir que la tasa de cesáreas en ellos es aún mayor. América del Sur tiene la tasa de cesáreas más alta del mundo, del 42%, con predominio de las cesáreas electivas.

Respecto de los nacimientos de término temprano o “nacidos demasiado pronto” (semana 37), se observa que son más frecuentes en los establecimientos privados y presentan la mayor diferencia en la distribución semanal.

Los nacimientos tempranos presentan aristas de medicalización que pueden ser iatrogénicas para los recién nacidos. Nos encontramos ante un abordaje de los partos que ha centrado sus expectativas en la disminución de riesgos, realizando una serie de intervenciones biotecnológicas protocolizadas que, cuando su uso es innecesario, pueden incrementar los riesgos.

Cabe aclarar que entre las potenciales limitaciones de esta investigación se pueden identificar los siguientes aspectos: a) los días feriados o no laborales no fueron considerados en el análisis porque su dimensión era menor en el período considerado; b) la estacionalidad no fue analizada porque en un análisis exploratorio inicial no se encontraron diferencias relevantes y porque no era el objeto principal del artículo; c) la edad gestacional, informada en la base de datos del Informe Estadístico de Nacido Vivo, debería ser colocada a partir de la fecha de la última menstruación, pero cuando no se cuenta con esa información se coloca la edad gestacional por el examen clínico (método de Capurro).

Ninguna de las limitaciones señaladas modificaría sustancialmente los resultados presentados. Por lo demás, esta investigación describe aristas de la medicalización del proceso de parto y nacimiento.

Al no contar en las fuentes de información con la vía de finalización del parto, ni con el dato de inducción, la programación del parto se mide en forma indirecta según los días de la semana en que ocurren.

Lo anterior, aporta un aspecto poco explorado, al describir los nacimientos por día de la semana como una forma de cuantificar un aspecto que caracteriza la expansión de la medicalización del parto, una de las transformaciones centrales ocurridas en la última mitad del siglo pasado en este fenómeno natural.

La discusión anterior nos lleva a interrogarnos si los nacimientos responden más a las necesidades y a las agendas de las y los profesionales, que a la evolución natural de parir y la salud de las niñas y los niños recién nacidos. Por todo ello concluimos que el momento del nacimiento se ha convertido en un acontecimiento socialmente controlado, en el que las mujeres y personas gestantes devienen objetos del control que ejercen las instituciones de la medicina moderna sobre ellas y sus cuerpos.

Link de la investigación completa:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:E-Fw5l2hR4gJ:revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/download/3079/1673/11071+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=ar>

Graciela Stuchlik
Coordinadora de la Mesa de Trabajo de Protección de Derechos del
Parto y Nacimiento Respetado
Directora de Parir y Nacer

Tal como anunciábamos en abril de 2020 en la Mesa de Trabajo sobre el Parto Respetado, “la actual pandemia de COVID-19 nos ha abierto una oportunidad de modificar los protocolos de atención del embarazo y

nacimiento, a fin de reducir los riesgos de transmisión y contagio en lo que refiere al entorno de la mujer, la familia y la comunidad. Se busca la salud y el bienestar de todes sin menoscabar la experiencia del nacimiento, con uso racional y necesario de los recursos (humanos y materiales) bajo la presión de una pandemia que nos afecta con inclemencia. De este modo, prevenir riesgos tanto en la población de mujeres y personas gestantes, recién nacides y del personal que los asistirá durante el embarazo, parto y puerperio”.

“Los ajustes basados en criterios personales, en el miedo y en prejuicios individuales y colectivos no parecen ser el camino correcto. Entender que la cultura y los valores que nos impulsan a estos cambios van impregnados de inequidades y desequilibrios de género nos plantean una alerta y una oportunidad de equilibrar la balanza, pensando y actuando en beneficio de la humanidad”.

Sin embargo, como reflejan los expertos y profesionales que conforman esta Mesa de Trabajo de la Defensoría del Pueblo de CABA, esto no es lo que ha ocurrido, sino que hemos visto retrocesos en los derechos reproductivos de las personas gestantes y mujeres embarazadas.

Por ejemplo, nos han llegado denuncias de familiares que describían el comportamiento y actitud de Maternidades públicas que realizaron abandono de pacientes por temor al COVID, como fue el caso de la muerte de una mujer embarazada ya a punto de parir, y de su bebé, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

No caben dudas de que la Ciudad debería rever qué les está ofreciendo hoy a estas mujeres o personas gestantes, tanto en el sistema público de Salud como en el privado, para parir, y a les niñes para nacer.

Necesitamos lugares seguros, amigables y no de enfermedad. Esto bajaría muchísimo los costos. Pero no es una cuestión de costos, sino política: la posibilidad de tomar la decisión de proteger los derechos de las mujeres, personas gestantes, padres y acompañantes de este niño que está por venir al mundo. Tiene que ser de manera amorosa, en donde lo biológico, pero también lo afectivo, esté tomado en cuenta. Todas las mujeres necesitamos proteger y exigir estos derechos.

Es importante entonces que los sistemas privados y públicos de Salud de CABA puedan escuchar lo que se expresa en este segundo informe. Porque las maternidades tienen que ser realmente lugares para parir amorosamente a nuestros hijos. Es imprescindible que estén organizadas y que el Estado resguarde un momento tan importante como es el de nacer y el de parir. Necesitamos maternidades de baja complejidad, que verdaderamente acojan y que puedan proteger los derechos de todes.

Beltrán Lares
médico obstetra ginecólogo

docente y promotor del parto humanizado

Aunque suene paradójico e ilógico, los protocolos de atención del parto en nuestra medicina actual son guiados con frecuencia por otros intereses no alineados con las evidencias científicas. Su validez y uso dependen de las prerrogativas culturales y de factores a veces evidentes y otras no, más que de criterios basados en la ciencia, la fisiología o la fisiopatología.

Es por eso que, a partir de la pandemia de coronavirus, las rutinas médicas y de enfermería se vieron confrontadas a ser aplicadas según las necesidades del grupo hegemónico actual y no en razón de las necesidades reales y lógicas de las embarazadas, personas gestantes y sus familias.

El miedo se añade como energía movilizadora de explicaciones y razonamientos creíbles, inteligentes, prudentes, preventivos, conservadores en apariencia. Otros argumentos se añaden a modo de justificaciones por ser “salvadores de vidas”, por disminuir la transmisión de la infección y como alternativas vinculadas a la reducción/eliminación de una amenaza planetaria a la civilización, llamada COVID-19.

Todo ello conociendo que, como dicen los científicos, *el análisis estadístico da probabilidades, no certezas* (Young, N 2008). Aún las investigaciones tienen sesgos importantes que no avalan firmemente un proceder basado en lo más cercano a la “verdad científica”.

A pesar de lo anterior, el gremio médico lleva años estudiando y aprendiendo cada vez más de los virus y su relación con los humanos, conocimientos potenciados con el desarrollo de las tecnologías de investigación en general. En este contexto, muchos estudios del 2020 y del 2021 sobre la infección y enfermedad producida por el coronavirus nos muestran datos que permiten suponer como evidencia que:

- El curso de esta infección en embarazadas y personas gestantes no difiere al de otras poblaciones ni les afecta en mayor medida, como sí lo hace en grupos de riesgo por edad avanzada, obesidad, inmunosupresión u otras comorbilidades (HTA, cardiopatía o neumopatía previa).
- Comparadas con la población general, las personas embarazadas no se ven más afectadas por las complicaciones respiratorias del COVID-19. Esta aseveración no excluye la posibilidad que la virosis en las mujeres gestantes pueda inducir complicaciones de este tipo, ni obstétricas, como partos prematuros o ruptura prematura de las membranas ovulares (esto no ha sido comprobado aún).
- Desde la aparición de esta enfermedad aún se mantiene en alrededor del 80% el número de personas infectadas (embarazadas o no) con síntomas leves a moderados que logran recuperarse casi sin secuelas o con secuelas mínimas.
- De modo similar a casi cualquier virus respiratorio humano, como el de la influenza, el alojamiento conjunto y la lactancia materna (con las

precauciones debidas) no están asociados con la trasmisión del SARS CoV-2.

- La aparición de anticuerpos en la leche materna contra el virus ha sido demostrada en mujeres con COVID-19 perinatal de manera opuesta a la falta de evidencia clara de la trasmisión vertical de la misma a los recién nacidos.
- La tasa de cesáreas a nivel mundial se ha incrementado, en algunos países en proporciones de hasta 50%, elevando consigo la incidencia de la prematuridad y la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Aún con miedo y con el mismo deseo de proteger a embarazadas y sus bebés intrauterinos, a madres recién paridas y sus recién nacidos/as y a todo el personal de salud, podemos asumir que las evidencias científicas apoyan con criterios suficientes que:

- Con precauciones adecuadas puede mantenerse el derecho de las mujeres de estar acompañadas, durante el trabajo de parto y el nacimiento, por una persona afectivamente cercana y escogida por ella misma.
- No se deben aumentar las inducciones del parto ni la de cesáreas por la pandemia actual, mientras no se tengan evidencias suficientes que lo justifiquen, siendo clave individualizar los casos.
- Debe mantenerse en la mayoría de los casos la práctica del alojamiento conjunto y la lactancia humana, con sus beneficios inmediatos y ventajas a corto, mediano y largo plazo en la salud.

Esta pandemia nos ha dado la oportunidad de revisar y valorar que se puede organizar un sistema de atención en salud reproductiva y maternidad en un entorno físico y estructural más alineado con la idea de que cursar un embarazo y traer hijas/os al mundo es un proceso natural y no patológico. Actuando de esta manera respetaríamos las decisiones de las mujeres en sus partos en sinergia con el bienestar colectivo.

Referencias

1. Mirbeyk M, Saghazadeh A, Rezaei N. A systematic review of pregnant women with COVID-19 and their neonates. *Arch Gynecol Obstet.* 2021 Apr 2;1–34. doi: 10.1007/s00404-021-06049-z.
- 2 Figueiro-Filho EA, Yudin M, Farine D. COVID-19 during pregnancy: an overview of maternal characteristics, clinical symptoms, maternal and neonatal outcomes of 10,996 cases described in 15 countries. *J Perinat Med.* 2020 Nov 26;48(9):900-911. doi: 10.1515/jpm-2020-0364. PMID: 33001856.
3. Baj J., Karakula-Juchnowicz H., Teresiński G., Buszewicz G., Ciesielka M., Sitarz E., Forma A., Karakuła K., Flieger W., Portincasa P., et al. COVID-19: Manifestaciones y síntomas clínicos específicos e inespecíficos: el estado

actual del conocimiento. *J. Clin. Medicina*. 2020; 9 : 1753. doi: 10.3390 / jcm9061753.

... el COVID-19 puede estratificarse de asintomático a presentaciones leves y moderadas [en el 80% de las personas]

4. Cuñarro-López Y, Pintado-Recarte P, Cueto-Hernández I, et al. El perfil de las pacientes obstétricas con infección por SARS-CoV-2 según el país de origen de la publicación: revisión sistemática de la literatura. *J Clin Med* . 2021; 10 (2): 360. Publicado el 19 de enero de 2021. Doi: 10.3390 / jcm10020360

Viviana Saidón

Silvina Lico

Programa de Niñez Adolescencia y Género Defensoría del Pueblo CABA

La Defensoría del Pueblo de la Ciudad fue creada por la Constitución de la Ciudad y tiene como misión la defensa, protección y promoción de los Derechos Humanos.

Se ocupa del resguardo de los derechos y garantías tutelados en la Constitución Nacional, la Constitución de la Ciudad y la legislación vigente. Promueve la defensa de los ciudadanos frente a los actos, hechos u omisiones de la administración, de prestadores de servicios públicos y de las fuerzas que cumplan funciones de policía en el ámbito local. Los actos administrativos del poder Judicial, Legislativo y de los Órganos de control también están comprendidos dentro de su ámbito de acción.

Sus funciones son:

- Proteger y defender los Derechos Humanos, individuales y sociales de las personas;
- Supervisar y garantizar que las instituciones y los funcionarios del gobierno de la Ciudad cumplan con sus deberes, respeten la Constitución y las leyes vigentes;

En el ámbito de la Defensoría se constituyó la Mesa de Protección de Derechos Reproductivos del Parto y Nacimiento, con el objetivo de velar por el cumplimiento de la Ley 25.929 (de parto humanizado) y de los derechos de las mujeres y personas gestantes embarazadas y la Ley local 1.040 “Derecho de la Mujer a estar Acompañada durante el Trabajo de Parto, en el Momento de Nacimiento y en la Internación”.

Desde su puesta en marcha, la Mesa asumió como uno de sus principales objetivos efectuar un relevamiento sobre la aplicación de la legislación nacional y local sobre parto humanizado y evaluar las causas de las altas

cifras de partos por cesárea en el ámbito de la salud pública como en la privada, con abordajes diferenciados en la Ciudad y en el país.

Por otra parte, se pretende generar un espacio de análisis respecto de cómo los avances en el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes impactan en la consideración del parto respetado, como un aspecto más del derecho a decidir sobre sus cuerpos.

En este período de pandemia el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires estableció diversos protocolos de atención, entre ellos uno específico relativo a partos y nacimientos, vigente en el ámbito de la CABA, en el marco del COVID-19. A partir de las medidas del Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) el objetivo se orientó al relevamiento de la situación de atención durante el embarazo, período de parto, parto y postparto en los hospitales públicos de la Ciudad.

A partir del relevamiento efectuado se visibilizaron las dificultades del sistema de salud para brindar asistencia a mujeres o personas gestantes. Entre las principales dificultades observadas encontramos la necesidad de contar con mayor información y medios de difusión para comunicar sus derechos a la población. Entre otros aspectos se requiere además una disposición adecuada en cuanto a la ubicación de las salas de parto, para evitar el contagio.

Desde la Defensoría del Pueblo se organizó una campaña de difusión para la población a través de las redes sociales, a fin de difundir los ejes centrales para el cumplimiento de la ley de Parto Respetado, y se brindó un canal de comunicación para efectuar consultas y denuncias.

Algunas de los problemas recogidos fueron: la separación del binomio madre-hijo frente a la sospecha de COVID-19; y el impedimento al ingreso y/o permanencia de un acompañante durante el parto, debido a las dificultades de infraestructura existentes.

Asimismo, en consonancia con lo establecido en la Ley 25.929 y en el marco del aislamiento por COVID-19 en el ámbito de la Ciudad surgieron diversas inquietudes en encuentros con organizaciones especializadas en la temática, que expresaron algunas dificultades en hospitales dependientes del Gobierno de CABA sobre procedimientos llevados a cabo en procesos de parto y nacimiento.

Tras las consultas y quejas remitidas a la Defensoría del Pueblo y/o a la Mesa se reforzaron las recomendaciones que disponen la creación de espacios para partos resguardando a las madres, personas gestantes y niñas/os del COVID-19; la no separación de las madres de sus hijos/as recién nacidos; y los derechos de las mujeres gestantes a permanecer acompañadas durante el proceso del parto, entre otras.

En este marco se difundió a través de las redes sociales utilizadas por la Defensoría del Pueblo una serie de flyers con consignas acerca de los derechos fundamentales en el parto y nacimiento, lo que generó diversos comentarios y solicitudes de intervención, cuyos temas se agruparon de la siguiente manera:

- Las negativas de permitir el ingreso de acompañantes a los controles y durante los procesos de parto y pre y post parto;
- La separación del binomio madre-hija/o en aquellos casos en los que las mujeres resultaran COVID positivo o sospechosas de portar el virus y las consiguientes dificultades en relación al proceso de amamantamiento.

Susana Rodríguez Corti
Licenciada en Obstetricia
Docente Facultad de Medicina UBA, Licenciatura en Obstetricia

Sobre la base de datos disponibles con métodos internacionalmente aceptados y mediante las técnicas analíticas más adecuadas, la OMS concluye lo siguiente:

- 1) Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las personas gestantes y los neonatos solamente cuando son necesarias por causas médicas.
- 2) A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.
- 3) Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de infraestructura o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse sólo cuando son necesarias por razones médicas.
- 4) No están determinados aun los efectos que tienen las tasas de cesárea sobre otros resultados como la mortalidad, la morbilidad materna y perinatal, los resultados pediátricos y el bienestar psicológico y social.
- 5) Se necesitan investigaciones adicionales para comprender los efectos sanitarios de las cesáreas sobre algunos resultados inmediatos y futuros.

La actualización de una revisión Cochrane iniciada en el año 2011, que incluyó 29 estudios hasta el mes de marzo de 2018 y se publicó en setiembre del 2018, analizó una gran variedad de intervenciones no clínicas dirigidas a disminuir las cesáreas innecesarias. Se concluyó que pocas intervenciones poseen certeza de la evidencia moderada o alta, y están dirigidas a los profesionales sanitarios (implementación de guías combinadas con segunda opinión obligatoria, implementación de guías combinadas con auditoría y

feedback, educación a los médicos impartida por expertos reconocidos) y demostraron disminuir las tasas de cesárea de manera segura.

Entendemos de ese modo que la falta de estudios, en especial sobre las intervenciones orientadas a las mujeres o las familias y a las organizaciones o establecimientos de salud, deberán ser adicionadas.

En el Seminario "Parto Respetado, Tejido propio, colectivo y composición", 1ª Cohorte año 2020, la consultora Voices presentó el informe final de un estudio realizado en nuestro país y declarado de interés nacional por el Ministerio de Salud de la Nación. En estos términos nuestra realidad está ejemplificada:

"Que un parto sea respetado en la Argentina depende de la iniciativa del profesional y de la información con que cuente la persona gestante. Por eso es tan importante empoderar a la población, a las familias y principalmente a las personas gestantes, que son las que de ese modo van a poder exigir su cumplimiento", "hay una relación de asimetría entre profesional y usuaria". A 35 años del Pacto de Fortaleza y con un largo camino recorrido y otro por recorrer podríamos afirmar sin eufemismos que "el parto no es una enfermedad".

María Elena Naddeo
Titular del Programa de Niñez, Adolescencia y Género
de la Defensoría del Pueblo de CABA

En el ámbito de la Defensoría del Pueblo funciona una Mesa de Trabajo destinada al cumplimiento de los derechos de las embarazadas. Entre sus objetivos se encuentra el monitoreo de la Ley de Parto Respetado y otras normativas vigentes. La Mesa ha recibido consultas y denuncias sobre las distintas preocupaciones que afectan a las embarazadas en el contexto de pandemia y ha generado recomendaciones e informes a fin de garantizar la no separación del binomio madre-niño, y de garantizar el derecho de las embarazadas a contar con un acompañante de su propia elección antes, durante y después del parto.

La infraestructura necesaria para dar respuesta a dichos derechos con la privacidad necesaria para embarazadas y acompañantes, las salas de TPR, así como la realización de cesáreas innecesarias, son dos de las preocupaciones que atraviesan la tarea de la Mesa de Trabajo. La misma está conformada por el equipo de Género de la Defensoría del Pueblo, representantes del equipo de Salud de la Defensoría, las ONG Parir y Nacer, El Ágora, APDH y especialistas en la temática.

Los derechos de las mujeres y personas gestantes embarazadas son derechos sexuales y reproductivos, son derechos humanos que deben tener prioridad en las políticas públicas.

Existen todavía en el sistema de salud, tanto público como privado, prácticas que desconocen la opinión e intereses de las embarazadas. Además de situaciones que podrían caracterizarse como “violencia obstétrica” o “violencia institucional”.

La pandemia sostenida en el tiempo ha profundizado las dificultades previas, lo cual lleva a la necesidad de reorganizar la circulación de las embarazadas al acceder a las maternidades, para evitar el contacto con posibles pacientes afectados por el virus.

El cansancio de los profesionales, así como las licencias en los equipos especializados, por los contagios y otras situaciones derivadas de la pandemia, han generado situaciones de alarma y de efectos sumamente traumáticos.

El trágico episodio vivido por la joven María Rosa Lencinas, con 28 semanas de embarazo, quien arribó al Hospital Fernández un viernes por la tarde, el 27 de julio del 2020, con un cuadro agudo de dolor uterino y solicitando ser internada, y que lamentablemente falleció horas después junto a su bebé, es una grave muestra del punto al que puede conducir la desatención de esta problemática.

Tal como señala el informe de la CEPAL “Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”, la emergencia sanitaria, así como la acentuación de la brecha de la desigualdad existente, “... puede provocar un retroceso en la aplicación de un enfoque de derechos en el diseño y la implementación de programas y políticas públicas y, de esta forma, reproducir la discriminación y la desigualdad de género. Como se ha podido observar con el incremento de las tareas de cuidado que recaen en las mujeres y el impacto de la pandemia de COVID-19 en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos”. Desde esta perspectiva cobra particular y mayor importancia nuestra tarea.