

Tesis de grado

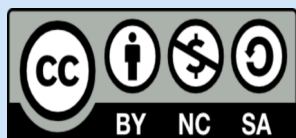
Lopez Carolina

Acceso a los derechos del parto respetado y violencia obstétrica

2025

*Instituto de Ciencias Sociales y
Administración*

Carrera: Licenciatura en Trabajo Social



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.
Atribución – No comercial – Compartir igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Lopez, C. (2025). *Acceso a los derechos del parto respetado y violencia obstétrica* [Tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/3715>



Instituto de ciencias sociales y administración

Licenciatura en Trabajo Social

Informe final de investigación

Título:

**“Acceso a los derechos del parto
respetado y violencia obstétrica”**

Autora: Lopez Carolina

DNI: 38457754

E-mail: carolinalopez1510@hotmail.com

Director/a: Claudia Noemí Chietino

Florencio Varela, 2025

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer al personal docente y no docente de mi universidad, el cual, me ofreció apoyo, contención y escucha a lo largo de los años de mi carrera, siendo un pilar necesario para afrontar día a día el recorrido académico.

En segundo lugar, a las personas que hicieron posibles los relevamientos de datos, aportando su colaboración de manera voluntaria, entre ellos, las estudiantes de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, las cuales, utilizaron su tiempo completando un cuestionario autogestionable y a la Licenciada en Trabajo Social que, desde su espacio de trabajo, me brindó su tiempo para la realización de una entrevista personal.

En tercer lugar, un agradecimiento especial a mi tutora de tesis la Lic. Claudia Noemí Chietino, que me acompañó activamente durante todo el recorrido de escritura, aportándome su conocimiento y experiencia con total dedicación, paciencia y perseverancia.

Por último, a mi compañero de vida, el cual, con su compañía, me motivó en todo momento a alcanzar mis objetivos y superar los obstáculos que se fueron presentando.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
Palabras clave.....	4
Abstract.....	4
Key words.....	5
 INTRODUCCIÓN.....	 6
Pregunta problema.....	7
Hipótesis	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
 METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	 8
Herramientas de recolección de información.....	8
Unidad de análisis.....	8
Muestra.....	9
Tipo de estudio.....	9
Estructura de las entrevistas.....	9
Estructura de las encuestas por cuestionario autogestionable.....	10
Criterios de inclusión.....	10
Criterios de exclusión.....	11
Recursos.....	11
Factibilidad	11
Pautas éticas.....	11
Actividades y cronograma para la realización de la tesina.....	12
 CAPÍTULO 1: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	 13
1.1. Contexto internacional.....	13
1.2. Reconocimiento de la VO en América.....	15
1.3. Diferentes perspectivas desde la República Argentina.....	16
1.4. Investigación situada en la región sanitaria número VI de Buenos Aires.....	18
1.5. Aporte a la visibilización desde la Universidad Nacional Arturo Jauretche.....	19

CAPÍTULO 2: CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	20
2.1. Marco normativo.....	20
2.2. Identificación de la población afectada.....	22
 CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO	23
3.1. Modelo médico hegemónico y modelo biomédico moderno.....	23
3.2. Violencia contra las mujeres.....	25
3.3. Violencia por motivos de género	26
3.4. Violencia obstétrica, como forma de violencia de género.....	28
3.5. Violencia obstétrica como violencia institucional	29
3.6. Patologización del parto.....	30
 CAPÍTULO 4: APOORTE DEL TRABAJO SOCIAL.....	31
 CAPÍTULO 5: RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
5.1. Relevamientos de datos realizados a efectores de salud de subsectores públicos...	34
5.2. Resultados del cuestionario en formulario google forms autogestionable a estudiantes de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, que hayan atravesado un proceso de embarazo-parto-puerperio en el período 2020-2025.....	40
5.3. Relatos textuales de víctimas de violencia obstétrica.....	63
5.4. Entrevista personal a una Trabajadora Social dentro del ámbito sanitario	66
 CONCLUSIÓN.....	70
 BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES.....	72
 ANEXOS.....	80

“Acceso a los derechos del parto respetado y violencia obstétrica”.

Resumen

El presente trabajo de investigación, realizado para la tesina final de la carrera Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), tiene como objetivo analizar las experiencias de las mujeres y personas gestantes pertenecientes a la UNAJ, con respecto a sus procesos de embarazo, parto y puerperio, ocurridos durante el año 2020 hasta el año 2025, en referencia a la atención sanitaria y a la identificación de la existencia de violencia obstétrica (VO). Se utilizó como herramienta de recolección de la información la metodología cuali-cuantitativa con el fin de obtener datos pertinentes que dé respuesta a los interrogantes que incentivan el diseño de la investigación. Como resultado de dicha investigación, se pudo visibilizar que, a pesar de las intervenciones del Estado en función de la erradicación de este tipo de violencia, a través de distintos mecanismos, entre ellos, cabe mencionar, la creación de la Ley de Parto Humanizado (Ley N°25.929) y el Protocolo de Recepción de Denuncias en casos de Violencia Obstétrica, actualmente la VO se continúa perpetuando en los servicios de salud.

Palabras clave:

Violencia obstétrica, violencia de género, violencia institucional, modelo biomédico, parto humanizado.

Abstract:

Obstetric violence, gender violence, institutional violence, biomedical model, humanized childbirth.

This research work, carried out for the final thesis of the degree Bachelor of Social Work from the Arturo Jauretche National University (UNAJ), It aims to analyze the experiences of women and pregnant people belonging to UNAJ, with respect to their pregnancy, childbirth and postpartum processes, occurring during the year 2020 to the year 2025, in reference to health care and the identification of the existence of obstetric violence (OV). The qualitative-quantitative methodology was used as a data collection tool in order to obtain relevant data that answers the questions that motivated the research design. As a result of this investigation, it was possible to see that, Despite State interventions aimed at eradicating this type of violence, through different mechanisms, including, it is worth mentioning, the creation of the Humanized Childbirth Law (Law No. 25,929) and the Protocol for Receiving Complaints in Cases of Obstetric Violence, currently, VO continues to be perpetuated in health services.

Key words:

Obstetric violence, gender violence, institutional violence, biomedical model, humanized childbirth.

Introducción

El presente plan de trabajo de investigación, se refiere a la tesina sobre Violencia Obstétrica y Ley de Parto Respetado. Pretende abordar la problemática en torno al cumplimiento o no de la Ley de Parto Humanizado (Ley N°25.929), también la identificación de distintos tipos de la modalidad de la violencia obstétrica hacia las madres y personas gestantes durante el proceso de embarazo, parto y puerperio desde el año 2020 al año 2025.

La Ley de Parto Respetado cuenta con más de 20 años de su sanción, pero, actualmente muchas personas desconocen la existencia de la misma, en consecuencia, el desconocimiento es un factor que promueve la continuidad de estas prácticas que violan los derechos consagrados en esta norma. Más aún, el hecho de naturalizar la violencia genera que las víctimas no denuncien estos actos, por lo cual, se siguen perpetuando en las instituciones de salud.

La magnitud del problema es relevante y esta modalidad de violencia es descripta a nivel internacional en la Convención sobre la Eliminación de toda la forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) como la vulneración de los principios de igualdad ante la ley y respeto a la dignidad de las personas que genera una dificultad en la participación activa de las mujeres en iguales condiciones ante el hombre tanto en el ámbito político, como en el social. Esta dificultad atenta contra el bienestar de la mujer, entorpeciendo su desarrollo y sus posibilidades.

A nivel nacional, en la ley N° 26.485 define en su artículo 4. La violencia contra las mujeres como, toda conducta, acción y omisión que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal.

Los reclamos y denuncias son relevantes porque colaboran a la eliminación de este tipo de violencia. El observatorio de violencia obstétrica Argentina (OVOA) de la Organización no Gubernamental “Las Casildas” informa que, 9 de cada 10 nacimientos están atravesados por violencia obstétrica. Socialmente se debe visibilizar esta problemática para erradicar este tipo de prácticas, ya que, acarrea con ella un gran número de víctimas que, consecuentemente, que dejan de ir a controles médicos a causa del maltrato sufrido, generando de esta manera, perjudicar tanto su salud como la del niño/a por nacer y el grupo doméstico.

Pregunta problema

¿Cómo fueron las experiencias de las mujeres y personas gestantes pertenecientes a la Universidad Nacional Arturo Jauretche, con respecto a su proceso de embarazo, parto y puerperio ocurridos durante el año 2020 hasta el año 2025, en referencia a la atención sanitaria y la identificación de la existencia de violencia obstétrica?

Hipótesis

La hipótesis que guía este trabajo es que las intervenciones en cuanto a los servicios de Trabajo Social no contribuyeron a la erradicación de la Violencia Obstétrica (VO), pocas víctimas denuncian estas prácticas violentas al ser un tema invisibilizado por la sociedad o naturalizado.

Objetivo general

Describir las experiencias de las mujeres y personas gestantes pertenecientes a la Universidad Nacional Arturo Jauretche, con respecto a sus procesos de embarazo, parto y puerperio, ocurridos durante el año 2020 hasta el año 2025, en referencia a la atención sanitaria y la identificación de la existencia de violencia obstétrica.

Objetivos específicos

- Indagar las características de la población perteneciente a la muestra intencional seleccionada (género, edad, localidad de residencia, etc.).
- Identificar, cuáles son los tipos de violencia obstétrica que persisten desde el año 2020 al 2025.
- Conocer si la población perteneciente a la muestra intencional seleccionada tiene conocimiento sobre los derechos en base a la Ley de Parto Respetado.
- Investigar si existió algún contacto entre el área de Trabajo Social en el sistema de salud y las personas seleccionadas en la muestra intencional.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Herramientas de recolección de información

Para esta investigación, como herramienta de recolección de información, se trabajará la obtención de datos primarios, a través de distintas técnicas, entre ellas:

Observación no participante en efectores de salud de subsectores públicos. “La Observación No Participante es aquella en la cual, se recoge la información desde afuera, sin intervenir para nada en el grupo social, hecho o fenómeno investigado” (Díaz Sanjuan, 2011, p.8). A su vez, se distribuirán encuestas a través de un cuestionario en formulario google forms autogestionable, en diversas plataformas digitales. “El uso de cuestionarios online permite recolectar mucha cantidad de respuestas rápidamente y a un costo muy bajo. Los costos pueden ser considerablemente menores que los que implican otros tipos de encuestas” (Rocco & Oliari, 2007, p.2). Además, se contactará un informante clave, con el fin de solicitarle su participación en una entrevista. Los informantes claves son “(...) personas con conocimientos especiales, status y buena capacidad de información.” (Martínez, 1991, p.54). La entrevista a dicho informante, se dará en un lugar y horario preestablecido por mutuo acuerdo. La entrevista es, “Entendida como relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones, es además una instancia de observación; al material discursivo debe agregarse la información acerca del contexto del entrevistado, sus características físicas y su conducta”. (Guber, 2004, p.203). También se realizará un análisis de fuentes secundarias, por ejemplo; de la biblioteca digital U.N.A.J., BIREME, LILACS, material bibliográfico proporcionado por personal docente a lo largo de las cursadas, etc.

Unidades de análisis

- Para las encuestas distribuidas por plataformas digitales, se seleccionará estudiantes de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, que hayan atravesado un proceso de embarazo, parto y puerperio entre el año 2020 hasta el año 2025.
- Para la entrevista personal al informante clave, se seleccionará un Trabajador Social, que ejerza su profesión dentro del servicio de salud.

Muestra

Las personas seleccionadas para las encuestas y la entrevista, serán tomadas con la técnica de muestreo intencional no probabilístico. Dicho muestreo mencionado, “permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra sólo a estos casos. Se utiliza en escenarios en las que la población es muy variable y consiguientemente la muestra es muy pequeña” (Otzen & Manterola, 2017, p.230).

Tipo de estudio

El estudio tendrá un formato cuali-cuantitativo.

Según la autora Souza Minayo (2003):

La diferencia entre lo cualitativo-cuantitativo es de naturaleza. Mientras que los científicos sociales que trabajan con estadísticas aprenden de los fenómenos apenas la región "visible, ecológica, morfológica y concreta", el abordaje cualitativo profundiza en el mundo de los significados de las acciones y relaciones humanas, un lado no perceptible y no captable en ecuaciones, medias y estadísticas. (P.18)

Según el autor Mejía Navarrete (2000):

El enfoque cualitativo ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas de lo que las personas piensan y cuáles son sus sentimientos, mientras que el enfoque cuantitativo proporciona mediciones. Por su propia naturaleza la investigación cualitativa aborda los aspectos motivacionales de la respuesta humana más que en los comportamientos y actitudes objetivas y medibles. (P. 34).

Estructura de la entrevista

La entrevista personal al informante clave, será dada de manera individual y de carácter cualitativo.

En palabras de la autora Souza Minayo (2003):

La investigación cualitativa responde a cuestiones muy particulares. Se preocupa, en las ciencias sociales, con un nivel de realidad que no puede ser cuantificado. O sea, trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables. (P.18)

Las entrevistas serán guiadas con la intención de recolectar datos fundados en opiniones y experiencias relacionadas al trabajo de los entrevistados. Se realizan en formato semiestructuradas.

Las entrevistas semiestructuradas, según Díaz-Bravo et al. (2023):

(...) presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos. (P. 163)

Estructura de las encuestas por cuestionario autogestionable

El diseño del cuestionario autogestionable estará estructurado con preguntas tanto abiertas como cerradas.

Según Cea D´Acona (1996):

Las preguntas cerradas (también denominadas precodificadas o de respuesta fija) son aquellas cuyas respuestas ya están acotadas, cuando se diseña el cuestionario.

El investigador determina, previamente, cuáles son las diversas opciones de respuesta posibles. El encuestado se limita a señalar cuál, o cuáles (si la pregunta es múltiple), de las opciones dadas refleja su opinión o situación personal. (P.254)

Con respecto a las preguntas abiertas, “como su nombre denota, las preguntas abiertas son aquellas que no circunscriben las respuestas a alternativas predeterminadas. Por lo que la persona puede expresarse con sus palabras”. (Cea D´Acona, 1996, p.258)

Criterio de inclusión

Para la participación en las encuestas autogestionadas:

- Estudiantes de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, que hayan atravesado un proceso de embarazo-parto-puerperio en el período 2020-2025 y que acepten, de manera voluntaria, realizar una encuesta autoadministrada.

Para la participación en entrevista al informante clave:

- Persona que posea un título de grado en Licenciatura en Trabajo Social. Que se encuentre trabajando en el ámbito de la salud, desempeñando el rol del Trabajador/a Social, dentro de la región sanitaria número VI.

Criterios de exclusión

- Personas que no acepten participar de manera voluntaria de la encuesta autogestionada.
- Personas que no hayan estudiado en la Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Personas que no hayan atravesado un proceso de embarazo, parto y puerperio durante los años 2020-2025.

Recursos

Los recursos que se utilizarán para la realización de esta presente investigación serán, una computadora con acceso a internet, un celular, hojas de papel, lapicera, bibliografía de la biblioteca digital de la U.N.A.J., BIREME, LILACS, etc.

Factibilidad

Como principal riesgo para la realización de esta investigación se encuentra la posibilidad de que se dificulte el acceso a los informantes claves requeridos para la realización de las entrevistas, a través de los medios propuestos. La solución que encontraría para dicha problemática sería buscar nuevos medios de comunicación para llegar a los informantes clave (redes sociales, etc.).

Pautas éticas

El trabajo utiliza como guía las pautas éticas para ciencias sociales y humanidades garantizando que los datos serán recolectados durante las entrevistas con consentimiento informado. Se les hará mención del presente trabajo y el uso que se le dará a dichas entrevistas. Se les asegurará el resguardo de la identidad, se mantendrá el secreto profesional de protección de datos personales de los/as entrevistados/as quedando garantizada la confidencialidad. De esta manera, se podrá incentivar a las personas a que se expresen libremente sin miedo a ser

expuestas públicamente. Se adecúa a la ley de protección de los datos personales N°25.326. “Proteger una fuente es garantizarles a posibles fuentes que ellas también serán protegidas. No protegerla es crearles incertidumbres y desconfianza a las posibles fuentes”. (Kovach y Rosenstiel, 2004, P.124).

Actividades y cronograma para la realización de la tesina

AÑO 2024/ 2025	Revisión y selección de la lectura especializada	Reuniones con la tutora de tesis para avanzar en la escritura	Escritura de capítulos	Entrega de avances a la tutora para corrección	Búsqueda de participantes para las encuestas y la entrevista	Redacción de conclusión y bibliografía	Entrega estimada de tesina a la universidad para su evaluación final
AGOSTO	X		X				
SEPTIEMBRE		X		X			
OCTUBRE	X		X				
NOVIEMBRE	X		X	X			
DICIEMBRE	X						
ENERO	X						
FEBRERO	X						
MARZO	X						
ABRIL		X					
MAYO			X				
JUNIO			X	X			
JULIO			X				
AGOSTO			X	X		X	
SEPTIEMBRE		X			X		
OCTUBRE			X	X		X	
NOVIEMBRE		X				X	X

CAPÍTULO 1: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Esta tesina de grado, se inserta dentro del campo de investigación, que considera según los mencionados autores a continuación:

1.1. Contexto internacional

“La violencia obstétrica (VO) es una forma de violencia de género que se ha convertido en una problemática mundial, vulnerando los derechos humanos (DD.HH.) de las mujeres, en particular aquellos sexuales y reproductivos”. (Ramírez et al., 2021, p.149). Para dichos autores mencionados, la VO no debe confundirse con hechos ocurridos a raíz de la negligencia médica. Este tipo de violencia tiene origen en cuestiones relacionadas al género y la asimetría de poder que generan la subordinación y desvalorización de lo femenino frente al mandato masculino.

La VO es una temática que se viene tratando hace décadas por distintos organismos, entre ellos, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), cuyo propósito se encuentra redactado en la carta de las Naciones Unidas, que en su Artículo 1 afirma su colaboración para resolver conflictos que atenten a nivel internacional en cuestiones económicas, sociales, culturales o humanitarias, contribuyendo al desarrollo de los DD.HH. y libertades. A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS), desempeña un rol fundamental en la lucha para erradicar la violencia contra la mujer, tratándola como un problema de salud pública y de igualdad de género, dando su aporte en la búsqueda de una resolución a esta problemática.

Como dice la OMS (2014):

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. (P.1).

“Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la VO se presenta aproximadamente en una de cada 3,5 atenciones obstétricas, volviéndola un problema de salud pública y de DD.HH., cuya erradicación es prioritaria”. (Ramírez et al., 2021, p.150).

Diversos autores en todo el mundo han realizado diferentes escritos, en los cuales, brindaron información y su perspectiva contribuyendo a la visibilización de esta problemática. Entre ellos, cabe mencionar, en Madrid, España la autora Rubio (2023): Recopiló y analizó

información de 13 artículos de diversas fuentes. La autora se preguntó si la violencia obstétrica tiene un impacto negativo en la salud del paciente y en su calidad de vida. Ha revisado datos de mujeres de distintos países para plasmar en su trabajo las consecuencias de la violencia obstétrica. Como resultado, obtuvo información sobre las consecuencias físicas y psicológicas de este tipo de violencia, tanto para el entorno como para el recién nacido. Reflexiona en su escrito acerca de la baja cantidad de investigaciones que hablen concretamente sobre las consecuencias que conlleva la violencia obstétrica, a pesar de que haya información sobre su existencia. Menciona que una experiencia linda puede terminar siendo una experiencia horrorosa a causa de la violencia, generando entre otras consecuencias, la depresión posparto, afecciones psicológicas y físicas.

También desde Las Palmas, Gran Canaria, la autora De Simone (2025): Habla de la violencia obstétrica y su relación con la violencia de género. Hace mención a las acciones del personal sanitario y opina que, algunas prácticas médicas son utilizadas manera excesiva como protocolo, a pesar de estar demostrado que no siempre aportan de manera positiva en el proceso de embarazo o parto, entre ellas, cabe mencionar, cesáreas injustificadas, episiotomía y la administración de oxitocina sintética, dichas prácticas ponen en riesgo la salud materna y del niño/a por nacer. Menciona que, algunos países consideran este tipo de violencia como una forma específica de violencia de género, ya que afecta principalmente a las mujeres y se relaciona con la violencia estructural dentro del sistema de salud.

La autora opina que la prevención de la violencia obstétrica no se dará únicamente con la prohibición legal del delito sino, con la promoción de una mirada reflexiva que incluya medidas que prevengan este tipo de prácticas, por ejemplo; fomentar la planificación informada. Además, el Estado debe crear un mecanismo de supervisión de los espacios en los que se pudieran generar violencia obstétrica para prevenir, erradicar o reparar a través de la ayuda psicológica a las posibles víctimas.

A su vez, Guerrero (2022): Desde España realizó este trabajo con el objetivo de dar voz a las mujeres que sufrieron algún tipo de violencia obstétrica para describir y reconocer esta problemática con el fin de aportar información para su erradicación. Para la autora redactó que la VO son una serie de prácticas violentas (tanto físicas como psicológicas) realizadas por el personal sanitario hacia las usuarias durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. Se comienza a visibilizar esta problemática a partir de la inclusión de las voces de las mujeres que sufrieron este tipo de violencia, con la intención de cambiar el paradigma médico, a través de la creación de leyes que respeten el bienestar de las usuarias. Según ella, los profesionales de

la salud miran para otro lado porque no cuentan con información y actualizaciones necesarias por falta de investigaciones respecto a este tema, por lo cual, es complicado que puedan reconocer cuales son las prácticas violentas y comenzar a realizar partos respetados. Concluye que para eliminar la violencia obstétrica debe haber intervención del Estado en materia de políticas públicas orientadas a la prevención, a su vez, hay que empoderar a las mujeres más vulnerables brindándoles herramientas con las que puedan defenderse ante actos de violencia.

Desde Colombia, los autores Jaramillo-Bolivar, Carnaval-Errazo (2020): Estudiaron el concepto de Violencia de Género, considerándolo un fenómeno de origen estructural, social y político.

Utilizaron para su redacción bibliografía existente desde el año 2000 al 2018 para analizar evolutivamente el concepto de violencia de género desde la década del '70 en adelante. Mencionan su origen conceptual en el término 'violencia contra las mujeres' y analizan este tipo de violencia patriarcal haciendo hincapié en que es ejercida por una división desigual de poder entre hombres y mujeres o personas del colectivo LGTBIQ+ por cuestiones de género.

Concluyeron que la violencia de género vulnera los derechos humanos, afecta a la salud física y psicológica, a su vez, atenta contra la libertad y la autonomía de las víctimas.

1.2. Reconocimiento de la VO en América.

Esta problemática de la VO se hace presente fuertemente en América, tal como relatan Ucañay & Contreras (2022): Las usuarias durante su proceso de embarazo, parto y posparto son atendidas de forma violenta por el personal sanitario. La OMS afirma que entre el 20% y el 60% de las usuarias en América sufrieron violencia obstétrica y el 50% va a sufrir violencia en algún momento. Los autores afirman que la consecuencia de la violencia obstétrica trae consigo la necesidad del/la usuario/a de recibir atención médica especializada para sanar los problemas psicológicos y físicos. Esta problemática afecta a la salud reproductiva y mental de las usuarias que se ven afectadas por el desequilibrio de poder al que son sometidas por el personal sanitario.

En opinión de dichos autores, violencia obstétrica tiene gran relación con el síndrome de depresión postparto, ya que, las prácticas violentas producen un daño psicológico en las usuarias.

Estos hechos desencadenan, tal como analizan los autores Iguñiz & Valdivia Del Rio (2023): A inicios de 1980 cuando grupos feministas de diferentes países, entre ellos, Brasil y Perú, comienzan a investigar esta problemática recolectando información sobre las vivencias

sufridas por las personas gestantes con respecto a sus embarazos, partos y pospartos, surgiendo la definición de VO a partir del análisis de la problemática social y las definiciones subjetivas de la sociedad en general.

Mencionan que, hace una década atrás, la OMS consideraba la violencia obstétrica como la violencia que se ejercía durante el parto invisibilizando la existencia de violencia durante el proceso de embarazo parto y posparto. Desde el año 2006, comienza un reconocimiento oficial de esta problemática en América Latina cuando se comienza a incluir la definición de VO en leyes nacionales y documentos normativos.

Para los autores, el aporte que hace garantizar el reconocimiento de la VO es poder identificar que el paciente tiene autonomía y dignidad y merece ser tratado con respeto recibir la información necesaria y decidir libremente qué hacer con su cuerpo para tener un parto digno.

1.3. Diferentes perspectivas desde la República Argentina.

En Argentina hay distintas miradas desde diferentes saberes que haré mención a continuación:

Barandela (2023): Relata que, en las primeras décadas de nuestro siglo, a través de las voces de diferentes colectivos, entre ellos de las mujeres que sufrieron VO, se colocó esta problemática a la lucha feminista logrando introducirla a la agenda pública. Hace mención a la Asociación Civil Dando a Luz, la cual, fue personería jurídica en el año 2000 y cuatro años después fue convocada para colaborar en la redacción de la Ley Nacional N° 25.929 Derechos de Padres e Hijos Durante el Trabajo de Parto. A su vez, menciona a Las Casildas (fundada en el año 2011) y a Fortaleza '85 (fundada en el año 2013), las cuales, fueron las dos organizaciones sociales con más difusión de la problemática de la VO.

Las Casildas, visibilizó la VO por distintos medios, uno de ellos fue una obra de teatro titulada Parir(nos). Su estrategia es el empleo de testimonios en primera persona de las víctimas como medio concientizador. También creó el primer Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) en Argentina.

La autora explica que las estadísticas proporcionadas por las organizaciones sociales fueron vitales para instalar esta problemática a la agenda social. Una de ellas fue la visibilización del porcentaje de cesáreas injustificadas. En Argentina, hasta el año 1985, el 40% de los nacimientos anuales fueron a través de cesáreas, cuando la recomendación de la OMS

ronda entre el 10% al 15%, quedando con este dato expuesto que existe un exceso en la intervención en los cuerpos de las personas gestantes.

Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género (OVyDRG) (2022): Realizó un informe analizando las llamadas en Argentina a la línea 144 (línea de atención, contención y asesoramiento ante situaciones de violencia de género) durante los últimos 7 años, con el objetivo de identificar las situaciones de VO. En su informe, presenta el marco normativo vigente en Argentina y los conceptos sobre esta temática (entre ellos, análisis de cantidad de partos por cesárea, episiotomías en partos vaginales, manejo activo de alumbramiento en partos vaginales, y acompañamiento durante el parto en el contexto covid-19), mencionando que la violencia por motivos de género afecta tanto a las mujeres como al colectivo LGBTI+ y se manifiesta en la subordinación social por desigualdades en los géneros. En segundo lugar, consolidó los relevamientos y aportes vinculados a la temática, entre los datos arrojados. Con esta acción, se logró visibilizar que, las denuncias registradas los últimos 5 años, en su mayoría están relacionadas a un trato deshumanizado. Por último, analizaron las denuncias telefónicas recibidas a la Línea 144 que se relacionaban con VO., entre las más habituales, se encontraban las relacionadas con el impedimento del personal sanitario para permitir el contacto del recién nacido con la persona gestante o la prohibición del ingreso de un acompañante a la sala de parto.

Jerez (2022): Afirma que, las activistas y las artistas aportaron gran valor a la difusión y visualización de esta problemática al luchar por la garantía de los derechos. Las activistas tuvieron un rol esencial en la construcción de los derechos de los/as usuarios/as, a pesar de ello, no tienen reconocimiento público. Las activistas tuvieron que reconocer que fueron víctimas de un sistema que no las trató como sujeto de derechos. Al reconocer la existencia de la violencia obstétrica se pudo trabajar sobre la creación de políticas de bienestar social. Sus testimonios y militancia fueron la clave para replantear el paradigma de la atención médica hacia el paciente.

Como conclusión la autora recalca la importancia de la identificación de las prácticas violentas durante la atención sanitaria de las activistas, ya que esto, colaboró para desnaturalizar el modelo bio-medico tradicional que atenta contra el bienestar de la parturienta. La importancia de que haya un reconocimiento social radica en poder replantear las prácticas y generar una atención médica que garantice un parto respetado.

Castrillo (2020): Realizó una investigación sociológica analizando experiencias de una porción representativa de personas, tanto del personal sanitario como de los usuarios en determinados sectores de Bs.As., combinó su investigación con un análisis de diversos artículos en los que

incluye un informe de la ONU. Según la autora, la violencia obstétrica viola los derechos humanos, atentando a la salud, la intimidad y al trato digno. Hace mención de las leyes que prohíben la violencia, por ejemplo; la Ley de Parto Respetado /Humanizado (N°25.929, entre otras). En su opinión, las causas están relacionadas con un interés económico, para ahorrar tiempo o recursos, patologizando el embarazo entre otros factores, determinantes, por ejemplo; sistema de salud precario, poca capacitación con respecto a los DDHH, etc. Como conclusión la autora afirma que se deben cambiar los mecanismos por los cuales se trabajan los procesos de partos para no acarrear consecuencias que generan traumas psicológicos y físicos a las usuarias.

Saéz (2019): En su informe estudió la violencia obstétrica en Argentina, evaluando si es eficaz el sistema legal argentino que regula el actuar médico en relación a la VO. Para ello, realizó entrevistas a activistas, académicos, médicos y funcionarios públicos y documentos oficiales. Expresa, a pesar de haber una mayor exposición mediática de la problemática y mayor marco regulatorio, siguen existiendo casos de violencia obstétrica. Un precedente ocurrió en el año 2017 donde se realizó la primera denuncia sobre violencia obstétrica con una demanda judicial contra un hospital que se negó a realizar un parto respetado a pesar de la existencia de la Ley.

Como conclusión la autora afirma que las madres están tomando mayor conciencia sobre sus derechos, comenzando a ser sujetos de derecho, pero el sistema judicial argentino es muy lento para cubrir las demandas y garantizar el cumplimiento de los derechos.

1.4. Investigación situada en la región sanitaria número VI de Buenos Aires.

En referencia a la región sanitaria número VI, de la provincia de Buenos Aires, mencionaremos el trabajo de investigación de las autoras Arlandi, et al., (2023): allí describen los datos existentes y hace una caracterización sobre la VO en el municipio de Avellaneda. Las autoras comienzan su trabajo mencionando una breve historia sobre la creación del programa “de Avellaneda desde la Panza”, mencionando las características particulares de esta política pública y su contribución a la sociedad. Se realizó una serie de encuestas para poder determinar cómo transitaron su proceso de embarazo, parto y puerperio las usuarias que se encontraban dentro del programa mencionado, en función de analizar si tuvieron un parto respetado. Los datos arrojados en la investigación realizada por dichas autoras dejan a la luz que, a pesar de

tener una ley contra la VO, actualmente se sigue vulnerando el derecho de las usuarias a tener un parto respetado.

1.5. Aporte a la visibilización desde la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

En la Universidad Nacional Arturo Jauretche, la problemática de la VO se presentó a través de dos informes finales de investigación realizados por estudiantes de dicha universidad.

Gomez (2022): Redactó un informe final de investigación, en el cual, se analizaron los conocimientos sobre la VO de los estudiantes de la licenciatura en enfermería. Para la realización de su investigación realizó 84 entrevistas centrando su análisis de la capacidad de los entrevistados para reconocer la VO en un caso-problema presentado y sus reacciones. Además de la identificación del conocimiento sobre la Ley de Parto Humanizado.

En dicha investigación, se expuso la falta de conocimiento absoluto sobre la ley, un ejemplo claro es que solo el 31% de los entrevistados pudo seleccionar correctamente la opción de la encuesta con la definición de VO.

La autora concluye mencionando la necesidad de introducir a los estudiantes en espacios de reflexión donde se puedan trabajar estas temáticas.

Miranda (2022): Realizó un trabajo de investigación sobre la VO orientado a la percepción de las madres usuarias de un hospital zonal del conurbano bonaerense. El objetivo de su trabajo fue generar la toma de conciencia, no solo de las usuarias sino del personal de salud y de la comunidad en general con respecto a esta problemática.

Luego de finalizar su investigación logró identificar que parte de las usuarias que habían sufrido violencia obstétrica no se auto reconocían como víctimas. Concluye reconociendo la importancia de tener conocimiento sobre esta problemática y poder luchar por el cumplimiento de los derechos. También menciona la necesidad de aumentar la inversión en infraestructura necesaria para poder atender los procesos de embarazo, parto y puerperio de manera apropiada.

CAPÍTULO 2: CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.

2.1. Marco normativo:

Según la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), suscrita por Argentina en el año 1948, en su artículo 5, las personas tienen derecho a no recibir maltratos y degradaciones. Además, en su artículo 12, aclara que, nadie deberá ser violentado con respecto a su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, tampoco se deberá atacar su honra o su reputación.

El artículo 5 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (CADH), también conocida como Pacto de San José., ratificada por Argentina en el año 1984, menciona que, todas las personas tienen derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

En la Convención sobre la Eliminación de toda la forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas y ratificada por Argentina en el año 1985, en su artículo 12 dice; los Estados partes, adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive a los que se refieren a la planificación de la familia. Se garantizarán servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto.

En el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (PIDCyP), aprobada en Argentina en el año 1986, en su artículo 7, aclara que, nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, tampoco será sometido sin su consentimiento a experimentos médicos o científicos.

En la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, ratificada por Argentina en el año 1986, en su artículo 18, dice que, los Estados deben garantizar que los funcionarios públicos o personas que ejercen funciones oficiales no realicen tratos que puedan ser crueles, inhumanos o degradantes.

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, en la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 48/104, aprobada en el año 1993, en su artículo 1, menciona la violencia contra la mujer como, todo acto que se realice contra una persona por pertenecer al sexo femenino, que genere consigo daño físico, sexual o psicológico en la víctima incluyendo, además, como violencia las amenazas y la privación arbitraria de la libertad.

La convención Belem do Pará, también conocida como Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, con ratificación definitiva de Argentina en el año 1996, propone el desarrollo de métodos que protejan y defiendan los derechos de las mujeres, en la lucha contra la violencia que atenta contra su integridad física, sexual y psicológica, tanto en la sociedad como en los ámbitos públicos y privados en general.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, aprobada en el año 2005, en su artículo 6 aclara que, las intervenciones médicas específicas para prevenir o diagnosticar solo se podrán realizar con el consentimiento informado del paciente. Asimismo, en su artículo 11 agrega que, ninguna persona debería sufrir violación de su dignidad humana, derechos y libertades fundamentales, tampoco deberá ser discriminada o estigmatizada.

Ley 25.929, Ley de Parto Humanizado, promulgada en Argentina en el año 2004, otorga derechos a padres e hijos durante el proceso de nacimiento. Entre ellos, se puede mencionar el recibir un buen trato, atención individual, información sobre los procedimientos que se van a realizar, a ser informados sobre las intervenciones médicas para decidir libremente qué alternativa tomar, el respeto a las pautas culturales, a respetar los tiempos biológicos y psicológicos durante el parto natural, a recibir información sobre la evolución del parto y el estado de su hijo/a, a no recibir sometimiento en intervenciones o exámenes médicos sin consentimiento manifestado por escrito, a recibir información sobre lactancia materna, a recibir información sobre cuidados para sí misma y el niño/a, a ser informada sobre los daños que puede producir el consumo de determinadas sustancias, tanto para la mujer o persona gestante como para el niño/a.

En el año 2009 en Argentina fue sancionada y promulgada la Ley 26.485 de “Protección Integral para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los en que se desarrollen sus Relaciones Interpersonales”, allí afirma que la violencia obstétrica es una acción que ejerce el personal de salud, tanto en el cuerpo como en los procesos reproductivos de las mujeres, actuando deshumanizadamente, en la utilización de fármacos en exceso y patologización de procesos naturales.

En su artículo 6 menciona las formas de violencia existentes, van desde la doméstica, comunitaria y Estatal. Actúa de forma física, psicológica, sexual, económica y patrimonial.

La Ley 26.811 promulgada en Argentina en el año 2013, en su artículo 1, promueve la creación de políticas públicas necesarias que garanticen los Derechos Humanos.

La Ley 15.118 sancionada en el año 2020; en ella, adhiere a la provincia de Bs. As. a la “Ley de Parto Humanizado”. En su artículo 4 aclara que, será autoridad de aplicación de la presente Ley el Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As.

El Protocolo de Recepción de Denuncias en casos de Violencia Obstétrica, creado en el año 2017, dispone técnicas a utilizar para ocuparse de los casos de Violencia Obstétrica y los métodos, por los cuales, se puede denunciar en la provincia de Bs. As.

2.2. Identificación de la población afectada:

La Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), ubicada en la Avenida Calchaquí 6.200, Florencio Varela, Bs. As., Argentina. Creada en el año 2009 por Ley N°26.576 del Congreso de la Nación. Es una universidad pública, gratuita, que fue impulsada en defensa de los valores democráticos de la sociedad, en cumplimiento del derecho al acceso a la educación. Su primer ciclo lectivo dio comienzo en el año 2011. Cada año cuenta con más de 8.000 nuevos inscriptos, para el año 2022, contaba con más de 32.000 estudiantes con un 65 % promedio de mujeres.

Entre sus aportes más relevantes, en función de favorecer la perspectiva de género e inclusión en el ámbito en el que se desarrolla la educación universitaria, cabe mencionar:

- Protocolo de actuación ante situaciones de violencia de género y/o discriminación por razones de género en la Universidad Nacional Arturo Jauretche: Especifica los pasos a seguir ante una situación (violencia física, sexual, psicológica, económica y/o simbólica y de discriminación basadas en el sexo y/o género de la persona, orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género), que requiera ser intervenida por la institución educativa.
- Acompañamiento, orientación y ayuda social: Ayuda de personas capacitadas pertenecientes al Departamento de Orientación Educativa (DOE) para estudiantes de la UNAJ que hayan sufrido violencia de género.
- Caja de herramientas: Disposición de caja de herramientas digital, para el personal docente, con el fin de incorporar la perspectiva de género en el aula. La misma fue elaborada en conjunto con el personal docente, la Dirección de Género, Diversidad y DDHH y el Programa de Estudios de Género.

La creación de la UNAJ fue de gran importancia para la promoción de la equidad social, del acceso a la educación superior para todas las personas que se encontraban excluidas del

sistema educativo por diversos motivos, con ello, contribuye a mejorar la calidad de vida de la población destinataria.

CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO

3.1. Modelo médico hegemónico y modelo biomédico moderno:

El modelo médico hegemónico, construido culturalmente en las sociedades, ha sobrevalorado el poder del personal sanitario sobre el del paciente. Este modelo acarrea un conjunto de valores y creencias, las cuales, imponen un comportamiento que subordina a las mujeres y el colectivo LGTBIQ+ al estar sometido/as a una relación asimétrica de poder.

Según Menéndez (2020):

Por “modelo médico hegemónico” entendemos el conjunto de representaciones, prácticas y teorías generadas por lo que se conoce como medicina científica, la cual desde finales del siglo XVIII ha tratado de expandirse sobre la población buscando excluir, eliminar y/o subordinar a las otras formas de atención (...). (P.88)

Un motivo de relevancia que colabora a la perpetuación de esta práctica es, el hecho de que, está mal visto cuestionar el saber médico, teniendo en cuenta que, está sobrevalorado, por lo cual se le permite ejercer violencia sobre los/as pacientes omitiendo sus creencias u opinión sobre la decisión de los tratamientos a seguir.

En referencia al modelo médico hegemónico el autor Menéndez (1988) opina que:

La construcción de este modelo supone detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos. Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico. (P2).

El sistema biomédico moderno tiene preponderancia por encima de cualquier otra alternativa de atención frente al sistema de atención de los partos que existía antiguamente. Se lo considera superior porque reduce los riesgos de mortalidad infantil.

El Estado impone coercitivamente la obligatoriedad de atención del proceso del parto por personal sanitario de ahí que, en la actualidad, ya no es bien visto realizar partos en el hogar, asistidos por un familiar (cómo se realizaba en la antigüedad). Esto generó que la ciencia controle los procesos naturales dando comienzo a la patologización del parto.

Según Baeta (2015):

El Modelo Biomédico tiene sus bases en el pensamiento racionalista cartesiano y de la física newtoniana. Divide la naturaleza humana en cuerpo y mente, y el cuerpo es considerado como una estructura biológica cuyos elementos funcionan de acuerdo a leyes de la física clásica, en términos de movimientos y ajustes de sus partes. (P.82).

Este modelo moderno de atención médica, utiliza los datos clínicos desde la anatomía patológica, enfocado en función de corregir física y químicamente las disfunciones del cuerpo humano, creando un proceso de clasificación de cada paciente según el tratamiento científico que se considere adecuado para combatir las enfermedades omitiendo la importancia de la salud psíquica.

La desventaja del modelo biomédico radica en que centra su atención en elementos físico/químicos dejando de lado los aspectos psicológicos, sociales y ambientales por los que transita un paciente, esto se debe a la falta de interacción con otras disciplinas, lo cual genera que no se pueda realizar un diagnóstico multidisciplinario en el que se analice interacciones entre el cuerpo, el ambiente y la mente del paciente limitando la posibilidad de realizar un análisis íntegro que incluya las dimensiones biofisiológicas, psicológicas, socio ambientales y espirituales.

Desde la perspectiva saber poder-profesional, la medicina aplica sobre el embarazo un mecanismo ya establecido que solo tiene en cuenta los aspectos biológicos, dejando de lado los aspectos psicosociales.

Arguedas Ramírez (2024):

Frente al poder/saber ejercido por parte de los profesionales en salud (especialistas en medicina y enfermería), las mujeres embarazadas o en proceso de parir no son interlocutoras válidas. No hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica. Es decir

que, en principio, no existe una intención de establecer un diálogo, sino más bien una relación de poder. (P.155).

Esta relación de poder tiene características específicas cuando el cuerpo es de una mujer o persona gestante ya que, la violencia padecida se encuentra intrincada en el sistema de salud dentro de un sistema patriarcal global, aumentando así su invisibilización.

Castrillo: (2020): (...) deshumanización como efecto del totalitarismo de mercado que determina el contexto global actual. En este marco, los nacimientos no son la excepción. Hace casi cinco décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo el primer llamado a frenar el sobre intervencionismo, medicalización y patologización de los procesos de embarazo y parto (PEP). (P.197)

3.2. Violencia contra las mujeres:

Este concepto se plasma en Argentina en la ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales.

A pesar de existir La Ley N° 2.485 que busca erradicar la violencia contra las mujeres, en la actualidad siguen existiendo hechos violentos que son tolerados y cometidos tanto por la sociedad como por las instituciones del Estado, etc., entre ellos, los nombrados en las investigaciones sobre V.O.

Según las autoras Guedes et al., (2014):

La prevalencia de la violencia contra las mujeres es metodológicamente difícil de medir. Puede ser que las mujeres no se refieran a situaciones de violencia por vergüenza o temor a represalias, y lo bien capacitadas que estén las entrevistadoras influye en gran medida en las cifras de revelación. (P.43)

Una gran parte de la sociedad permite que se perpetue la violencia contra las mujeres al promover mitos y estereotipos de género, en consecuencia, se siguen propagando las de generación en generación las prácticas violentas.

En palabras de los autores García & Jesús (2024):

Los mitos y estereotipos poseen una serie de características que hace que se inserten en la sociedad de forma subrepticia, proponen modelos y marcan pautas de actuación; en definitiva ahorran el esfuerzo de analizar, reflexionar y evaluar críticamente los hechos, por lo que permiten resolver una situación de forma rápida, pero no acorde a la verdad. (P.155).

Muchas víctimas de este tipo de violencia deciden callar por considerarlo una cuestión privada logrando con sigilo, invisibilizar estas prácticas violentas. Los movimientos feministas a lo largo de la historia cumplieron un rol importante en la visibilización de esta cuestión, generando así, la creación de políticas públicas que promuevan la eliminación de la violencia en múltiples espacios en los que se desarrollan las relaciones humanas.

Con el fin de analizar la raíz causal de la violencia contra las mujeres, se deben considerar dos elementos, el instrumental (se pregunta la razón del motivo por el que se ejerce violencia) y el emocional (carga afectiva que lleva a una persona a cometer violencia). Analizando estos dos elementos, se puede observar que, la violencia contra las mujeres se diferencia de otros tipos de violencia, porque la motivación que desencadena esta conducta violenta es el simple hecho de que la víctima sea mujer. El victimario no busca con dichas acciones generar un daño físico en sí, en realidad pretende afirmar su poder para generar subordinación y sumisión en la víctima.

3.3. Violencia por motivos de género:

La violencia de género está ligada a un orden estructural, social y político. Se da tanto en el ámbito público como en el privado, surge a raíz del sistema patriarcal de dominación masculina y genera vulnerabilidad en el género femenino o personas pertenecientes al colectivo LGTBIQ+. “La violencia de género, constituye una violación a los derechos humanos, afecta la dignidad, la integridad física y moral, la libertad y la autonomía”. (Jaramillo-Bolivar & Canaval-Erazo, 2020, p.178). Algunos ejemplos de este tipo de violencia son: la discriminación en distintas instituciones; el acoso sexual; el trato hacia la víctima como objeto y no como sujeto; la desigualdad de oportunidades o el acceso desigual a recursos y servicios; la discriminación laboral o salarial, la exclusión; la minimización de las mujeres como sujeto político; la vulneración de los derechos elementales; la trata de blancas; la violencia física, social, sexual y psicológica. El concepto evolucionó del de ‘violencia contra la mujer’ en la década del ‘70, de la mano de los organismos rectores de la salud y los derechos humanos, entre ellos, cabe mencionar, la Organización Mundial de la Salud, las Naciones Unidas y de documentos como la Convención Belém Do Pará, de los cuales, se apoyaron muchos países del mundo para crear legislaciones específicas en la lucha contra este tipo de violencia.

La violencia de género, no es biológica ni exclusivamente doméstica, se caracteriza por ser un tipo de violencia que se ejerce sobre la víctima por el hecho de ser mujer, refleja la diferencia de poder entre el género masculino y el femenino.

Según los autores Jaramillo-Bolívar & Canaval-Erazo (2020):

Corresponde a una violencia estructural, se sostiene en el marco de una cultura edificada sobre la lógica de dominación y las relaciones de poder naturalizadas que hacen aparecer al sometimiento y la inferioridad de las mujeres como hechos normales y que invisibilizan las diferencias y otorgan un valor distinto a cada una de las identidades. (P.181).

Este tipo de violencia, es estructural y relacional. Desde el lugar estructural, en las relaciones asimétricas de poder, se perpetúa el sometimiento hacia la mujer o las personas LGBTBIQ+ afectando la calidad de vida de la víctima. En cuanto al carácter relacional, está relacionado a la dominación que ejerce el victimario, violando los derechos elementales de la víctima.

Las consecuencias de la violencia de género van desde el daño económico, político, social y cultural; a continuación algunos ejemplos; la vulneración de derechos elementales (privación de la libertad, limitación para realizar actividades que fomentan las capacidades, etc.); daños psicológicos (depresión; ansiedad; baja autoestima; problemas de alimentación; estrés postraumático; ataques de pánico; trastornos psicosomáticos; auto percibirse de forma negativa; miedos incontrolables; consumo de sustancias nocivas para la salud en exceso; dejadez en cuanto al bienestar personal; etc.). También acarrea daños físicos (traumatismos; fracturas; hemorragias; golpes; cefalea; dolores crónicos; etc.) y en algunos casos, puede producir la muerte de la víctima.

La violencia obstétrica es un tipo de violencia por motivos de género, ya que, es ejercida hacia las personas gestantes por el simple hecho de ser consideradas mujeres.

Según Jaramillo-Bolívar & Canaval-Erazo (2020):

Las diversas disciplinas definen la violencia de género de acuerdo a sus supuestos teóricos y metodológicos, sin embargo, el fenómeno es descrito con base en las diferentes formas de discriminación y condiciones de desigualdad cuyo común denominador es el poder que se expresa desde el sistema patriarcal en la dominación masculina. (P.181).

La violencia de género evidencia con sigo la limitación de la mujer a disponer sobre su propio cuerpo y el habeas corpus de género.

Según la autora De Simone (2025):

Repensar el habeas corpus como el principio del derecho a no sufrir interferencias externas sobre el propio cuerpo, el principio de no ser privado o

limitado arbitrariamente del derecho a la libertad personal, encuentra una serie de matices en la perspectiva de género. (P.8).

Es de relevancia reconocer las diferencias físicas entre hombres y mujeres con respecto a la necesidad médica, pero, la medicina debería posicionarse de manera neutral en el acceso al derecho a la salud y no optar como paradigma al género masculino sobre el femenino.

3.4. Violencia obstétrica como una forma de violencia de género:

La violencia obstétrica es una acción que ejerce el personal de salud, tanto en el cuerpo como en los procesos reproductivos de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, actuando deshumanizadamente, en la utilización de fármacos en exceso y patologización de los procesos naturales. Se caracteriza por ser física, psicológica y sexual. Se constituye como una violación a los Derechos Humanos (DDHH), atentando a la salud la intimidad y el trato digno.

Como menciona la autora Castrillo (2020):

Y en conjunto, la OMS clasifica la VO en cinco tipos, que sirven para operacionalizar aquella definición legal: 1) intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina (sobre la madre o el/la bebé); 2) maltrato, humillaciones y agresión verbal o física; 3) falta de insumos, instalaciones inadecuadas; 4) ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre con información completa, verdadera y suficiente, y 5) discriminación por razones culturales, económicas, religiosas, étnicas. (P.200)

Actualmente existe La Ley de Parto Respetado / Humanizado (N°25.929). Allí se mencionan las causas de la violencia, entre ellas, el trato irrespetuoso, la falta de información, la negación de autonomía de la mujer o persona gestante, etc.

Este tipo de violencia se relaciona con un sistema de salud que, en lugar de poner el eje en el proceso natural de parir, introduce a la persona en la maquinaria biomédica desconociendo el respeto a sus derechos humanos, así como al de la persona por nacer y el resto de su grupo doméstico.

Como relata la autora Castrillo (2020):

En ellas están las prácticas médicas, con aparente justificación clínica-científica lo que parece volverlas inevitables o innecesarias, pero como constituyen excesos de medicalización

y patologización del proceso (tanto de su comprensión como de su forma de abordarlo) son pasibles de ser significadas como violencias. Así los tactos repetidos, las cesáreas innecesarias, las episiotomías (cortes en el periné) didácticas o «por prevención», la obligación de no moverse ni comer ni beber durante el trabajo de parto, la obligatoriedad de parir acostadas, la vía con suero de rutina y, el monitoreo fetal constante, son solo algunas de las prácticas médicas que responden a un quehacer profesional que vulnera derechos humanos de las mujeres y por ello constituyen VO. (P.202)

Este tipo de violencia la ejerce el personal sanitario y puede ser considerada violencia de género porque, atenta principalmente a la mujer que se encuentra en estado de vulnerabilidad.

3.5. Violencia obstétrica como violencia institucional:

La violencia institucional se caracteriza por ser ejercida por funcionarios del Estado de manera directa o indirecta. De manera directa se da cuando agentes estatales ejercen violencia contra un colectivo determinado. De manera indirecta surge a raíz de la desprotección del Estado cuando no contribuye en la prevención de la violencia ejercida por actores no estatales en determinadas circunstancias, generando con dicha acción, la vulneración de derechos de un colectivo determinado. Se puede dar, a través de la omisión de la creación de nuevos sistemas o políticas públicas que contribuyan a la garantía de los derechos elementales o por la reiteración de un sistema que facilita las condiciones de violencia.

Según los autores Perelman & Trufó (2017):

Se trata de prácticas estructurales de violación de derechos por parte de funcionarios pertenecientes a fuerzas de seguridad, fuerzas armadas, servicios penitenciarios y efectores de salud en contextos de restricción de autonomía y/o libertad (detención, encierro, custodia, guarda, internación, etcétera). (P.17).

A continuación, se mencionarán algunos aspectos de la violencia institucional: La discriminación, sometimiento, extorsión, detención ilegal, lesiones físicas, la inequidad, la injusticia social y la violencia económica, entre otros. Este tipo de violencia puede atentar contra la vida o la integridad física y psicológica de la persona que es sometida.

Los autores Perelman, & Tufró, (2017) afirman:

En este caso, además de incluir a los médicos y otros funcionarios como posibles agentes de violencia institucional, se delinea un tipo de participación estatal estructural

que puede derivarse de falencias de la formación, los protocolos y los aspectos institucionales que pueden operar como barreras para el acceso al ejercicio de derechos. (P.20).

Ejemplificando un tipo de violencia institucional, se puede mencionar, la falta de formación médica profesional para la atención ginecológica u obstétrica de personas trans o la presunción de heterosexualidad.

La Secretaría de Derechos Humanos de la Nación (2015) aportó una definición que nos ayudará a comprender cuales son los componentes necesarios para considerar una acción como “violencia institucional”, estos deben contar con 3 componentes: primero debe existir la ejecución de un hecho particular (muerte de una persona producto de una acción realizada de manera intencional, aislamiento, grave daño o dolor infringido de manera intencional); segundo, dichas acciones deben contar con participación de funcionarios públicos (son los que realizan los hechos específicos o prestan consentimiento para que sean realizados por terceros); tercero, se debe tener en cuenta el contexto en el que se lleva a cabo las acciones que restringen los derechos a la autonomía y libertad de las víctimas (detención forzada, internación sin consentimiento del paciente, instrucción coercitiva obligatoria, etc.).

3.6. Patologización del parto:

La patologización del parto les arrebató autonomía a las mujeres, les impide vivir sus partos de forma natural y las posiciona en un lugar en el que se ven obligadas a acceder a las intervenciones y controles por parte del personal de salud.

Según la autora Belli (2013):

La patologización del parto de bajo riesgo constituye por sí un proceso en el que se ejerce la violencia simbólica y epistémica y se ocultan pluralidad de voces especialmente aquellas que desafían esa mirada cientificista. Este tipo de atención obstétrica reduce la posibilidad de las mujeres de valerse por sí mismas, dependiendo de la intervención técnico médica para afrontar su vida sexual y reproductiva. (P.28).

CAPÍTULO 4: Aporte del Trabajo Social.

El Trabajo Social (T.S.) trabaja principalmente promoviendo la igualdad, la justicia y los derechos, para atenuar los procesos de desigualdades sociales, las carencias y los problemas de la sociedad, contribuyendo en el bienestar individual y colectivo para la mejora de la calidad de vida.

En palabras de la autora Rozas Pagaza (1998):

Retomando el concepto de bienestar como una aspiración de la sociedad, y no sólo como la aspiración individual; creemos desde la perspectiva del Trabajo Social, que el bienestar individual y general de una sociedad, es un derecho y parte de la realización de la esencia humana. (P.20)

El T.S., parte de la identificación de una situación problema de orden social, ya sea por demanda de personas o colectivos, así como también desde la identificación desde nuestra propia disciplina o de otras, toda vez que aparezcan violaciones a derechos humanos, nuestra profesión posee herramientas para analizarla y transformarla en demandas sociales.

Dicha disciplina, utiliza teorías, metodologías, técnicas e instrumentos, estos permiten la realización de sus prácticas y planes a seguir. “Los fundamentos teóricos metodológicos antes mencionados son la orientación y la columna vertebral para el análisis e intervención social en cualquier contexto familiar, comunal e institucional”. (Ávila Cedillo, 2017, p.1). Se requiere teoría y conceptos para comprender los problemas de la sociedad y con ello, saber intervenir en lo social. La realización de actos aplicando instrumentos para intentar resolver las necesidades y su intervención, trata de unir los lazos de la sociedad que se encuentra fragmentada, buscando devolverle su cultura, su historia y sus vínculos.

La autora Ávila Cedillo (2017) los define como:

Instrumentos/herramientas: constituyen las vías tangibles y palpables que faciliten y sean un vehículo para una mejor intervención-acción a nivel micro y macro social, por ejemplo; el diario de campo, los expedientes, manuales de procedimientos.

Técnicas/ Medios: conjunto de procedimientos intangibles los cuales se apoyan de los instrumentos para el análisis societal integral y holístico, algunos ejemplos de estos son la observación, la visita domiciliaria y el rapport. (P.1)

El T.S. interviene con un proceso metodológico. “Denominamos proceso metodológico a la secuencia de tres momentos: inserción, diagnóstico y planificación, que generalmente se dan en la intervención profesional. Esos momentos se pueden recrear en el nivel individual, grupal y comunitario” (Pagaza,1998, p.75).

La inserción es la primera aproximación a la trama social. Se trata de conocer el contexto particular de los sujetos y sus demandas para entablar una mirada profesional de lo que está aconteciendo.

El diagnóstico se encarga de averiguar las causas de un determinado problema con el fin de buscar una solución. Este debe aportar como mínimo, las características de las unidades (personas, grupos o instituciones) con los cuales se va a trabajar; un reconocimiento de los problemas existentes; una lista de recursos accesibles; un estudio detallado de la problemática y una predicción de lo que se considera que ocurriría con un problema en caso de no ser tratado.

La planificación, como táctica elemental en el proceso de intervención profesional, se encarga de la organización de las acciones a seguir para resolver una problemática. Los instrumentos utilizados en la planificación es el plan, proyecto o programa.

La disciplina del T.S., se enriquece de los aportes teóricos de las Ciencias Sociales y da su colaboración a través de la creación de conocimiento ya que, realiza investigaciones y gestiona formas de actuar desde la intervención social. Su accionar va de la mano día a día de la vida de las personas con sus realidades, tratando de encontrar una explicación a los hechos que ocurren para poder prevenir o en caso que se requiera, solucionar.

La intervención del T. S., se puede pensar en tres planos que, de manera superpuesta, interactúan individualmente en distintas situaciones.

En primer plano, se desenvuelve dialogando y entrelazándose con diferentes dispositivos de protección social, con el fin de generar transformaciones. “Implica, como vemos, una acción heterogénea y singular de instituciones, políticas, planes y programas que, en las circunstancias propias de cada situación, tendrán diferentes tipos de expresión e impacto objetivo y subjetivo”. (Carballeda, 2012, P.173).

En segundo plano, interviene en los lazos contruidos socialmente por sujetos individuales qué lo rodea. “El lazo social, de este modo, construye subjetividad por medio de diferentes modos de relaciones, intercambios y reciprocidad entre individuos” (Carballeda, 2012, P.173). De este modo, se genera la relación entre las personas de una sociedad y la cultura propia de cada lugar en cada situación de intervención.

En tercer plano, establece los límites de “lo social” del campo del T. S.,” (...) se vincula con la relación constituida y articulada entre las nociones necesidad social y problema social”. (Carballeda, 2012, P.174). Es decir, su presencia no se da solamente frente a las necesidades, sino que también actúa sobre las problemáticas sociales.

El T. S.se hace presente en innumerables cantidades de espacios, colaborando en la visibilización de las problemáticas que acarrea la sociedad contribuyendo, entre otras cosas, al reordenamiento de la agenda pública. “Es por esto que la sola presencia de un trabajador social en un hospital, una escuela, un tribunal, significa que hay algo más que un cuerpo enfermo, un sistema educativo en crisis o una ley deslegitimada”. (Carballeda, 2012, p.175).

El T.S., es una disciplina que históricamente intervino ampliamente dentro de las instituciones sanitarias. Su presencia es esencial para la integración de la atención sanitaria.

Dentro del sistema de salud, el T.S. ejerce su función en los tres niveles de atención sanitaria, desde el primer nivel, trabaja en la promoción y prevención de la salud; desde el segundo nivel, desde hospitales o centros de mediana complejidad, abordando las necesidades que puedan surgir tanto con los usuarios, como con sus familiares y desde el tercer nivel, en hospitales de alta complejidad coordinando traslados y diversas gestiones de servicios.

Con respecto a la V.O., según la Guía de Abordaje Institucional de la Violencia Obstétrica (2019):

“El equipo Social y de Salud Mental, específicamente de Maternidad, Neonatología y Guardia Obstétrica detectan situaciones de violencia obstétrica y deben asesorar para la denuncia y acompañar el proceso”. (P.27).

Dentro del servicio de salud, el T. S. contribuye a la recepción de las denuncias de V.O., acompañando a las víctimas, diagnosticando la situación y articulando con otros servicios.

En suma, pensar lo social en términos de intervención implica la elaboración de un punto de encuentro entre sujeto y cultura, en el que los aspectos contextuales dialogan, se entrecruzan y elaboran diferentes tipos de demandas ligadas a la cuestión social, un punto en el

que es necesario ver los problemas sociales como procesos históricos concretos y, por lo tanto, actualizarlos en cada circunstancia.

CAPÍTULO 5: Resultados de la investigación.

5.1. Relevamientos de datos realizados a efectores de salud de subsectores públicos.

Con el fin de investigar si los distintos efectores de salud proporcionan información sobre los derechos de las madres y personas gestantes, en relación al cumplimiento o no de la Ley Parto Respetado, se realizó un relevamiento de datos en áreas comunes (pasillos y mesa de centrada con atención al público), cuyo resultado será el presentado a continuación:

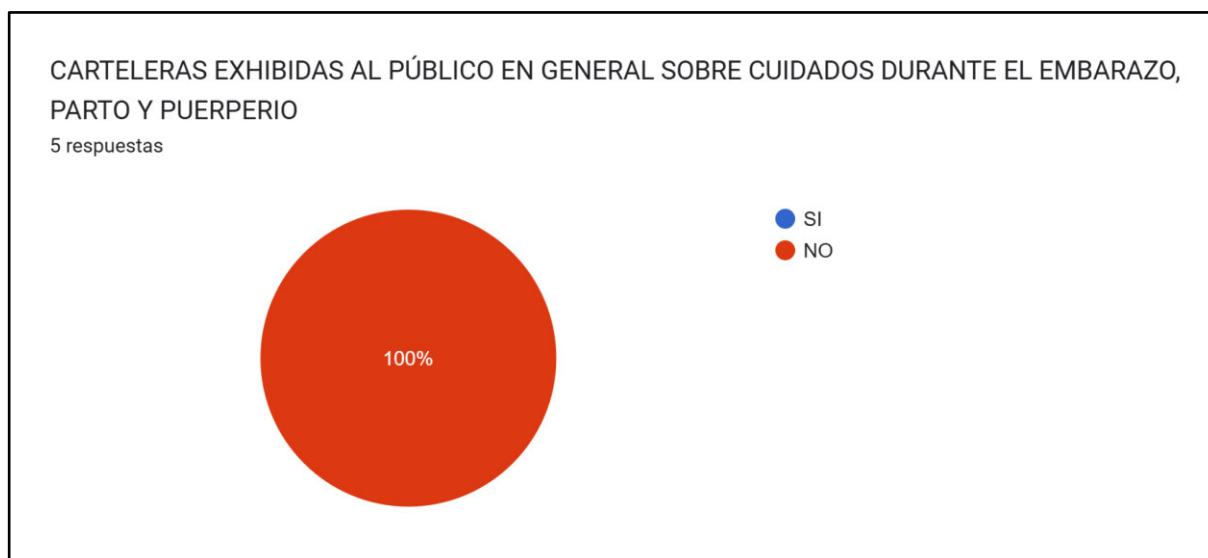
Tabla 1: Relevamiento de datos.

Acceso a determinado material informativo en folletos o carteleras en diversos centros de salud y presencia de oficinas de Trabajo Social.					
	CIC (PRIMER NIVEL)	CAPS (PRIMER NIVEL)	CAPS (PRIMER NIVEL)	HOSPITAL (SEGUNDO NIVEL)	HOSPITAL (TERCER NIVEL).
DATACIÓN.	03/07/2025	09/07/2025	10/07/2025	10/07/2025	01/10/2025
REGIÓN SALITARIA.	VI	VI	VI	VI	VI
CARTELERA SOBRE CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.	NO	NO	NO	NO	NO
CARTELERA SOBRE LACTANCIA MATERNA.	NO	NO	NO	SI	NO
CARTELERA SOBRE LOS CUIDADOS QUE SE DEBEN TENER CON UN RECIÉN NACIDO.	NO	NO	NO	NO	NO
FOLLETOS INFORMATIVOS PARA EL PÚBLICO GENERAL SOBRE EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LA LEY DE PARTO RESPETADO.	NO	NO	NO	NO	NO

CARTELERA SOBRE LEY DE PARTO RESPETADO.	NO	NO	NO	NO	NO
CARTELERA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO.	NO	NO	NO	SI	NO
CUENTA CON OFICINA DE SERVICIO SOCIAL.	SI	SI	SI	SI	SI
CARTELERA CON INFORMACIÓN SOBRE LA FUNCIÓN DEL SERVICIO SOCIAL DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO.	NO	NO	NO	NO	NO
FOLLETO O CARTELERA CON INFORMACIÓN DEL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DE DENUNCIAS POR CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.	NO	NO	NO	NO	NO

Fuente: Elaboración propia.

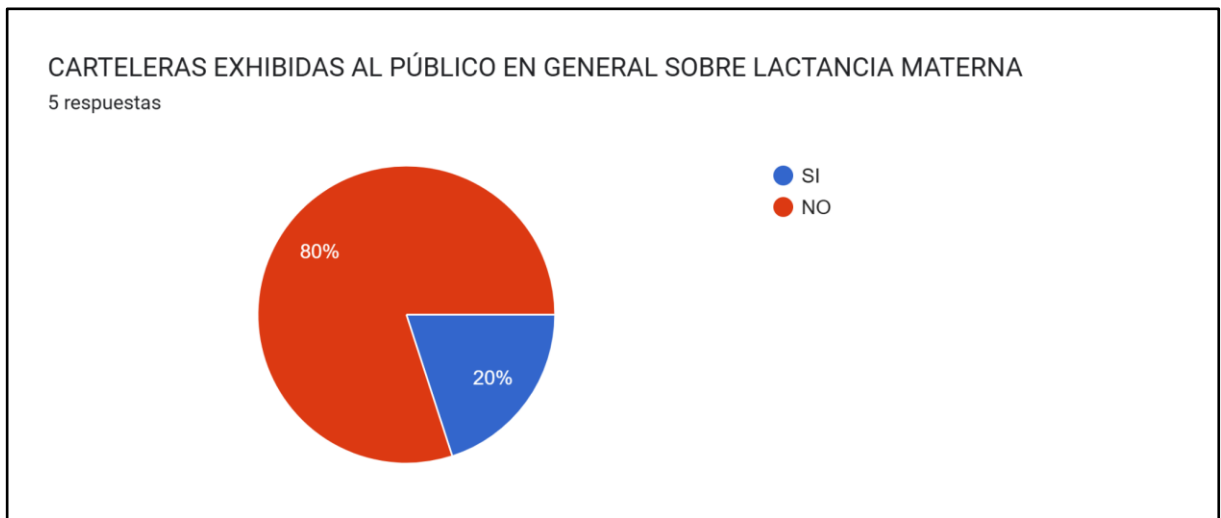
Gráfico 1: Carteleras exhibidas sobre cuidados durante el embarazo, parto y puerperio.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: En la fecha en la cual se realizó el relevamiento de datos, el 100% (5 efectores de salud) no posee carteleras exhibidas a la vista del público en general sobre cuidados durante el embarazo, parto y puerperio.

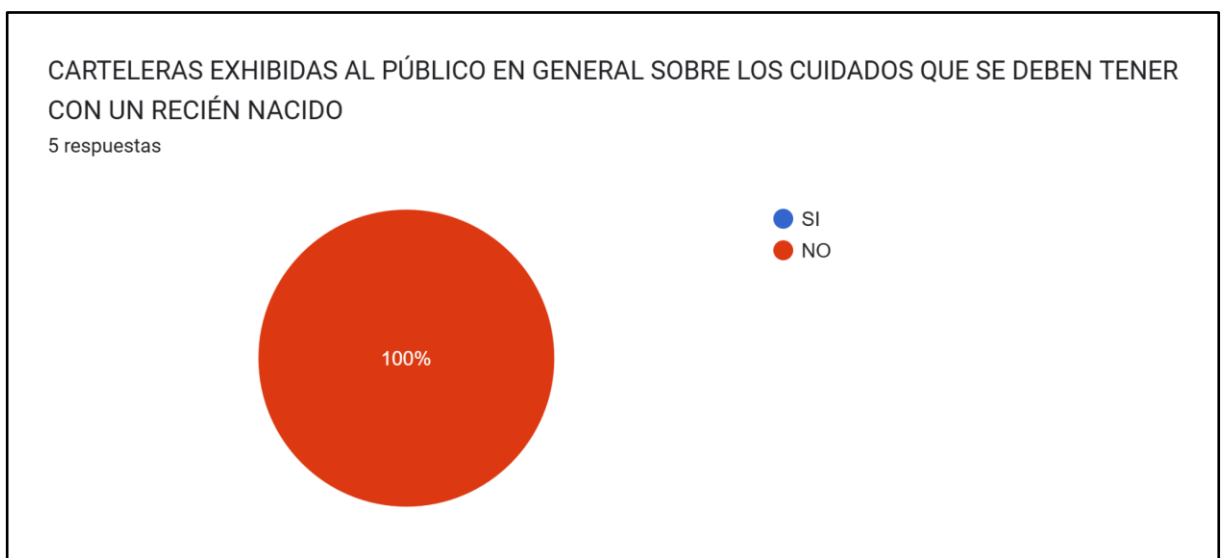
Gráfico 2: Carteleras exhibidas sobre lactancia materna.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: En la fecha en la cual se realizó el relevamiento de datos, el 20% (1 efector de salud) posee carteleros exhibidos a la vista del público en general sobre lactancia materna, a la inversa, el 80% (4 efectores de salud) no posee dichas carteleros.

Gráfico 3: Carteleros exhibidos sobre cuidados al recién nacido.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: En la fecha en la cual se realizó el relevamiento de datos, el 100% (5 efectores de salud) no posee carteleros exhibidos a la vista del público en general sobre los cuidados que se deben tener con un recién nacido.

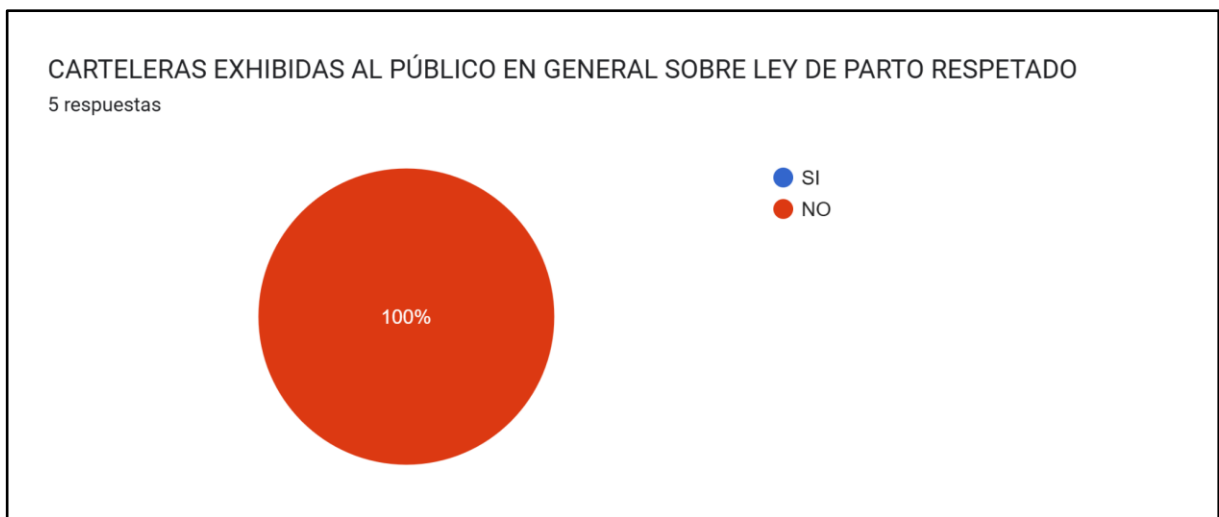
Gráfico 4: Folletería sobre embarazo, parto, puerperio y la ley de parto respetado.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: En la fecha en la cual se realizó el relevamiento de datos, el 100% (5 efectores de salud) no entrega folletos informativos al público en general sobre embarazo, parto, puerperio y la ley de parto respetado.

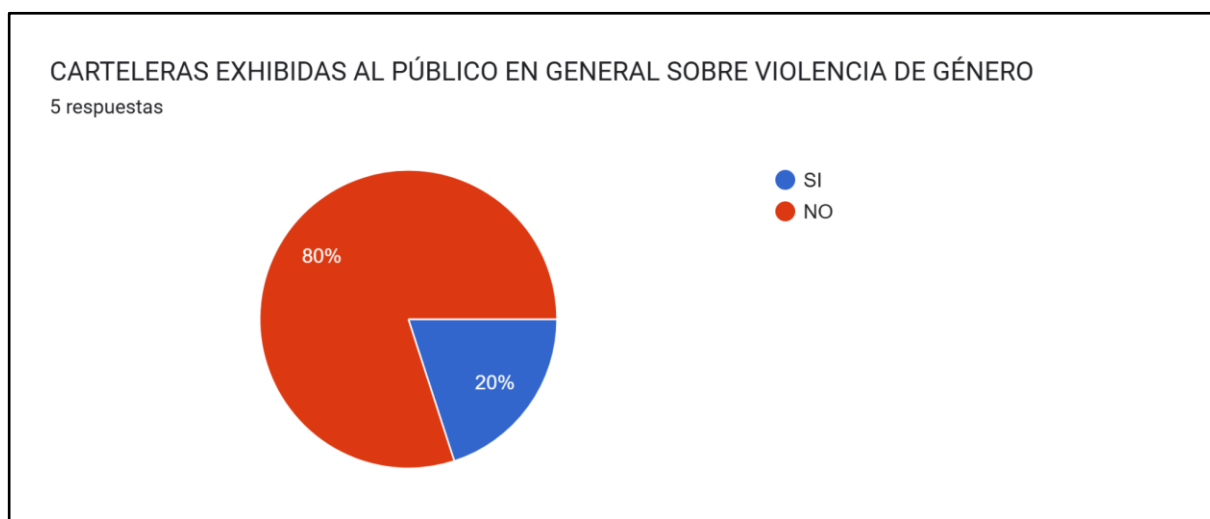
Gráfico 5: Carteleras exhibidas sobre la ley de parto respetado.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: En la fecha en la cual se realizó el relevamiento de datos, el 100% (5 efectores de salud) no posee carteleras sobre la ley de parto respetado exhibida a la vista del público en general.

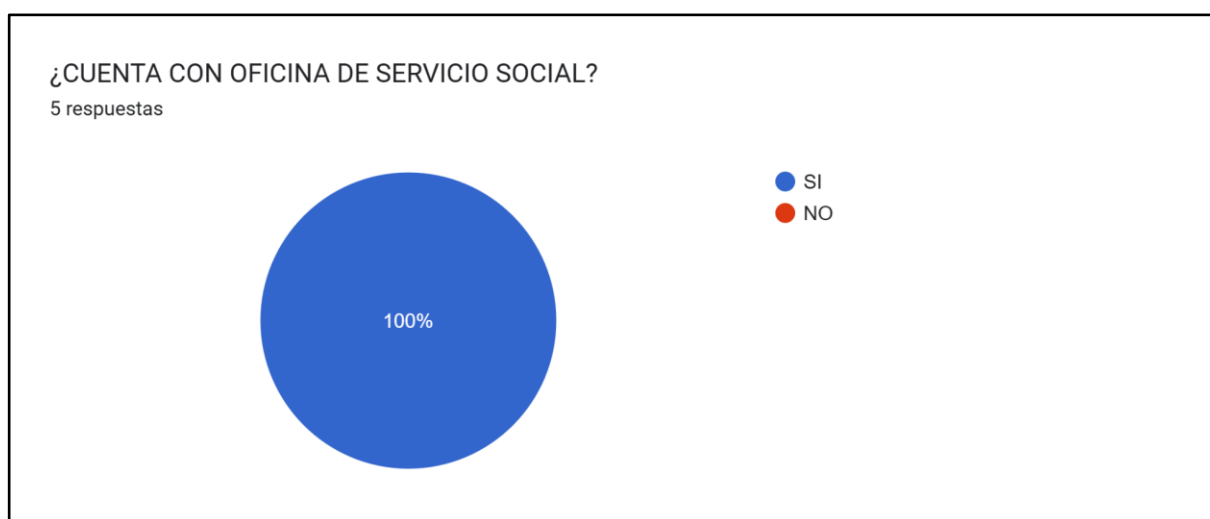
Gráfico 6: Carteleras exhibidas sobre violencia de género.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: En la fecha en la cual se realizó el relevamiento de datos, el 80% (4 efectores de salud) no posee cartelera sobre violencia de género exhibida a la vista del público en general, a la inversa, el 20% posee exhibidas dichas cartelera.

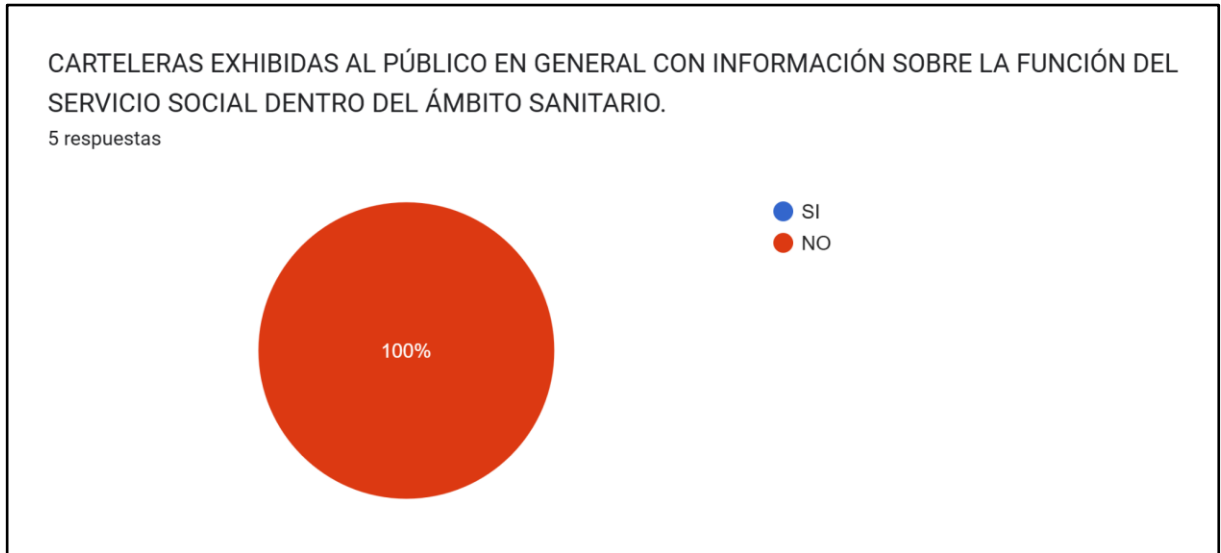
Gráfico 7: Oficinas de Servicio Social dentro de los efectores de salud.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: En la fecha en la cual se realizó el relevamiento de datos, el 100% (5 efectores de salud) posee oficina de servicio social.

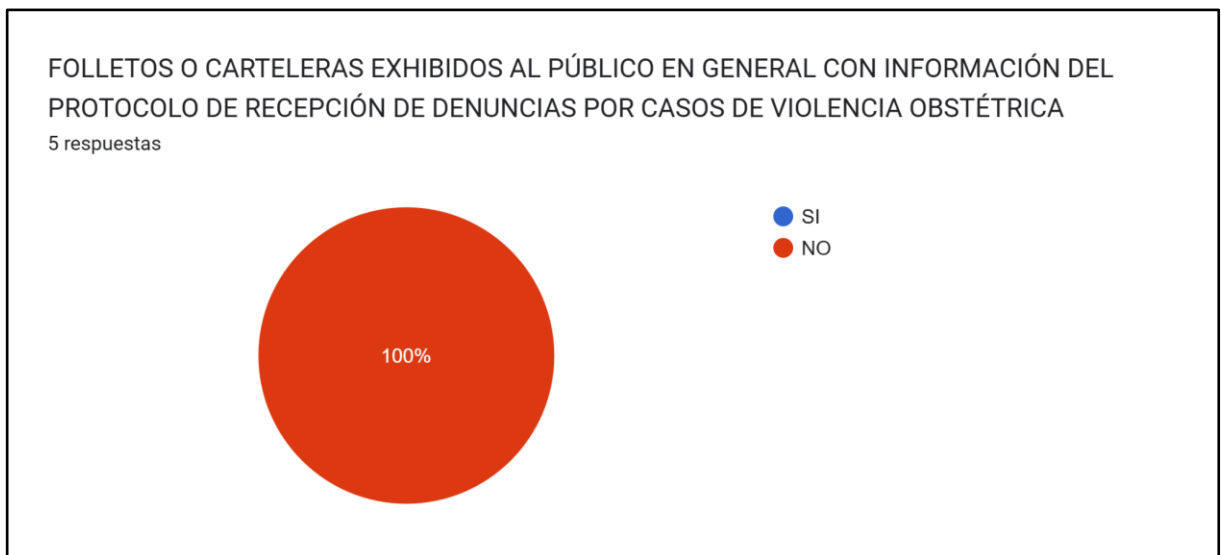
Gráfico 8: Carteleras exhibidas sobre la función del servicio social.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: En la fecha en la cual se realizó el relevamiento de datos, el 100% (5 efectores de salud) no posee carteleros exhibidos a la vista del público en general con información sobre la función del servicio social dentro del ámbito sanitario.

Gráfico 9: Folletos y carteleros exhibidos sobre el protocolo de recepción de denuncias en casos de violencia obstétrica.

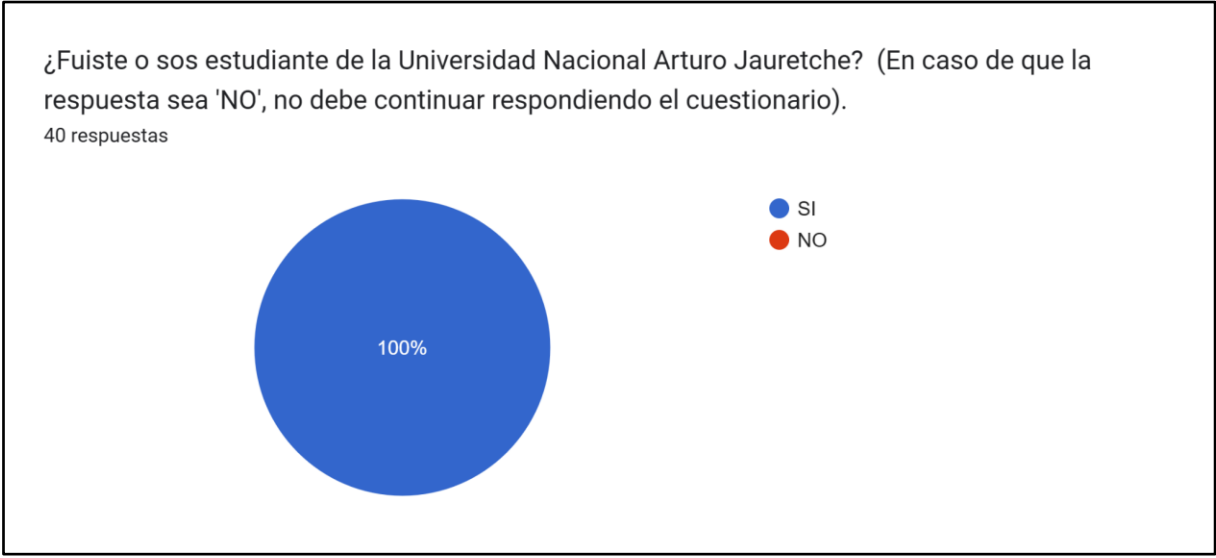


Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: En la fecha en la cual se realizó el relevamiento de datos, el 100% (5 efectores de salud) no posee carteleras o folletos exhibidos a la vista del público en general con información del protocolo de recepción de denuncias por casos de violencia obstétrica.

5.2. Resultados del cuestionario en formulario google forms autogestionable a estudiantes de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, que hayan atravesado un proceso de embarazo-parto-puerperio en el período 2020-2025.

Gráfico 1: Muestra intencional



Fuente: Elaboración propia.

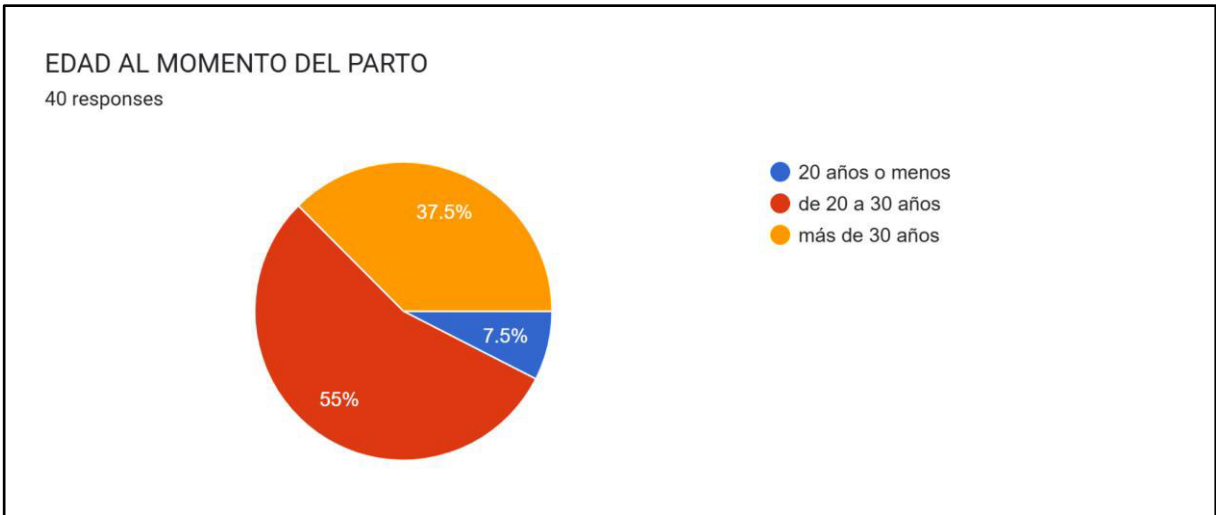
Comentarios: El 100% (40 participantes) afirma ser o haber sido estudiante de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Tabla 1: Edad al momento del parto.

EDAD AL MOMENTO DEL PARTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	%
20 AÑOS O MENOS.	3	7.9%
DE 20 A 30 AÑOS.	21	55.3%
DE 30 AÑOS O MÁS.	14	36. 8%
TOTAL:	38	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2: edad al momento del parto.



Fuente: Elaboración propia.

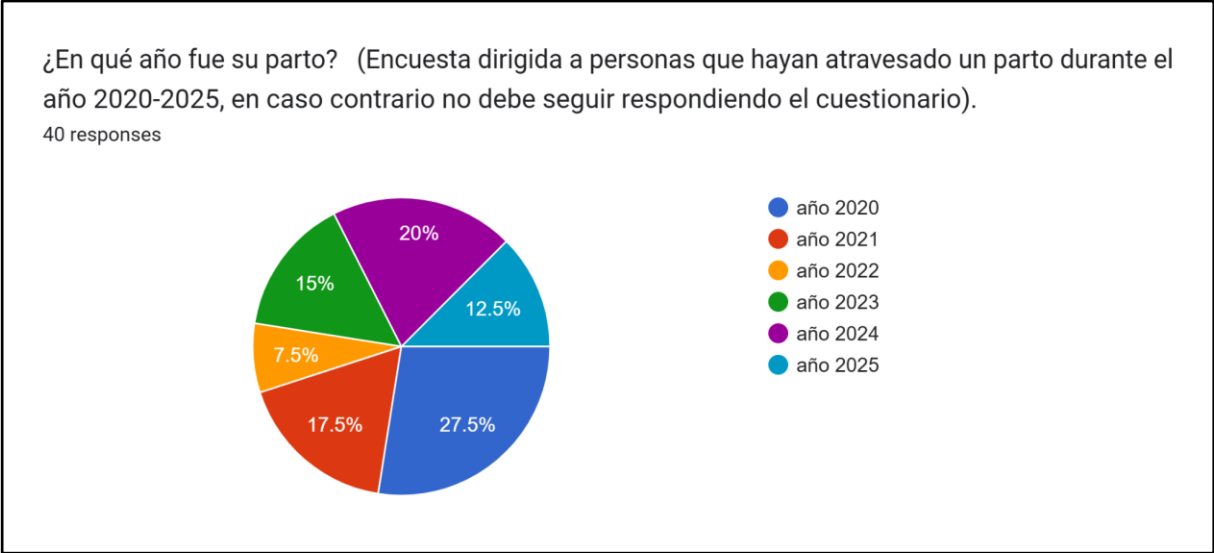
Comentarios: Con respecto a la edad al momento del parto, el 7.5% (3 personas) afirma que tenía una edad de 20 años o menos, el 55% (22 personas) se encontraba en una edad entre los 20 a 30 años, mientras que el 37.5% (15 personas) tenía una edad superior a los 30 años.

Tabla 2: Año en el que transcurrió el momento del parto.

AÑO EN EL QUE TRANSCURRIÓ EL PARTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	%
2020	11	27.5%
2021	7	17.5%
2022	3	7.5%
2023	6	15%
2024	8	20%
2025	5	12.5%
TOTAL:	40	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3: Año en el que transcurrió el momento del parto.



Fuente: Elaboración propia.

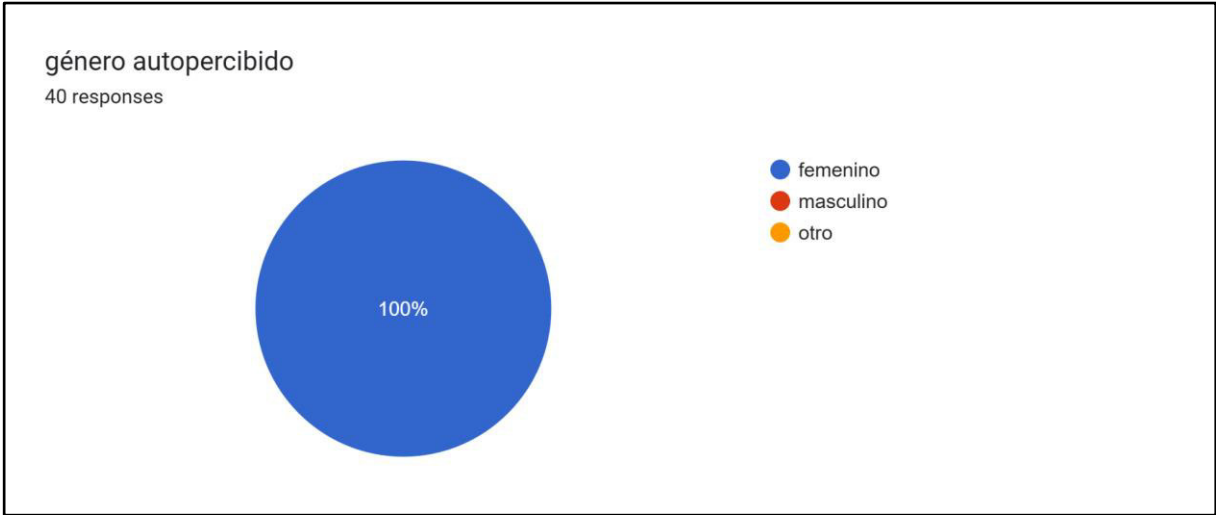
Comentarios: Con respecto al año en el que transcurrió el parto, el 27.5% (11 personas) ocurrió durante el año 2020, el 17.5% (7 personas) en el año 2021, el 7.5% (3 personas) en el año 2022, el 15% (6 personas) en el año 2023, el 20% (8 personas) en el año 2024 y el 12.5% (5 personas) en el año 2025.

Tabla 3: Género autopercebido.

GÉNERO AUTOPERCIBIDO	FRECUENCIA ABSOLUTA	%
FEMENINO	40	100%
MASCULINO	0	0%
OTRO	0	0%
TOTAL:	40	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 4: Género autopercebido.



Fuente: Elaboración propia.

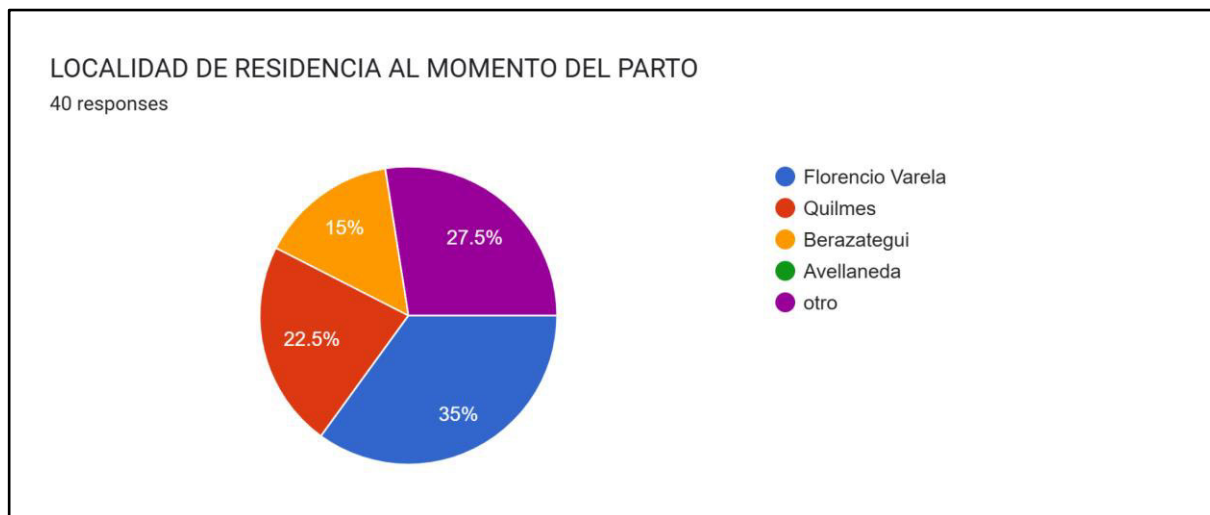
Comentarios: Con respecto al género, el 100% (40 personas) afirma autoperibirse en el género femenino.

Tabla 4: Localidad de residencia al momento del parto.

LOCALIDAD DE RESIDENCIA AL MOMENTO DEL PARTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	%
FLORENCIO VARELA	14	35%
QUILMES	9	22.5%
BERAZATEGUI	6	15%
AVELLANEDA	0	0%
OTRO	11	27.5%
TOTAL:	40	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 5: Localidad de residencia al momento del parto.



Fuente: Elaboración propia.

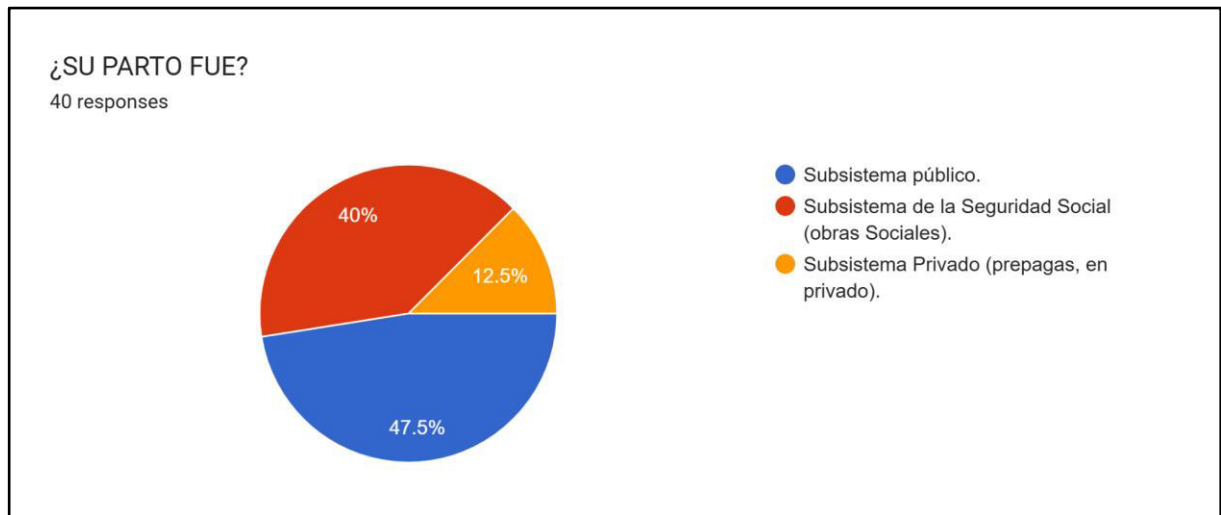
Comentarios: Con respecto a la localidad de residencia al momento del parto, el 35% (14 personas) tuvo su parto en Florencio Varela, el 22.5% (9 personas) en Quilmes, 15% (6 personas) en Berazategui, 0% (0 personas) en Avellaneda, 27.5% (11 personas) en otras localidades no especificadas.

Tabla 5: Subsistema de atención utilizado al momento del parto.

SUBSISTEMAS DE ATENCIÓN AL MOMENTO DEL PARTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	%
PÚBLICO	19	47.5%
SEGURIDAD SOCIAL (OBRAS SOCIALES)	16	40%
PRIVADO (PREPAGAS, EN PRIVADO)	5	12.5%
TOTAL:	40	100%

Fuente: Elaboración propia.

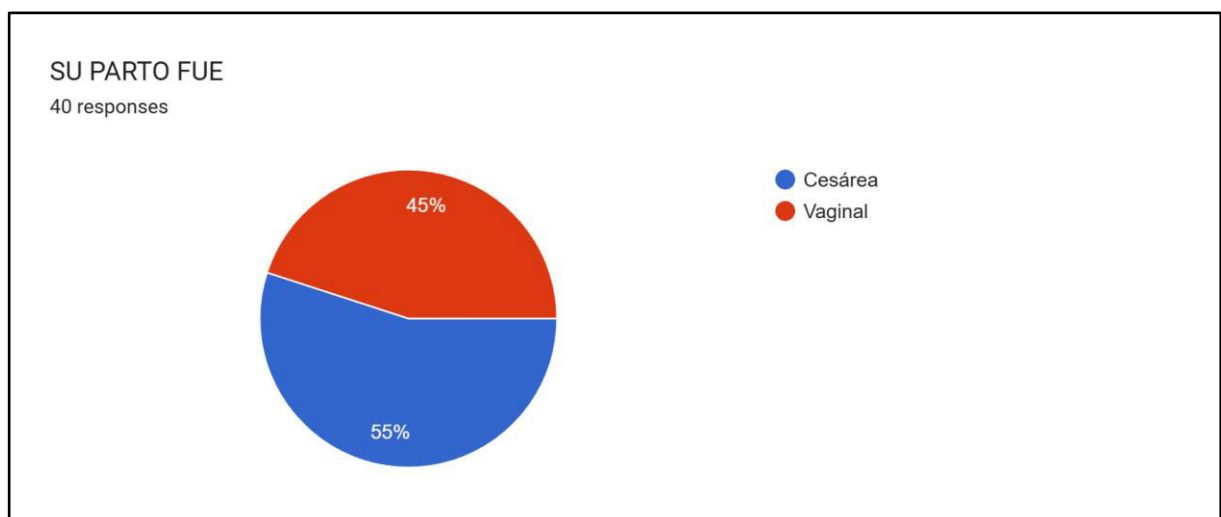
Gráfico 6: Subsistema de atención utilizado al momento del parto.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: Con respecto a los subsistemas de atención utilizados al momento del parto, el 47.5% (19 personas) se atendió en el subsistema público, el 40% (16 personas) utilizó el subsistema de seguridad social a través de obras sociales y el 12.5% (5 personas) empleó el subsistema privado, a través de prepagas o sector privado.

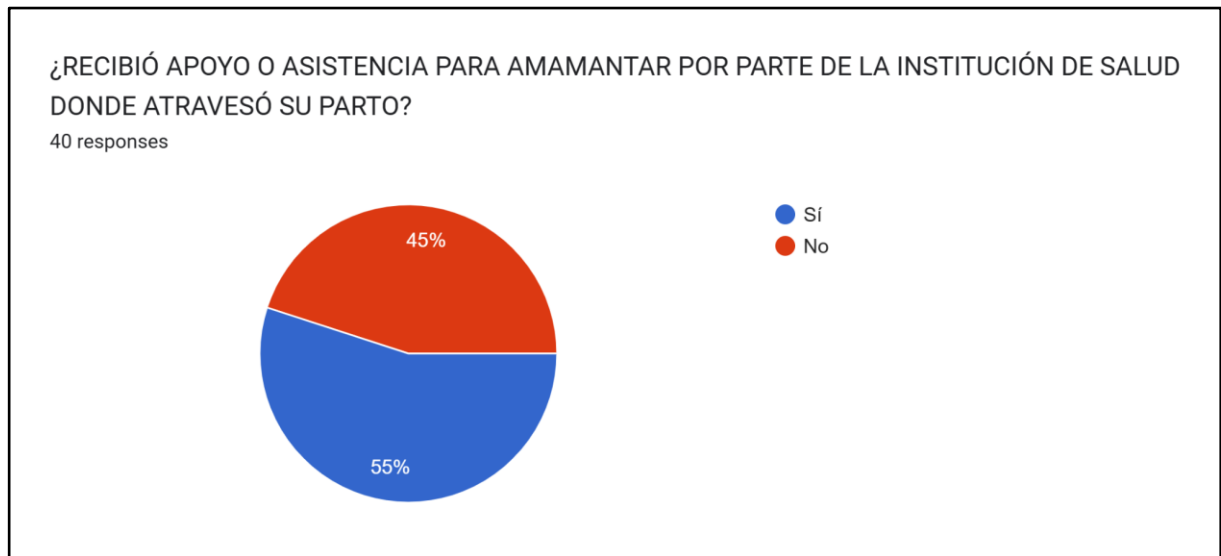
Gráfico 7: Tipo de parto:



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: Con respecto al sistema de parto utilizado, el 45 % (18 personas) tuvo un parto vaginal, mientras que al 55% (22 personas) se le realizó cesárea.

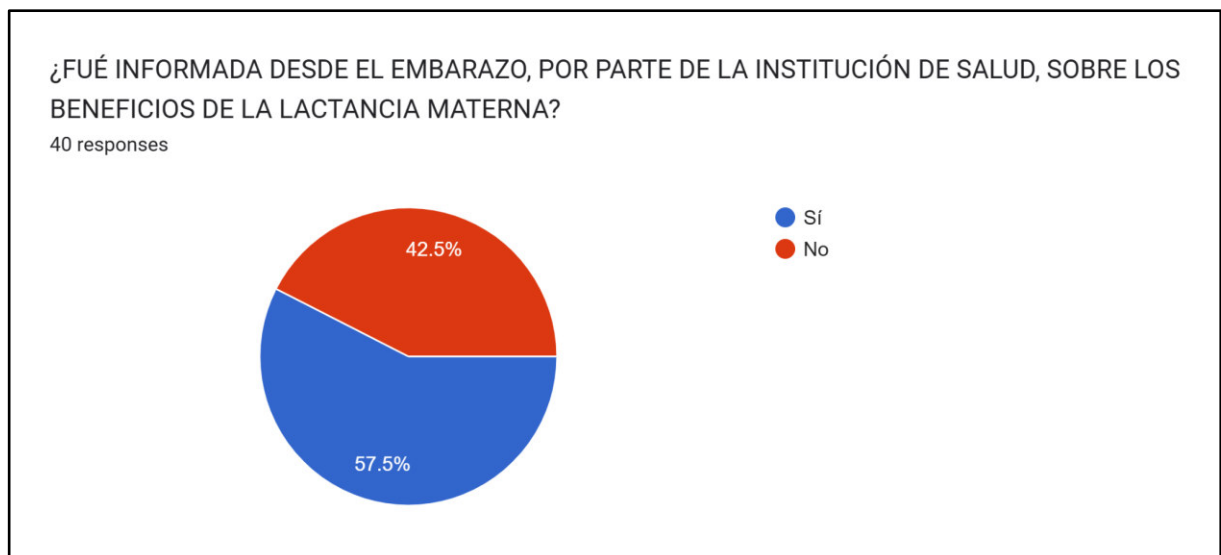
Gráfico 8: Recibimiento de apoyo o asistencia para amamantar.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: Con respecto al apoyo para amamantar proporcionado por la institución de salud donde se atravesó el parto, el 45% (18 personas) recibió dicho apoyo, mientras que el 55% (22 personas) no recibió el apoyo mencionado.

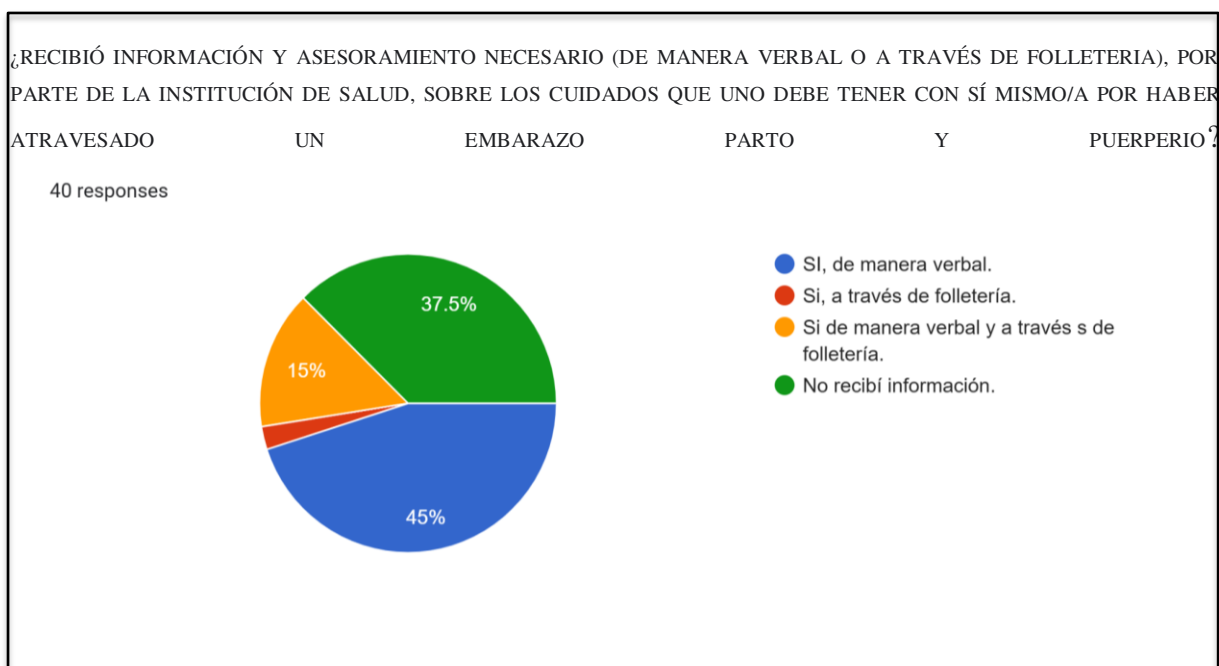
Gráfico 9: Lactancia materna.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 42.5% (17 personas) afirma no haber sido informada desde el embarazo por parte de la institución de salud sobre los beneficios de la lactancia materna, mientras que el 57.5% (23 personas) asegura que si recibió dicha información.

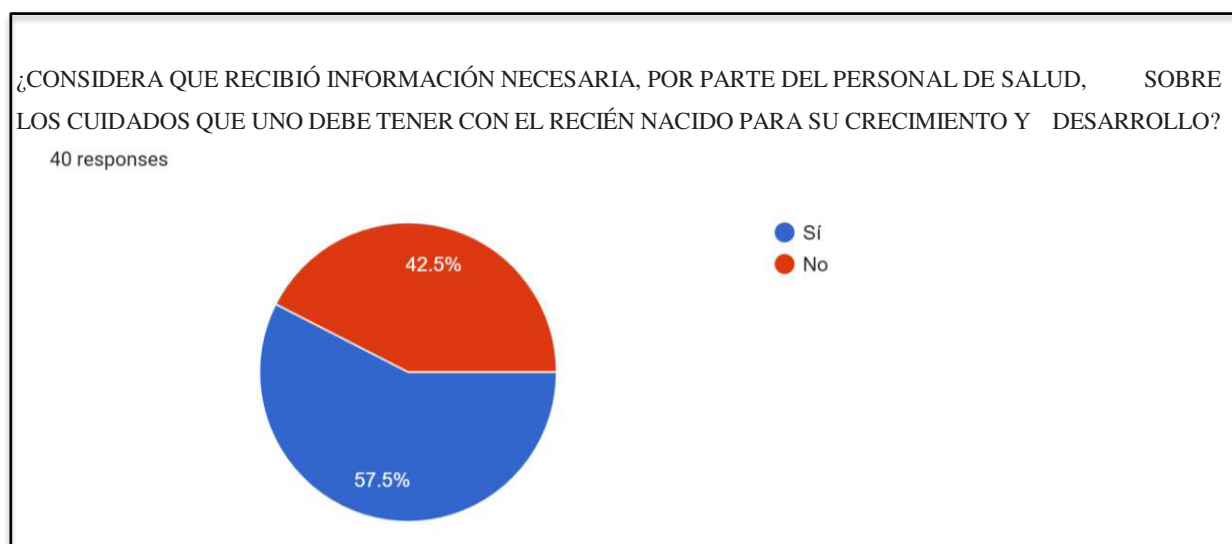
Gráfico 10: Entrega de información sobre cuidado de la salud durante el puerperio.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: Con respecto al recibimiento de información necesario, por parte de la institución de salud, sobre los cuidados que uno debe tener con uno mismo y el recién nacido por haber atravesado un embarazo, parto y puerperio, el 45% (18 personas) afirma haber recibido dicha información y asesoramiento de manera verbal, el 2.5% (1 persona) adquirió la información mencionada a través de folletería, el 15% (6 personas) obtuvo lo referido de manera verbal y a través de folletería, y el 37.5% (15 personas) no recibió esa información.

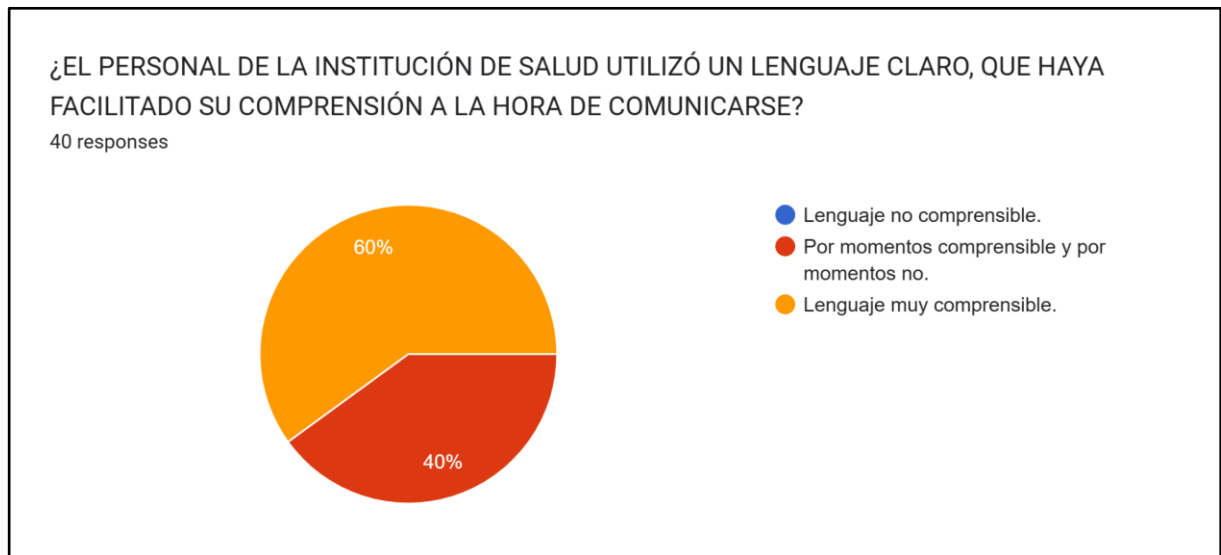
Gráfico 11: Entrega de información sobre cuidados para el recién nacido.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 57.5% (23 personas) afirma haber recibido información necesaria, por parte del personal de salud, sobre los cuidados que uno debe tener con el recién nacido para su crecimiento y desarrollo, mientras que el 42.5% (17 personas) asegura no haber recibido dicha información.

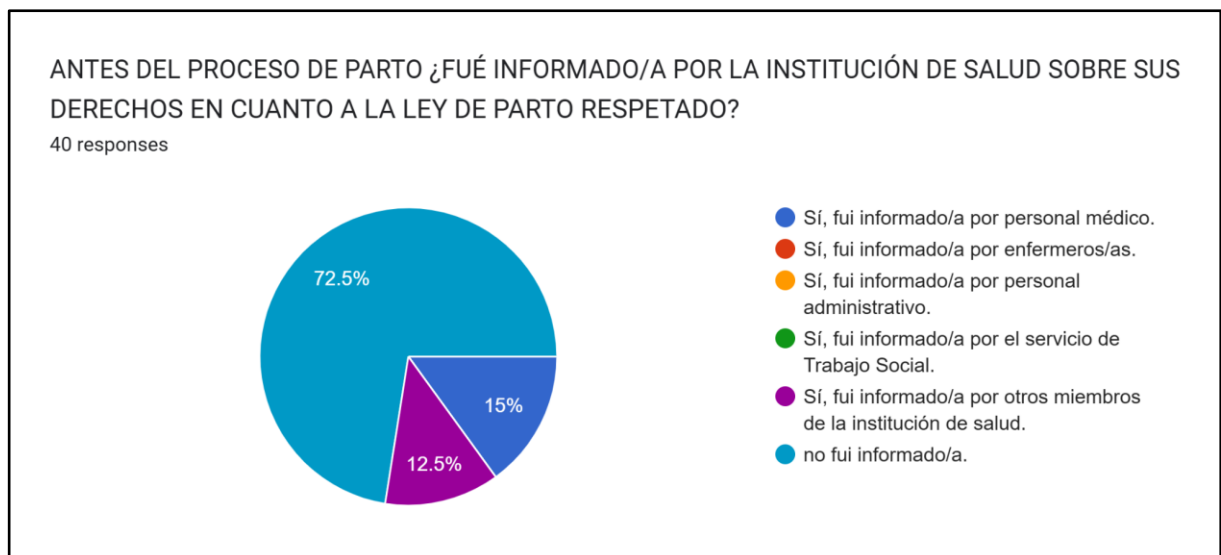
Gráfico 12: Lenguaje utilizado por el personal sanitario.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 60% (24 personas) afirma haber recibido un lenguaje muy comprensible y el 40% (16 personas) asegura que por momentos fue comprensible y por momentos no. No hubo participantes que consideren haber recibido un lenguaje no comprensible.

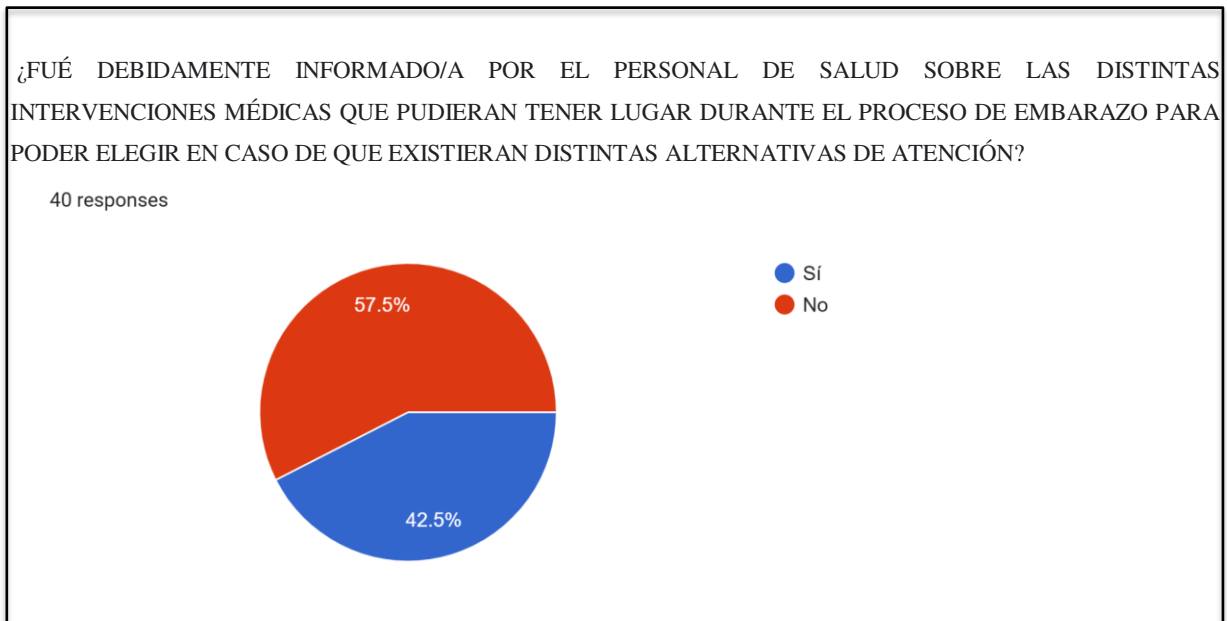
Gráfico 13: Entrega de información sobre la ley de parto respetado.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 15% (6 personas) afirma haber recibido información proporcionada por el personal médico sobre sus derechos en cuanto a la ley de parto respetado, el 12.5% (5 personas) manifiesta haber recibido dicha información por otros miembros de la institución de salud y el 72.5% (29 personas) declara no haber recibido la mencionada información.

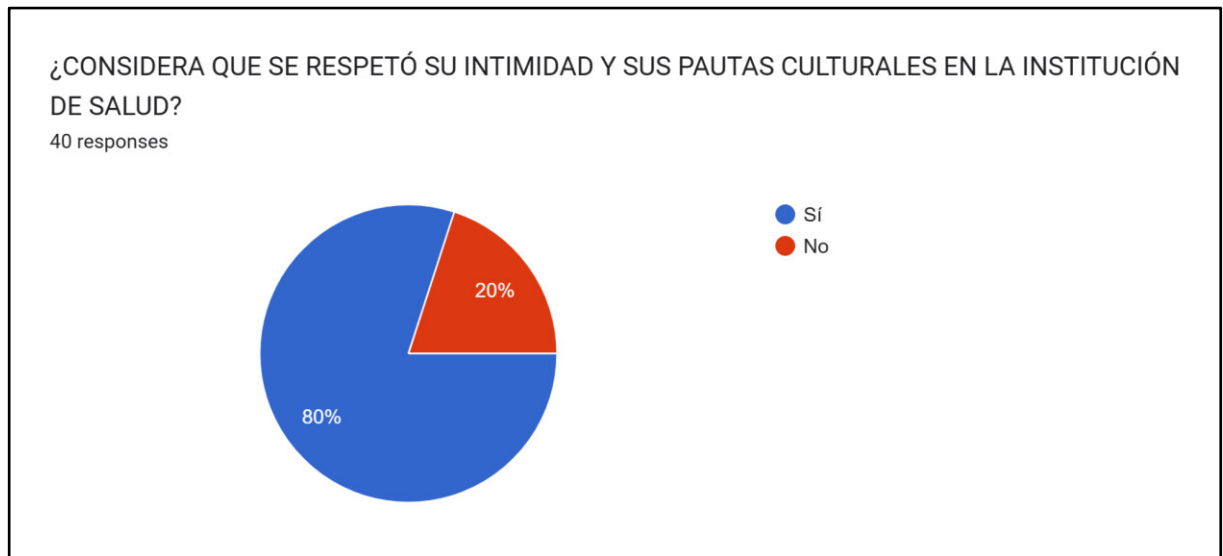
Gráfico 14: Entrega de información sobre alternativas de atención.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 42.5% (17 personas) fue debidamente informada por el personal de salud sobre las distintas intervenciones médicas que pudieran tener lugar durante el proceso de embarazo para poder elegir en caso de que existieran alternativas de atención, por otro lado, el 57.5% (23 personas) no fue debidamente informada sobre lo mencionado con anterioridad.

Gráfico 15: Respeto a la intimidad y pautas culturales.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 70% (32 personas) considera que si se respetó su intimidad y pautas culturales en la institución de salud, a la inversa, el 20% (8 personas) considera que no se respetó lo mencionado con anterioridad.

Gráfico 16: Primeros acercamientos al recién nacido.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 85% (34 personas) afirma que, si se les permitió ver a su bebe o tenerlo en brazos inmediatamente luego del parto, a la inversa, el 15% (6 personas) sostiene que no se les permitió dicha acción.

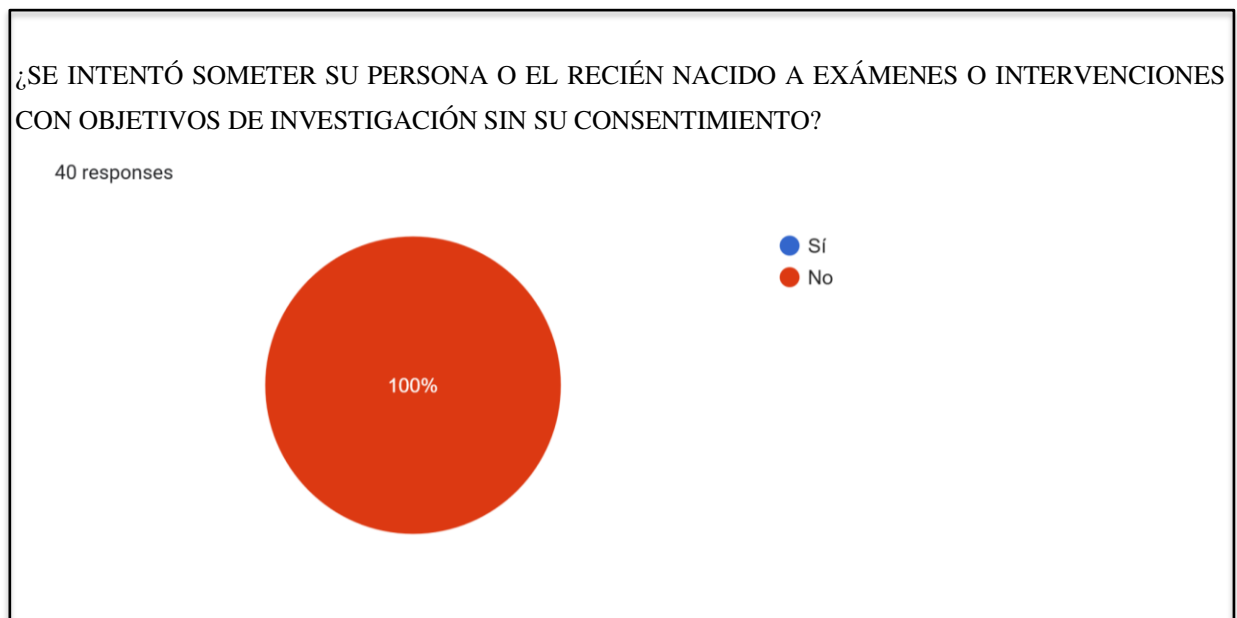
Gráfico 17: Período de internación.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 2.5% (1 persona) considera que la internación duró más tiempo del necesario, a la inversa, el 97.5% (39 personas) opina que no duró más tiempo del necesario.

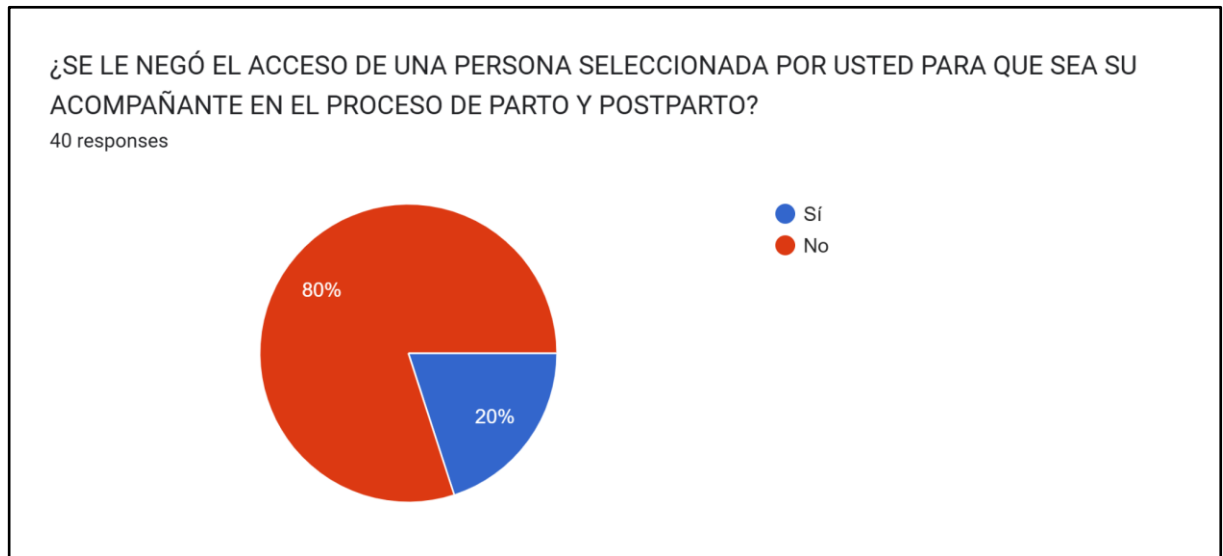
Gráfico 18: Exámenes e intervenciones con objetivos de investigación.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 100% (40 personas) afirma no haber sido sometida a exámenes o intervenciones con objetivo de investigación sin consentimiento. No hubo participantes que afirmen lo contrario.

Gráfico 19: Acceso a acompañante durante el parto y postparto.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 80% (32 personas) indicó que se les negó tener acceso a un acompañante durante el proceso de parto y posparto, a la inversa, que el 20% (8 personas) afirman que sí se les brindó la posibilidad de ser acompañadas.

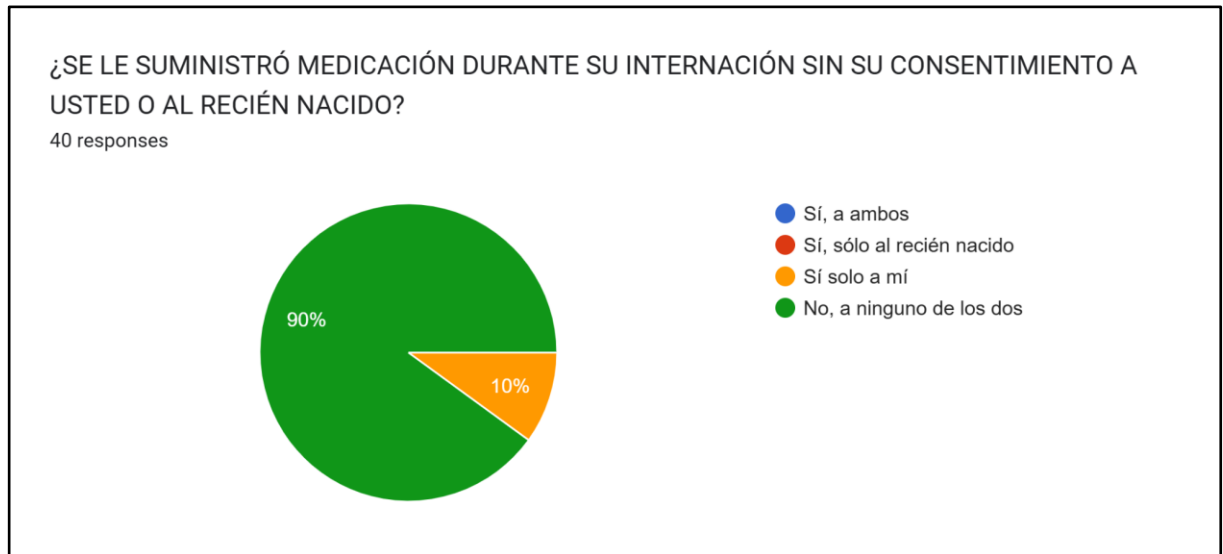
Gráfico 20: Permisos con el recién nacido.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 92.5% (35 personas) afirma que se les permitió tener al recién nacido en una cuna al lado suyo luego del parto siempre y cuando no haya requerido un cuidado especial, a la inversa el 7.5% (3 personas) indica que no se les permitió.

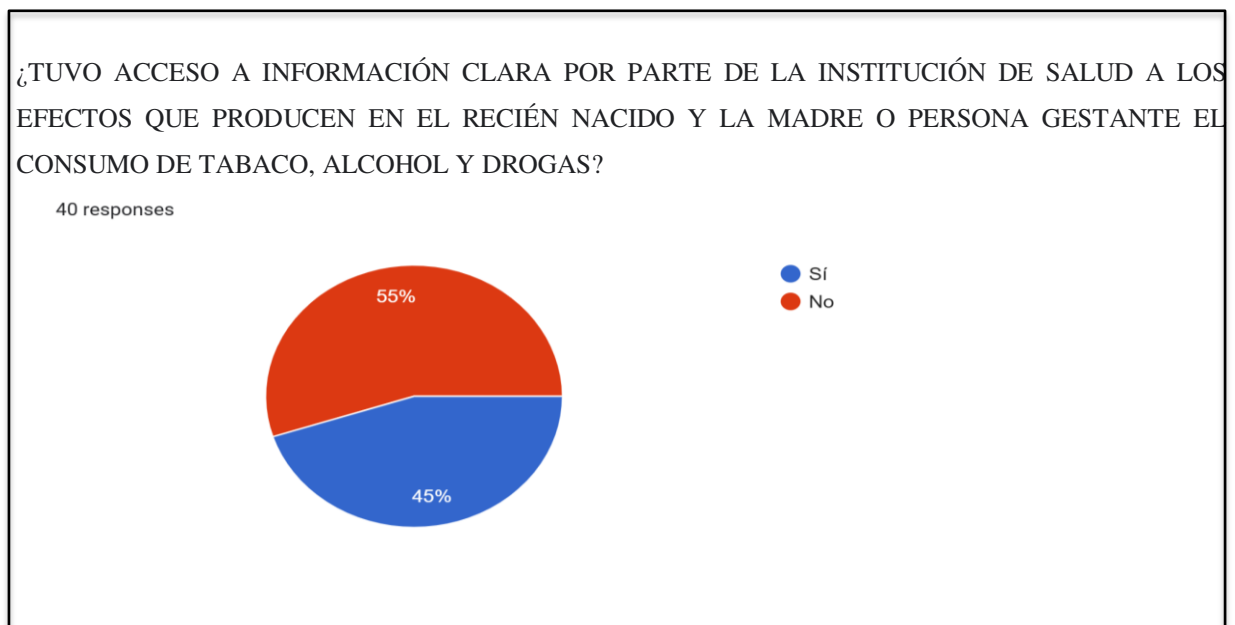
Gráfico 21: Suministro de medicación.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 90% (36 personas) afirma que no se le suministró medicación sin su consentimiento ni a la parturienta ni al recién nacido, a la inversa, el 10% (4 personas) comenta que se les suministró medicación sin su consentimiento solo a la parturienta.

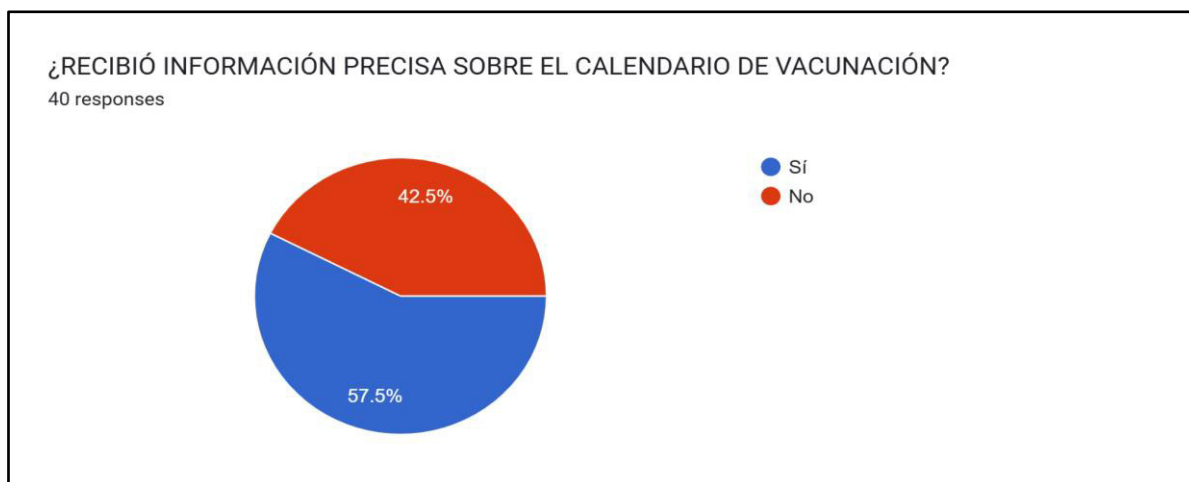
Gráfico 22: Información sobre daños por consumo de tabaco, alcohol y drogas.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 45% (18 personas) afirma haber tenido acceso a información clara por parte de la institución de salud sobre los efectos que producen en el recién nacido y la madre o persona gestante el consumo de tabaco, alcohol y drogas, a la inversa, el 55% (22 personas) manifiesta no haber recibido dicha información.

Gráfico 23: Información sobre calendario de vacunación.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 57.5% (23 personas) asegura haber recibido información precisa sobre el calendario de vacunación, a la inversa, el 42.5% (17 personas) declara no haber recibido dicha información.

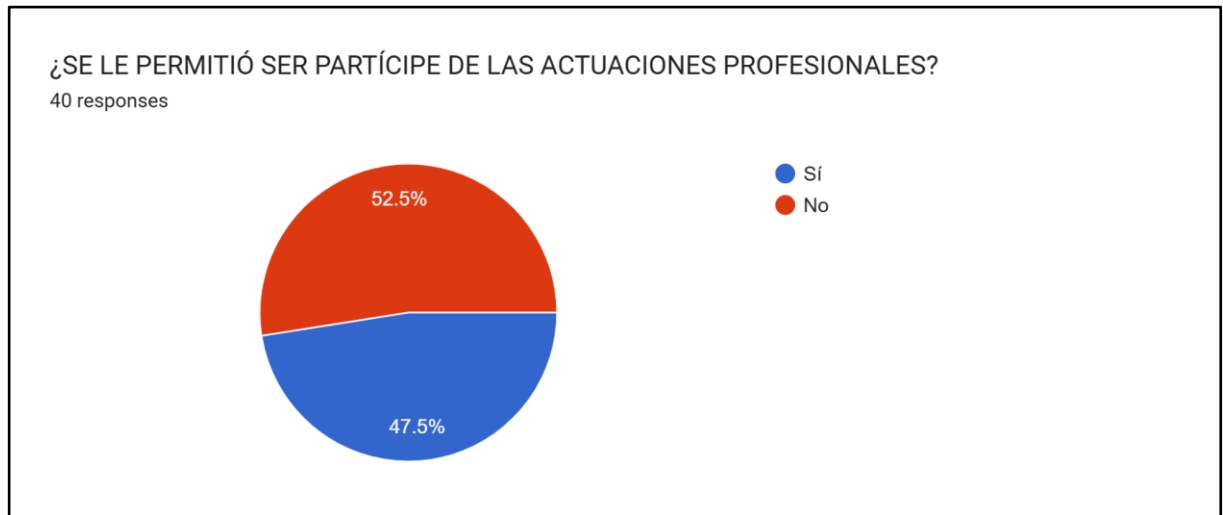
Gráfico 24: Trato ejercido al recién nacido por parte del personal de salud.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 95% (38 personas) afirma que el recién nacido fue tratado de forma respetuosa y digna, a la inversa, el 5% (2 personas) opina que el recién nacido no recibió dicho trato.

Gráfico 25: Participación en actuaciones profesionales.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 47.5% (19 personas) afirma que se les permitió ser partícipe de las actuaciones profesionales, a la inversa, el 52.6% (20 personas) asegura que no se les permitió.

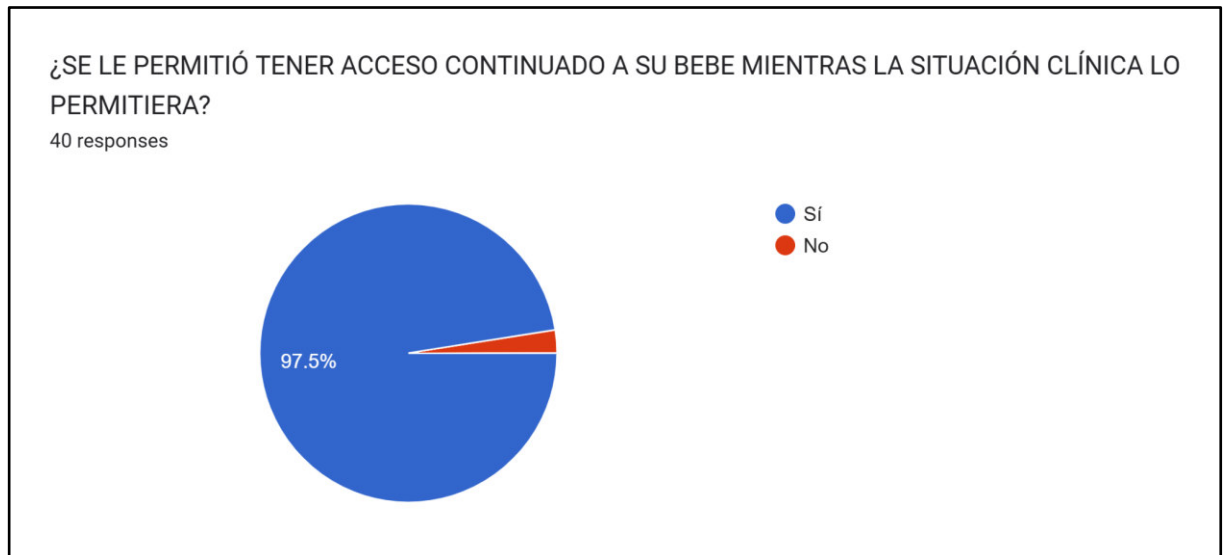
Gráfico 26: Entrega de información sobre el proceso de evolución de la salud.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 62.5% (25 personas) afirma haber recibido información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso de evolución de la salud suya y de su bebe incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento, a la inversa, el 37.5% (15 personas) asegura no haber recibido dicha información.

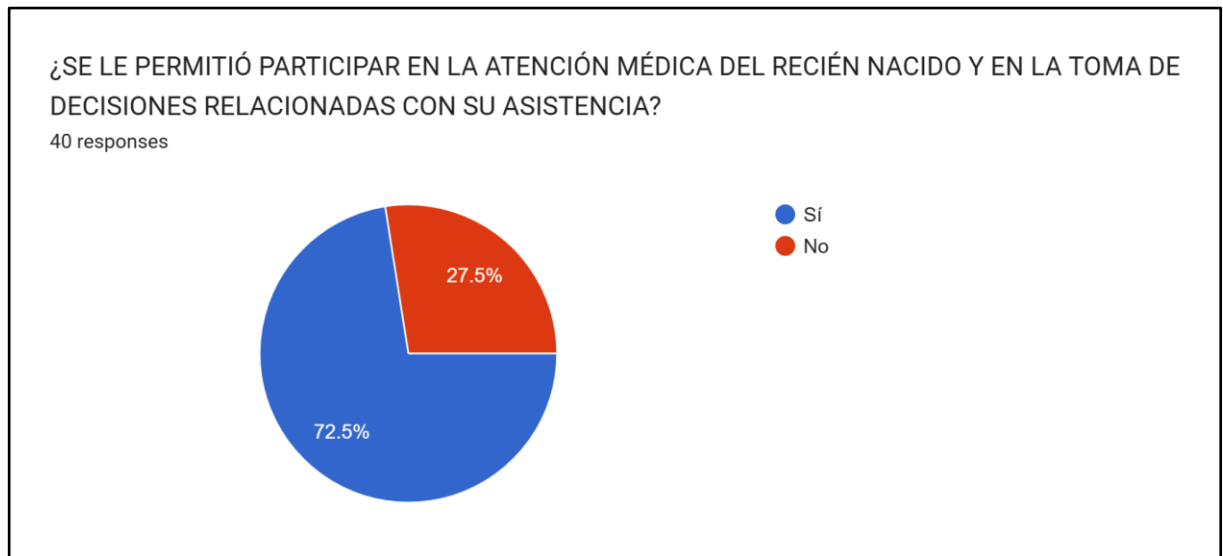
Gráfico 27: Permiso de acceso continuando al recién nacido.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 97.5% (39 personas) afirma que se le permitió tener acceso continuado a su bebe mientras la situación médica lo permitiera, a la inversa, el 2.5% (1 persona) asegura que no se le permitió tener dicho acceso.

Gráfico 28: Participación en la toma de decisiones médicas del recién nacido.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 72.5% (29 personas) afirma que se le permitió participar de la atención médica del recién nacido y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia, a la inversa, el 27.5% (11 personas) asegura que no se les permitió participar.

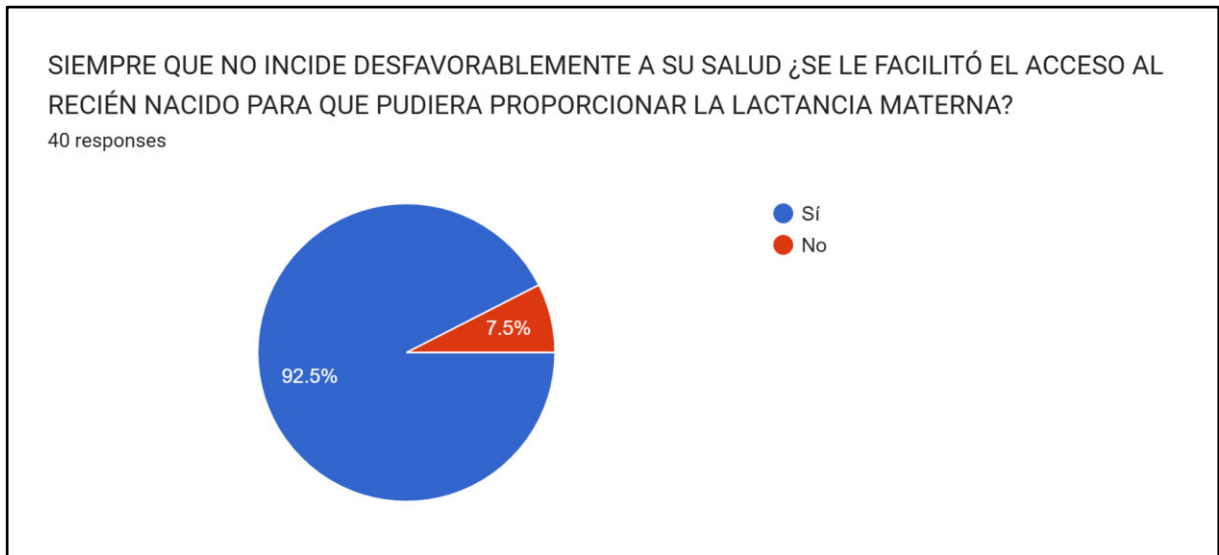
Gráfico 29: Exámenes e intervenciones al recién nacido sin consentimiento de la madre o persona gestante.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 7.5% (3 personas) afirma que se le realizó exámenes o intervenciones al recién nacido con fines de investigación sin dar consentimiento, a la inversa, el 92.5% (37 personas) asegura que no se les realizó dichos exámenes e intervenciones.

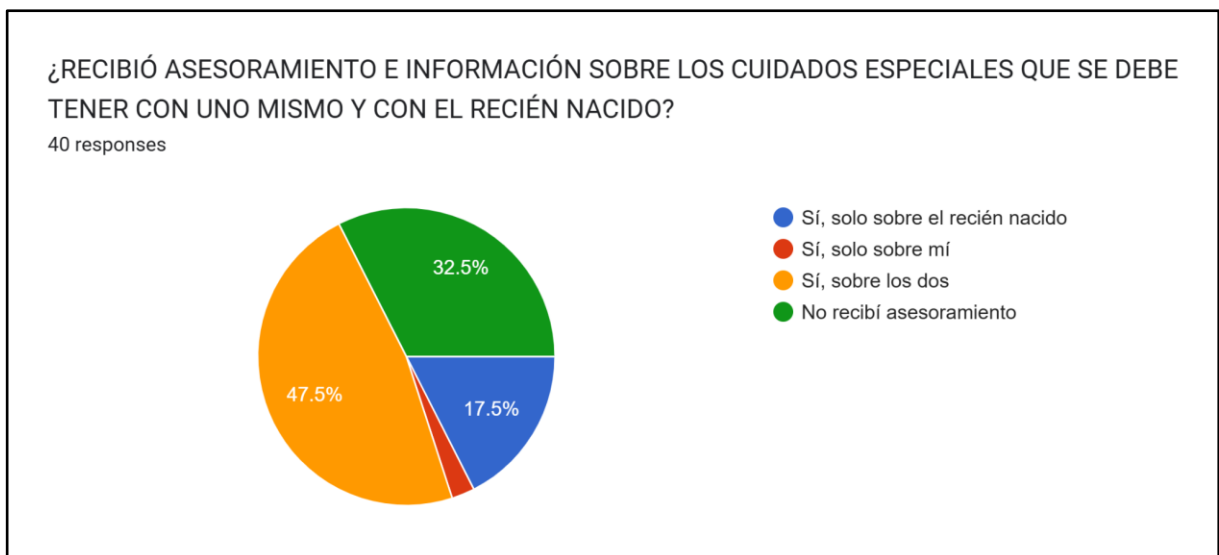
Gráfico 30: Acceso de la madre o persona gestante al recién nacido para proporcionar lactancia materna.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 92.5% (37 personas) afirma que se le facilitó el acceso al recién nacido para poder proporcionar lactancia materna, a la inversa, el 7.5% (3 personas) sostiene que no se le facilitó dicho acceso.

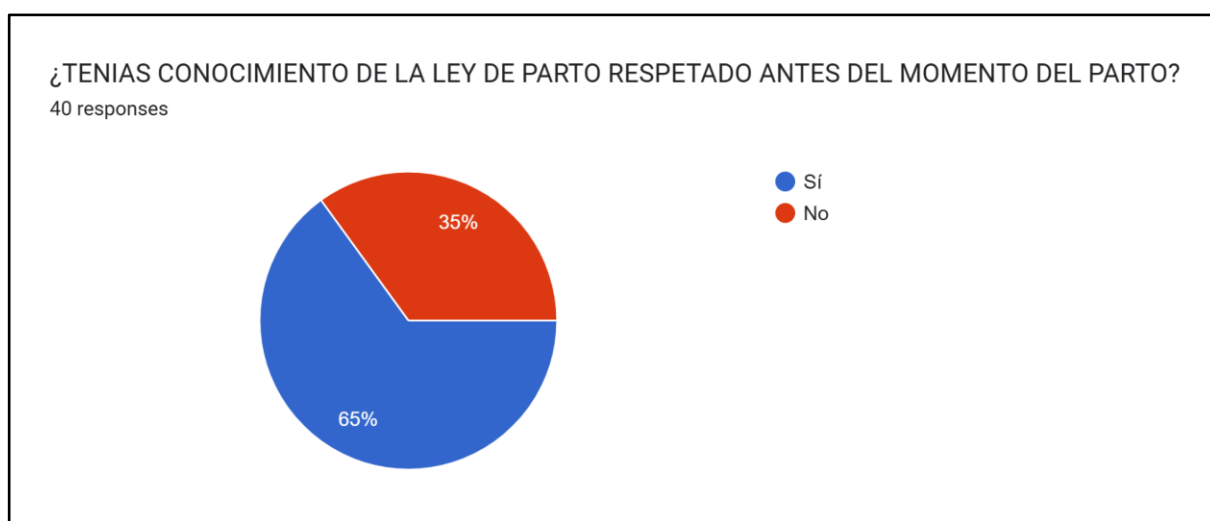
Gráfico 31: Asesoramiento e información recibido sobre cuidados especiales.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: Con respecto al asesoramiento e información sobre los cuidados especiales que se debe tener con uno mismo y con el recién nacido, el 47.5% (19 personas) afirma haber recibido tanto para el recién nacido como para la parturienta, el 17.5% (7 personas) sostiene haber recibido dicha información sólo sobre el recién nacido, el 2.5% (1 persona) asegura haber recibido lo mencionado anteriormente sólo sobre la parturienta y el 32.5% (13 personas) confirma que no recibió tal información.

Gráfico 32: Conocimiento sobre la ley de parto respetado.

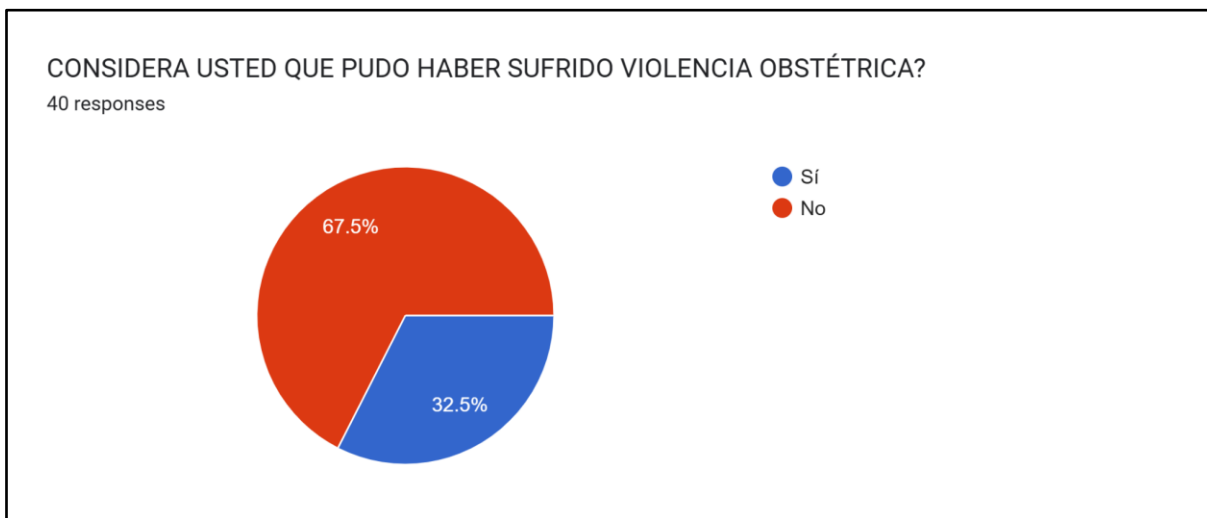


Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 65% (24 personas) afirma haber tenido conocimiento sobre la ley de parto respetado antes del momento del parto, a la inversa, el 35% (14 personas) no tenía conocimiento sobre dicha ley antes del parto.

Gráfico 33: Percepción de la existencia de violencia obstétrica durante su embarazo, parto y puerperio.

La violencia obstétrica es una acción que ejerce el personal de salud, tanto en el cuerpo como en los procesos reproductivos de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, acción deshumanizada, en la utilización de fármacos en exceso y patologización de los procesos naturales. Se caracteriza por ser física, psicológica y sexual. Se constituye como una violación a los Derechos Humanos (DDHH), atentando a la salud la intimidad y el trato digno.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 32.5% (13 personas) considera que pudo haber sufrido violencia obstétrica, a la inversa, el 67.5% (27 personas) no apreció haber sufrido dicha violencia.

Gráfico 34: Acercamiento de Trabajadores Sociales a la mujer o persona gestante.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: El 95% (38 personas) afirma que no se acercó ningún profesional de Trabajo Social a dialogar sin haberlo solicitado, mientras que el 5% (2 personas) sostiene que sí se acercó dicho profesional sin haberlo solicitado.

Gráfico 35: Experiencia en relación a la atención brindada por el equipo de Trabajo Social.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: En cuanto a la experiencia en relación a la atención brindada por el personal de Trabajo Social de la institución de salud, el 17.5% (7 personas) respondió muy satisfecho/a (la atención fue excelente y superó sus expectativas), el 7,5% (3 personas) satisfecho/a (la atención fue buena y cumplió con sus expectativas, el 5% (2 personas) neutral (la atención fue regular y no cumplió con sus expectativas) y el 70% (28 personas) no aplica (no tuvo contacto con el equipo de Trabajo Social.

Tabla 6: Aspectos positivos de la atención brindada por el equipo de Trabajo Social.

EN CASO DE QUE HAYA TENIDO OPORTUNIDAD DE SER ATENDIDO POR UN TRABAJADOR SOCIAL ¿QUÉ ASPECTOS DE LA ATENCIÓN BRINDADA CONSIDERA QUE FUERON POSITIVOS?	
RESPUESTAS	No fui atendida por la trabajadora social.
	Nunca vino a hablarme nadie del servicio social en ningún momento, ni durante el embarazo ni después del parto.
	La importancia que le dan a la atención.

Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: Pregunta de respuesta opcional, la cual, fue respondida por el 7.5% (3 personas) en total, a la inversa, el 92.5% (37 personas) omite respuesta.

Tabla 7: Opinión sobre el equipo de Trabajo Social.

¿QUÉ ASPECTOS DE LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL EQUIPO DE TRABAJO SOCIAL CONSIDERA QUE PODRÍAN MEJORAR?	
RESPUESTAS	El acompañamiento a las mujeres que cursan su embarazo solas.
	Nunca se acercó nadie, no podría responder, tuve 3 hijo 2011 2015 y 2024 los tres en diferentes hospitales, tanto público como privado y nunca se acercó nadie de servicio social.
	Hablar sobre el tema psicólogo en la madre. El estrés de no dormir y cómo abordar que el bebé no quiera agarrar la teta.
	Siempre se puede mejorar más para las chicas que realmente necesitan ayuda.

Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: Pregunta de respuesta opcional, la cual, fue respondida por el 10% (4 personas) en total, a la inversa, el 90% (36 personas) omitió respuesta.

5.3. Relatos textuales de víctimas de violencia obstétrica.

Situaciones de violencia obstétrica redactados por estudiantes de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Durante el trabajo de parto de mi primer bebé no dejaron que ingresara mi pareja. Me decían que deje insistir que al ser primeriza iba a tardar mucho. Al quedar internada con 7 de dilatación la jefa de obstetricia invitó a mi obstetra a comer y dejarme sola con la excusa de que iba a demorarme un montón por ser primeriza (a los 20 minutos di a luz), me cortaron sin consentimiento. Cuando pregunté al otro día cuántos puntos me habían hecho la respuesta es “los necesarios para que te quede como antes, o mejor”. No sabía amamantar y cuando fui a consultar a neo me dijeron que no sabía hacer nada, que como pretendía darle pecho si no dejaba de estar nerviosa. No me baja leche y pedí una mamadera, me dijeron que era una vaga y que ponga al bebé en la teta cuando sinceramente la leche no me bajaba y el bebé lloraba de hambre, los tres días de internación lloró del hambre que tenía.

Mí cesárea fue de emergencia, me dijeron que exageraba y al final tenía preeclampsia, antes estuve con trabajo de parto con mucho dolor y contracciones cada 15/20 durante dos días. Me dijeron que exageraba y como me dolía acostarme para controles, se me salió un grito y la partera me miró a los ojos sería y enojada diciéndome NO. Y yo como estaba tan asustada y con dolor solo me trague el grito y el dolor. Yo sabía que tenía que quejarme ahí pero no lo hice debido a ese momento en el que te sentís tan vulnerable.

Durante el primer embarazo yo tenía 19 años, el hecho de ser chica parecía habilitar a todos a tratarme de ignorante e incluso maltratarme con comentarios fuera de lugar o brindándome escasa información. El ecógrafo del hospital me dijo que mí bebé era deformado en varias visitas en incluso envió alertas al obstetra, cuando mí obstetra las veía en las consultas me decía que no existían tales deformaciones que todo se veía bien y acorde al tiempo de gestación. En una de las últimas consultas el ecógrafo se enojó conmigo xq decía que yo no

Situaciones de violencia obstétrica redactados por estudiantes de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

me preocupaba lo suficiente, que él era el profesional que veía al bebé y que sabía lo que decía, que por mí culpa mi bebé se iba a morir en mi panza xq yo no quería hacerle caso. Ese día fue un viernes, sus palabras fueron el bebé no llega al lunes, si sentís que se mueve menos o deja de moverse es porque se murió y va a ser tu culpa, yo estaba de 35 semanas y 5 días, salí de ese consultorio llorando sin poder parar, me dolía la panza, me temblaba el cuerpo, busque a mi obstetra y le rogué que me dejara internada y que lo sacará ese mismo día xq necesitaba asegurarme de que estaba bien. Él con muchísima paciencia sacó libretas con estadísticas y medidas y me mostraba que todos los datos de la ecografía coincidían con el tiempo que cursaba y q por eso estaba seguro de que el bebé estaba bien, me tranquilizó y me dijo que el lunes para mi seguridad y tranquilidad vaya al hospital con el bolso que me iban a internar en inducir el parto. Pase el peor fin de semana, llorando, pensando, pidiéndole a Dios, al universo, a los astros a lo que sea que por favor no se muera. Llego el lunes me internaron controlaron con ecografías que me hacía el obstetra directamente y con ultrasonidos que el bebé esté bien, efectivamente lo estaba. El martes me empiezan a dar unas pastillas sublinguales y después me inyectaron unos medicamentos para empezar con el trabajo de parto, ese día nació Mateo, a las 36 semanas y 1 día, peso 2.470 Kg, dijeron que para el tiempo de gestación estaba bien el peso, respiraba bien, lloraba, dormía muchísimo y eso me asustaba me dijeron q era normal xq él todavía tendría q estar en la panza que lo ayude despertando lo para comer así ganaba peso, él dormía todo lo q yo no podía x el miedo de q algo le pase, llorábamos y dormíamos juntos, él xq recién nacía y yo de miedo y de alegría. No hubo ninguna deformación, todo estaba normal en su crecimiento.

De mi parte sentí que fui rechazada por el hospital Evita Pueblo Berazategui ya que fui dos veces y me rechazaron diciendo que solo tenía 2 de dilatación y que además yo no me podía atender ahí ya que yo pertenecía a Quilmes y que además no había cuartos. Entre los dolores que yo sentía en el momento sentí muy injusto su trato hacia mí.

En cambio, en el hospital en Quilmes me trataron super bien desde que ingrese, pero jamás me dieron información sobre la lactancia tampoco nadie vino a ayudarme solo puedo hacer enfoque en ese tema.

Situaciones de violencia obstétrica redactados por estudiantes de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Desde el comienzo de la atención al llegar a la guardia el trato fue despectivo, se me increpó constantemente por no tener una copia de mi historia clínica (la cual ellos tenían cargada en su propio sistema ya que todo el embarazo me atendí en la misma clínica, y la cual me dijeron reiteradas veces que no hacía falta llevar impresa si me atendía para controles ahí mismo). Me exigieron tener una carpeta con todos los estudios realizados durante el embarazo, la cual presenté, pero aun así me reclamaron por no tener un último examen sanguíneo que ellos mismos nunca solicitaron ni me hicieron saber que lo necesitaba.

Ya en la sala, estando internada, todo el tiempo el trato hacia mí y mi esposo era muy desubicado y con faltas de respeto constantes, tratando lo a mí de "quejosa" y a él de "inútil" diciéndole constantemente que no tenía ni idea de lo que decía, que la marca de tiempo de las contracciones jamás podría ser la que él escribió (la partera no entendía lo que él escribió).

Luego de horas de espera, con dolor e incertidumbre por no saber lo que pasaba, vuelve la partera a la habitación y dice "ni se te ocurra pujar porque matas a tu bebé, vamos al quirófano para una cesárea de urgencia. Estás re verde". Nunca supimos realmente que pasaba, solo que mi bebé bajaba de pulsaciones y había que sacarlo.

Para completarla, los días de internación no vino ningún médico a constatar que yo estuviera bien, ni a controlar la operación hasta el día que me tocaba el alta. Ya que en sus registros figuraba que yo tenía una partera privada que ya me había controlado, jamás la tuve, ellos se equivocaron con la persona que estaba en la habitación de al lado.

Nunca recibí un pedido de disculpas ni un reconocimiento de su error o la falta de tacto (por restarle valor a sus palabras) de la partera.

En conclusión, el servicio de obstetricia de Apres y su Sanatorio Modelo Quilmes dejan muchísimo que desear, solo son una pantalla de lujo para una realidad muy mediocre y violenta.

Tuve una cesárea en la pandemia. No conocía la ley de parto respetado. Me quisieron prohibir el acompañamiento de mi pareja en el parto, la partera fue quien lo permitió y pudo participar.

Este parto fue completamente diferente al anterior, me brindaron información porque se me realizaba la cesaría (debido a que me rompió la bolsa y la bebe se hizo caca en ella) no se me

Situaciones de violencia obstétrica redactados por estudiantes de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

permitió estar con un acompañante durante la cesárea porque el hospital no contaba con los insumos correspondiente (ambos) para que entrara mi acompañante. En el 2020 tuve mi primer parto cuando llego a guardia de la clínica llegue con 5 de dilatación a lo que la enfermera me explica que en 4 horas maso menos nacía mi bebe. Se fue a avisarle al médico cuando vuelve me dice que me ingresaban para cesárea sin una explicación, cuando le pregunté porque me hacían cesárea no tenían un motivo claro.

No sentí que sufrí violencia obstétrica en ninguno de los 3 pero me sentí mucho más acompañada en el último parto con la presencia de mi marido en los anteriores partos lo dejaban afuera y no lo dejaban entrar.

Mio no, pero hubo una embarazada que la chica que repartía la comida la trató de muerte de hambre y después no le trajo la cena. Estaría bueno que esas cosas se vean.

Tengo dos cosas que me quedaron sin saber y sin decir. Una fue que fuí a las 40 semanas con contracciones leves y me negaron la atención, recayendo una semana después en la 41 con ocho de dilatación y diciéndome que porque fui tarde. Y la otra fue que caí internada por una infección a las dos semanas del parto, me hicieron intervenciones y me dejaron internada sin decirme nada durante dos semanas más en el hospital. Aún desconozco el porqué de esa infección solo recuerdo que me sedaron.

Fuente: Elaboración propia.

Comentarios: Pregunta de respuesta opcional, la cual, fue respondida por el 25% (10 personas) en total, a la inversa, el 75% (30 personas) omite respuesta.

5.4. Entrevista personal a una Trabajadora Social dentro del ámbito sanitario.

Se llevó a cabo, una entrevista de carácter individual, en formato cualitativo a una Licenciada en Trabajo Social el día miércoles 29 de septiembre del año 2025. Dicha entrevista, tuvo lugar dentro del Centro Comunitario (CIC) Don José y el propósito de esta fue, conocer el

rol del Trabajador Social dentro del ámbito sanitario, su conocimiento en torno a la violencia obstétrica y su aporte en esta temática tanto para la prevención o promoción y la intervención al respecto.

Previamente, el día martes 9 de septiembre del año 2025, se le consultó, de manera presencial, dentro del CIC Don José, a la Licenciada, si estaba dispuesta a participar de una entrevista, se le explicó el fin de dicha entrevista y aceptó participar. Luego se programó un día y horario específico para su desarrollo.

La entrevista fue dada dentro de la oficina de servicio social, previo al horario de atención habitual al público. Dicha oficina, se encuentra en el CIC Don José (lugar de trabajo de la participante). Al finalizar la entrevista, se agradece a la Licenciada por haber participado.

A continuación, se redactará dicha entrevista:

¿Qué función cumple como Trabajador Social en cuanto al ámbito sanitario?

En el ámbito sanitario, estoy en un Centro integrador comunitario, formó parte del equipo de salud y como integrante del equipo de salud, hago abordajes que tienen relación con mi disciplina y actividades que tienen como eje la promoción y prevención de la salud.

¿Desde qué año ejerce su profesión?

Desde el año 1986.

¿Cómo definiría la violencia obstétrica?

La violencia obstétrica es todo acto violento que ejercen las instituciones de salud a las personas gestantes.

¿Considera que dicha violencia puede estar relacionada con la Violencia de Género?

Si.

¿Sabe si existe alguna legislación en Argentina que penalice casos de Violencia Obstétrica? En caso de respuesta afirmativa ¿Cuáles?

Si, la ley de parto respetado.

¿Le tocó intervenir frente a un caso de VO? En caso de ser afirmativo ¿De qué manera intervino?

Si, nosotros siempre sugerimos que se realice la denuncia al área que corresponde del hospital o de la clínica. Siempre hay un área legal o una dirección donde la paciente puede hacer la denuncia o incluso un familiar de la paciente que ha sufrido violencia obstétrica.

¿Cuáles cree que son las causas de la existencia de casos de VO?

Las causas son, en principio, la violencia que se ejerce desde las instituciones hospitalarias a todos los pacientes, la falta de empatía, la falta de capacidad para llevar adelante situaciones conflictivas y la ausencia absoluta de conocimiento acerca de las leyes que protegen a los pacientes.

¿Considera que hay factores que determinan quienes pueden llegar a sufrir VO?

No, todas las mujeres que concurren a un servicio hospitalario, ya sea para control o en el momento del parto, independientemente si se atienden en hospitales públicos, en clínicas privadas con distintos tipos de planes que pueden ser de empresas de salud, pueden sufrir y padecer violencia obstétrica.

¿Considera que los Trabajadores Sociales cuentan con los recursos necesarios para asesorar, atender o prevenir casos de VO? En caso de ser afirmativo ¿Cuáles son esos recursos?

Por supuesto, los recursos son siempre orientar a las pacientes que hay leyes de protección que las protegen ante posibles casos de violencia obstétrica y también orientar acerca de situaciones que son violencia, porque muchas de las pacientes naturalizan el maltrato. Nuestra función como trabajadores Sociales es orientar a aquellas mujeres que están cursando su gestación para que no sean víctimas de ningún tipo de violencia.

En caso de que la persona haya sufrido violencia obstétrica ¿Cuáles son las intervenciones posibles a realizar?

Siempre hacer la denuncia correspondiente. Hacer una denuncia genera que esas profesionales o esos profesionales que han ejercido maltrato tengan cuidado en la atención de las futuras pacientes.

Si tuviera que sugerir algún recurso faltante para afrontar la problemática de la VO ¿Cuál sería?

En realidad, habría que generar espacios de capacitación para todas aquellas personas que intervienen durante la gestación y el parto de mujeres. También de la atención de otras identidades sexuales. Todos aquellos efectores del área de salud deberían estar capacitados en ese sentido.

¿Considera que existe algún impedimento para atender a las víctimas de VO?

No existe ningún impedimento para atender a personas víctimas de violencia en el ámbito de la salud, sobre todo en la salud pública.

Si tuviera que proponer algún tipo de intervención posible para prevenir la VO ¿Cuál sería?

Siempre intervenciones que tengan que ver con la promoción, prevención y la educación para la salud. Llegar anticipadamente es garantizar que esas personas que van a llevar adelante en un futuro una gestación, estén empoderadas en conocimiento de que hay leyes que las protegen.

El trabajador social ¿Realiza alguna intervención con las mujeres embarazadas? En caso de ser afirmativo ¿Cuáles? En caso de ser negativo ¿qué tipos de intervención propondría?

Si, nosotras hacemos intervención en todo lo que sean capacitaciones, lo hacemos junto con la obstetra.

¿Tiene conocimiento sobre algún cambio que se haya efectuado para el cumplimiento de la Ley de Parto Humanizado?

Si, nosotros tuvimos gente que fue víctima de violencia en otros embarazos anteriores y a través del taller de preparación para la maternidad, donde hemos orientado, contenido y empoderado a esas pacientes, de ahí en adelante no han sufrido violencia obstétrica.

¿Considera que aún se deben realizar cambios para prevenir o erradicar posibles casos de VO?

Por supuesto. hay que instalar capacitación permanente en todos los ámbitos de la salud.

¿Qué orientaciones le podría brindar en su trabajo a mujeres y cuerpos gestantes antes o después de su parto si sufren VO?

En principio, la contención y la escucha, es lo primero que debemos hacer como trabajadores sociales y después si corresponde, algún tipo de orientación pertinente sobre todo acerca de denuncias futuras.

CONCLUSIÓN

En Argentina, a pesar de la Ley de Parto Respetado, aún queda mucho por trabajar en torno a la prevención de la violencia obstétrica (VO) contra las mujeres y personas gestantes.

Este tipo de violencia acarrea grandes consecuencias, tanto a la salud física como a la mental, no es inevitable, se debe trabajar en la prevención y en la sanación por las secuelas persistentes de las víctimas.

En las observaciones realizadas a los distintos efectores de subsistemas de salud público, se pudo notar que, a pesar de contar con oficinas de servicio social, aún no se visibiliza información en carteleros o folleterías entregadas al público en general sobre los derechos de las madres o personas gestantes y recién nacidos en torno a la ley de parto respetado.

En relación a las encuestas autogestionables, pese a que el 47.5% de las participantes atravesó su embarazo, parto y puerperio en subsistemas de atención públicos (el cual, suele contar con oficina de servicio social), el 100% de las entrevistadas afirma no haber sido informadas por el servicio de Trabajo Social sobre sus derechos en cuanto a la ley de parto respetado y el 95% de las participantes sostiene no haber tenido acercamientos voluntarios por parte del servicio social durante su periodo de embarazo, parto y puerperio.

Entre la violencia física que continúa persistiendo en la atención sanitaria, cabe mencionar, el porcentaje de cesáreas, la cual, se encuentra en un 55% sobre el parto vaginal que ronda en el 45%, esta cifra es considerablemente elevada, teniendo en cuenta que, de acuerdo con la Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea, la práctica sólo está justificada cuando es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Además, en relatos propios de las madres o personas gestantes, la vulneración de derechos en sus partos se hizo presente en la realización de episiotomía sin consentimiento, la falta de control de los médicos luego de una

cesárea para constatar el estado de salud, la realización de cesáreas sin otorgar una justificación médica al paciente, la negación a la atención médica al acudir a subsistemas de salud por tener contracciones, la realización de intervenciones medicas sin consentimiento informado, etc.

En cuanto a la violencia psicológica, persiste en distintas acciones efectuadas por el personal sanitario, entre las más relevantes se encuentran, la negación a el ingreso de acompañante durante el parto, maltrato verbal, violencia psicológica (comentarios como “por tu culpa se va a morir tu bebe”, “ni se te ocurra pujar porque vas a matar a tu bebe”, etc.), minimización del dolor en la parturienta, etc.

La relación existente entre la VO y los consecuentes daños psicológicos y físicos ameritan que se aborde esta problemática de manera integral con el fin de, sanar tanto la salud física como la psicológica de las víctimas.

Con respecto a la entrevista a la informante clave, evidencia que, si bien hay una utilización de recursos del Estado en función de prevenir la violencia contra las mujeres, como es el caso de la creación de la línea gratuita de teléfono 144 donde se puede denunciar casos de violencia de género, la cual, podría ser utilizada para denuncias por violencia obstétrica, actualmente el canal que recomienda el servicio social es, acercarse al área de legales de la propia institución sanitaria, como consecuencia, se genera que no tenga mayor trascendencia al no convocar al Estado en otro nivel de supervisión.

Las mujeres que viven hechos de violencia muchas veces no piden ayuda, el motivo suele ser la naturalización de esta práctica o porque no saben a dónde dirigirse o no creen que van a ser bien recibidas y que van a tener una ayuda eficaz, desde la perspectiva de género respetando sus derechos, por este motivo, es altamente necesario que se aumenten las inversiones en políticas públicas que trabajen proporcionando apoyo y servicios. La mejora en cuanto a la respuesta de las instituciones son la clave para una posible erradicación futura de este tipo de violencia.

Es necesario que se refuercen las intervenciones que contemplen perspectivas de género para enfrentar los estereotipos hegemónicos que pueden llegar a disuadir a las mujeres de solicitar ayuda, para prevenir y erradicar las prácticas violentas que se perpetúan hace décadas.

Se debe promover más ampliamente la garantía del cumplimiento de la Ley de Parto Respetado, para que haya un cambio social que mejore la calidad de vida de las parturientas.

La formulación de órganos de supervisión y la capacitación al personal sanitario, es de vital importancia para el cumplimiento de las leyes actuales y con ello, la erradicación de la violencia. Se debe avanzar en el cambio cultural, permitiendo que la historia deje de ser una

serie de hechos repetitivos fijos y preestablecidos, dando lugar a nuevos escenarios de creación de prácticas que desnaturalizan la violencia. La difusión de información debe ser constante, a través de todos los medios posibles de comunicación, para que la población pueda solicitar las garantías que las leyes ya establecen.

Bibliografía y fuentes

- Arguedas Ramírez, G. (2024). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe Vol. 11, No. 1, ISSN: 1659-4940. Obtenido de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/download/14238/13530/24954>
- Arlandi, N., Chiafari, V. & Spallato L. (2023). Programa “De Avellaneda desde la panza”: caracterización y datos de violencia obstétrica por motivos de género. Compilación del 3° Congreso Violencia Política y de Género: Desafíos de la Democracia del Ministerio de Mujeres y Diversidad. Pcia. de Bs. As., 357. Obtenido de: [https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/gestor/uploads/LIBRO%20CONGRESO%20III%20COMPILACI%C3%93N%20\(1\).pdf](https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/gestor/uploads/LIBRO%20CONGRESO%20III%20COMPILACI%C3%93N%20(1).pdf)
- Asamblea General de la ONU. (1993). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (A/RES/48/104). Obtenido de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1286.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2002/1286>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (10 de diciembre de 1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Resolución 217 A (III). Obtenida de: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Ávila Cedillo, G. J. (2017). Los instrumentos y técnicas como cuestiones indisolubles en el corpus teórico-metodológico del accionar del Trabajador Social. Revista Margen N°86. Obtenido de: https://www.margen.org/suscri/margen86/avila_86.pdf
- Aylén, B. M. (2016). Las estrategias de intervención del Trabajo Social en relación a la Ley de Parto Humanizado y las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. El caso de la Maternidad Martín. Escuela de Trabajo Social. Obtenido de: <https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/9fc59e10-632e-433a-a43b-f44a94a0a7d7/content>

- Baeta, S. y M. F. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. Comunidad y Salud vol.13 no.2 Maracay. Obtenido de: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011#:~:text=MODELO%20BIOM%C3%99DICO&text=Divide%20la%20naturaleza%20humana%20en%20cuerpo%20y%20mente%2C%20y%20el,y%20ajustes%20de%20sus%20partes.
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos; Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética; Revista Redbioética UNESCO; 1; 7; 1-2013; 25-34. Obtenido de: <http://hdl.handle.net/11336/12868>
- Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106936>
- Barandela, A. C. (2023). Producción socio-legal de la violencia obstétrica: apuntes sobre sus condiciones de posibilidad en la Argentina del siglo XXI. RUAE, 8(1), 1-22. Obtenido de <https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/revantroetno/article/view/1789/2414>
- Barrena Neyra, M., Quispesaravia Ildefonso, P., Flores Noriega, M. & León Rabanal, C. (2020). Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Rev Peru Ginecol Obstet: 66(2). Obtenido de: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246>
- Carballada, A. J. (2012). La intervención en lo social / exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales. – 1ra ed., 4ta reimp. - Buenos Aires; Paidós. Cap. 7. Obtenido de: <https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/CARBALLEDA.-La-intervencion-en-lo-social.-Exclusion-e-integracion-en-los-nuevos-escenarios-sociales.pdf>
- Carballada, A. J. (2016). ¿Qué nos hace ser trabajadores sociales? ¿Por qué el Trabajo Social?.
- Castrillo, B. (2020). Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica: aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas. Revista Encuentros Latinoamericanos, 4(1), 196-220. Obtenido de: <https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/enclat/article/view/625>
- Cea D'ancona, M. Á. (1996). “La investigación social mediante encuestas” en “Metodología Cuantitativa”. Cap. 7. Obtenido de:

<https://drive.google.com/file/d/0B2chaN7IisSTSW10Snh3RnlnT1k/view?resourcekey=0-MmHYHS1KXu9sPahzxDgXlw>

- De Simone, M. R. (2025). La violación de los derechos fundamentales de la mujer durante el parto: la violencia obstétrica. Revista De Derecho Y Genoma Humano. Genética, Biotecnología Y Medicina Avanzada. Obtenido de: <https://doi.org/10.1387/rdgh.27020>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M. y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación educ. médica vol.2 nro.7 Ciudad de México.
- Díaz Sanjuán, L. (2011). La observación. Universidad Nacional Autónoma de México, facultad de psicología. Obtenido de: https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf
- Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2020, 07 de octubre). Ley 15.188 de (2020). Adherencia de la provincia de Buenos Aires a la Ley Nacional 25.929. Información legislativa. Obtenido de: <https://normas.gba.gob.ar/documentos/04QdQdsN.pdf>
- Gomez, T. A. (2022). Descripción de los conocimientos sobre violencia obstétrica en estudiantes de la licenciatura en enfermería [Tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. Obtenido de: <https://rid.unaj.edu.ar/items/c3dd3d98-c8de-40e8-b9cc-1f4632193e12>
- Guber, R. (2004). El salvaje metropolitano, reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Ed, Paidós. Buenos Aires; pág. 2003-210. Obtenido de: <https://es.scribd.com/document/467988812/Rosana-Guber-La-entrevista-antropologica-pdf>
- Guedes, A., García-Moreno, C. y Bott, S. (2014). “Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe”, Foreign Affairs Latinoamérica , Vol. 14 : Núm. 1, 41 - 48. Obtenido de: https://www.researchgate.net/publication/260018399_Violencia_contra_las_mujeres_en_Latinoamerica_y_el_Caribe_Un_problema_de_salud_publica_de_proporciones_epidemicas
- Guerrero, M. M. (2022). Violencia obstétrica: Percepción de las mujeres tras su proceso de parto. Universidad de La Laguna, Tenerife, España. Obtenido de <Http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/31556>

- Giuntini, B. (2015). Violencia en el embarazo. Tesina de Licenciatura. Escuela de Trabajo Social. 10-46.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2000, 04 de octubre) Ley 25.326 de (2000). Protección de los Datos Personales. Información legislativa. Obtenido de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/texact.htm>
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2004, 25 de agosto). Ley 25.929 de (2004). Derechos de toda mujer en relación con el embarazo, trabajo de parto y postparto. Información legislativa. Obtenido de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2009, 11 de marzo). Ley 26.485 de 2009. Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales. Información legislativa. Obtenido de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2009, 02 de diciembre). Ley 26.576 de (2009). Creación de la Universidad Nacional Arturo Jauretche Información legislativa. Obtenido de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/162511/norma.htm#:~:text=ARTICULO%201%C2%BA%20%E2%80%94%20Cr%C3%A9ase%20la%20Universidad,aplicable%20a%20las%20Universidades%20Nacionales>
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2012, 28 de noviembre). Ley 26.811 de (2022). Creación del Día Nacional de la Lucha Contra la Violencia Institucional. Información legislativa. 28 de noviembre de 2012. Obtenido de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/205000-209999/207586/norma.htm>
- Iguíñiz, R. R. & Valdivia Del Rio, F. (2023). Aproximaciones para comprender y prevenir la violencia obstétrica. Spirat, 1(2), 43-53. Obtenido de <http://revistas.upch.edu.pe/index.php/Spirat/issue/view/470/21>
- Jaramillo-Bolívar C.D. & Canaval-Erazo, G. E. (2020). Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto. Univ. Salud. 22(2):178-185. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v22n2/2389-7066-reus-22-02-178.pdf>

- Jerez, C. (2022). Darle voz a la violencia más silenciada. Experiencias de sufrimiento de activistas críticas de la violencia obstétrica en Buenos Aires. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, 7(34), 20. Obtenido de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9016489>
- Kovach, B. & Rosenstiel, T. (2004). Los Elementos del Periodismo. Ediciones El País, Bogotá. 124 obtenido de: <https://fundaciongabo.org/es/consultorio-etico/consulta/1679>
- Martínez, M. M. (1991). La investigación cualitativa etnográfica en educación: Manual teórico – práctico. 3ra edición. Venezuela. Editorial Trillas. Obtenido de: <https://profeinfo.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/06/investigacion-cualitativa-etnografica-martinez.pdf>
- Mejía Navarrete, J. (2000). Técnicas cualitativas de investigación de las ciencias sociales. Vol.4 nro. 7 Perú. Obtenido de: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/educa/article/view/8124/7090>
- Menéndez, E. L. (1998). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. 451-464.
- Menéndez, E. L. (2020). Morir de alcohol : saber y hegemonía médica / Eduardo L. Menéndez. - 1a ed ampliada. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo. Salud colectiva / Spinelli, Hugo ; 7). Obtenido de: <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/8/19/38-2>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2019). Guía de abordaje institucional de la violencia obstétrica. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud Pública (2025): El trabajo social en la salud pública: un pilar fundamental en la atención sanitaria. Revista del Gobierno de Tucumán. Obtenido de: <https://msptucuman.gov.ar/el-trabajo-social-en-la-salud-publica-un-pilar-fundamental-en-la-atencion-sanitaria/>
- Miranda, F. R. (2022). Violencia obstétrica percepción de las madres usuarias de un hospital del conurbano bonaerense [Tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. Obtenido de: https://biblio.unaj.edu.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=8038&query_desc=kw%2Cwrdl%3A%20Violencia%20obst%20C3%A9trica

- Montero, C. (2021). Violencia institucional: ¿qué es y cómo se refleja? La Vanguardia. Obtenido de: <https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20210906/7696070/violencia-institucional-que-como-refleja.html>
- Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad Argentina. Obtenido de: <http://clacaidigital.info/handle/123456789/2278>
- Naciones Unidas. (1945, 26 de junio). Carta de las Naciones Unidas de (1945). Obtenido de: https://www.oas.org/36ag/espanol/doc_referencia/carta_nu.pdf
- Naciones Unidas. (1966). Pacto internacional de derechos civiles y políticos. Obtenido de: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>
- Naciones Unidas. (1979, 18 de diciembre). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1249 U.N.T.S. 13. Obtenido de: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
- Observatorio de Violencia de Género. (S. F.). Protocolo de recepción de denuncias en casos de violencia obstétrica. Obtenido de: <https://www.defensorba.org.ar/micrositios/ovg/pdfs/Protocolo-de-Recepcion-de-Denuncias-en-Casos-de-Violencia-Obstetrica.pdf>
- Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género (2022): Violencia obstétrica: Análisis de los Registros de la Línea 144. Primero la Gente.
- UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa.
- Organización de los Estados Americanos. (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos. Obtenido de: https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf
- Organización de Estados Americanos. (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belém do Pará"), 9 de junio de 1994, AG/RES. 1257 (XXIV-O/94). <https://www.oas.org/es/mesecvi/convencion.asp#:~:text=Propone%20por%20primera%20vez%20el,reivindicaci%C3%B3n%20dentro%20de%20la%20sociedad>.
- Organización de las Naciones Unidas. (1984). Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. [En línea] United Nations Treaty

Series, vol. 1465, p. 85. Obtenido de: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading>

- Organización Mundial de la Salud (2014): Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Número de referencia de la OMS: WHO/RHR/14.23. Obtenido de: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Int. J. Morphol., 35(1), 227-230. Obtenido de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Perelman, M. & Tufró, M. (2017). Violencia institucional: tensiones actuales de una categoría política central. Ed. Dossier. Obtenido de <https://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/44535-violencia-institucional-tensiones-actuales-categoria-politica-central>
- Ramírez, S. M. D., Hernández, M. C. & Ceballos, G. G. Y. (2021). La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. Rev CONAMED. 2021;26(3), 149-155. obtenido de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101680>
- Rocco, L. & Oliari, N. (2007). La encuesta mediante internet como alternativa metodológica. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. (P.2). obtenido de: <https://www.aacademica.org/000-106/392>
- Rodríguez-González, A. M. (2018). La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/ de la trabajador/a social sanitario/a. Revista Trabajo Social Hoy , 85, 7-26. Obtenido de: <https://www.trabajosocialhoy.com/articulo/208/la-intervencion-social-en-el-abordaje-de-la-maternidad-y-paternidad-desde-el-contexto-de-salud-la-figura-della-trabajadora-social-sanitaria/>
- Rozas Pagaza, M. (1998). Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en Trabajo Social. Espacio editorial. Obtenido de: <https://www.fhyce.edu.py/wp-content/uploads/2020/08/Una-perspectiva-teorico-metodologica-de-la-intervencion-en-trabajo-social.pdf>

- Rubio, F. L. (2023). Revisión bibliográfica: Consecuencias de la violencia obstétrica en el parto. Universidad Europea de Madrid. Valencia: Biblioteca CRAI Dulce Chacón. Obtenido de <http://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/7586>
- Saéz, Z. F. (2019). Violencia obstétrica en Argentina. Universidad Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires, Buenos Aires. Obtenido de <https://makemothersmatter.org/wp-content/uploads/2019/07/20190517-Informe-de-pai%CC%81s-Argentina-2019-relator-UN-violencia-contra-las-mujeres.pdf>
- Souza Minayo, M.C. (2003). Investigación social: teoría, método y creatividad. Cap.1. Ed. 2a reimp.- Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007. Obtenido de: <https://abcproyecto.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/06/de-souza-minayo-2007-investigacion-social.pdf>
- Ucañay, D. & Contreras, R. (2022). Violencia obstétrica y síndrome de depresión post parto en centros maternos públicos. Ciencia Latina, 6(6), 6639-6653. Obtenido de http://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3911
- Universidad Nacional Arturo Jauretche. (s. f.). Caja de herramientas para incorporar la perspectiva de género en el aula. Obtenido de: <https://www.unaj.edu.ar/caja-de-herramientas-para-incorporar-la-perspectiva-de-genero-en-el-aula/>
- Universidad Nacional Arturo Jauretche. (s. f.). Guía para personas en situación de violencia de género. Obtenido de: https://genero.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/sites/56/2024/04/guia_violencia_genero_2024_web.pdf
- Universidad Nacional Arturo Jauretche. (2018). Protocolo de actuación ante situaciones de violencia de género y/o discriminación por razones de género. Obtenido de: <https://peg.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/sites/38/2019/07/PROTOCOLO-Resolucion-CS-N%C2%BA-060-18-Expt-N%C2%BA181-17.pdf>
- Universidad Nacional Arturo Jauretche. (S. f.). Historia. Obtenido de: <https://www.unaj.edu.ar/historia/#:~:text=La%20UNAJ%20comienza%20a%20describir,Varela%2C%20Provincia%20de%20Buenos%20Aires.>
- Yugueros García, Jesús, A. (2024): La violencia contra las mujeres: conceptos y causas Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias sociales, núm. 18, 147-159 Asociación Castellano Manchega de Sociología Toledo, España. Obtenido de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=322132553010>

Anexo

Relevamientos de datos a efectores de salud de subsectores públicos.

- FECHA DE DATACIÓN.
- LOCALIDAD.
- CARTELERA SOBRE CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.
- CARTELERA SOBRE LACTANCIA MATERNA.
- CARTELERA SOBRE LOS CUIDADOS QUE SE DEBEN TENER CON UN RECIÉN NACIDO.
- FOLLETOS INFORMATIVOS PARA EL PÚBLICO GENERAL SOBRE EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LA LEY DE PARTO RESPETADO.
- CARTELERA SOBRE LEY DE PARTO RESPETADO.
- CARTELERA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO.
- CUENTA CON OFICINA DE SERVICIO SOCIAL
- CARTELERA CON INFORMACIÓN SOBRE LA FUNCIÓN DEL SERVICIO SOCIAL DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO.
- FOLLETOS O CARTELERAS CON INFORMACIÓN DEL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DE DENUNCIAS POR CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Cuestionario en formulario google forms autogestionable a estudiantes de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, que hayan atravesado un proceso de embarazo-parto-puerperio en el período 2020-2025.

- ¿FUISTE O SOS ESTUDIANTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE? (EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA 'NO' NO DEBE CONTINUAR RESPONDIENDO EL CUESTIONARIO).

Si

No

- EDAD AL MOMENTO DEL PARTO:

20 años o menos

de 20 a 30 años

de 30 años o más

- ¿EN QUÉ AÑO TRANSCURRIÓ EL MOMENTO DEL PARTO?

2020

2021

2022

2023

2024

2025

- GÉNERO AUTOPERCIBIDO:

Femenino

Masculino

Otro

- LOCALIDAD DE RESIDENCIA AL MOMENTO DEL PARTO

Florencio Varela

Quilmes

Berazategui

Avellaneda

Otro

- ¿SU PARTO FUE?

Subsistema público

Subsistema de la Seguridad Social (obras Sociales)

SubSistema Privado (pre-pagas, en privado)

- SU PARTO FUE:

Cesárea

Natural

- ¿RECIBIÓ APOYO O ASISTENCIA PARA AMAMANTAR POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE ATRAVESÓ SU PARTO?

Si

No

- ¿FUÉ INFORMADA DESDE EL EMBARAZO, POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD, ¿SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA?

Si

No

- ¿RECIBIÓ INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO NECESARIO (DE MANERA VERBAL O A TRAVÉS DE FOLLETERIA), POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD, SOBRE LOS CUIDADOS QUE UNO DEBE TENER CON SÍ MISMO/A POR HABER ATRAVESADO UN EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO?

Si

No

- ¿CONSIDERA QUE RECIBIÓ INFORMACIÓN NECESARIA, POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD, ¿SOBRE LOS CUIDADOS QUE UNO DEBE TENER CON EL RECIÉN NACIDO PARA SU CRECIMIENTO Y DESARROLLO?

Si

No

- ¿EL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD UTILIZÓ UN LENGUAJE CLARO, QUE HAYA FACILITADO SU COMPRENSIÓN A LA HORA DE COMUNICARSE?

- Lenguaje no comprensible
- Por momentos comprensible y por momentos no
- Lenguaje muy comprensible

- ANTES DEL PROCESO DE PARTO ¿FUÉ INFORMADO/A POR LA INSTITUCIÓN DE SALUD SOBRE SUS DERECHOS EN CUANTO A LA LEY DE PARTO RESPETADO?

Si, fui informado/a por personal médico

Si, fui informado/a por enfermeros/as

Si, fui informado/a por personal administrativo

Si, fui informado/a por el servicio de Trabajo Social

Si, fui informado/a por otros miembros de la institución de salud

No fui informado/a

- ¿FUE DEBIDAMENTE INFORMADO/A POR EL PERSONAL DE SALUD SOBRE LAS DISTINTAS INTERVENCIONES MÉDICAS QUE PUDIERAN TENER LUGAR DURANTE EL PROCESO DE EMBARAZO PARA PODER ELEGIR EN CASO DE QUE EXISTIERAN DISTINTAS ALTERNATIVAS DE ATENCIÓN?

Si

No

- ¿CONSIDERA QUE SE RESPETÓ SU INTIMIDAD Y SUS PAUTAS CULTURALES EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD?

Si

No

- ¿SE LE PERMITIÓ VER A SU BEBE O TENERLO EN BRAZOS INMEDIATAMENTE LUEGO DEL PARTO EN CASO DE QUE ASÍ LO DESEARA?

Si

No

- ¿CONSIDERA QUE LA INTERNACIÓN DURÓ MÁS TIEMPO DEL NECESARIO SIN UN MOTIVO?

Si

No

- ¿SE INTENTÓ SOMETER SU PERSONA O EL RECIÉN NACIDO A EXÁMENES O INTERVENCIONES CON OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN SIN SU CONSENTIMIENTO?

Si

No

- ¿SE LE NEGÓ EL ACCESO DE UNA PERSONA SELECCIONADA POR USTED PARA QUE SEA SU ACOMPAÑANTE EN EL PROCESO DE PARTO Y POSTPARTO?

Si

No

- ¿SE LE PERMITIÓ TENER A AL RECIÉN NACIDO EN UNA CUNA AL LADO SUYO LUEGO DEL PARTO SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA REQUERIDO ALGÚN CUIDADO ESPECIAL?

Si

No

- ¿SE LE SUMINISTRÓ MEDICACIÓN DURANTE SU INTERNACIÓN SIN SU CONSENTIMIENTO A USTED O AL RECIÉN NACIDO?

Si, a ambos

Si, sólo al recién nacido

Si, sólo a mí

No

- ¿TUVO ACCESO A INFORMACIÓN CLARA POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD A LOS EFECTOS QUE PRODUCEN EN EL RECIÉN NACIDO Y LA MADRE O PERSONA GESTANTE EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS?

Si

No

- ¿RECIBIÓ INFORMACIÓN PRECISA SOBRE EL CALENDARIO DE VACUNACIÓN?

Si

No

- ¿CONSIDERA QUE EL RECIÉN NACIDO FUE TRATADO DE FORMA RESPETUOSA Y DIGNA?

Si

No

- ¿SE LE INFORMÓ SOBRE LA EVOLUCIÓN DE SU PARTO Y EL ESTADO DEL RECIÉN NACIDO EN GENERAL?

Si

No

- ¿SE LE PERMITIÓ SER PARTÍCIPE DE LAS ACTUACIONES PROFESIONALES?

Si

No

- EN CASO DE QUE HAYA ESTADO EL RIESGO LA SALUD DE USTED O DEL RECIÉN NACIDO ¿RECIBIÓ INFORMACIÓN COMPRENSIBLE, SUFICIENTE Y CONTINUADA, EN UN AMBIENTE ADECUADO, SOBRE EL PROCESO O EVOLUCIÓN DE LA SALUD SUYA Y DE SU BEBE INCLUYENDO DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO?

Si

No

- ¿SE LE PERMITIÓ TENER ACCESO CONTINUADO A SU BEBE MIENTRAS LA SITUACIÓN CLÍNICA LO PERMITIERA?

Si

No

- ¿SE LE PERMITIÓ PARTICIPAR EN LA ATENCIÓN MÉDICA DEL RECIÉN NACIDO Y EN LA TOMA DE DECISIONES RELACIONADAS CON SU ASISTENCIA?

Si

No

- ¿SE LE REALIZÓ EXÁMENES O INTERVENCIONES AL RECIÉN NACIDO CON FINES DE INVESTIGACIÓN SIN QUE USTED DIERA EL CONSENTIMIENTO?

Si

No

- SIEMPRE QUE NO INCIDE DESFAVORABLEMENTE A SU SALUD ¿SE LE FACILITÓ EL ACCESO AL RECIÉN NACIDO PARA QUE PUDIERA PROPORCIONAR LA LACTANCIA MATERNA?

Si

No

- ¿RECIBIÓ ASESORAMIENTO E INFORMACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIALES QUE SE DEBE TENER CON UNO MISMO Y CON EL RECIÉN NACIDO?

Sí, solo sobre el recién nacido

Sí, solo sobre mí

Sí, sobre los dos

No recibí asesoramiento

- ¿TENIAS CONOCIMIENTO DE LA LEY DE PARTO RESPETADO ANTES DEL MOMENTO DEL PARTO?

Si

No

La violencia obstétrica es una acción que ejerce el personal de salud, tanto en el cuerpo como en los procesos reproductivos de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, actuando deshumanizadamente, en la utilización de fármacos en exceso y patologización de los procesos naturales. Se caracteriza por ser física, psicológica y sexual. Se constituye como una violación a los Derechos Humanos (DDHH), atentando a la salud la intimidad y el trato digno.

- ¿CONSIDERA USTED QUE PUDO HABER SUFRIDO VIOLENCIA OBSTÉTRICA?

Si

No

- DURANTE SU PROCESO DE EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO ¿SE ACERCÓ ALGÚN PROFESIONAL DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL A DIALOGAR CON USTED SIN QUE LO HAYA SOLICITADO EXPLÍCITAMENTE?

Si

No

- EN CASO DE QUE HAYA TENIDO LA POSIBILIDAD DE DIALOGAR CON ALGUNA PERSONA QUE TRABAJE EN EL EQUIPO DE TRABAJO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD ¿CUÁL FUE SU EXPERIENCIA EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN BRINDADA?

Muy satisfecho/a (la atención fue excelente y superó mis expectativas)

Satisfecho/a (la atención fue buena y cumplió con mis expectativas)

Neutral (la atención fue regular y no cumplió con mis expectativas)

Insatisfecho/a (la atención fue mala y no cumplió con mis expectativas)

Muy insatisfecho/a (la atención fue muy mala y fue una experiencia negativa)

No aplica (no tuve contacto con el equipo de Trabajo Social)

- EN CASO DE QUE HAYA TENIDO OPORTUNIDAD DE SER ATENDIDO POR UN TRABAJADOR SOCIAL ¿QUÉ ASPECTOS DE LA ATENCIÓN BRINDADA CONSIDERA QUE FUERON POSITIVOS?

Si

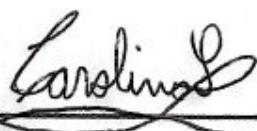
No

- ¿QUÉ ASPECTOS DE LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL EQUIPO DE TRABAJO SOCIAL CONSIDERA QUE PODRÍAN MEJORAR?
- ¿QUIERE RELATAR ALGO SIGNIFICATIVO DE SU PARTO Y/O SITUACIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA?

Entrevista personal para Trabajador/a Social dentro del ámbito sanitario.

- ¿Qué función cumple como Trabajador Social en cuanto al ámbito sanitario?
- ¿Desde qué año ejerce su profesión?
- ¿Cómo definiría la violencia obstétrica?
- ¿Considera que dicha violencia puede estar relacionada con la Violencia de Género?
- ¿Sabe si existe alguna legislación en Argentina que penalice casos de Violencia Obstétrica? En caso de respuesta afirmativa ¿Cuáles?
- ¿Le tocó intervenir frente a un caso de VO? En caso de ser afirmativo ¿De qué manera intervino?
- ¿Cuáles cree que son las causas de la existencia de casos de VO?
- ¿Considera que hay factores que determinan quienes pueden llegar a sufrir VO?
- ¿Considera que los Trabajadores Sociales cuentan con los recursos necesarios para asesorar, atender o prevenir casos de VO? En caso de ser afirmativo ¿Cuáles son esos recursos?
- En caso de que la persona haya sufrido violencia obstétrica ¿Cuáles son las intervenciones posibles a realizar?
- Si tuviera que sugerir algún recurso faltante para afrontar la problemática de la VO ¿Cuál sería?
- ¿Considera que existe algún impedimento para atender a las víctimas de VO?
- Si tuviera que proponer algún tipo de intervención posible para prevenir la VO ¿Cuál sería?
- El trabajador social ¿Realiza alguna intervención con las mujeres embarazadas? En caso de ser afirmativo ¿Cuáles? En caso de ser negativo ¿qué tipos de intervención propondría?

- ¿Tiene conocimiento sobre algún cambio que se haya efectuado para el cumplimiento de la Ley de Parto Humanizado?
- ¿Considera que aún se deben realizar cambios para prevenir o erradicar posibles casos de VO?
- ¿Qué orientaciones le podría brindar en su trabajo a mujeres y cuerpos gestantes antes o después de su parto si sufren VO?

X 

Carolina Lopez

DNI: 38.457754