



LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

SANCIONA CON FUERZA DE

LEY

Artículo 1°: La presente ley tiene por objeto establecer los derechos de las personas gestantes y familias frente a la muerte perinatal y los procedimientos médicos y asistenciales para su adecuada atención. Deberá aplicarse de manera obligatoria en el sistema de salud, tanto público como privado.

Las obras sociales, la medicina prepaga y todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados, independientemente de la figura jurídica que posean, tendrán a su cargo con carácter obligatorio instrumentar las medidas y ejecutar los cambios necesarios para garantizar su cumplimiento.

Artículo 2°: A los fines de la presente ley se comprenderá por muerte perinatal a la muerte del feto o recién nacido que ocurre entre la semana 22° de gestación y los siete días posteriores al nacimiento.

Artículo 3°: Son objetivos de la presente ley:

a) Dotar a las/os profesionales de la salud que intervienen al momento del pre parto, parto y posparto, de una guía de acción con procedimientos estandarizados que faciliten la atención sanitaria de aquellas personas gestantes y familias que sufren una muerte perinatal.

b) Posibilitar, mediante diversas estrategias, que la persona gestante y familia puedan atravesar la pérdida en un ambiente de contención y cuidado, con el acompañamiento de profesionales especializados en la materia.

c) Facilitar a las personas gestantes y familias la información necesaria acerca de las opciones terapéuticas, gestiones a realizar, documentación a cumplimentar y consultas sucesivas, a fin de que puedan decidir las alternativas más pertinentes asegurando el acompañamiento de las/os profesionales durante todo el proceso.

Artículo 4º: Las personas gestantes y familias, frente a la situación de muerte perinatal, tiene los siguientes derechos:

a) A recibir información sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que puedan optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

b) Al tratamiento con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso y tenga en consideración sus pautas culturales.

c) A tomar contacto con el cuerpo sin vida de su hijo/a, teniendo la opción de hacerlo acompañados/as por un/a psicólogo/a, durante el tiempo que considere necesario, siempre que fuera posible.

d) A decidir el destino final del cuerpo sin vida siempre que no haya oposición formal, válida y legal.

e) A designar un/a acompañante en cualquier momento del proceso. Deberá ser respetada la decisión de no ser acompañada.

f) A tomar conocimiento fehaciente de las causas que originaron el deceso, en cuyo caso, podrán solicitar la realización de la autopsia o estudio anatómico patológico del cuerpo.

g) A ser internada en un servicio diferenciado de la maternidad.

h) A recibir información sobre lactancia y métodos de inhibición de la misma.

i) A recibir tratamientos médicos y psicológicos post internación a fin de reducir la prevalencia de trastornos derivados de duelos crónicos y el debido seguimiento de los mismos.

j) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

Artículo 5°: Establécese la obligatoriedad de aplicar la Guía de Buenas Prácticas para la Atención de la Muerte Perinatal que figura como anexo de la presente.

Artículo 6°: Los establecimientos de salud deberán garantizar espacios físicos específicos de internación para la persona gestante y los/las acompañantes donde se priorice la tranquilidad e intimidad luego de acaecido el deceso perinatal.

Artículo 7°: Será Autoridad de Aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Provincia

Artículo 8°: Son funciones de la autoridad de aplicación:

a) Fomentar y controlar la aplicación de la presente ley

b) Evaluar las acciones que se realizan en los centros de salud públicos y privados hacia las personas gestantes y familias frente a la muerte perinatal para que se correspondan con lo establecido en la presente ley.

c) Articular la realización periódica de actividades de sensibilización y difusión respecto de la muerte perinatal.

d) Elaborar e implementar programas de formación y capacitación de recursos humanos especializados en la atención de la persona gestante y su familia en contextos de muerte perinatal.

e) Elaborar programas de prevención, educación y promoción de la salud que tengan como propósito la reducción de muertes perinatales.

f) Generar un registro orientado prioritariamente al estudio de las causas más frecuentes de muerte perinatal, así como al de las causas evitables a fin de reducir el riesgo de recurrencia.

Artículo 9°: De forma.

FUNDAMENTOS

La muerte perinatal es una realidad en nuestro país y en nuestra provincia. La misma ha sido definida por la OMS como la muerte fetal o del recién nacido que se da entre la semana 22° de gestación y los 7 días del nacimiento. Según el último informe del Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con la OPS y la OMS en el país hay 11,3 muertes perinatales cada 1000 nacidos vivos. Córdoba por su parte registró 9,2 muertes perinatales cada 1000 nacidos vivos según el mismo informe¹. Esto quiere decir que durante el 2020 se registraron 398 muertes perinatales en nuestra provincia.

Lamentablemente ni en el país ni en Córdoba, existen procedimientos adecuados para el trato de las personas gestantes, sus parejas y familias que atraviesan una pérdida tan inmensa como la de su hijo o hija en el momento en que esperaban su nacimiento. No existe hoy ninguna guía de actuación que prepare a los profesionales y agentes de la salud para atender y asistir interdisciplinariamente un momento tan particular, que marcará a futuro la posibilidad de esa persona gestante y el entorno de procesar de manera saludable el duelo y la pérdida, para evitar duelos crónicos y sufrimientos psíquicos.

En nuestro país la ley 26485 entiende a la violencia obstétrica como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929. Sin embargo, esta última, sólo contempla como posibilidad final del parto, el nacimiento con vida del hijo/a deseado/a. Y esto, como ya hemos mencionado, no siempre es así, por ende es necesario visibilizar estas situaciones y establecer procedimientos específicos, para evitar perpetuar o profundizar el dolor de quienes deben atravesarlo.

Ese es el objetivo prioritario del presente proyecto: establecer que en todo momento las personas gestantes y sus familias que atraviesan la pérdida por una muerte perinatal son sujetos de derecho y como tales tienen que poder acceder a la información, decidir y sobre todo ser tratadas respetuosamente por personal capacitado. Que para hacer eso posible es necesario establecer una guía de actuación para que todos los profesionales y agentes de la salud deban proceder de esa forma frente a una muerte perinatal.

A la vez es fundamental que el Estado propicie la formación y especialización en la temática, así como también jornadas de visibilización y sensibilización para todo el personal de salud. La muerte perinatal es un tema tabú, es el duelo silenciado y anulado. Esto debe ser cambiado para que quienes deban atravesar ese proceso puedan hacerlo con la mayor información posible y sobre todo, con el acompañamiento que requieren.

Para hacer eso se establece la obligatoriedad de aplicar una Guía de Buenas Prácticas para la Atención de la Muerte Perinatal donde se explicita de manera detallada la forma en que se debe

asistir el pre parto, parto y posparto en estos caso y es de implementación obligatoria en todos los establecimientos de salud, públicos y privados, de la provincia. Un apartado especial merece la obligatoriedad de contar con espacios físicos diferenciados de la maternidad, para que atraviesen la internación las personas gestantes junto a su pareja, familia y/o acompañantes que elijan. Este aspecto es clave para evitar una revictimización y el aumento del sufrimiento que genera el hecho de escuchar el llanto de otros bebés o ver a otras mujeres próximas a parir o con sus hijos o hijas recién nacidos/as.

Por último la autoridad de aplicación deberá llevar un registro orientado prioritariamente al estudio de las causas más frecuentes de muerte perinatal, así como al de las causas evitables a fin de reducir el riesgo de recurrencia.

Finalmente queremos expresar que este proyecto viene a saldar otra deuda histórica del sistema con las mujeres. Porque si en general las instituciones de salud tienen prácticas violentas en el momento del parto, estas se profundizan mucho más cuando esta mujer no logra llevar a cabo la tarea para la cual el sistema la pretende infalible: la de parir y ser madre. Por eso en muchos casos al dolor inconmensurable de perder al hijo/hija deseado se suma el sentimiento de culpa aumentado por el maltrato al que son sometidas: a modo de ejemplo vamos a transcribir algunos fragmentos de un relato de una pareja que atravesó esta pérdida en el Hospital Neonatal de la Provincia de Córdoba:

“Llegamos a la guardia con un embarazo a término y contracciones de parto, me hacen pasar a mi sola, porque en la guardia del neonatal no puedes entrar acompañada por tu pareja. El doppler no detecta latidos, usaron para eso el estetoscopio de madera y tampoco logran escucharlos. Me llevan para una habitación arriba y con un ecógrafo portátil me hacen una ecografía. Escucho frases como hay cabalgamiento y otras, pero nadie me dice concretamente qué pasa. Hasta que yo pregunto: ¿Qué pasa? y ahí me dicen que el corazón de mi hija no late, entonces yo pregunto si está muerta y me dicen que sí. Me enteré de la peor noticia de mi vida sin tener a mi pareja cerca. A mi me llevan a una habitación de preparto, a él lo llaman para que suba con el bolso y en el pasillo, cuando piensa que va a asistir al nacimiento de su hija, le avisan que ella murió, casi se desmaya y no lograba ponerse la bata para ingresar a la sala.

Ya los dos en la sala de preparto me colocan la oxitocina y comienza mi trabajo de parto acostada en una cama. Cuando las contracciones se intensifican y empiezo a gritar de dolor viene la obstetra y me pregunta “sos vos la que está gritando”, yo no sabía quien más podía gritar y si la pregunta era un reproche. Inició así la salida de mi hija a este mundo. La llevaron, la limpiaron y pesaron, la trajeron envuelta en una manta. No me dijeron cuánto pesaba, eso lo registró mi pareja y me lo dijo horas después. Se la llevaron, no sé para qué, en ese ínterin nos preguntaron si queríamos que le hicieran una autopsia, nos dijeron que era un procedimiento engorroso y que no iba a dar resultados valiosos, que si no queríamos podíamos firmar ya y listo. Dijimos que no queríamos hacerla, no sé aún si hubiese servido de algo, quizás hubiera preferido pensarlo más.

Acostada firme la negativa. Me dijeron que iban a llevarla a la morgue, que si quería verla una vez más, dije que sí, me la trajeron y ya tenía algunas partes de la cara hinchada. No tenemos más recuerdo de su rostro que ese.

Me suturaron y me quedé en esa sala un tiempo, me dormía y me despertaba asfixiada. Vinieron a buscarme y me dijeron que me llevarían a la sala de internación, pedí que mi pareja estuviera conmigo, me dijeron que no se podía, que en la maternidad solo internan a mujeres y sus hijos/as. Insistimos, nos dijeron que accedían a que él se quede, pero debía permanecer en la habitación y firmar un papel.

Me internaron en la maternidad. Escuché llantos de bebés y a sus mamás arrullándolos las 30hs que estuve ahí. Me asistió una enfermera que hablaba mucho y me dio unas pastillas para cortar la lactancia, me revisó los puntos y me dijo que era jóven y podía volver a quedar embarazada. A la noche solicité a una conocida que me trajera un ansiolítico porque nadie de salud mental había venido a verme y yo sabía que no iba a poder dormir. A mi pareja en ningún momento nadie le preguntó cómo se sentía, ni si necesitaba algo, ni siquiera le facilitaron una silla más cómoda, la noche que pasamos ahí debió dormir en el piso.

Al día siguiente me dieron el alta y nos informan que debíamos pasar a buscar los papeles para los trámites, para eso nos acercamos a la oficina de servicios sociales y cuando explicamos la situación, nos dicen que no había bebé, que era un feto, que no tenían certificado para darme. No pudimos responder nada, sólo lloramos.

Días después fui a la consulta con el obstetra (que no asistió el parto porque estaba de vacaciones pero era quien había seguido el embarazo). Nos dice que de todas las embarazadas que atendía era de la que menos esperaba un desenlace así por lo 'aplicada' que había sido con el seguimiento de mi embarazo. Que vea el estudio de anatomía patológica de mi placenta y que si quiero vaya al servicio de salud mental. Recurrimos al servicio de salud mental, me atendió una psiquiatra que dijo que sólo podía atender mujeres, o sea que dejó afuera a mi pareja de la sesión. Me ofreció pastillas. En ese instante decidí terminar mi vínculo con esa institución. Por su parte nunca nos llamaron para saber cómo seguíamos”.

Del relato pueden desprenderse múltiples violencias, que al ser detectadas deben ser abordadas de manera urgente, para que no vuelvan a suceder. La explicación paciente, la escucha paciente, el tiempo para decidir, el valor de las decisiones, la importancia de dar la posibilidad de tener recuerdos de ese hijo o hija, el acompañamiento multidisciplinario antes, durante y después del parto. Todo eso faltó en este caso y es un reflejo de lo que falta en general en el sistema de salud, tanto público como privado.

Es por todos estos motivos que solicito a mis pares el acompañamiento al presente proyecto de ley.

1 https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/indicadores_basicos_2020.pdf

Firmantes:

- Echevarria, Luciana Gabriela

Descargado el Miércoles 13 de Octubre de 2021 - 14:21 hs