

Violencia obstétrica en Argentina

*INFORME PAÍS ELABORADO PARA MAKE MOTHERS
MATTER, REPRESENTACIÓN ANTE LA UE*

MMM – F. SÁEZ ZAMORA

Resumen ejecutivo.....	III
A. Introducción.....	1
B. Argentina.....	2
B.1. Características generales del país.....	2
B.2. El sistema de salud argentino.....	3
B.2.a. El sistema público y el de las obras sociales.....	3
B.2.b. El sistema privado.....	4
C. El embarazo en Argentina.....	5
C.1. Situación general.....	5
C.2. Actores.....	5
C.2.a. Agentes de la salud.....	5
C.2.a.i. Obstetras.....	5
C.2.a.ii. Obstétricos.....	6
C.2.a.iii. Otros miembros del personal médico.....	7
C.2.a.iv. Doulas.....	7
C.2.a.v. Los colegios médicos y asociaciones médicas.....	8
C.2.b. Activistas.....	10
C.2.c. La academia.....	10
C.2.d. Las madres.....	11
C.3. Los establecimientos de salud.....	13
C.4. Violencia obstétrica.....	14
C.4.a. Durante el embarazo.....	14
C.4.b. El parto.....	16
C.4.c. El puerperio.....	18
C.4.d. Situaciones de especial vulnerabilidad.....	18
C.4.d.i. Inmigración.....	18
C.4.d.ii. Religión.....	19
C.4.d.iii. Género.....	19
C.4.d.iv. Las personas privadas de libertad.....	19
D. La regulación argentina en materia género: avances y desafíos.....	21
D.1. El marco legal de la violencia obstétrica.....	21
D.1.a. Protección constitucional.....	22
D.1.b. Protección de DIDH.....	23
D.1.c. Protección legal.....	26
D.1.c.i. Normativa general.....	26

D.1.c.ii. Normativa específica para el embarazo	26
D.1.d. Regulación infra legal	27
D.2. ¿Reclamos administrativos o judiciales?	29
E. Desafíos para la eliminación de la violencia obstétrica en Argentina	30
F. Referencias.....	33
G. Anexo. Esquema del sistema de salud argentino	38

RESUMEN EJECUTIVO

Este informe estudia la violencia obstétrica en Argentina, un país en vías de desarrollo de América del Sur.

Su sistema de salud es tripartito. Los centros de salud son públicos -de acceso libre y gratuito a cualquiera que lo solicite- o privados. El 99% de los partos ocurren en hospitales.

Cuenta con una infraestructura que superaba los estándares de la región, pero que en los últimos años se ha deteriorado. Sus profesionales de la salud tienen una formación rigurosamente científica; la mayoría de los eventos relacionados con la salud han sido institucionalizados.

En los últimos años la violencia contra las mujeres se ha vuelto uno de los primeros temas de agenda en el país. La violencia obstétrica, hasta hace poco relegada a un nicho especializado, ha logrado posicionarse en los medios y en el discurso cotidiano.

Los casos de violencia ocurren tanto antes, como durante y luego del parto. Muchos de ellos han terminado en la muerte de las madres involucradas.

Argentina ha regulado bastante la materia, con protección en el nivel constitucional, de derecho internacional, legal, e infralegal. Existe una Ley específica 25.929, de parto humanizado de 2003 que no fue regulada sino hasta 11 años más tarde, mediante el **decreto 2035/2015** después de años de activismo en el Ministerio de Salud. Su articulado incluye:

- El derecho a ser informada,
- El derecho a ser respetada, tanto física como psicológicamente.
- El derecho al vínculo con el recién nacido, permitiendo que la madre tome pronto contacto con el bebé.
- El derecho a la libertad de movimiento, tanto para la madre como para los familiares o conocidos que deseen visitarla.
- El derecho a amamantar,

La regulación permite afirmar que los actos de violencia obstétrica son ilegales en Argentina.

Las guías publicadas por el Ministerio de Salud o la Academia de Medicina incorporaron a derecho interno los estándares internacionales. Sin embargo, el Ministerio fracasó en monitorear la implementación de estas guías y no se conoce el impacto de las mismas en luchar contra la violencia obstétrica.

Se han experimentado importantes avances en las últimas dos décadas. Sin embargo, aún existen muchos desafíos por superar. Se detectan al menos ocho desafíos específicos de la violencia obstétrica, consistentes en:

1. Evitar la confusión con otras problemáticas de género.
2. Lograr la autonomía normativa.
3. Incorporar la complejidad adicional causada por el federalismo argentino.
4. Medir el éxito relativo de las guías.
5. Facilitar los mecanismos de denuncias.
6. Fomentar un cambio de paradigma desde temprano.
7. Combatir la opacidad de los colegios médicos
8. Mejorar la deficiente infraestructura en salud.

Sin embargo, la violencia contra las madres persiste. Quienes son profesionales de la salud se resisten a aplicar un cambio en su manera de atender a las madres. Esta situación de incumplimiento sistemático de la normativa aplicable es de larga data en Argentina, y recibe el nombre de anomia. Se analizan algunas propuestas hechas para superar la anomia, así como algunos de los avances realizados en materia de violencia obstétrica.

Por el momento, no hay sentencias judiciales que específicamente hayan tratado la violencia obstétrica, ni siquiera junto con otras reclamaciones. El primer caso de violencia obstétrica que ha llegado a los Tribunales ha sido la reciente denuncia presentada por una madre de la ciudad de Rosario en 2017 que está pendiente de resolverse.

* * *

Una primera versión de este informe fue elaborada para Make Mothers Matter durante el primer semestre de 2017. Esta es la revisión efectuada durante el primer semestre del año 2019. Los principales avances que se detectaron en estos dos años son:

- **Mayor exposición mediática.** La violencia obstétrica se ha instalado en la sociedad.
- **Mejor marco regulatorio.** Varias provincias han legislado en la materia; varios órganos de los poderes ejecutivos provinciales han prestado mayor atención a la violencia obstétrica.
- **Mayor autonomía temática.** Aunque se sigue abordando como una faceta de la violencia de género, la violencia obstétrica se va ganando su espacio normativo y discursivo propio.

Las fuentes son entrevistas realizadas a activistas, académicos, médicos y funcionarios públicos, así como documentos oficiales y las investigaciones realizadas por una cada vez mayor cantidad de participantes.

El objetivo del informe es realizar una evaluación de la eficacia del marco jurídico actual para prevenir situaciones de violencia obstétrica.

El autor es abogado por la Universidad de Buenos Aires.

Para más información:

Francisco Saéz Zamora

Francisco.saez.zamora@gmail.com

Olalla Michelena

Directora

Make Mothers Matter Delegación ante la UE

olalla@makemothersmatter.org

A. INTRODUCCIÓN

Este informe estudia el trato que reciben las mujeres antes, durante, y después de parir, y la efectividad de la protección legal que el marco jurídico argentino les brinda en esos momentos. El informe, entonces, aborda un aspecto de una problemática compleja y multidisciplinaria.

A través de entrevistas con diferentes personas involucradas en la experiencia de ser madre en Argentina, el informe se pregunta, en primer lugar, cuál es el trato que recibe una mujer cuando se acerca a un centro de salud en los diferentes momentos del embarazo, así como durante el parto, y el puerperio. Este trato es contrastado con dos aspectos: por un lado, con el ideal que la legislación argentina se supone que persigue y fomenta; por el otro, con los niveles de protección que esa legislación consigue.

El informe se divide en cuatro partes.

La primera supone una introducción a la República Argentina. Esta parte brinda algunos datos sobre Argentina, como su superficie, población, o historia. También incluye una breve introducción al sistema de salud argentino. La organización sanitaria del país en gran medida condiciona las condiciones en que las madres paren, por lo que conocer un poco sobre su funcionamiento permite entender mejor las condiciones de parto argentinas.

La segunda parte se centra en lo que significa llevar un embarazo y parir en la Argentina. Tras analizar en detalle a los distintos actores involucrados, el informe aborda el nudo del problema: las condiciones en que ocurre violencia obstétrica. La violencia obstétrica es estudiada en un sentido amplio, y se analizan sus manifestaciones antes, durante, y después del parto. Una sección especial es destinada a los casos de especial vulnerabilidad, donde madres en condición migrante o privadas de libertad sufren una especial discriminación.

La tercera parte aborda el marco legal argentino. A pesar de que jurídicamente sobran razones para condenar cualquier manifestación de violencia obstétrica (normas de carácter constitucional, internacional, legal, e infra legal lo condenan), el fenómeno sigue ocurriendo.

La cuarta y última parte propone algunos desafíos cuyo abordaje permitiría si no erradicar, al menos mitigar los casos de violencia obstétrica.

B. ARGENTINA

B.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PAÍS

Argentina se encuentra en América del Sur, y con una superficie de 2.780.400 km² es el octavo país en superficie del mundo; entre la localidad más septentrional (La Quiaca) y la más meridional (Ushuaia) hay más de 5.100 km.

La extensión territorial de Argentina brinda un matiz necesario para comprender los alcances de este informe: en una superficie tan extensa, las generalizaciones deben hacerse con mucha cautela. Existen muchas diferencias entre lo que ocurre en Buenos Aires -la capital de Argentina, así como la ciudad más rica y poblada del país- y lo que ocurre en el resto del país, como el noroeste argentino.

Políticamente, Argentina es una república democrática. Administrativamente es un Estado federal, y las subdivisiones internas se llaman “Provincias”. Cada Provincia goza de mucha autonomía: dictan sus propias Constituciones, eligen sus autoridades democráticamente, organizan su territorio y su sistema de salud libremente, y dictan sus propias leyes. Esto significa que hay cierta legislación federal que sólo será aplicable en una Provincia si esta ha “adherido” a esa ley federal.

Según el censo del año 2010, en Argentina viven alrededor de 40.000.000 de personas, aunque según las últimas estimaciones la población ha ascendido a alrededor de 44.000.000 de personas. Esto hace que el país tenga una densidad de población baja, con 15,68 hab./km². Ahora bien, Buenos Aires es una aglomeración urbana de 13.588.171 de habitantes. Esto es, un cuarto de la población del país se aglutina en una sola ciudad. Le siguen las ciudades de Córdoba (1.329.604), Rosario (948.312), La Plata (740.369), y Mar del Plata (618.989); la décima ciudad más poblada del país no supera los 300.000 habitantes (Bahía Blanca, con 291.327).

A pesar de que en las últimas décadas ha descendido, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) argentino se considera como “muy alto”, con un coeficiente de 0,825.

La población es mayoritariamente católica (88%), casi el 10% es evangélica; hay comunidades de mormones, Testigos de Jehová, entre otros. En Argentina se desarrolla también una dinámica comunidad judía.

El sistema de salud argentino es público, cuyos hospitales y centro de atención son completamente gratuitos tanto para argentinos como para extranjeros.¹ Este sistema ha entrado en crisis desde la década de 1990, lo que ha dado lugar a un gran avance del sistema de salud privado. Aunque comparativamente el país sigue siendo uno de los que mejor servicio de salud prestan en la región, está muy lejos de los estándares alcanzados en la primera mitad del siglo XX.

Finalmente, el sistema jurídico argentino puede ser descrito como ecléctico. Toma del derecho continental europeo el sistema de códigos: las regulaciones en materia civil, comercial,

¹ A los efectos de facilitar la lectura, en este informe se utilizarán diversas palabras en género masculino, lo cual no quiere decir que su significado esté estrictamente limitado a dicho género.

penal, y laboral -entre otras- son uniformes en todo el país. Pero también toma del sistema norteamericano el federalismo -las Provincias- y el control de constitucionalidad llamado “difuso”, esto es, cada juez puede controlar la constitucionalidad de una norma o medida en el caso concreto (no hay un “tribunal constitucional”). En materia penal, la lógica argentina sigue siendo “punitivista” e “inquisitiva”, es decir, el sistema penal busca la verdad para castigar al culpable. El derecho administrativo es local, esto es, cada el Estado Federal y cada Provincia dictan su propio régimen administrativo. Legislativamente, en Argentina se tiende a aprobar normas comprensivas y de penas duras, aun cuando una norma así sea difícil -si no imposible- de implementar.

B.2. EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Argentina tiene un sistema de salud tripartito. Fruto de los vaivenes políticos que el país ha experimentado a lo largo del siglo XX, el sistema de salud argentino “está compuesto por tres sectores poco integrados entre sí y fragmentados también en su interior: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado” (Belló & Becerril-Montekio, 2011). Los cambios más fuertes ocurrieron a mediados del siglo XX, cuando el peronismo introdujo el sistema de obras sociales, y a fines del siglo XX, cuando el peronismo en su variante “menemista” adhirió fervorosamente al credo neoliberal y alentó la “privatización” del sistema de salud así como -bajo la excusa de la “autogestión” de los hospitales públicos- una desfinanciación del sistema público (Veronelli & Veronelli Correch, 2004, págs. 670-671).²

B.2.a. El sistema público y el de las obras sociales

Las prestaciones de salud pública han crecido o se han contraído al ritmo de la política. Así, cuando el primer peronismo instauró el régimen de las obras sociales, paralelamente impulsó la centralización del sistema de salud público, incluso cuando eso podía estar en tirantez con el diseño federal del país. Cuando vino la era las privatizaciones, el credo neoliberal rezaba “descentralización”, por lo que la tendencia fue la contraria, y el Estado federal buscó desvincularse de los establecimientos de salud provinciales (CEPAL, OPS, & PNUD, 2011, pág. 24).

Ahora bien, un estudio de corte transversal, publicado en la Revista Argentina de Salud Pública -una revista del Ministerio de Salud federal- evaluó los sistemas de salud con estrategia de Atención Primaria de la Salud en 16 espacios sociales localizados en las regiones sanitarias Centro, Sur y Cuyo, y el Conurbano bonaerense. El estudio confirma lo que cualquier argentino podría decir en la calle -que el sistema se encuentra muy deteriorado- y brinda algunas precisiones sobre los desafíos del sistema público. Así, el estudio sugiere que hay un déficit de personal para atender las demandas crecientes de la población; en un alto porcentaje, hay déficit edilicio o de equipamiento; si bien tanto para la comunidad como para el equipo de salud, el 82,6% de los centros resuelve la consulta, la causa más común de falta de resolutivez se da cuando se presentan situaciones de mayor complejidad; a pesar de que se está intentando dejar el modelo asistencial para pasar al de Atención Primaria en Salud, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, el modelo tradicional

² Por “peronismo” se designa a un partido político que inició sus actividades en los años 1940; fue fundado por J.D. Perón. Desde su aparición ha jugado un rol central en la vida política argentina.

permanece vigente; sorprendentemente, apenas más de la mitad de los centros poseen información sobre la salud de la comunidad en su área de acción; esto guarda relación con que la población manifiesta no tener participación en la gestión de los centros de salud: menos del 20% refirió haber participado en algún espacio de encuentro con el efector de salud. El principal punto fuerte de los servicios de salud públicos parece estar en la disponibilidad de los medicamentos, pues más del 80% dispone de los medicamentos esenciales y un número similar de encuestados considera que los medicamentos disponibles están acordes con las necesidades de los centros (Paganini, y otros, 2010, págs. 20-21).

El estudio también refleja las particularidades del federalismo argentino: el 49% recibe aportes del municipio o departamento al que pertenece, pero también registra desconocer acerca de los programas sanitarios vigentes: sólo el 54,8 % respondió acerca de los programas vigentes (Paganini, y otros, 2010, pág. 21). Como se verá más adelante, esto puede suponer un problema para la implementación de políticas de tipo *top-down*, como sería la aplicación de leyes federales para que apliquen los centros locales.

Lo que estos estudios de corte más cuantitativo reflejan guarda relación con lo hallado por la enjundiosa investigación que Cecilia Canevari ha llevado adelante en un hospital de la Provincia de Santiago del Estero, una de las más rurales del país. En Santiago del Estero, donde la mayoría de la población vive fuera de los centros urbanos, es necesario que la futura madre se desplace muchos kilómetros hasta el centro de salud (Canevari, 2011, pág. 31).

Pero también en las aglomeraciones urbanas el acceso se ve dificultado por la ubicación de los centros de salud. La ciudad de Buenos Aires, cuya extensión territorial es muy dilatada, tampoco ofrece centros de salud cercanos. La infraestructura urbana, la disposición de los accesos, hace que moverse a lo largo de la ciudad lleve muchas horas y mucho esfuerzo físico. En estas condiciones, también es complejo para una madre acceder a los centros de salud urbanos: es habitual, entonces, que ellas prefieran quedarse en el mismo centro de salud, o en algún lugar cercano, mientras dura su trabajo de parto (Funcionario 1, 2017).

B.2.b. El sistema privado

El número total de empresas de medicina prepaga se desconoce ya que no existe un registro oficial, pero se estiman en alrededor de 300 entidades con una gran concentración en Capital Federal y Gran Buenos Aires. Relacionado con el sector privado prestador, se registran aproximadamente 10.000 establecimientos, con y sin internación, que representan algo más del 60% sobre el total sectorial. La mayoría de clínicas y sanatorios y los centros de diagnóstico son pequeñas y medianas empresas con fines de lucro, intensivas en recursos humanos especializados y, por lo tanto, generadoras de empleo (aproximadamente 390.000 puestos de los cuales 252.000 se encuentran en relación de dependencia formal) (CEPAL, OPS, & PNUD, 2011, pág. 31).

C. EL EMBARAZO EN ARGENTINA

C.1. SITUACIÓN GENERAL

Se puede decir que en Argentina “los niños nacen y mueren en los servicios de salud” porque en el país “el 99 % de los partos son institucionales” (Speranza & Kurlat, 2011). Esta fuerte institucionalización hace que la calidad de atención del servicio de atención condicione tanto las muertes maternas como las muertes en el primer mes de vida.

Se estima que en Argentina hay unos 900 establecimientos de salud del sector público para atender 400.000 nacimientos (Speranza & Kurlat, 2011). La Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia (DINAMIA) –que experimentó un importante hiato tras el cambio de gobierno en 2015- y la Dirección de Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación muestran que sobre 676 efectores evaluados, el 77 % atiende menos de 1000 partos al año. Sin embargo, en estas instituciones se produce sólo 30 % de los nacimientos. Estas madres y sus hijos tienen mucho más riesgo de complicaciones y muerte, ya que la inmensa mayoría de dichas instituciones (más del 60 %) no cumple con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (quirófano disponible y adecuado, anestesia, sangre segura, traslado y asistencia neonatal inmediata) (Speranza & Kurlat, 2011). Esta información cuantitativa es confirmada por estudios cualitativos de campo (Canevari, 2011, pág. 35).

C.2. ACTORES

C.2.a. Agentes de la salud

En un sistema fuertemente institucionalizado, también los oficios del embarazo han sido profesionalizados. Toda la información recabada para este informe consiste en señalar que rige una fuerte jerarquía entre los diferentes actores.

C.2.a.i. Obstetras

En la cúspide de la pirámide de un hospital se ubican *los* ginecólogos obstetras. En efecto, hay preponderancia de hombres en este campo de la medicina. Para ser obstetra se requiere haber estudiado la carrera de medicina y haber realizado la “residencia” en un hospital. El obstetra es un especialista en ginecología y obstetricia. Forma parte y reproduce (aunque lo ignore) el llamado modelo o paradigma médico hegemónico.

La formación de un médico lleva entre 7 y 10 años, dependiendo de la universidad que se elija. En la Universidad de Buenos Aires (UBA), la duración de la carrera estándar es de 8 años. Normalmente implica 1 año introductorio llamado “Ciclo Básico Común”, unos 6 años de formación universitaria, y otro año llamado “Internado Anual Rotatorio (IAR)”, en el que los alumnos van cambiando de hospital donde realizan prácticas. Pero es común que haga falta más tiempo para completar la carrera.³ Terminados los estudios, se pasa a la “residencia”, que dura unos 3 años en promedio, organizado en tres escalafones: R1, R2, R3, siendo

³ La UBA adhiere a los valores de la llamada “Reforma universitaria” de 1918: abierta, gratuita y laica. Se considera que cualquier persona tiene que tener acceso a una formación universitaria. Como muchos estudiantes a la vez tienen que trabajar a tiempo completo, los límites temporales de las carreras son muy laxos, permitiendo cursar menos cantidad de materias.

este último el más alto. En la residencia se trabaja como si ya fuera médico, pero bajo la supervisión estricta de sus superiores. Es común que a los R1 se les obligue a hacer las tareas más desagradables y se les exija más durante las guardias, que duran unas 24 horas.

Vale la pena volver nuestra atención hacia la principal responsable de la formación médica argentina: la UBA. Esta universidad, con sede en la ciudad de Buenos Aires, es responsable de la formación de unos 30.000 médicos⁴ (Rectorado de la Universidad de Buenos Aires, 2012), y de ella egresaron y enseñaban los tres premios Nobel de Argentina en medicina; en una palabra, la influencia de la UBA es determinante para la sociedad argentina. Entonces, la forma de enseñar medicina en la UBA en gran medida condicionará el tipo de médicos que luego atenderán a la mayoría de las futuras madres y parturientas.

La formación de la UBA puede ser definida como “cientifista”: las personas son objetos, y su cura es el objetivo de un buen médico (Residente 1, 2017). A pesar de que los médicos de la UBA conocen perfectamente la definición de salud dada por la OMS, el acento pasa por el bienestar físico, más que cualquier otra cosa. Esto se ve reflejado en el hecho de que a lo largo de los 8 años de carrera, los estudiantes de medicina de la UBA tienen dos materias de dos meses con algún tipo de contenido humanista (Estudiante de medicina, 2017).

Lejos de ser la excepción, esta parece ser la norma. El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires también confirma que la universidades de la Provincia imparten, en promedio, menos de 2 meses de formación en salud mental (Funcionario 1, 2017).

Quizá por ello no sorprenda descubrir que, a lo largo de toda la carrera, los futuros médicos cursan dos materias bimestrales que hacen al bienestar psicológico de la persona (“Bio-ética” y “Salud mental”) y que dentro de esta materia se encuentra toda la formación de género que se les da a los médicos UBA – en comparación, se cursa 1 año entero de “anatomía”.

Explorar la bibliografía que acompaña estos estudios de salud mental es también significativo: el único capítulo destinado a la problemática de la violencia obstétrica parece más preocupado por salvaguardar a los médicos de problemas derivados de la mala praxis que por el bienestar de las mujeres. Por su parte, la bibliografía de “medicina legal” se asemeja sorprendentemente a un manual para evitar problemas legales. Así, uno de los libros de referencia en la materia carece de toda perspectiva de derechos humanos, y dedica menos de 10 páginas a los derechos de las madres (Patitó, 2012).

C.2.a.ii. Obstétricos

En el segundo escalafón dentro del hospital se ubican los *obstétricos*. El obstétrico es un licenciado en obstetricia, y es lo más parecido que hay en Argentina a comadronas o parte-ras. En un país con un paradigma de formación universitaria masiva, el saber tradicional ha sido relegado o institucionalizado; salvo en las zonas más rurales del país, el “oficio” de partero ha desaparecido completamente. La asimilación es tal que cuando este investigador preguntaba por los parteros, sistemáticamente se la ha respondido haciendo referencia a

⁴ En concordancia con el principio de apertura, la UBA tiene acceso irrestricto. Esto significa que la universidad comprende un universo de al menos 300.000 estudiantes y 28.000 profesores; todo el “complejo UBA” implica 13 Facultades que dictan 85 carreras de grado, 3 escuelas, 18 museos, y 7 hospitales (Rectorado de la Universidad de Buenos Aires, 2011)

“los obstétricos”. En comparación, en Brasil las comadronas pueden ser tanto tradicionales, es decir, que alguien le enseña la práctica, como también de formación más institucionalizada (Moraes, 2012). Los intentos de abrir una formación menos institucionalizada en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, fueron sistemáticamente bloqueados por el cuerpo médico de la Provincia (Activista 1, 2017). La formación del obstétrico, entonces, es una licenciatura que se cursa en una universidad, y lleva entre 5 y 6 años.

Pero a pesar de que los obstétricos tienen una formación tan universitaria como la del médico, la jerarquización del obstétrico en el hospital es categórica: “no son médicos”, razonan quienes tienen ese título, “y, por lo tanto, no saben medicina”. Los residentes entrevistados por C. Canevari lo expresaban con contundencia:

Lo que pasa es que en las [Unidades de Atención] está el obstétrico y el médico. Ellos los obstétricos se hacen pasar frente a las pacientes como médicos. Creen que son médicos, la doctora tal, la doctora tal y hay muchas veces que son pacientes de alto riesgo y ellos no sé si por una cuestión de creer que están preparados para manejar alto riesgo no las derivan o las derivan cuando ya es tarde... (Canevari, 2011, pág. 45).

De modo que la subordinación jerárquica es doble: hacia el interior de la profesión médica, y hacia las otras profesiones del área: en especial, obstetricia y enfermería. Es una subordinación ligada al saber y el poder del médico/a, sustentada en construcciones históricas y culturales, vinculada estrechamente a cuestiones de género, ya que las profesiones mencionadas están asociadas a lo femenino (Canevari, 2011, pág. 47).

C.2.a.iii. Otros miembros del personal médico

Son también agentes de la salud los enfermeros, los camilleros, y todas las personas que colaboran con la tarea de los médicos; la legislación argentina sigue también este concepto amplio de personal médico en el decreto 1011/2010, reglamentario de la ley 26.485:

“Se considera personal de salud a los efectos de la ley que se reglamenta, a todo aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza.”

La formación de un enfermero lleva al menos 5 años y es una carrera universitaria muy exigente. Actualmente, hay 25,8 por cada 10.000 habitantes (incluye enfermeros profesionales y licenciados en enfermería) (Ministerio de Salud de la Nación, 2018, pág. 3).

La tarea de los auxiliares de médicos y obstetras se ubica en lo más bajo de la jerarquía hospitalaria. Parece existir un cierto corrimiento de las tareas típicas de los enfermeros hacia los médicos, puesto que los neonatólogos realizan tareas de recepción y control de recién nacidos normales, actividades en las que personal de enfermería podría intervenir (Speranza & Kurlat, 2011, pág. 41).

C.2.a.iv. Doulas

Finalmente, cabe notar que en los tiempos recientes viene cobrando fuerza el movimiento de las doulas. La doula se perciben como acompañantes durante el embarazo. El movimiento enfatiza que la doula no debería participar en el parto, aunque esto no siempre sea

el caso y varias *doulas* sí busquen estar presentes (Activista 2, 2017). El movimiento registra varios años en la esfera internacional, pero en Argentina parece haber cobrado fuerza recién en los últimos años. Actualmente, se está trabajando en la elaboración de un Protocolo de *doulas*, para ir clarificando las pautas de trabajo (Activista 1, 2017).

La respuesta de los profesionales médicos entrevistados fue mixta: uno refirió conocer su existencia, otro, no. Es probable que, dado que el movimiento se encuentra aún en sus etapas iniciales, pase desapercibido para el aparato médico.

C.2.a.v. Los colegios médicos y asociaciones médicas

Finalmente, un componente clave del entramado de agentes de la salud lo constituyen los Colegios Médicos. Los Colegios son entidades públicas de carácter privado. Uno de los abogados más influyentes del derecho argentino los caracteriza como sigue: “en general, tienen asociación compulsiva determinada por la ley, control de la matrícula, poder disciplinario sobre sus miembros, etc. Su régimen jurídico tiene muchas influencias del derecho público, en particular en lo que hace a su facultad de dictar actos administrativos” (Gordillo, 2013, págs. XIV-6). En pocas palabras, un Colegio público es una persona jurídica que tiene a su cargo la regulación de una determinada profesión.

Ahora bien, la práctica argentina ha hecho que los Colegios enfoquen su actividad desde una perspectiva corporativista. Es común que los Colegios perciban que su función es *defender* la profesión de algún tipo de agente exógeno, más que la de *garantizar* que sus integrantes ejerzan la profesión de manera idónea.

El colegio médico de la Provincia de Córdoba (llamado “Consejo médico”) tradicionalmente refleja esta actitud, dedicando tiempo y espacio a los casos de violencia *hacia* los médicos que aquella que ellos puedan ejercer (Comercio y Justicia, 2014). Sin embargo, en los últimos años se han organizado un ciclo de charlas sobre género y medicina, en las que la violencia obstétrica figura en agenda (Comercio y Justicia, 2018).

Esta actitud corporativa se puede ver con una claridad casi incómoda también en las diferentes asociaciones médicas que hay en la Ciudad de Buenos Aires. Como los médicos de la Ciudad se matriculan ante el Ministerio de Salud Nacional,⁵ existen numerosas asociaciones que aglutinan a los médicos según su especialización. La más pertinente para este informe probablemente sea la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), cuyo blasón indica con orgullo que fue fundada en 1908. Esta sociedad ha emitido un comunicado, sin fecha, titulado “OBSTETRICIA HAY UNA SOLA. ANTE OPINIONES CONTROVERTIDAS SOBRE LA PRÁCTICA OBSTÉTRICA POSICIÓN DE SOGIBA” (Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), s.f.). Aunque con tamaño título es absolutamente innecesario continuar escribiendo, la SOGIBA parece disentir. Transcribo este pasaje a pesar de su extensión, porque es una de esas raras ocasiones donde se ha exteriorizado mucho más de lo que se deseaba. Dice la SOGIBA:

⁵ Una herencia de cuando la Ciudad de Buenos Aires era un distrito federal al estilo de Ciudad de México o Washington D.C. Actualmente Buenos Aires es el distrito administrativo llamado “Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, con un régimen asimilable al de las Provincias.

Si bien [la obstetricia] antes era más arte que ciencia y hoy es mas (sic) ciencia que arte, nunca dejará de ser arte. Nunca será posible que la practiquen robots o por lo menos nunca será posible que la practiquen en su totalidad.

(...)

*Tanto los médicos especialistas en Obstetricia como las autoridades de las instituciones que atienden partos, **jamás estaremos de acuerdo** (resaltado en el original) con la práctica de acciones que pudieran perjudicar a alguna mujer en cualquiera de sus estados. No obstante han aparecido notas en periódicos, programas de TV, páginas de internet, en donde se confunde violencia obstétrica con mala práctica de la Obstetricia, trato deshumanizado o con complicaciones relacionadas con la especialidad.*

En una sociedad con alto nivel de violencia en muchos de sus estratos no sorprendería que estas manifestaciones en medios de difusión masiva tuvieran motivos económicos o persiguieran fines con el objeto de perjudicar a cualquiera, sin mediar las consecuencias.

- *Si a una mujer durante el parto se le practicó una episiotomía (...), eso no es violencia obstétrica.*
- *Si a una embarazada con antecedentes de dos cesáreas anteriores se le propone una cesárea programada, eso no es violencia obstétrica.*
- *Si a una mujer en trabajo de parto se le realizan 3 o 4 tactos vaginales para evaluar la evolución de ese trabajo de parto, eso no es violencia obstétrica.*

(...)

- *Si a una mujer a quien se le va a realizar una cesárea no se le permite acompañante durante el acto quirúrgico, porque ese hospital no está preparado para ello (insumos, vestimenta, lugar, etc.), eso no es violencia obstétrica.*

Catalogar estas y otras acciones como violencia obstétrica persigue un fin de desprestigio al especialista o a la institución que desmerece al término en sí (sic) mismo.

Más allá de los pasajes que rozan la inspiración poética, la declaración es elocuente a más no poder. La actitud corporativista se manifiesta casi con obscenidad. De su lectura se desprenden algunas conclusiones:

1. Ni siquiera un robot podrá reemplazar a un obstetra de su función;
2. Si hay violencia obstétrica, habrá sido algún descarriado que hizo algo raro;
3. Si se habla de violencia obstétrica es culpa de los medios;
4. Si no es culpa de los medios, es culpa de la sociedad porque “es violenta” (¿insinúa la línea de pensamiento del Consejo médico cordobés?).

Casi toda este manifiesto podría resumirse así: “Si hay violencia obstétrica, no hay violencia obstétrica.”

El diálogo se hace difícil cuando una de las partes plantea una posición de modo irreductible. Incluso en los casos donde se podría empatizar con la declaración de la SOGIBA hay violencia. Porque, efectivamente, al igual que como da cuenta este informe, la infraestructura en los hospitales suele ser deficiente. Ahora bien, se puede señalar eso con respeto, tratando de que los acompañantes de la futura madre lo entiendan, o se puede proclamar un anatema y ordenar que la compañía se quede afuera. Quizás sea en este punto dónde se desmorona todo el planteo de la SOGIBA.

C.2.b. Activistas

En los últimos años ha crecido enormemente la cantidad de personas involucradas en la defensa de los derechos de la mujer, y, en particular, de la protección de las madres.

Quizás una de las organizaciones que más temprano comenzó sus actividades fue la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) (2013) Forma parte de una red latinoamericana, y comenzó sus actividades en Argentina a principios de los 2000. Uno de sus primeros logros fue haber participado activamente en la sanción de la ley 25.929, de parto humanizado, en el año 2003. Actualmente la RELACAHUPAN, filial Argentina, tiene representación en la mayoría de las Provincias argentinas.

También se cuentan organizaciones jóvenes y pujantes. En el año 2011 se creó el Observatorio de Violencia Obstétrica bajo el impulso de “Las Casildas”. El Observatorio plantea su labor desde una perspectiva interdisciplinaria, recolectando información sobre violencia obstétrica, realizando el seguimiento de denuncias, y promoviendo la elaboración de estudios de la problemática (Las Casildas, s.f.).

También se cuenta con una ONG de reciente fundación. En el año 2014 la ONG española “El Parto es Nuestro” (EPEN) comenzó a operar en la Argentina. Con el objetivo de generar espacios de encuentro, diálogo y difusión, EPEN Argentina ha realizado una importante campaña en las redes sociales. (El Parto es Nuestro - Argentina, s.f.).

Esta efervescencia de actividad ha logrado importantes avances. El activismo de la última década y media ha logrado la sanción de varias leyes importantes, así como su regulación; también ha logrado instalar el tema en la sociedad.

C.2.c. La academia

La problemática de la violencia obstétrica también ha ido ganando espacio como una subespecialización de los estudios de género. Así, la labor de abogados como Rosario Schiarotti (U. de Rosario), Carlos H. Herrera Vacaflor (UTDT) y de Mariza Aizenberg (UBA) han ido avanzando la agenda en materia de violencia obstétrica desde una perspectiva más académica. La sociología se ha interiorizado también en esta área, con estudios como los elaborados por Cecilia Canevari (INDES – FHCSyS – UNSE).

Pero también varios médicos han ido avanzando el tema. Probablemente uno de los trabajos más tempranos desde la propia medicina venga de la mano de Miguel A. Larguía (Academia de Medicina – Htal. Sardá – Emprendedor Ashoka). En el año 2006 publicaba junto con su equipo de trabajo una “Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia”.

C.2.d. Las madres

Si bien pueden actuar a través de muchos mecanismos, como una ONG o la academia o ser ellas mismas profesionales de la salud, también lo pueden hacer de modo individual, como madre que ha sufrido alguna forma de violencia obstétrica y desea hacer algo al respecto.

Hasta 2017, todas las denuncias de violencia obstétrica habían sido de carácter administrativo. A mediados de 2017, sin embargo, se entabló la primera demanda judicial⁶ contra un hospital. Es el primer caso en que una madre incluye dentro de la demanda un ítem específico sobre el trato que recibió en el hospital.

En el caso, la madre había tenido en 2012 a su primer hijo, quien tuvo que nacer mediante una cesárea de urgencia. Unos años más tarde nació su hija, y fue en esta ocasión en que tomó consciencia de lo que había pasado y decidió actuar. Primero, puso en tela de juicio las razones por las que la cesárea del año 2012 había sido de “urgencia”, de modo que para su segundo embarazo se informó mucho más y solicitó ciertos cuidados y procedimientos, a fin de tener un parto respetado.

Sin embargo, tanto el hospital como el médico ignoraron la voluntad de de la madre de tener un parto respetado. Dado que en un hospital público es complejo conseguir un parto respetado, la madre consultó con un obstetra que le había sido recomendado. El problema es que el médico en cuestión sólo podía atenderla en una clínica determinada.

Cuando la madre intentó que la clínica tomara nota de sus deseos de tener un parto respetado, le respondieron que eso no era posible. La primera excusa fue que no había presentado un plan de parto; presentado el plan (en la semana 39), ahora resultaba que este era presentado “demasiado tarde”; y cuando ella intentó hacer valer sus derechos, la Jefa de Neonatología se presentó personalmente: no sólo había leído e ignorado el plan de parto presentado, sino que expresó su opinión sobre el mismo sin ambages:

“Acá no hacemos parto humanizado, yo te recomiendo buscarte otra clínica porque acá si al momento del parto no hay habitación disponible, te vamos a separar de tu bebé y pueden pasar varias horas separados; hasta más de 8 horas, ha ocurrido. Y si tenés un parto natural te dejamos bajar a la nursery para amamantar cada 3 horas, pero si vas a cesárea no vas a poder amantar porque no te podrás levantar de la cama para ir donde esté tu hija”

Apelar a la ley 25.929 fue en vano:

“Sí, conozco la ley, sé que hay clínicas que la implementan, pero acá tenemos otras reglas.”

Con el parto inminente, ella consultó con el obstetra, quien le aseguró que haría valer sus contactos con el personal médico para garantizar un parto respetado.

⁶ En Argentina una “demanda” es cualquier actividad destinada a iniciar un proceso judicial. No se distingue entre fuero civil y penal, simplemente se indica que se ha activado la jurisdicción de un juzgado.

Llegada la semana 41,5, y sin que se hubiera producido el parto, se decidió programar la cesárea. Una vez más el médico afirmó que todo estaba arreglado para que pudiera tener lugar un parto respetado.

Llegada al hospital, la primera dificultad fue que no había habitación disponible. Sin una habitación, las chances de que separaran a la madre de su hija eran elevadísimas. Pero reclamar fue en vano:

“Ah, es ella [refiriéndose a la madre]. La jefa de neo ya le dijo como eran las cosas acá adentro...”

En ese momento, el obstetra hizo uso de sus contactos y finalmente apareció una habitación libre. Pero eso no aseguró nada. En palabras de la madre:

“Me apuraron mientras me desvestía, entré en el baño y me apuraban golpeando la puerta. Todo el tiempo me trataron como un paquete, mientras me ponían la anestesia, me hacían firmar papalesesin explicarme qué eran, y me hacían preguntas administrativas, todos apurados. (...) Yo no podía creer lo que estaba pasando y trataba de “portarme bien” porque lo único que quería era que [mi hija] naciera en paz.”

La cesárea finalmente tuvo lugar y la hija nació sana y sin problemas. Pero tardaron más de una hora en llevarla con su madre, y no respondieron a las preguntas de esta respecto de dónde se encontraba su hija. Al día siguiente, mientras amamantaba, personal médico vino a buscar a la hija para hacerle controles de rutina; no esperaron a que terminara de amamantar. Al segundo día, ya levantada de su cama, la madre pudo constatar el pobre trato que le daban a los bebés en la nursery, por lo que quiso asegurarse de sacar a su hija de ese lugar, lo que consiguió a fuerza de insistir a las enfermeras a cargo. Pero al rato entró en la habitación una mujer que, sin identificarse y en estado de enorme excitación, empezó a gritarle a la madre:

“¡Acá no estamos para cumplir con los caprichitos de los padres! Yo sé muy bien quien sos vos porque acá somos todos muy unidos y nos contamos todo. Vos sos la q presentó la cartita. Ahora entregame a la nena porque si no me la das por las buenas te la voy a judicializar y te la saco por la fuerza.”

Desde luego, en ningún lado del sistema jurídico argentino podría encontrarse sustento para que una afirmación como el que planteaba esta persona tuviera cabida. Pero una cosa es escribir esto desde un escritorio mientras tranquilamente se disfrutaban unos mates, y otra muy distinta es vivirlo...

Las quejas ante la obra social fueron infructuosas. Más: la respuesta fue un estándar “si usted se internó en dicha clínica, tácitamente consintió las reglas de la misma”.

De modo que la madre decidió recurrir a la vía administrativa: realizó denuncias ante la Defensoría del Pueblo de la Nación y la CONSAVIG del Ministerio de Justicia de la Nación. Ambos organismos dictaminaron que hubo violencia obstétrica en el caso. Una vez más, la respuesta fue de protocolo: tras negar lo sucedido y relativizarlo como un problema de tipo personal entre la madre y la jefa del área de neonatología, afirmaron que estaban realizando lo posible para capacitar a su personal. No modificaron sus protocolos internos.

Decidida a recurrir a la vía judicial, consultó con varios profesionales, tanto privados como públicos. Pero a los abogados nos forman para ser conservadores: nadie quería tomar el caso, por la simple y sencilla razón de que no hay antecedentes en Argentina. Finalmente, conoció a una estudiante de derecho por las redes sociales, quien le recomendó ir al Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la UBA. Una de las profesionales que trabaja allí, y con mucha experiencia en litigar en salud, terminó por tomar el caso. Tras la mediación de rigor (y otra respuesta de manual por parte de la obra social), se entabló una demanda en el fuero civil de la Ciudad de Buenos Aires.

Es difícil saber cómo terminará esta historia. Pero algo es cierto: las madres están tomando conciencia de sus derechos, se están empoderando: están dejando de ser objetos para pasar a ser sujetos. Esta es probablemente la transformación más importante que ha ocurrido en los últimos años. Desafortunadamente, el anquilosado sistema judicial argentino parece estar obrando y, al cierre de este informe, no ha habido mayores progresos en dicha demanda.

C.3. LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Como se decía al principio de este capítulo, la mayoría de los partos en Argentina tienen lugar en los establecimientos de salud.

Aunque no parece haber estudios a nivel nacional, algunos estudios indican que un 20% de los nacimientos involucran a madres menores de 20 años (Hernandorena, García, Cavoti Sadonio, & Grandi, 2012).

Mientras el sistema privado ofrece instalaciones con relativo confort (para quienes puedan pagarlo), el sistema público presenta una gran variedad de calidad. Por un lado, hay hospitales que han avanzado decididamente en dirección a mejorar sus instalaciones y la posibilidad de ofrecer un parto respetado. El caso modelo es el Centro de Maternidad Estela de Carlotto, inaugurado en la década de 2010. Ubicado Moreno, Provincia de Buenos Aires, se trata de un centro que ha dado pasos agigantados para cambiar el paradigma del modelo médico hegemónico. Se trata de un centro médico de baja complejidad, por lo que su alcance aún es limitado.

Otros hospitales que procuran brindar una atención más cuidada son los hospitales de las ciudades de Rosario –Pcia. de Santa Fe– y San Miguel de Tucumán –Pcia. de Tucumán–. Ambos hospitales han sido equipados con Unidades de Trabajo de Parto y Recuperación –UTPR–, espacios pensados para que las madres puedan realizar el trabajo de parto en un ambiente más relajado (Activista 1, 2017). Las madres pueden, así, tomarse su tiempo y el parto puede desarrollarse según sus ritmos. También la ciudad de La Plata –Provincia de Buenos Aires– ha avanzado mucho en este sentido, aunque aún carezca de UPI (Activista 1, 2017).

Otros hospitales, como el de Bariloche (Pcia. de Río Negro) (Médico 1, 2017) o el de Rosario (Activista 1, 2017) está avanzando en materia de una mejor atención, pero es más bien la voluntad de algunos de los médicos que una política del hospital.

Pero también se encuentran casos de centros de salud en situaciones paupérrimas. La situación alcanza niveles críticos en las zonas más periféricas del país (si se asume que Buenos Aires es el centro). En la Provincia de Santiago del Estero, el Hospital Regional se

encuentra en situaciones calamitosas (Canevari, 2011, pág. 33); algo similar ocurre con el Hospital de Santa Rosa –Pcia. de La Pampa– (Médico 2, 2017). La deficiente infraestructura vial de varias provincias hace que también sea complejo el acceso a los hospitales para las personas que no viven en los centros urbanos del país. Y si el acceso no es un problema, la deficiente infraestructura hace que haya centros que deban cerrarse. En la Provincia de Buenos Aires, el cierre de ciertos centros de salud provocó que el Hospital Zonal de Morón concentrara una inmensa cantidad de partos; en una sala que no debe tener mucho más de 8 mts. de largo, tienen lugar entre 11 y 15 partos diarios (Funcionario 1, 2017).

Los testimonios son concordantes en cuanto a la dinámica de muchos hospitales. El parto es considerado una ocasión de “alto riesgo”, por lo que a la futura madre se la lleva a una zona separada del hospital, donde se restringe el ingreso (no puede recibir visitas sino en horarios estrictos) y la salida (no puede salir a menos que se le dé de alta). Las futuras madres son atendidas por la guardia, que las trata como un objeto –“La de la camilla 3”– y en general tratan de “resolver” el “caso” durante la guardia, pues se considera inadecuado “dejarle” a la próxima guarda un caso pendiente (Residente 1, 2017) (Canevari, 2011).

C.4. VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Hemos visto cómo es el sistema de salud argentino, cómo son formados los agentes que trabajan en él, así como las condiciones en las que deben trabajar.

Con esto en mente, no debería sorprender que se den varias situaciones que han sido definidas por la ley 26.485, de protección integral de las mujeres, como

el ejercicio de violencia “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”.

En Argentina se registran casos de violencia tanto durante el embarazo, como también durante el parto y el puerperio. También es oportuno mencionar que la mortalidad durante el embarazo, parto y puerperio alcanzó unos 428 casos, según datos del ministerio de Salud, en el año 2009. (CEPAL, OPS, & PNUD, 2011, pág. 13)

C.4.a. Durante el embarazo

Durante el embarazo se encuentran numerosos casos de violencia contra la mujer. Muchos vienen de los mismos médicos, que ignoran completamente los pedidos de las madres y fijan su propio criterio sobre forma del parto. Así, hay testimonios que confirman que los partos son programados según las vacaciones del médico o las festividades nacionales (Activista 1, 2017).

Si el médico no fue el primero en “bajar línea”, pronto llegan los “cursos” de preparación del parto. El curso suele ser dictado como una clase magistral: una médica expone, casi sin interacción con su auditorio, los métodos y consejos que las madres deben observar. Cualquier interrupción -ni hablar de cuestionamiento- no tiene lugar. Una madre cuenta cómo la sola sugerencia de esperar a ver el estado y condiciones del bebé antes de practicar una episiotomía probó ser demasiado para la médica que daba el curso, que zanjó la discusión con un “¡yo un desgarrar no suture, es mucho más difícil!” (Hasperué, Ribot, & Sosa, 2015, pág. 22).

También se ejerce violencia cuando una mujer desea tomar decisiones sobre su propio cuerpo. El sistema de salud parece tener como única concepción de la mujer aquella que la ve como una especie de agente de procreación. Un caso que ganó relevancia nacional tuvo lugar en la Provincia de Salta, en el noroeste del país. La Sra. G. Yapura, madre de cuatro hijos, en situación de pobreza extrema, solicitó al Hospital provincial “El Milagro” que le realizaran una ligadura de trompas tras tener su cuarto hijo. El Hospital se negó, sin dar razones. El caso se judicializó mediante la interposición de un recurso de amparo, y en principio los tribunales salteños rechazaron el pedido de la Sra. Yapura. El caso llegó a la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN)⁷. Tras declarar que había disposiciones “constitucionales que hacen al derecho a la salud en su más amplio sentido, entendido como el equilibrio psicofísico y emocional de una persona, [así como también] el derecho a la vida, a la libre determinación, a la intimidad, al desarrollo de la persona en la máxima medida posible y a la protección integral de la familia”, la CSJN revocó la sentencia del tribunal provincial. (Yapura, Gloria Catalina c/ Nuevo Hospital El Milagro y Provincia de Salta, 2006).

Atención especial se merece la interrupción del embarazo. Vale la pena mencionar la importante relevancia que ha cobrado el debate sobre la regulación del aborto en la Argentina. En un país tradicionalmente cristiano, el debate en sociedad sobre el aborto recién tuvo lugar en el año 2018. En ese año, el Gobierno federal “habilitó”⁸ que el tema se trate en el Poder Legislativo, un gesto inédito en la historia reciente del país. Es cierto que el tema hacía tiempo que había dejado de ser novedoso para un sector de la sociedad,⁹ pero el nivel de exposición mediática y social que alcanzó en el año 2018 fue inédito. Tras un intenso debate –y obtener un dictamen (Honorable Congreso de la Nación, 2018) de proyecto de ley que obtuvo media sanción, esto es, el voto a favor de la Cámara de Diputados– la ley fue rechazada en la Cámara de Senadores. Teniendo en cuenta que el año 2019 es un año de elecciones presidenciales, y a la luz de la fuerte polarización que generó el debate, es de esperar que el tema no vuelva a estar en agenda hasta por lo menos el año 2020.

⁷ La Corte tiene funciones similares a la de la Corte Suprema de los Estados Unidos. Si bien es la máxima autoridad de los tribunales federales, tiene facultades para revisar lo resuelto por los tribunales provinciales. Desde temprano determinó que su principal misión era velar por la vigencia y supremacía de la Constitución nacional.

⁸ El fuerte presidencialismo argentino hace que el Ejecutivo federal tenga un fuerte control sobre los temas de agenda del Poder Legislativo.

⁹ En (F., A. L. s/ medida autosatisfactiva, 2012) la CSJN adelantó el debate al interpretar el art. 86 del Código Penal. La redacción original del artículo –data de 1921– es como sigue:

“Incurrirán en las penas (...) y sufrirán (...) inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo. El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1° Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2° Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente...” (énfasis agregado).

Durante años la doctrina discutió los alcances de la cláusula disyuntiva contenida en la segunda excepción. Finalmente, en “F., A. L.” (en Argentina llamamos al caso “Fal”) la CSJN zanjó la discusión resolviendo que la disyunción de la segunda cláusula indica que el requisito “idiota o demente” aplica al “atentado al pudor”, y no a los casos de violación. Esto supuso ampliar la posibilidad del aborto a los casos de violación.

De modo que, en un país donde el aborto sigue siendo penalizado, el haber abortado o querer abortar puede implicar consecuencias para la consultante. En efecto, Argentina sigue regulando el aborto en su Código Penal, para penalizarlo. A pesar de que existen protocolos a nivel Ministerio de Salud que han buscado darle un marco legal, sigue siendo una práctica insegura y costosa.

Esto se traduce a la práctica médica. Cuando una embarazada ha practicado un aborto, es común que surja una condena a su actuar por parte del personal de salud, pues para el modelo médico hegemónico no es lógico que la mujer pueda desempeñar otro rol que el de objeto, cuya finalidad es la procreación. Una madre que practicó un aborto en el pasado o que desea hacerlo puede ver muy complicado su acceso a la atención médica por esta circunstancia. La situación demanda una investigación mucho más exhaustiva. Porque además de consideraciones de tipo moral, parece también haber concordancia entre los médicos de que practicar un aborto les genera rechazo (Canevari, 2011, págs. 80-85); un residente expresaba que “es horrible, ves salir partes del cuerpecito ya muerto” (Residente 1, 2017). Esto contrasta con el marco legal vigente, según el cual el médico de hospital público es un agente del Estado y, como tal, no es posible que se niegue a otorgar un derecho que ha sido reconocido; en todo caso, y ante la “objección de conciencia”, el hospital público como un todo debe encontrar un profesional que reconozca el derecho y practique el aborto, pues de lo contrario incurre en responsabilidad del Estado. Sin embargo, parecen existir “hospitales objetores de conciencia”, y se sabe que ciertos centros lisa y llanamente no practican abortos (Funcionario 1, 2017).

C.4.b. El parto

Es en el parto donde se registran los momentos de mayor intensidad de violencia.

Llegada al hospital, la mujer se encuentra con muchos escenarios. Si el hospital es medianamente ordenado –o precavido– le hará firmar algún tipo de declaración, en donde se supone que la mujer ha dado su consentimiento a los procedimientos que vendrán después. En la mayoría de los casos, el hospital la interna directamente.

El parto es comúnmente considerado una situación de alto riesgo, de modo que las áreas de neonatología están separadas del resto, no pueden ingresar acompañantes ni puede ser abandonada sin autorización médica. Los profesionales de la salud ensayan una justificación de estas medidas con dos argumentos principales: por un lado, que las madres llegan sin seguimiento, ni estudios, ni conocimientos sobre su propia fisiología lo que supone muchos riesgos para la madre (y el propio médico); por el otro, resaltan que gracias a estas medidas las tasas de mortalidad se han reducido drásticamente (Residente 1, 2017).

Una situación de especial vulnerabilidad se da cuando la madre ha tenido que recorrer una gran distancia para llegar al hospital, y este se niega a atenderla por alguna situación. La Maternidad Estela de Carlotto, por ejemplo, está limitada a los casos de “bajo riesgo”; una madre que presente riesgo será derivada inmediatamente a otro hospital, probablemente el de Morón. Ahora bien, puede ocurrir que la madre no viva en Morón, de modo que tanto ella como su acompañante (si lo tuviere) deben hacerse atender en un centro muy alejado, y deban imaginar la manera de pasar la noche allí si el trabajo de parto aún no ha empezado. Muchas madres, sin los recursos financieros para sostener esta aventura, deciden volver a sus hogares, con todos los riesgos que esto conlleva (Funcionario 1, 2017). Historias como esta son moneda corriente en las provincias. Por ejemplo, la Provincia del Chubut, en la

Patagonia, con una extensión de 224.686 km² (Rumania es apenas más grande) cuenta con tres hospitales zonales, y uno subzonal, distribuidos en dos localidades de la Cordillera de los Andes y en dos localidades de la costa atlántica; entre la Cordillera y la Océano Atlántico hay más de 600 km. de distancia.

Las expresiones que están en la punta de la lengua de los agentes de salud son “¡callate y pujá!” y su prima “ahora te quejás, pero bien que te gustó hace 9 meses”. Basta hablar unos minutos con cualquier agente de salud para ver cómo estas expresiones se repiten. La violencia verbal y psicológica están a flor de piel, y declaraciones mucho más graves que estas pueden escucharse todo el tiempo.

Para bien o mal, a los profesionales de la salud argentinos no se les puede reprochar una particular creatividad. Sus prácticas son de manual: episiotomías de rutina, cesáreas de rutina, rasurados de rutina, oxitocina de rutina, posición de parto horizontal, ataduras de la madre.

Las cesáreas merecen una atención especial. Hay fuentes que indican una prevalencia del orden del 80% (Nassif, 2012, pág. 339); otras, señalan que ciertos hospitales en concreto rondan el 30% (Funcionario 1, 2017). Sea como fuere, dos conclusiones preocupantes se desprenden de estos datos: a) que nadie sabe con exactitud el número de cesáreas practicadas en Argentina; b) que la Argentina está muy lejos de los estándares sugeridos por la OMS.

Parece haber varias explicaciones para el elevadísimo porcentaje de cesáreas, según el sistema de salud en que se encuentre. En el caso de los partos en la salud pública, la explicación parece encontrarse en una suerte de “código” que existe entre las guardias que consiste en “no dejarle” a la guardia siguiente una madre en trabajo de parto. Por ello, hay que “apurar” un nacimiento porque se termina la guardia y es necesario que todo quede en orden. La segunda explicación viene del ámbito privado, y sigue la lógica del ánimo de lucro. Aunque tradicionalmente se asocia esta práctica con la idea de que el médico “cobra” más por realizar una cesárea que un parto natural, y ello genera un incentivo para preferir la intervención quirúrgica, en verdad la explicación parece venir por el lado de la administración de empresas: mientras el parto natural no puede ser planificado y lleva varias horas, la cesárea está bajo completo control del médico; por lo tanto, se puede organizar mucho mejor la agenda, y tener al quirófano siempre ocupado. Sería el hospital privado el principal interesado en que sus médicos practiquen cesáreas (Activista 1, 2017).

Quizás la práctica más “original” -y preocupante- es que parece existir un cierto “código” entre los profesionales de salud que les permite alterar historias clínicas y cubrirse entre ellos eventuales “deslices” (Estudiante de medicina, 2017). El hecho que el que dio este dato fuera un *estudiante*, y que esto no surgiera tan directamente entre los médicos, puede indicar de lo efectiva que llega a ser la socialización de los médicos. Esto último, asimismo, evidencia que muchos hospitales realizan prácticas médicas en las madres; no parece haber constancia de que se le brinde información y se solicite su consentimiento a las madres que son objeto -literalmente- de clases de medicina.

Si estas prácticas no se denuncian con la frecuencia que deberían, responde a dos situaciones. En primer lugar, muchas veces la madre no conoce sus derechos; y en segundo lugar, dado que no hay muchos centros de salud disponibles -al menos públicos- una denunciante

habrá de necesariamente tener que regresar al centro de salud que denunció, y huelga decir que ello implicará consecuencias negativas en el trato que reciba (Funcionario 1, 2017).

Por su parte, las salas de parto rara vez brindan la privacidad necesaria. En efecto, la falta de infraestructura endémica en el país hace que muchas veces “ni siquiera haya un biombo o una cortina” entre las parturientas (Funcionario 1, 2017). La falta de privacidad suele ir de la mano de falta de espacio físico, lo que dificulta enormemente el acompañamiento de las madres.

C.4.c. El puerperio

Pero la violencia a que son sometidas las madres en Argentina no termina con el nacimiento del bebé. La primera muestra de violencia se da cuando se niega a la madre apoyar al recién nacido en su pecho. A veces también se le niega dar el pecho.

Las salas donde la mujer se recupera no siempre están en las condiciones adecuadas. En primer lugar, la privacidad sigue tan ausente como durante el parto. Además, las visitas están fuertemente restringidas. También suelen existir restricciones para la movilidad de las madres, y normalmente no pueden dejar el hospital hasta que el médico lo disponga.

Más grave aún, se registran casos de muertes de madres en las maternidades, como ocurrió en 2009 en la Maternidad La Banda, de la Provincia de Santiago del Estero (Canevari, 2011, pág. 124). La falta de atención es manifiesta, pues se ha desplazado de la madre hacia el recién nacido. La información disponible da cuenta que los casos de muerte durante el puerperio habían pasado de 39 a 49 entre los años 2008 y 2009, representando un aumento del 23% (CEPAL, OPS, & PNUD, 2011, pág. 16).

C.4.d. Situaciones de especial vulnerabilidad

Los párrafos precedentes han descrito lo que una madre argentina, católica y heterosexual va a tener que superar en caso de nacer en Argentina; ocasionalmente, se incorporó la dimensión pobreza. Pero hay situaciones que revisten especial vulnerabilidad y que merecen atención especial.

C.4.d.i. Inmigración

En primer lugar, encontramos a las madres inmigrantes. Desde 1853 que la Constitución Argentina garantiza a los inmigrantes “Los extranjeros gozan en el territorio de la Nación de todos los derechos civiles del ciudadano”, según la redacción del actual art. 20 de la Constitución.

Esto tiene una explicación histórica. En el diseño de los padres fundadores –eran todos hombres–, Argentina tenía un problema: mucha extensión territorial, poca población y lo que en ese momento se consideraba una cultura vaga e incurablemente “inculta”¹⁰. En el ideario de los constituyentes, era necesario modernizar al país fomentando la inmigración europea, y así quedó plasmado en el art. 25 de la Constitución. Con este ideario en mente, Argentina fomentó agresivamente la inmigración europea: los 1,8 millones de habitantes que había en

¹⁰ Decía en 1852 Juan B. Alberdi, quien redactara el proyecto sobre el que se basa la Constitución Argentina hoy vigente: “Haced pasar el *roto*, el *gaucho*, el *cholo*, unidad elemental de nuestras masas populares por todas las transformaciones del mejor sistema de instrucción; en cien años no haréis de él un obrero inglés que trabaja, consume, vive digna y confortablemente” (Alberdi, 2008, pág. 101).

el país en 1869 habían pasado a ser 7,8 millones en 1914; para ese entonces, más del 30% de la población era extranjera (Romero, 1983, pág. 171). La mayoría de los inmigrantes eran de origen italiano, español o francés, aunque había inmigrantes de todas partes del mundo. Se ha llamado a esta época como “la Argentina aluvial” (Romero, 1983, págs. 167-293).

Así, se han detectado situaciones en las que al inmigrante se le restringe su derecho a la salud -garantizado por el juego de los arts. 14bis, 20 y 33 Constitución Nacional- al solicitarle documentación especial, el prejuicio de que “vienen en ómnibus desde su país de origen a hacerse atender por el sistema argentino” -lo que, vale la pena notar, crea subcategorías entre los migrantes: aquellos que tienen residencia y aquellos que no- o bien situaciones de discriminación en la relación médico-paciente (Centro de Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Lanús, 2007, págs. 193-200).

C.4.d.ii. Religión

Los practicantes de ciertos cultos tienen una especial vulnerabilidad. En particular, los miembros de la Congregación Cristiana de los Testigos de Jehová han estado en el foco de atención, puesto que su religión les impide la realización de transfusiones de sangre. En un reconocido caso, la CSJN reconoció como ejercicio válido de la libertad personal la declaración hecha por un Testigo de Jehová ante escribano público que no aceptaría transfusiones de sangre (Albarracini Nieves, Jorge Washington s/medidas precautorias., 2012).

C.4.d.iii. Género

También se encuentran situaciones de especial vulnerabilidad en cuestiones de género. En efecto, la ley 25.929, de parto humanizado, así como la de protección integral de la mujer, ley 26.485, han sido pensadas exclusivamente para las mujeres. Como hacía notar una funcionaria entrevistada, hay parejas que tienen la posibilidad de ser madres, pero no han sido amparadas por la normativa, pues habla explícitamente de “mujeres”. Sin embargo, en los últimos tiempos se ha observado un desplazamiento desde el término “madre” a “gestante”, como hizo la Ciudad de Buenos Aires con su ley 6025/2018, modificatoria de la ley 5688 que estatuye el Sistema Integral de Seguridad Pública de la Ciudad. De este modo, y como ocurrió en un reciente precedente judicial, una madre no gestante puede gozar de licencia por maternidad (E.,B.A. y otros c/ GCBA s/ amparo, 2019). Cabe esperar que continúe esta tendencia.

C.4.d.iv. Las personas privadas de libertad

La situación de las personas privadas de libertad en Argentina es compleja. Hace años que el tema está instalado en el debate público; sin embargo, las mejoras -si las hubo- han sido lentas y costosas. El estado de las cárceles argentinas es muy precario, y las personas en ellas detenidas se encuentran en estado de hacinamiento. Hace unos años, una ONG logró de la Corte Suprema una sentencia de litigio estratégico, motivado por la inmensa cantidad de personas detenidas en condición de prisión preventiva. (Verbitsky, Horacio s/ habeas corpus, 2005).

El Observatorio de Violencia de Género de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires relevó la situación de las madres en situación de privación de libertad. Los resultados son alarmantes, al menos para la Provincia de Buenos Aires (Observatorio de Violencia de Género, 2015).

Hay una clara deficiencia de infraestructura en las cárceles, que obliga a una atención fuera de las mismas; esto provoca un cierto miedo de fuga entre el personal del Servicio Penitenciario, causando que se extremen las medidas que se toman. El OVG de la Defensoría relevó el caso de una madre que deseaba hablar con el médico que la atendía, durante su embarazo, y el guardia que la acompañaba la espetó: “vos no podés pedir nada, porque sos una presa”. También los guardias masculinos permanecen en la sala mientras el personal de salud realiza el chequeo médico.

También se constató que, en el momento del parto, las mujeres privadas de libertad no pueden permanecer acompañadas: solo por el personal penitenciario las acompaña. Más aún, el OVG comprobó que, durante su permanencia en el centro de salud, se les coloca grilletes a las mujeres, incluso mientras amamantan.

Han sido recurrentes las denuncias de las madres a las que los agentes penitenciarios les impiden mantener contacto con sus hijos/as recién nacidos/as. Una mujer encarcelada en la Unidad 31 de Ezeiza, fue privada del contacto con su hijo, por decisión de los profesionales del Hospital provincial de esa ciudad, que le impidieron mantener contacto con su hijo recién nacido durante seis días. La razón: los antecedentes penales de su madre.

D. LA REGULACIÓN ARGENTINA EN MATERIA GÉNERO: AVANCES Y DESAFÍOS

Argentina tiene una normativa bastante completa en materia de derechos de las mujeres. La reforma de la Constitución de 1994 incorporó dos previsiones expresas en materia de género: el art. 37 reconoce el derecho a la igualdad real de oportunidades entre varones y mujeres para el acceso a cargos electivos y partidarios, y -más importante aún- el art. 75, inc. 22 incorpora “con rango constitucional” a la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de la ONU.

En los últimos años la problemática de género ha ganado espacio y visibilidad en la sociedad argentina. El movimiento “Ni Una Menos” ha logrado instalar en la sociedad la problemática de la violencia de género. Esto es coherente con la tendencia de la legislación argentina a reconocer más derechos; en efecto, en el año 2010 Argentina fue el primer país latinoamericano en reconocer el matrimonio igualitario, y el país ha suscrito varios tratados internacionales de protección a minorías.

En el siguiente apartado se expondrá el marco legal vigente en Argentina en materia de violencia obstétrica, así como sus desafíos. La primera parte expone el cuadro jurídico, y la segunda explora por qué dicho cuadro se encuentra tan alejado de la realidad que las mujeres argentinas viven a diario en los hospitales.

D.1. EL MARCO LEGAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

En derecho público¹¹, es siempre conveniente empezar por establecer cuáles son las normas¹² que regulan la materia, porque es muy común que el tema no esté regulado en un único cuerpo normativo -como podría ser el Código Civil- sino que hay que observar múltiples instrumentos, muchas veces de diferente naturaleza legal. La violencia obstétrica no es la excepción.

Actualmente, la Provincia de Buenos Aires ha elaborado un “Protocolo de recepción de denuncias en casos de violencia obstétrica” (Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires - Observatorio de Violencia de Género, 2018). El protocolo se destaca por prever mecanismos de prevención. Asimismo, destaca el hecho de que haya sido redactado teniendo en cuenta el contexto legal en que se inscribe, reenviando a los demás organismos especializados y remarcando cada vez que es posible que existe más de una instancia para hacer la denuncia.

Este trabajo se ha basado grandemente en los avances que el Ministerio de Salud de la Provincia venía desarrollando (Mrio. de salud, Pcia. de Bs. As., 2017). Se trata de un

¹¹ Se discute la definición de “derecho público”, y hasta su mismísima existencia. A los fines de este informe, derecho público designa toda rama del derecho en las que se regula la relación entre dos entes estatales (ej.: el Poder Ejecutivo Federal y una Provincia; una Provincia y un Municipio; etc.) o entre un ente estatal y una persona privada. La característica principal de esta definición “amplia” es que el criterio es puramente subjetivo: habrá derecho público allí donde interviene un ente estatal.

¹² Entiendo por “norma” una proposición que tiene un antecedente (“Si ocurre la situación X”) y un consecuente (“debe ocurrir Y”). La noción de norma es uno de los aspectos más controvertidos del derecho.

documento general y abstracto, que la Subdirección redactó con una doble finalidad: por un lado, precisar el marco legal aplicable y hacerlo saber, en especial a los médicos; y por el otro, ante un caso de denuncia de violencia obstétrica en un hospital de la Provincia, la investigación y el dictamen final se construirá a partir de la normativa descrita en el Pre-dictamen (Funcionario 1, 2017). Es muy interesante comprobar que el Pre-dictamen guarda coherencia con lo que la academia había ido construyendo previamente (Herrera-Vacaflor, 2015, pp. 36-41).

Esquemáticamente, y empezando por las normas de mayor jerarquía hacia las de menor, el marco legal argentino se compone como sigue.

D.1.a. Protección constitucional

En primer lugar, se encuentra la **Constitución Nacional**, que contiene dos tipos de normas. Por un lado, están aquellas previsiones expresas de la Constitución. Aquí entran en juego los artículos 18 (libertad individual), 19 (privacidad), 37 (igualdad de género) y 42 (salud); todos ellos han sido ampliamente desarrollados por la jurisprudencia y la doctrina, y una exposición detallada excede los límites de este informe. Sin embargo, también es verdad que estos derechos que reconoce la Constitución argentina no han sido desarrollados con miras a la problemática de género –salvo el art. 37, desde luego–, y menos aún con el foco en la violencia obstétrica.

Asimismo, algunas **constituciones provinciales** cuentan con disposiciones relacionadas con la materia. Así, encontramos el derecho a la salud en el art. 36.8 de la Const. Prov. de Buenos Aires; art. 64, Const. Prov. Catamarca; art. 59 Const. Prov. Córdoba; art. 48 Const. Prov. Corrientes; arts. 36 y 47 Const. Prov. Chacho; arts. 72 y 73 Const. Prov. Chubut; art. 19 Const. Prov. Entre Ríos; arts. 77, y 80-81 Const. Prov. Formosa; arts. 21, y 69-70 Const. Prov. Jujuy; arts. 34, 51, y 59 Const. Prov. La Rioja; art. 39 Const. Prov. Misiones; arts. 55, 134-136 Const. Prov. Neuquén; art. 59 Const. Prov. Río Negro; art. 41 Const. Prov. Salta; art. 19 Const. Prov. Santa Fe; art. 61 Const. Prov. San Juan; art. 57 Const. Prov. San Luis; arts. 16, y 21-26 Const. Prov. Santiago del Estero; art. 53 Const. Prov. Tierra del Fuego, Antártida, e Islas del Atlántico Sur; art. 146 Cont. Prov. Tucumán; y arts. 20-22 y 46 Cont. de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sorprendentemente, 3 provincias, (La Pampa, Mendoza, y Santa Cruz) no prevén el derecho a la salud en sus constituciones.

También hay algunas particularidades. La mayoría de las provincias aborda la temática desde el punto de vista de la madre trabajadora; por ejemplo, la Constitución tucumana dice expresamente: “la Provincia procurará especialmente que las personas gocen de los siguientes derechos (...) 3°) A una adecuada protección de la maternidad, favoreciendo la participación laboral de la madre sin que afecte tareas propias del hogar. La trabajadora en estado de gravidez tendrá un tratamiento especial en el trabajo en virtud del embarazo antes y después del parto” (art. 40). Hay algunas que otorgan una protección especial en el embarazo, como el art. 24 Const. Prov. de Córdoba, el art. 46 Const. Prov. de Corrientes, pero ello parece más el producto de una concepción paternalista que de un reconocer derechos: la Constitución de Córdoba declara que la vida se inicia en la concepción (art. 4). La Constitución del Chaco llega incluso a declarar que la familia “basada en la unión de hombre y mujer, [es la] célula primaria y fundamental de la sociedad” (art. 35). Otras provincias que brindan una protección especial para las madres durante el embarazo (y sin ningún quita y daca) son la

de: Chubut (art. 26), Neuquén (art. 141), San Juan (art. 53), Santiago del Estero (art. 28), y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (art. 17).

Finalmente, algunas provincias brindan definiciones de lo que debe comprenderse como salud (ej.: Cont. Prov. Formosa, art. 80: “proceso de equilibrio bio-psico-espiritual y social y no solamente la ausencia de afección o enfermedad”), y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es la única que fija pautas para que la legislatura local dicte una ley que respete ciertos criterios (art. 22).

Un análisis pormenorizado de las constituciones (así como de la legislación provincial) escapa a los fines de este informe. Baste con señalar que el marco legal a nivel provincial presenta ciertas lagunas inquietantes (3 provincias sin ninguna protección constitucional), y no parece existir ningún patrón o criterio que permita determinar por qué una provincia brindaría más o menos protección.

D.1.b. Protección del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH)

El segundo tipo de normas lo conforman aquellas de carácter internacional, y es aquí donde Argentina muestra un notable desarrollo. En efecto, la República Argentina desde temprano se enroló en lo que se conoce como “teoría monista”, que sostiene que el derecho internacional y el derecho interno de los Estados son parte de un mismo ordenamiento jurídico (González Napolitano, 2015). La consecuencia práctica es que no hace falta una ley u otro tipo de acto de derecho interno para que los derechos reconocidos en instrumentos internacionales sean aplicables por los poderes del Estado, en especial, por el Poder Judicial. Dicho de otra manera: en Argentina rigen las normas que emanan de un tratado internacional desde el mismo momento que Argentina pasa a ser Estado Parte de dicho tratado.

Sobre esta situación, la **Reforma Constitucional de 1994** incorporó, además, expresamente ciertos instrumentos internacionales en su artículo 75, inc. 22, que expresamente dice:

Artículo 75.- Corresponde al Congreso: (...)

22. Aprobar o desechar tratados concluidos con las demás naciones y con las organizaciones internacionales y los concordatos con la Santa Sede. Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos. Sólo podrán ser denunciados, en su caso,

por el Poder Ejecutivo Nacional, previa aprobación de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara.

Los demás tratados y convenciones sobre derechos humanos, luego de ser aprobados por el Congreso, requerirán del voto de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara para gozar de la jerarquía constitucional.

Finalmente, cabe agregar que el art. 31 de la Constitución determina que los demás tratados internacionales tienen jerarquía superior a la leyes y decretos, y el art. 118 permite la incorporación directa de la costumbre internacional. Asimismo, si se lee cuidadosamente, el art. 75, inc. 22 de la Constitución dice “en las condiciones de su vigencia”. Esta frase ha sido interpretada por la CSJN¹³ en varias ocasiones en el sentido de que los desarrollos de los organismos de aplicación de los tratados (p.ej., la Corte Interamericana de Derechos Humanos para la Convención Americana sobre Derechos Humanos) son vinculantes para la Argentina. Incluso los dictámenes no vinculantes de organismos internacionales (como podrían ser, p.ej., aquellos emitidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR, por sus siglas en inglés)), son obligatorios para la Argentina.

En conclusión, es muy fácil para el sistema argentino recurrir a todos los desarrollos de derechos humanos que han tenido lugar en el sistema internacional e interamericano.

Por lo tanto, encontramos numerosas previsiones del derecho internacional que aplican directamente al ordenamiento argentino, entre las que se destacan. De **carácter general** aplicables al caso, se encuentran:

- Derecho a la vida, libertad, seguridad, e integridad de las personas: art. 1 DUDH; art. 11 CADH.
- Derecho a la dignidad personal: art. 1 DUDH; arts. 4, 5, y 7 CADH; arts. 6, y 9 PIDESC; art. 6 Convención Niño.
- Derecho a la salud: art. 12 PIDESC; art. 24 Convención Niño.
- Derecho a no ser sometido a torturas, ni penas, ni tratos crueles, inhumanos o degradantes: art. 5 CADH; art. 7 PIDESC; art. 37 Convención Niño.
- Derecho a la igualdad y la no-discriminación: art. 1 CADH; art. 2.2 PIDESC.

Y de **carácter específico**, esto es, normativa específicamente diseñada para reconocer y proteger a las situaciones relacionadas con el embarazo, encontramos:

- Comision Interamericana de Derechos Humanos (CIDH): “La CIDH hace un llamado especial a los Estados a cumplir con su obligación de organizar su estructura estatal y las actuaciones de todas sus instancias para garantizar el derecho a la integridad de todas las mujeres en su acceso sin discriminación a servicios de salud materna.” (CIDH, 2011, pág. § 3)

¹³ La CSJN se pronunció en este sentido al poco tiempo de aprobada la Reforma constitucional de 1994, en el caso (“Monges”, 1996), y sostuvo reiteradamente este criterio jurisprudencial. Recientemente, la CSJN parece haber puesto en tela de juicio esta lectura, en los casos (“Fontevicchia”, 2017) y (“Muiña”, 2017). Sin embargo, el amplísimo rechazo que ha generado la decisión, en todos los ámbitos (social, político, académico y hasta judicial), indica que no va a ser revertida la doctrina del caso “Monges”.

- Pacto Internacional de Derechos Economicos, Sociales y Culturales (PIDESC) Art. 10: “Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto.”
 - Art. 12: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”
 - OG 14: La salud genésica significa que (...) el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto. (Comité DESC, 2000, pág. §126).

- CEDAW:
 - Art. 12: “los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.”
 - Informe sobre Argentina: El Comité insta además al Estado parte a que revise la legislación vigente que penaliza el aborto, que tiene graves consecuencias para la salud y la vida de las mujeres. El Estado parte debe asegurarse de que la “Guía Técnica para la Atención de los Abortos no Punibles”, se aplique en todo el país de manera uniforme de modo que exista un acceso efectivo y en condiciones de igualdad a los servicios de salud para interrumpir el embarazo. (CEDAW, 2010).
 - RG 24: También la CEDAW solicita a los Estados Parte que en sus informes indiquen qué medidas han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, así como información sobre las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad (CEDAW, 1999, pág. com. art. 12)
 - Caso Aleyne da Silva c/ Brasil: En este caso, el Comité CEDAW encontró a Brasil responsable de la muerte de la Sra. da Silva, y constató la existencia de violencia obstétrica. El Comité remitió a su Recomendación General Nro. 24, y puso especial énfasis en que Brasil había fallado en su obligación de brindar servicios mínimos para garantizar el derecho de la Sra. da Silva a un parto en condiciones adecuadas (CEDAW, 2011, págs. §7.3-7.4)

- Convención de Belem do Pará:
 - Art. 8: “Los Estados Partes convienen en adoptar, en forma progresiva, medidas específicas, inclusive programas para: a. fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, y el derecho de la mujer a que se respeten y protejan sus derechos humanos...”
 - MESCEVI: “el Comité de Expertas/os recomienda a los Estados incluir disposiciones que no solo sancionen la violencia obstétrica, sino que también desarrollen los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos en la medicación, apropiadamente informado a las mujeres y adolescentes, así como las garantías para asegurar el consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual. Asimismo, recomienda adoptar una perspectiva intercultural que permita la inclusión de las poblaciones indígenas a los

servicios de salud y respete sus costumbres y pautas culturales” (MESECVI, 2012, pág. 40).

Finalmente, a pesar de no ser derecho duro, las **Recomendaciones que la OMS** ha realizado en materia de violencia obstétrica también tienen un rol que jugar (OMS, 2015). Jurídicamente, estas recomendaciones no tienen carácter vinculante intrínseco –son lo que se conoce como *soft law*–, pero sin lugar a dudas son un gran referente y, dadas ciertas condiciones, podrían terminar siendo obligatorias si pasaran a ser costumbre internacional. Dentro de las 20 recomendaciones que da la OMS, se destacan:

- Permitir que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado.
- Acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y durante el parto.
- Libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y durante el parto.
- No practicar rutinariamente episiotomías, ni el rasurado, ni monitoreo fetal electrónico, ni aplicación de oxitocina o analgesia o anestesia.
- Permitir la toma de líquidos y la ingesta de alimentos durante el trabajo de parto.
- Limitar la tasa de cesáreas al 10-15%.

D.1.c. Protección legal

Este nivel de protección tiene, como el anterior, una dimensión general y una dimensión especial.

D.1.c.i. Normativa general

En primer lugar, encontramos los derechos reconocidos por la **ley 26.529**, del año 2009. Esta ley reconoce ciertos derechos generales a todos los pacientes, los cuales consisten en: asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria, e interconsulta médica (art. 2, ley 26.529).

Por su parte, el **Código Civil y Comercial** penaliza especialmente los daños a la salud en su art. 1.738. Sin embargo, el Código lo hace desde una pura lógica del derecho de daños, y no desde una perspectiva de derechos: lo que está en juego es el *quantum* -por usar una expresión cara a los civilistas- de la reparación que el médico u hospital deben resarcir a la madre dañada. Y además, impone una duración determinada al embarazo: su artículo 20 determina –reproduciendo la exacta formulación que contenía su antecesor, el art. 77 del Código Civil, en vigor desde 1871 hasta 2015– que “el máximo de tiempo del embarazo es de trescientos días y el mínimo de ciento ochenta”; si bien admite prueba en contrario, genera una enorme carga en favor de la idea de que el embarazo es un proceso que tiene fecha de inicio y fin, y por lo tanto puede ser controlado, en vez de ser un proceso natural que puede y debe fluir según la fisiología de la madre.

D.1.c.ii. Normativa específica para el embarazo

El punto de partida se encuentra en la **ley 26.485**, de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales. Sancionada en el año 2009, define a la violencia obstétrica como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” (art. 6, inc. e)).

Este artículo, asimismo, reenvía a la **ley 25.929**, de protección del embarazo y del recién nacido, del año 2004. Esta ley fue la primera norma nacional que expresamente estaba dirigida a la reconocer derechos a las madres, y no fue un producto del azar, sino que, en palabras de una de las personas que intervino en el debate y el empuje final para que fuera sancionada, “costó sangre, sudor y lágrimas” (Activista 1, 2017). A pesar de su articulado breve, reconoció varios derechos a las madres, a saber: a ser informada, a ser tratada con respeto, a ser considerada como persona sana, al parto natural, a no ser sometida a exámenes o intervenciones con fines de investigación, a estar acompañada, a tener a su hijo a su lado mientras permanezca en el centro de salud, a recibir asesoramiento sobre su salud o la de su hijo, y a ser informada específicamente de los efectos del tabaco, alcohol o drogas (art. 2).

La situación en las provincias es variada. Como se trata de normativa federal, hace falta una declaración expresa para que su aplicación tenga lugar en las provincias. Así, la ley 26.485 declara ser de orden público (art. 1), por lo que debería ser aplicada en todo el territorio argentino. Por su parte, la ley 25.929 no tiene un artículo similar, por lo que su aplicación sólo tendrá lugar en los hospitales federales o en aquellas provincias que adhieran a su aplicación mediante una norma provincial. La Provincia de Buenos Aires ha hecho esto mediante la ley provincial 14.464.

La Corte Suprema de la Provincia de Salta ha aprobado recientemente un “protocolo de actuación” para los casos en que los agentes y oficinas bajo su jurisdicción detecten casos de violencia familiar o de género. Se destaca que dentro de esta última, se encuentra explícitamente mencionada la violencia obstétrica (Protocolo de Organización y Actuación para Casos de Violencia Familiar y de Género, 2018).

Por su parte, la Provincia de Jujuy ha modificado el régimen del colegio de obstetricia. El nuevo art. 5 prevé dentro de las *facultades* del ejercicio profesional: “Brindar consulta para prevenir la violencia basada en género, especialmente la violencia obstétrica y garantizar los derechos de la salud reproductiva, conforme a la Ley Nacional N° 26485” (Colegio de Licenciados en Obstetricia de la Provincia de Jujuy, 2018). Idéntico criterio sigue la legislación de La Rioja, en su art. 4, inc. 3 (Ejercicio profesional - Licenciados en Obstetricia y Obstétricos en la provincia de La Rioja, 2018).

Asimismo, la Provincia del Chaco ha creado un “compendio temático de violencias”, en el que la violencia obstétrica supone un tipo de violencia específico y autónomo (Compendio Temático de las Violencias, 2017). En contrapartida, la Provincia de Salta cuenta con una ley de protección contra la violencia de *género*, cuyo art. 3 considera a la violencia obstétrica como una modalidad de la violencia de género (Protección contra la Violencia de Género, 2015). La Provincia del Chubut sigue el mismo criterio en el art. 9 de su ley de protección contra la violencia de género, pero brinda una definición muy amplia de “violencia obstétrica” en su art. 9, inc. 6) (Ley de Protección Integral e Igualdad de Oportunidades y Equidad de Género, 2017).

D.1.d. Regulación infra legal

Las leyes comentadas precedentemente no bastan por sí solas para regular adecuadamente todo el fenómeno del embarazo. Dicho de otro modo, estar embarazada es un proceso tan largo y complejo, que una decena de artículos no bastan para brindar una protección adecuada.

La ley 26.854, de protección integral a la mujer, fue reglamentada por el **decreto 1011/2010**, dictado el 19 de julio de 2010. De los varios artículos que regula, se destaca que precisa un elemento de la definición de violencia obstétrica: precisa que “Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y post-parto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no”.

Por su parte, la ley 25.929 no fue regulada sino hasta 11 años más tarde, mediante el **decreto 2035/2015**. Este decreto era necesario, y por algún motivo que no ha sido determinado, su publicación se demoró mucho más de lo que suele tardarse; después de años de activismo, de presentar numerosos escritos y pedidos en el Ministerio de Salud, fue por fin dictado el 01/10/2015. El decreto es más bien breve, pero es importante mencionar que incorpora varias nociones clave para garantizar el respeto de la mujer. Su artículo 1° declara que quienes estén a cargo de hospitales –sean públicos o privados– deben adoptar medidas para adecuar su servicio a la ley. Su articulado precisa varios de los términos empleados por la ley 25.929; esquemáticamente, las materias reguladas tratan sobre:

- El derecho a ser informada, consistente en proveer información tanto de la situación del embarazo; como de la forma de llevar el embarazo, el trabajo de parto, el parto, y el puerperio; como también en materia sexual y de reproducción. La información también comprende al núcleo familiar de la madre.
- El derecho a ser respetada, tanto física como psicológicamente. También implica respetar las decisiones que la madre tome sobre su embarazo y la forma de llevar el parto, siempre que no implique el riesgo “del binomio madre-hijo”. Además, si la mujer desea ser acompañada, también debe ser respetada esa decisión, y no puede exigirse ningún requisito para el acompañante ni cobrarse un arancel.
- El derecho al vínculo con el recién nacido, permitiendo que la madre tome pronto contacto con el bebé. También debe permitirse que la mujer amamante. Este aspecto también es regulado en el art. 3°.
- El derecho a la libertad de movimiento, tanto para la madre como para los familiares o conocidos que deseen visitarla.
- El derecho a dar a amamantar, al requerir que los establecimientos deben adecuar sus instalaciones para permitir que las madres den a amamantar a sus bebés.

Finalmente, existen **guías elaboradas por el Ministerio de Salud** (a nivel federal). Por ejemplo, en 2010 se publicó la cuarta edición de la “Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia”, cuya primera edición data de 2004, pero sus antecedentes se remontan a 1993. Con cita a principios de la Oficina Regional Europea de la OMS, y al decálogo CLAP OPS/OMS 2003, la guía propone diferentes ejes de acción, tales como incorporar la participación de la familia en el proceso de atención institucional, crear áreas de la planta física para las familias, brindar educación en salud, informar a las usuarias y familiares, e incluso apoyarse en servicios de voluntariado (Ministerio de Salud, y otros, 2010, págs. 17-19). En concordancia con esta línea de trabajo, el Ministerio brindó su apoyo, junto con UNICEF y otras organizaciones, a la elaboración de unas guías para la implementación de maternidades seguras y centradas en la familia (MSCF) con enfoque intercultural. Esta guía sugería incorporar un enfoque intercultural, con perspectiva de derecho, que promoviera “la

superación de las barreras culturales y el fortalecimiento de la pertinencia cultural en las maternidades, a través de la implementación de acciones afirmativas en salud para poblaciones, como los indígenas y migrantes, que poseen culturas diferentes” (Larguía, y otros, 2012, pág. 29).

Finalmente, la Ciudad de Buenos Aires ha regulado en su jurisdicción la forma en que distintos organismos del ejecutivo deben actuar. Así, mediante un protocolo de acción conjunta, la Ciudad busca coordinar una respuesta armónica desde distintas áreas del Ejecutivo a la problemática de violencia de género. Dentro del protocolo, el art. 4 presenta una definición compleja de violencia. En primer lugar, incorpora la definición amplia de la ley nacional 26.485. Acto seguido, distingue entre la violencia “física” y “cualquiera de las modalidades en que se manifiesten los distintos tipos de violencia”. En este último listado, se halla prevista la violencia obstétrica (Aprobación del protocolo de acción institucional para la prevención e intervención ante situaciones de violencia de, 2018).

D.2. ¿RECLAMOS ADMINISTRATIVOS O JUDICIALES?

Por el momento, no hay una sentencia judicial que específicamente haya tratado la violencia obstétrica, ni siquiera junto con otras reclamaciones. Lo más novedoso ha sido la reciente denuncia presentada por una madre de la ciudad de Rosario (Sousa Dias, 2017); según la denunciante, el obstetra le había colocado una cápsula de prostaglandina para desencadenar el parto, que terminó en una cesárea de urgencia. Teniendo en cuenta que los juicios en Argentina duran no menos de 5 años si son casos simples, una demanda de este tipo puede que lleve entre 7 y 10 años. Como mínimo. Habrá que esperar y seguir el caso.

Mientras tanto, sí existen procedimientos de denuncias administrativas. A nivel federal, existe un mecanismo de denuncia ante el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). Pero dicho mecanismo tiene muchas particularidades (Activista 1, 2017), lo que ha llevado a que Las Casildas, una ONG que trabaja por los derechos de las madres, elaborara un instructivo, en el que se detallan los 9 pasos que quien denuncia debe seguir para que la denuncia tenga lugar, y luego los otros 9 aspectos que deben tenerse en cuenta para realizar el seguimiento de la denuncia (Las Casildas). A su vez, cada Provincia tiene (o debería tener) su sistema de reclamos. En 2017, por ejemplo, en la Provincia de Buenos Aires tramitan unos 25 casos (Funcionario 1, 2017).

E. DESAFÍOS PARA LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ARGENTINA

Los párrafos precedentes permiten afirmar que en los últimos años Argentina ha experimentado importantes avances en las últimas dos décadas. Sin embargo, aún existen muchos desafíos por superar. Se detectan al menos ocho desafíos específicos de la violencia obstétrica, consistentes en:

1. Evitar la confusión con otras problemáticas de género.
2. Lograr la autonomía normativa.
3. Incorporar la complejidad adicional causada por el federalismo argentino.
4. Medir el éxito relativo de las guías.
5. Facilitar los mecanismos de denuncias.
6. Fomentar un cambio de paradigma desde temprano.
7. Combatir la opacidad de los colegios médicos
8. Mejorar la deficiente infraestructura en salud.

Finalmente, existe un noveno desafío, general, endémico de la sociedad argentina. Se trata de la llamada “anomia normativa”. Cualquiera que haya pisado alguna vez la República Argentina la habrá experimentado alguna vez: consiste en una deliberada y masiva desobediencia a las normas, resumida en la tristemente célebre frase que resume cómo los conquistadores españoles administraban sus posesiones americanas: de la ley del Rey, siempre se decía que “se acata, pero no se cumple”. Su importancia merece un desarrollo especial, pues, en la humilde opinión de este investigador, todo esfuerzo que se realice para eliminar la violencia obstétrica caerá en saco roto si no se incorpora esta dimensión del sistema argentino.

1. Evitar la confusión con otras problemáticas de género. Esto se vincula con (¿o es la causa de?) el segundo problema, que es el tratamiento común que se le da a la violencia obstétrica, como si de otra cuestión de género se tratara. En efecto, el Ministerio de Salud, p.ej., publicó primero sobre femicidios (Fernández, y otros, 2010) (Alemán, y otros, 2010) y no sobre violencia obstétrica, tema aún ausente en la Revista Argentina de Salud Pública (RASP). Más notorio aún, en los Encuentros Nacionales de Mujeres, recién en los últimos años se logró separar a la mesa de violencia obstétrica de la mesa de violencia contra las mujeres en general (Activista 1, 2017). Como siempre el femicidio es más cruento, más espectacular, la atención suele ponerse en esta última problemática, dejando a la violencia obstétrica en un segundo plano.

2. Lograr autonomía normativa. Se observa que desde el año 2017 a la fecha ha habido un progreso en este sentido. A nivel internacional quizás esté más separado, pero a pesar de los avances de los últimos años, a nivel local la regulación de la violencia obstétrica aún se encuentra confundida con la problemática de género en general. En efecto, la ley 26.485, con todos sus méritos, tiene una regulación mucho más amplia, a pesar de que la ley 25.929 había sido sancionada antes. Si bien es evidente que la violencia obstétrica es una manifestación específica de la violencia de género, una regulación especial más desarrollada permitiría encarar los problemas específicos de la violencia obstétrica con herramientas

específicas. Sólo algunas partes del tardío decreto 2035/2015 alcanzan un nivel de detalle avanzado (como el régimen de visitas).

3. Incorporar la complejidad adicional causada por el federalismo argentino. La organización federal del país, y sus impulsos centrípetos y centrífugos, atentan contra una aplicación uniforme de la normativa, y la propia normativa tiene dificultades de compatibilidad. Como se vio, hay constituciones provinciales que ni siquiera mencionan el derecho a la salud. En Argentina parece regir ese viejo adagio de la china imperial –“el emperador está lejos, las montañas son altas”–, cambiando, desde luego, el accidente geográfico, pues en Argentina las pampas son extensas. De modo que el gobierno federal en Buenos Aires tiene una doble tarea: lograr la aplicación de su normativa desde La Quiaca hasta Ushuaia, a la vez que armonizar la normativa federal con la de las diferentes Provincias. La falta de información generalizada responde en parte a esta situación: se conoce aquello que es informado por una investigación en particular (el colosal trabajo de Cecilia Canevari en Santiago del Estero), el persistente trabajo de Rosario Chiarotti en Rosario (Pcia. de Santa Fe) y el ímpetu del activismo).

4. Medir el valor relativo de las guías. Las guías que ha ido elaborando el Ministerio de Salud, si bien son detalladas y amplias, e incorporan muchas veces estándares internacionales, carecen de fuerza normativa. Un importante trabajo de investigación, que estudió su utilidad para cambiar las situaciones que viven las madres en los hospitales argentinos, llegó a la conclusión de que si bien esto significaba un avance en el sentido de que incorporaba a derecho interno los estándares internacionales, el Ministerio fracasó en monitorear la implementación de estas guías (Herrera-Vacaflor, 2015).

5. Facilitar los mecanismos de denuncias. Como se vio precedentemente, el Poder Judicial está colapsado y falla en brindar una respuesta rápida; y el procedimiento administrativo sancionador tiene ciertas complejidades que hacen virtualmente necesaria el acompañamiento de alguien que sepa de derecho. Simplificar el procedimiento de denuncias administrativas debería ser una prioridad de cualquier reforma. Desde luego, también los casos de violencia obstétrica se verían beneficiados con un Poder Judicial más efectivo, pero para que eso ocurra aún queda un largo trecho por recorrer. Con toda seguridad, cualquier mecanismo de denuncias deberá prever la particular situación de la mujer que no tiene más opción que volver al centro de salud que ha denunciado, pues de lo contrario puede ser que la intimide la perspectiva de volver a ser atendida por las personas a las que denunció. Aún así, la adopción de instrumentos como el Protocolo de denuncias de la Provincia de Buenos Aires es un avance que podría sentar precedentes.

6. Fomentar un cambio de paradigma desde temprano. Cuando un profesional de la salud sale a la calle y comienza a atender personas, ya lleva varios años de formación institucional. Para ese entonces, el modelo médico hegemónico se encuentra consolidado: las personas son objetos que deben ser curados, incluso cuando ellos mismos no lo saben. La incorporación de una perspectiva de derechos en las carreras de la salud permitiría complementar (si no se puede reemplazar) una formación cientifista con un enfoque más humanístico. Mejor aún sería incorporar una perspectiva de género, específica de las madres.

7. Combatir la opacidad de los colegios médicos. Tampoco será posible avanzar hacia un parto respetado y digno si los agentes encargados de determinar la cultura deontológica de los profesionales de la salud son poco claros. Los colegios parecen moverse inspirados más

por una lógica corporativista, de defensa de intereses propios, que cumpliendo una función social. Las recientes modificaciones a la regulación de los colegios obstétricos de las provincias del noroeste si bien es un paso interesante, fallaron en incorporar disposiciones que ordenen a los colegios pertinentes que apliquen una mayor perspectiva de derechos.

8. Mejorar la deficiente infraestructura en salud. Finalmente, por más buena voluntad que hubiere de parte de los profesionales de la salud, todo su esfuerzo se ve afectado por las condiciones en que trabajan. Decía una funcionaria que, a pesar de que el Ministerio de Salud provincial desearía que los partos pudieran ser acompañados, si la sala era de unos pocos metros cuadrados, era comprensible que se pusieran restricciones al acceso de acompañantes (Funcionario 1, 2017). Es necesario asegurar condiciones mínimas de infraestructura, así como condiciones laborales razonables.

Referencias

- Activista 1. (29 de mayo de 2017). Entrevista a una activista de derechos de las madres. (F. Sáez Zamora, Entrevistador)
- Activista 2. (30 de mayo de 2017). Entrevista a una integrante del movimiento de doulas. (F. Sáez Zamora, Entrevistador)
- Albarracini Nieves, Jorge Washington s/medidas precautorias., A.523.XLVIII (Corte Suprema de Justicia de la Nación 1 de junio de 2012).
- Alberdi, J. B. (2008). *Bases y puntos de partida para la organización política de la República Argentina*. Buenos Aires: Losada.
- Alemán, M., Vernaz, D., Tili, G., Manzur, V., Rossi Sanmartino, B., Marconi, A., . . . Antman, J. (junio de 2010). Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en Ciudad de Buenos Aires Alemán. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(3), 22-27. Obtenido de <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen5/deteccion-de-violencia.pdf>
- Analía M. Monges c/ Universidad de Buenos Aires (Corte Suprema de Justicia de la Nación 26 de diciembre de 1996).
- Aprobación del protocolo de acción institucional para la prevención e intervención ante situaciones de violencia de, Resolución conjunta 1/2018 (Mrio. de Educación e Innovación, Mrio. de Hábitat y Desarrollo Humano, Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Vicejefatura de Gabinete 11 de julio de 2018).
- Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53(Sup. 2), S96-S108. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006
- Bignone, Reynaldo Benito Antonio s/ recurso extraordinario, CSJ 1574/2014 RH1 (Corte Suprema de Justicia de la Nación 3 de mayo de 2017).
- Canevari Bledel, C. (2016). El marco legal de la violencia obstétrica: derechos y reverses. *XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires. Obtenido de https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http://jornadassaludypoblacion.sociales.uba.ar/files/2016/07/PONENCIA_CANEVARI_CECILIA.doc
- Canevari, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco Edita; Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE.
- CEDAW. (1999). *Recomendación general, Nro. 24*.
- CEDAW. (2010). *Informe relativo a Argentina, Nro. 6*.
- CEDAW. (2011). *Communication No. 17/2008* . CEDAW/C/49/D/17/2008. Obtenido de http://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-49-D-17-2008_en.pdf

- Centro de Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Lanús. (2007). *Estudio sobre los derechos de niños y niñas migrantes a 5 años de la nueva ley de migraciones*. Lanús: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- CEPAL, OPS, & PNUD. (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD.
- CIDH. (2011). *Informe “El trabajo, la educación y los recursos de las mujeres: la ruta hacia la igualdad en la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales”*. OEA/Serv.L./V/II.143.Doc.59 , OEA.
- Colegio de Licenciados en Obstetricia de la Provincia de Jujuy, Ley 6101 (Poder Legislativo de la Provincia de Jujuy 26 de diciembre de 2018).
- Comercio y Justicia. (28 de julio de 2014). *Comercio y Justicia*. Recuperado el 05 de julio de 2017, de “Agredido reportelo!”, los médicos buscan protección: <https://comercioyjusticia.info/blog/profesionales/agredido-reportelo-los-medicos-buscan-proteccion/>
- Comercio y Justicia. (28 de mayo de 2018). *Comercio y Justicia*. Recuperado el 05 de 07 de 2017, de Se renuevan debates en torno a las especialidades médicas en el país: <https://comercioyjusticia.info/blog/formacioncontinua/se-renuevan-debates-en-torno-a-las-especialidades-medicas-en-el-pais/>
- Comité DESC. (2000). *Observación General Nro. 14 - El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12)*.
- Compendio Temático de las Violencias, Ley 7988 (Poder Legislativo de la Provincia del Chaco 31 de mayo de 2017).
- Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires - Observatorio de Violencia de Género*. (2018). Obtenido de Protocolo de recepción de denuncias en casos de violencia obstétrica: <https://www.defensorba.org.ar/micrositios/ovg/pdfs/Protocolo-de-Recepcion-de-Denuncias-en-Casos-de-Violencia-Obstetrica.pdf>
- E.,B.A. y otros c/ GCBA s/ amparo, 481/2019-0 (Juzgado de Primera Instancia en lo Contencioso, Administrativo y Tributario N° 1 19 de marzo de 2019).
- Ejercicio profesional - Licenciados en Obstetricia y Obstétricos en la provincia de La Rioja, Ley 10102 (Poder Legislativo de la Provincia de La Rioja 12 de octubre de 2018).
- El Parto es Nuestro - Argentina. (s.f.). *Grupo Local Argentina*. Recuperado el 21 de agosto de 2017, de <https://www.elpartoesnuestro.es/pagina/grupo-local-argentina>
- Estudiante de medicina. (abril de 2017). Entrevista a un estudiante de medicina de la Universidad de Buenos Aires. (F. Sáez Zamora, Entrevistador)
- F., A. L s/ medida autosatisfactiva, F.259.XLVI (Corte Suprema de Justicia de la Nación 13 de marzo de 2012).
- Fernández, A. M., Tajer, D., Galimberti, D., Ferrarotti, A., Chiodi, A., & Borakievich, S. (junio de 2010). Estudio cuali-cuantitativo de la mortalidad femenina por causas externas y su

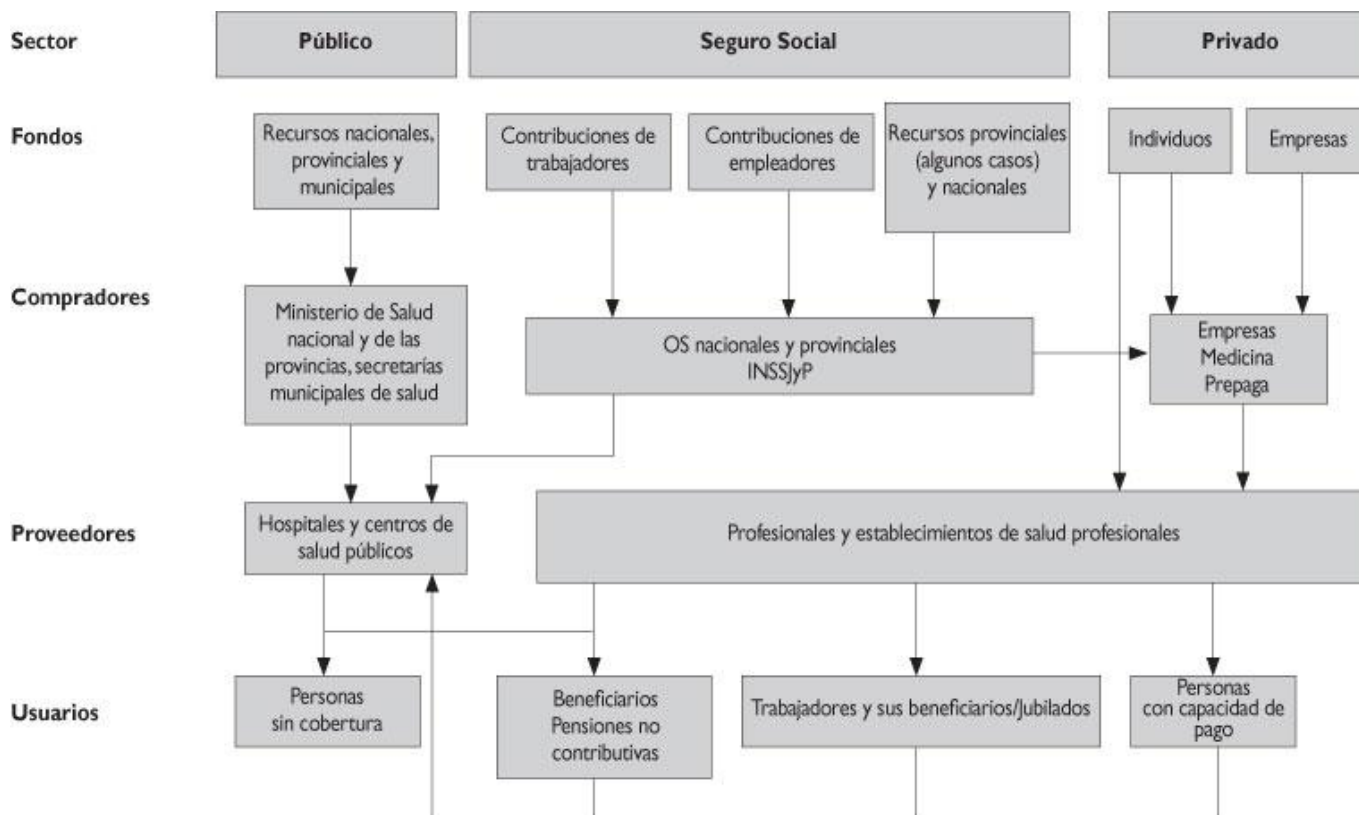
- relación con la violencia de género. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(3), 18-23. Obtenido de <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen3/violencia-genero.pdf>
- Funcionario 1. (12 de julio de 2017). Entrevista a Dirección de Embarazos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (F. Sáez Zamora, Entrevistador)
- González Napolitano, S. S. (2015). Relaciones entre el derecho internacional y el derecho interno. En S. S. González Napolitano, *Lecciones de derecho internacional público* (págs. 277-303). Buenos Aires: Errepar.
- Gordillo, A. (2013). *Tratado de derecho administrativo y obras selectas* (primera (onceava del Tratado de derecho administrativo) ed.). Buenos Aires: FDA.
- Hasperué, R., Ribot, L., & Sosa, A. C. (2015). *Relatos paridos. Cada nacimiento es una historia*. Buenos Aires: Acercádonos ediciones.
- Hernández, J. (2015). *Martín Fierro*. Buenos Aires: Claridad.
- Hernandorena, C., García, J., Cavoti Sadonio, V., & Grandi, C. (diciembre de 2012). Lesiones placentarias en embarazos de madre adolescente en una maternidad pública de Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 3(12), 13-18. Obtenido de <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen13/13-18.pdf>
- Herrera-Vacaflor, C. A. (2015). Obstetric Violence in Argentina: The legal effects of medical guidelines and statutory obligations for improving the quality of maternal health. *Master of Laws (LL.M.) Thesis*. Canada: Graduate Department of the Faculty of Law, University of Toronto.
- Honorable Congreso de la Nación. (12 de junio de 2018). Obtenido de Texto completo del dictamen sobre el aborto que debatió Diputados: https://www.hcdn.gob.ar/prensa/noticias/2018/despenalizacion-aborto/noticias_0595.html
- Larguía, A. M., González, M. A., Solana, C., Basualdo, M. N., DiPietrantonio, E., Bianculli, P., . . . Esandi, M. E. (2012). *Maternidad segura centrada en la familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo* (segunda ed.). Buenos Aires: UNICEF.
- Las Casildas. (s.f.). *Instructivo para realizar una denuncia por violencia obstétrica*. Obtenido de <https://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwibt8n2wIzVAhWFjpAKHVivBtEQFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.lascasildas.com.ar%2Fdescargas%2F1-Instructivo-para-realizar-denuncia-x-violencia-obst%25C3%25A9trica.doc&u>
- Las Casildas. (s.f.). *Las Casildas*. Recuperado el 21 de agosto de 2017, de Observatorio de Violencia Obstétrica: <http://www.lascasildas.com.ar/>
- Ley de Protección Integral e Igualdad de Oportunidades y Equidad de Género, Ley XV-26 (Legislatura de la Provincia del Chubut 19 de diciembre de 2017).

- Médico 1. (20 de mayo de 2017). Entrevista a un médico del Hospital de San Carlos de Bariloche, Pcia. de Río Negro. (F. Sáez Zamora, Entrevistador)
- Médico 2. (15 de junio de 2017). Entrevista a un médico de la ciudad de Santa Rosa, Pcia. de La Pampa. (F. Sáez Zamora, Entrevistador)
- MESECVI. (2012). *Informe Hemisférico N° 2*.
- Ministerio de relaciones exteriores y culto s/ informe sentencia dictada en el caso "Fontevicchia y D'Amico vs. Argentina" por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, CSJ 368/1998 (34-M)/CS1 (Corte Suprema de Justicia de la Nación 14 de febrero de 2017).
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018). *Indicadores básicos*.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2017). *Pre-dictamen general de denuncias por violencia obstétrica*. La Plata, Pcia. de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud, Uranga, A., Urman, J., Lomuto, C., Martínez, I., Weisburd, M. J., . . . Queiruga, M. (2010). *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*.
- Moraes, T. (10 de septiembre de 2012). Traditional Midwives Lack Support in Brazil Despite Crucial Services in Rural Areas. *Global Press Journal*. Obtenido de <https://globalpressjournal.com/americas/brazil/traditional-midwives-lack-support-in-brazil-despite-crucial-services-in-rural-areas/>
- Nassif, J. C. (2012). *Obstetricia: fundamentos y enfoque práctico*. Buenos Aires: Panamericana.
- Nino, C. S. (1992). *Un país al margen de la ley*. Buenos Aires: Emecé.
- Observatorio de Violencia de Género. (2015). *Violencia obstétrica en cárceles de la provincia de Buenos Aires*. Obtenido de <https://www.defensorba.org.ar/ovg/pdfs/Violencia-Obstetrica-en-Carceles-provincia-Buenos-Aires.pdf>
- OMS. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de part*. Obtenido de www.who.int/reproductivehealth
- Paganini, J. M., Etchegoyen, G. S., Bo, A., Rubio, A. M., Stival, J. J., Fredeimberg, A., . . . Zelayeta, A. (marzo de 2010). Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(2), 18-23. Obtenido de <http://www.rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen2/Evaluacion-de-sistemas-de-salud-y-la-estra-de-aps.pdf>
- Patitó, J. A. (2012). *Manual de medicina legal* (segunda ed.). Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Protección contra la Violencia de Género, Ley 7888 (Poder Legislativo de la Provincia de Salta 01 de octubre de 2015).

- Protocolo de Organización y Actuación para Casos de Violencia Familiar y de Género, Acordada 12704/2018 (Corte de Justicia, Provincia de Salta 19 de septiembre de 2018).
- Rectorado de la Universidad de Buenos Aires. (2011). *Censo docente*. Buenos Aires: UBA. Obtenido de <http://www.uba.ar/institucional/censos/Docentes2011/docentes2011-final.pdf>
- Rectorado de la Universidad de Buenos Aires. (2012). *Universidad de Buenos Aires*. Recuperado el 09 de julio de 2017, de <http://www.uba.ar/comunicacion/noticia.php?id=3319>
- Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN). (septiembre de 2013). *RELACAHUPAN Argentina*. Recuperado el 21 de agosto de 2017, de <http://www.soniacavia.com.ar/relacahupan.com.ar/argentina/index.html>
- Residente 1. (20 de junio de 2017). Entrevista en profundidad a residentes. (F. Sáez Zamora, Entrevistador)
- Romero, J. L. (1983). *Las ideas políticas en Argentina* (cuarta ed.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA). (s.f.). *SOGIBA*. Recuperado el 05 de julio de 2017, de Obstetricia hay una sola. Ante Opiniones Controvertidas sobre la Práctica Obstétrica. Posición de SOGIBA: <http://sogiba.org.ar/index.php/component/content/article?id=240>
- Sousa Dias, G. (28 de junio de 2017). "Acá no estamos para cumplir los caprichitos de los padres": la historia detrás del primer juicio por violencia obstétrica del país. *Infobae*. Obtenido de <http://www.infobae.com/sociedad/2017/06/28/aca-no-estamos-para-cumplir-los-caprichitos-de-los-padres-la-historia-detras-del-primer-juicio-por-violencia-obstetrica-del-pais/>
- Speranza, A. M., & Kurlat, I. (junio de 2011). Regionalización del cuidado perinatal: una estrategia para disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(7), 40-42. Obtenido de <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen7/intervenciones-sanitarias.pdf>
- Verbitsky, Horacio s/ habeas corpus (CSJN 05 de mayo de 2005).
- Veronelli, J. C., & Veronelli Correch, M. (2004). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. Buenos Aires: OPS/OMS.
- Yapura, Gloria Catalina c/ Nuevo Hospital El Milagro y Provincia de Salta, Y.112.XL (Corte Suprema de Justicia de la Nación 6 de junio de 2006). Obtenido de <http://www.notivida.org/fallos/CSJN%20via%20de%20amparo%20para%20requerir%20ligadura%20de%20trompas.html>

F. ANEXO. ESQUEMA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Ilustración 1 – Fuente: (Belló & Becerril-Montekio, 2011).



OS: Obras Sociales

INSSyP: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

Fuente: Referencia 1

El sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sectores: público, seguro social y privado. El sector público está integrado por los ministerios nacional y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Este sector se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales (OS), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. Además, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias. Las provincias cuentan con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y los patrones. El sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, y a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga que se financian con primas que pagan las familias o las empresas y con recursos derivados de contratos con las OS. Los servicios que ofrecen se prestan en consultorios e instalaciones privados.