

trombofilia; Grupo los Nonos Argentina; Consejería para la prevención de la Violencia Obstétrica; Mujeres en Tribu; Doulas Oxitosas, Mama Hamaca: crianza respetuosa; Tribu de Mamis; Warmi; Espacio de Doulas de Nacimiento; Teteada Masiva, Ummi: psicología perinatal y crianza respetuosa, Nacer Juntos, Foro por la Niñez, Basta de Violencia Obstétrica, Mamífera Consciente: nacer, amar, criar; Doulas de Rosario; Colectivo de Mujeres por un Parto Respetado – San Luis; Awaike.org; Basta de Violencia Pediátrica; Las Casildas; Qespiquy [dar a luz]; Parimos después de cesárea; Parto Humanizado/Respetado Buenos Aires; Vos podes: Asociación por los derechos del parto, el nacimiento y la crianza; Libres de Violencia Obstétrica Argentina; Parir con Parteras.

Nosotras

Las agrupaciones y organizaciones que realizamos esta presentación trabajamos por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante el embarazo, el parto/nacimiento y el puerperio desde distintos y variados ámbitos. Estamos avocadas a la promoción y defensa del parto respetado¹, entendiendo a la mujer como foco central de la atención de la salud materna. En este sentido, promovemos y defendemos el derecho a la autonomía y soberanía de las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos y sobre lo que consideran es lo mejor para su salud y la salud y bienestar de sus hijos.

Nuestra presentación

Agradecemos el llamado del Alto Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas a presentar informes sobre Mujeres y Privación de la Libertad, y nos vemos interpeladas a denunciar la situación de privación ilegítima de la libertad y movimiento que sufren las mujeres argentinas por causas relacionadas al embarazo. La privación ilegítima de libertad y movimiento por causas relacionadas al embarazo es uno de los aspectos de lo que en nuestro país se conoce como Violencia Obstétrica².

Dada la importante complejidad del tema, nos tomaremos el atrevimiento de realizar una presentación que, si bien responde a los criterios del llamado, no se atiene estrictamente a dar una respuesta categórica a cada una de las preguntas del cuestionario, el cual entendemos como una guía para realización de esta presentación. Quedando, desde ya, a disposición del Grupo de Trabajo para evacuar cualquier duda o

¹ Nos referimos con ‘respetado’, al respeto por la fisiología. Es decir, a un parto libre de interferencias y de procedimientos médico-obstétricos hostiles, aplicados de rutina, que alteran el desarrollo y funcionamiento espontáneo y natural del proceso del parto y nacimiento. A la vez que remite al respeto por la dignidad humana, una atención libre de violencias y discriminación, además de garantizar los derechos humanos.

² Violencia Obstétrica es “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”. Ley 26.485 “De protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. Artículo 6, inciso e. Disponible online (<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>)

aportar información adicional. La privación de la libertad y movimiento durante el embarazo, el parto y el puerperio; se produce en ~~a~~ varios niveles institucionales, donde intervienen desde operadores de la salud y fuerzas de seguridad, hasta los Poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial. El poder Mediático (medios de comunicación masiva) se encarga, en general, de difundir y “naturalizar” la cultura de la violencia contra las embarazadas. Si bien en la gran mayoría de los casos, son las instituciones de salud, a través de los operadores sanitarios, las principales ejecutoras; en muchos casos, la intervención de otros actores es crítica para la efectividad de las medidas ilegítimas tomadas en contra de la libertad de las mujeres por causas relacionadas al embarazo, parto y/o posparto. Desarrollaremos por tanto cada una de las situaciones de las que tenemos conocimiento y que consideramos requieren especial atención por parte del Grupo de Trabajo.

Contexto y marco normativo

La discriminación y violencia basadas en el género se originan precisamente en el poder que tienen las mujeres de perpetuar la especie, de crear vida y de dar a la luz. Es por ello que la privación de la libertad y movimiento de las mujeres por causas relacionadas al embarazo es ~~sea~~ aún un pilar del patriarcado estrictamente arraigado y naturalizado en nuestra sociedad y cultura. Para eliminar la violencia de género es preciso dar visibilidad y desnaturalizar la violencia contra las mujeres embarazadas, parturientas y púerperas. Así como también es necesario reconocer y eliminar los estigmas y la violencia contra las mujeres-trabajadoras que acompañan esos procesos de manera respetuosa, las parteras independientes que brindan, en general, atención domiciliaria.

La Argentina es un país donde el derecho a la autonomía y autoridad sobre el propio cuerpo durante el embarazo, no está garantizado en los hechos, aunque sí en el derecho. La interrupción voluntaria del embarazo es ilegal, excepto en caso de violación o por poner en riesgo la salud y vida de la madre. Durante el 2018, se debatió en el Parlamento un histórico proyecto de ley que preveía despenalizar el aborto hasta las 14 semanas de gestación. Mientras el proyecto obtuvo aprobación de la Cámara de Diputados, la Cámara de Senadores del Congreso de la Nación Argentina votó por el NO, perpetuando así las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, a la libertad individual, a la vida privada y a la autonomía sobre el propio cuerpo.

La situación de violación a estos derechos fundamentales no es muy diferente cuando se trata de embarazadas que buscan y deciden llevar adelante un embarazo. Los tratados internacionales de derechos humanos poseen rango Constitucional, ya que la Argentina los incorporó a su derecho interno a través del Artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional³. Es decir que los derechos humanos a la autonomía, a la

³ Disponible online (<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>)

libertad, a la no discriminación, a estar libres de violencia, y a la vida privada, entre otros derechos conexos, son considerados de orden superior y deben ser garantizados por el Estado Nacional. Si bien desde el punto de vista legislativo, Argentina ha sido pionero en reconocer la existencia de situaciones que violan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres embarazadas, en los hechos cuando las argentinas se embarazan, deben luchar contra todo tipo de obstáculos al ejercicio de su derecho de libertad y movimiento. El Estado argentino reconoció la existencia de la violencia obstétrica, como una modalidad más de la violencia de género⁴; y promulgó incluso una ley nacional de “Parto Respetado” donde reconoce expresamente a la mujer embarazada como protagonista del proceso de parto⁵. Sin embargo, a casi dos décadas de la sanción de dichas leyes, hemos visto muy pocos cambios positivos, impulsados exclusivamente por la sociedad civil. La situación se ha agravado a tal punto que, hoy en día, pelagra incluso el acceso al parto planificado en domicilio.

Cabe por último destacar, la problemática del derecho al consentimiento y/o informado de tratamiento médico. Con la excusa de proteger al “binomio madre-hijo”, el decreto reglamentario de la ley de Parto Respetado, viene a limitar arbitrariamente el derecho al consentimiento y rechazo informado de tratamiento médico de la mujer embarazada, proveyendo que “[el] equipo de salud y la institución asistente deberán respetar tal decisión [la de la mujer embarazada], en tanto no comprometa la salud del binomio madre-hijo/a.”⁶ ¿Quién hace la determinación de que la salud del “binomio” se encuentra comprometida? Muy probablemente, el equipo médico, el mismo que ejecuta la Violencia Obstétrica y que, puede según este reglamento, anular las decisiones tomadas por la mujer en este contexto. La discriminación y violación a la autonomía por causas relacionadas al embarazo, que sufren las mujeres argentinas en el derecho, se hace patente a través del texto del mencionado reglamento del año 2015⁷. Sobre todo, si tenemos en cuenta que todos los ciudadanos con capacidad de decidir, tienen garantizado también por ley el derecho al consentimiento y rechazo informado⁸; y que viene a ser restringido arbitrariamente en el caso de embarazo,

⁴ Ley 26.485 “De protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. Artículo 6 inciso e.

⁵ Ley 25.929 “Derechos de los padres y de la persona recién nacida”, Artículo 2 “*Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos: ... c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.*” Disponible online (<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>).

⁶ Ver Decreto 2035/2015 (elaborado por el Poder Ejecutivo) Artículo 2 (a). Disponible online (<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/250000-254999/252755/norma.htm>)

⁷ (11 años después de la promulgación de dicha Ley, y a la cual pocas provincias adhieren. Siendo CABA una de las jurisdicciones que no lo hace).

⁸ Ley 26.529 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”, Artículo 6 “*Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijan por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.*” Disponible online

parto y posparto. Esta normativa evidencia la discriminación de género sistemática a la que son sometidas las mujeres argentinas en estado de gravidez. No está demás aclarar que, la normativa arbitrariamente restrictiva de la autonomía y capacidad de decisión sobre el propio cuerpo es netamente inconstitucional y violatoria de numerosos tratados de derechos humanos de los que la Argentina es parte.

Situaciones de privación de libertad y movimiento por causas relacionadas al embarazo, en Argentina:

- **Restricciones de movimiento durante el trabajo de parto y parto:** en la Argentina, de forma rutinaria y sin indicación médica alguna, la gran mayoría de los hospitales públicos y muchas clínicas privadas, restringen la libertad de movimiento de las parturientas, tanto durante el trabajo de parto como durante la fase expulsiva. Si bien no existen estadísticas oficiales al respecto, los resultados arrojados por una encuesta de la que participaron casi 5000 mujeres de todo el país (Informe del OVO)⁹, indican que a 4 de cada 10 mujeres no se les garantizó el derecho a la libertad de movimiento durante el trabajo de parto, y 7 de cada 10 no pudieron ejercer este derecho durante el parto propiamente dicho.
- **Limitaciones al alta voluntaria luego del parto en institución:** en numerosas oportunidades, cuando la mujer embarazada o que ha dado a luz, expresa su deseo o decisión de irse de la institución antes de la fecha prevista por el médico; los operadores de salud en Argentina intentan disuadirlas de no hacerlo mediante mecanismos coercitivos, muchas veces bajo amenazas. En el intento de “retener” a las gestantes y recientes madres en las instituciones, los operadores sanitarios muchas veces las maltratan y desautorizan- Por ejemplo, verbalizando que las denunciarán a la policía, que el acto de retirarse del hospital sin el permiso e indicación médica quedará documentado y resaltado con marcadores de color y letras mayúsculas en su historia clínica como “paciente fugada”, y en cuyo caso, cuando requiera ser asistida en el hospital no podrá hacerlo; y/o negándosele el acceso y copia de esta documentación donde constan los estudios (ultrasonidos, análisis de sangre, evolución clínico-obstétrica, tratamientos, etc.). (Lembo 2005, Saraceno 2009)
- **Limitaciones a la presencia de acompañantes durante el trabajo de parto, parto y post-parto:** según la ley 25.929, la parturienta tiene derecho a estar acompañada en todo momento por una persona de su elección. Sin embargo, en la práctica ello

(<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>) El único caso de excepción a esta regla, es “*cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones*”, según Decreto 1089/2012. Disponible online (<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/199296/norma.htm>)

⁹ Informe final sobre la encuesta de atención al parto/cesárea, Observatorio de violencia Obstétrica (OVO) Argentina, Agrupación Las Casildas, 2015. Disponible online (<http://lascasildas.com.ar/proyectos.html>)

no sucede. Según el Informe del OVO, a 3 de cada 10 mujeres NO se les garantizó su derecho de estar acompañadas durante el trabajo de parto, 4 de cada 10 NO estuvieron acompañadas durante el expulsivo o la cesárea, y a 2 de cada 10 se les negó el acompañamiento durante el posparto¹⁰. La prohibición de estar acompañada, constituye una privación ilegítima de la libertad, ya que la presencia de una persona del entorno de la parturienta puede influir positivamente, reduciendo los casos de restricción a la libertad ya que intercede entre la mujer y el personal de salud. Además, es un testigo clave en los casos de violación a la autonomía de la mujer embarazada.¹¹

- **Hospitalización de embarazadas en período de parto, desde 3 semanas antes de la fecha probable de parto, con la finalidad de aumentar la cobertura de partos institucionales.** Por ejemplo, las “Campañas sanitarias de Alta montaña” en la comunidad serrana de Anfama, Provincia de Tucumán, destinada a relevar y tomar registro de las fechas probables de parto de las embarazadas. Una vez identificadas, son buscadas y llevadas al hospital, lejos de su familia, de las parteras de su comunidad, de sus costumbres, de sus quehaceres y de su habitat. Donde pueden pasar entre varias semanas o más de un mes internadas en el hospital, sin haber dado su consentimiento informado a dicho traslado en internación. Cabe también destacar que, al estar expuestas a la medicalización del parto para desocupar camas de hospital, aumentan las probabilidades de prolongar la estadía hospitalaria por iatrogenia (Daño en la salud causado o provocado por un acto médico), tanto en la mujer como en el recién nacido. (Lembo 2004).
- **Impedimentos a la libre elección de parir vaginalmente y/o evitar violencia obstétrica dentro de un hospital, forzando al parto en domicilio, contra su voluntad primera y preferencia de dar a luz en una institución médica:** El abuso de medicalización en los partos/nacimientos ha llevado al surgimiento de otros modelos asistenciales alternativos como el Parto Planificado en Domicilio, asistido por parteras/os independientes (Licenciados/as obstétricos/as), que brindan y garantizan una atención respetuosa de los procesos fisiológicos, libres de violencia y discriminación¹². Esto es especialmente observado en grupos de

¹⁰ Ibid. pg. 3-4.

¹¹ No existen motivos médicos válidos para privar a una parturienta del acompañamiento de una persona de su elección, todo lo contrario. La presencia de un acompañante favorece el desarrollo saludable del parto al minimizar los niveles de stress y aumentar la tolerancia al dolor. Especialmente recomendado en las Guías para la Atención del Parto Normal de la OMS. Organización Mundial de la Salud (2018) “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación”. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/iris/handle/10665/272435>.

¹² Lembo, Marina (2009) “Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas occidentales” en *Biophronesis Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina* vol. IV (2) de la Facultad de Medicina

mujeres con cesáreas anteriores u otras circunstancias como bebés de nalgas o mellizos, en las cuales la atención médico- obstétrica solo ‘ofrece’ el realizar cesáreas a repetición. Sobre todo, estas mujeres son obligadas (al ser expulsadas del sistema sanitario) a parir en sus casas, en contra de su cultura o creencias. Porque las instituciones médicas faltan al deber de brindar opciones o garantizar el acceder a las mismas, dando apoyo y atención centrada en las elecciones de cada mujer. Viéndose confrontadas a tener que priorizar y anteponer su elección de parir vaginalmente rescindiendo el lugar de parto/nacimiento. (Parimos Vaginalmente Después de Cesárea. Relevamiento 2016)

- **Impedimentos al parto en domicilio:** las restricciones impuestas arbitrariamente al derecho a decidir cómo, dónde y con quien parir, afectan la autonomía y capacidad de decisión de la mujer y su familia. La privación ilegítima de la libertad y movimiento en este contexto se da desde el momento en que la mujer, por no poder optar por un parto domiciliario, es forzada a concurrir a una institución sanitaria para dar a luz. Si bien en Argentina el parto en domicilio es legal, distintos organismos del Estado se ocupan de establecer prohibiciones “de facto” a través de diversos mecanismos disuasivos y/o coercitivos. Por ejemplo:

a. Mecanismos disuasivos:

- (i) **Ejerciendo maltrato contra las mujeres y parteras** que se trasladan a una estructura sanitaria luego de intentar un parto domiciliario. El plan de parto domiciliario conlleva la posibilidad de un traslado y derivación a un hospital. Por ello es necesario que el sistema de salud esté preparado para recibir y brindar los cuidados oportunos en estos casos. Sin embargo, las parteras independientes y las madres, en la mayoría de los casos, reciben malos tratos por parte del personal de salud hospitalario, agravados por la omisión o demoras en la atención, al desoír y rechazar los diagnósticos y recomendaciones de las parteras a cargo del traslado. Así, quienes deciden parir en casa se arriesgan a ser sometidas a violencia obstétrica en caso de transferencia. Esto funciona como una medida ilegítimamente limitativa de la autonomía de la mujer embarazada, que a la hora de decidir debe sopesar la posibilidad de un traslado y el eventual maltrato. Por ejemplo, el caso de una mujer en Carmen de Patagones, Provincia de Buenos Aires, que fuera trasladada al

hospital antes del parto, según criterio y evaluación de la partera de atención a domicilio; por falta de progreso e incompatibilidad entre la pelvis materna y el tamaño fetal. Los profesionales de la institución, al tomar conocimiento de que la mujer había planificado un parto en su domicilio, ejercieron Violencia Obstétrica, forzando un parto vaginal, con medicación y la maniobra de Kristeller (categóricamente desaconsejada y prohibida). La beba murió y la madre sufrió danos a su salud. (<http://cosecharoja.org/dijeron-que-mi-beba/>). Otro ejemplo, que tomó carácter público, sucedió en Febrero de 2017 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), cuando el Hospital Álvarez recibió a una mujer que fue trasladada por retención placentaria, luego de haber dado a luz en su domicilio. Un médico obstetra de la institución, a violó el secreto profesional la mujer y su familia mediante una publicación en la red social Facebook. Difamando también al equipo obstétrico de atención domiciliaria. Si bien la mujer recibió la atención requerida, las declaraciones del médico y las repercusiones del caso dan cuenta de los prejuicios y la violencia a la que están expuestas las mujeres que deciden parir fuera de las estructuras sanitarias. (<http://cosecharoja.org/pariras-con-dolor-y-dentro-del-sistema/>)

- (ii) **Criminalizando, judicializando y hostigando judicialmente a las mujeres que deciden parir en domicilio, así como también a las parteras** o (excepcionalmente) medicas/os que las acompañan. En Argentina, ha surgido un nuevo fenómeno de persecución y aleccionadoras advertencias en los últimos años. Ante un resultado desfavorable luego de un parto domiciliario, es muy común que tanto la parturienta como la partera sean acusadas penalmente y sometidas a procesos judiciales discriminatorios. Ello no solo atenta contra la libertad de las mujeres en estos casos concretos y supone una intromisión en su vida privada, sino también, funciona como un mecanismo disuasivo, ya que las futuras madres deberán evaluar el riesgo de ser acusadas por la Justicia. Un factor del que no se deben preocupar si dejan sus partos en manos de del sistema institucional de salud. Así pues, mediante judicializaciones de oficio, se pone en marcha la maquinaria de persecución penal como forma de adoctrinamiento y ejemplo para quienes se atrevan a desear y elegir cómo, dónde, cuándo y con quién parir.¹³ Por ejemplo, en Villa de las Rosas, Provincia de Córdoba, en el 2015, una pareja fue investigada por el fallecimiento de su hija tras un parto planificado en domicilio.

¹³ Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires. Consejo de la Magistratura. Observatorio de Género y Justicia. Boletín Nro. 15- Julio 2018. Pag. 45-51. Fagioli, D. y Lembo, M

(<http://www.lavoz.com.ar/regionales/traslasierra-investigan-muerte-de-un-bebe-nacido-en-la-casa-de-sus-padres>). En la provincia de Neuquén, en Marzo de 2016 una pareja fue imputada por homicidio culposo, luego de que su hija falleciera en un parto planificado en domicilio sin asistencia profesional. (https://www.clarin.com/sociedad/murio-casero-acusan-homicidio-padres_0_Sk2y0Ybd.html) (https://elpais.com/internacional/2016/07/26/argentina/1469556842_873275.html). En la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, en el 2017 a raíz de un traslado anteparto de un parto planificado en domicilio, la médica obstetra que asistió a la mujer fue denunciada por colegas médicos del hospital que recepcionó dicho traslado. Lo que derivó en un encarnizado hostigamiento judicial por parte de una fiscal y varios allanamientos, con los resultantes daños materiales y económicos al imposibilitarle ejercer sin su equipamiento, hasta teléfono celular y por difamación en medios de comunicación. (<https://www.lacapital.com.ar/la-ciudad/allanan-los-consultorios-y-la-casa-una-medica-que-realizo-un-tragico-parto-domiciliario-n1363229.html>). En abril de 2018 en la CABA, una partera de atención domiciliaria es detenida en un proceso judicial con muchas irregularidades. Acusada de homicidio y culposo y lesiones gravísimas culposas por la atención de un trabajo de parto planificado en domicilio en la provincia de San Luis, en 2014. En dicho caso, los profesionales de la institución, ejercieron la maniobra de Kristeller varias veces. La recién nacida murió, y la mujer perdió el útero a causa de una histerectomía. Los profesionales de la institución no han sido investigados, recayendo la investigación exclusivamente sobre la partera que asistió a la mujer en su domicilio. (<https://www.pagina12.com.ar/112277-la-carga-invertida>).

- (ii) **Estableciendo trabas burocráticas arbitrarias y procedimientos humillantes.** Por ejemplo, a través de las restricciones respecto a la obtención de certificados de nacimiento e imponiendo condiciones para el registro del recién nacido, mediante pericias físicas médico-legales, como examinación de los genitales maternos, internos y externos habiendo parido recientemente, para probar que hay signos corporales de un reciente parto. O el impedimento al acceso a pruebas de laboratorio para el diagnóstico y tamizaje de enfermedades congénitas y tratables en los recién nacidos o preventivas en la madre como la administración posparto de gammaglobulina anti-D para las mujeres Rh negativas. (Denuncia INADI- Instituto Nacional Contra la

Discriminación, la Xenofobia y el racismo. Julio 2012 por la Asociación Argentina de Parteras Independientes. Queja por nota al Registro Provincial de las Personas, prov. de Buenos Aires. Octubre del 2011)

b. Mecanismos coercitivos

- (i) **Impedimento del parto domiciliario por la fuerza.** En Argentina, existen casos de mujeres que, por tener la intención de parir en su domicilio, han sido transportadas por las fuerzas del orden, contra su voluntad, a instituciones sanitarias. Recientemente fue de público conocimiento el caso de una mujer que tuvo un parto planificado en domicilio en Olavarría, Provincia de Buenos Aires. Las fuerzas del orden y profesionales médicos de una institución de salud irrumpieron en la casa y trasladaron por la fuerza a la madre y la bebé recién nacida a un hospital. Una vez allí, la madre fue denuncia por “maltrato infantil” a causa de su decisión de parir en su casa. La beba fue separada de su madre por más de 24 horas, hasta la visita del juez a cargo. Cabe también destacar la existencia de casos similares que aunque no se han concretado, si han sufrido amenazas por parte de los equipos médicos, de ser denunciadas a las fuerzas de seguridad por tener la intención de dar a luz en el domicilio. (Colectivo de Agrupaciones por los Derechos Perinatales, Marzo 2017)

- (ii) **Impedimento de parto domiciliario por orden judicial.** Aunque es bien sabido que la mujer embarazada no pierde su estatus de ser humano sujeto de derechos, como todos los demás. Existen en Argentina casos de coerción y privación ilegítima de la libertad por orden judicial, para obligar a la mujer a parir en una estructura sanitaria. Por ejemplo, en 2017 un juzgado de la provincia de Salta, ante una solicitud de una médica de una institución, resolvió prohibir el parto domiciliario, indicando que la mujer debería dar a luz en el nosocomio que la médica aconseje. Bajo apercibimiento de desobediencia judicial y de evaluar la custodia y la permanencia de su hijo con la misma y su grupo familiar. (“M M A, NN POR NACER; por medidas cautelares”
Exp. N° 600.559/17)

- (iii) **Impedimento de parto domiciliario por efecto de leyes de regulación de profesiones afines.** Desde el año 2011, el Ministerio de Salud de la Nación impulsa leyes y se aprovecha del entramado y alianzas entre Poderes (Ejecutivo y Legislativo) para

quitar el parto en domicilio como ámbito de desempeño profesional de las parteras. De esta manera establece que, si bien las mujeres tienen el derecho Constitucional de parir donde se les plazca, carecerán de profesionales autorizadas y protegidas por ley para hacerlo. El más reciente intento es del 2018, donde legisladores del oficialismo impulsaron un proyecto de ley (2070-d-2018) para regular el ejercicio de la partería¹⁴. Este proyecto, que se debatirá en el Congreso Nacional hacia finales del 2018, propone permitir a las licenciadas en obstetricia (parteras) desempeñar su profesión en instituciones habilitadas a tales fines. De aprobarse, esta ley eliminaría la opción de un parto seguro y legal en domicilio, forzando a las mujeres a concurrir a parir en las instituciones, con todas las demás limitaciones a la autonomía que ello conllevaría. O empujaría a las parteras a cumplir con su deber de asistencia, expuestas a ejercer por fuera de la Ley. De esta manera, no solo se estaría privando a las mujeres embarazadas de sus derechos a la autonomía y a la libertad; sino también se estaría forzando a las parteras (que una vez fueron independientes) a concurrir a las instituciones para poder atender a sus pacientes.

- **intervenciones forzadas que requieren hospitalización:**
La detención ilegítima de mujeres embarazadas en instituciones de salud, también se configura cuando ellas son sometidas, sin su consentimiento, a procedimientos que requieren hospitalización. Estos casos son numerosos en Argentina. Por ejemplo, en el año 2011, en la Ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, se judicializó el caso de una mujer con dos cesáreas previas que se negó a someterse a una tercer cesárea, eligiendo un parto vaginal. Esto derivó en la denuncia del personal médico obstétrico del hospital público donde se atendía la mujer, mediante la asesora de incapaces a fin de obtener la autorización para someterla a un nuevo procedimiento quirúrgico. Esta demanda fue acompañada por el Ministerio de Promoción y Protección de Derechos argumentando que un parto vaginal representaba altos riesgos para la madre y el feto por nacer (Exp. 48.466 caratulado “B E L N S/autorización, Mar del Plata, provincia de Buenos Aires 2011) Cabe destacar que el hecho de que una embarazada tenga cesáreas previas, no es un motivo medico valido que justifique la indicación de una nueva cesárea.

¹⁴ Disponible online (<http://eduardoamadeo.com.ar/proyectos-de-ley/>) Los diputados impulsores son miembros del PRO, partido político que gobierna actualmente. Destacamos que desde la Campaña Nosotras Parimos Nosotras Decidimos, se presentó un contra proyecto y se están realizando tareas de lobby para que el proyecto restrictivo no sea ley.

- **Intervenciones médicas sin consentimiento de la mujer embarazada:** todo tipo de intervención por el personal sanitario, sobre el cuerpo de una persona sin su consentimiento, constituye una violación a su derecho a la autonomía sobre el propio cuerpo y una privación ilegítima de la libertad y movimiento. La persona embarazada, no es y no debería ser una excepción a esta regla. Sin embargo, como expuesto en la sección precedente, el Estado argentino no solo no garantiza el pleno ejercicio de este derecho, sino que fomenta y viola expresamente sus compromisos internacionales a través de su normativa legal.¹⁵ El informe del OVO pone de relieve que, en Argentina, “*la vulneración de la autonomía es sistemática y alarmante*”, según los resultados de la encuesta a casi 5.000 mujeres en todo el país, no se les dio información ni dieron su autorización para las siguientes practicas (en los porcentajes respectivamente señalados):
 - Rotura artificial de bolsa: 7 de cada 10 mujeres
 - Vía Intravenosa: 6.5 de cada 10
 - Uso de oxitocina: 6.7 de cada 10
 - Tactos: 4 de cada 10.
 - Monitoreo fetal continuo 5 de cada 10
 - Cesárea: 3 de cada 10
 - Episiotomía: 8 de cada 10
 - Kristeller: 9 de cada 10
 - Inducciones: 5.6 de cada 10

El sistema médico hegemónico de atención a la salud y sus aliados

El control sobre los cuerpos de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas, obedece a estatutos culturales firmemente arraigados, los que además son exacerbados por intereses comerciales, así como también personales de los operadores de salud.

Las organizaciones firmantes, han tenido su origen precisamente por considerar que es necesario un cambio en el actual paradigma médico hegemónico de atención a la salud materna. En tanto organizaciones conformadas por profesionales de la salud, profesionales del derecho y por usuarias de los servicios de maternidad; podemos afirmar que, en la Argentina, la atención que reciben las mujeres embarazadas en la mayoría de las instituciones de salud, se basa en una visión del embarazo como una patología y no como un evento natural de la vida sexual y reproductiva de las mujeres. Da cuenta de ello el alto índice de intervenciones durante el parto¹⁶, contrario a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por otra parte, las prácticas médicas realizadas sin consentimiento de la mujer embarazada¹⁷, evidencian la actitud paternalista de los operadores sanitarios en

¹⁵ Ver sección “Contexto y marco normativo” .

¹⁶ Ver informe OVO

¹⁷ Ver informe OVO

detrimento del derecho humano fundamental a la autonomía sobre el propio cuerpo del que las mujeres embarazadas deberían gozar plenamente.

Los profesionales de la salud que adoptan un modelo intervencionista del proceso fisiológico del embarazo y el parto y por lo tanto limitativo de la libertad y movimiento, muchas veces están motivados a hacerlo por los mismos planes de estudios que fomentan y perpetúan el sistema patriarcal de atención a la salud materna. Un típico ejemplo es la posición de litotomía en la fase expulsiva, que, aunque puede ocasionar perjuicio al bienestar materno-fetal, se retiene como más cómoda para el “control” del proceso y el “accionar” médico.

Otro factor importante, es la “necesidad” de las instituciones sanitarias de actuar con rapidez y acelerar los procesos naturales, por los más diversos motivos. En el caso de las estructuras públicas, muchas veces los servicios se encuentran saturados y los profesionales deben actuar bajo protocolos restrictivos de la libertad y movimiento de las mujeres. En el caso de las instituciones privadas, donde el 70% de los nacimientos ocurre por cesárea, es probable que ello sea a causa de un beneficio económico directo para la institución y no por decisión libre e informada de la embarazada.

Las actitudes limitativas de la libertad y el movimiento de las mujeres embarazadas son también fomentadas por las industrias farmacéuticas, de insumos y de equipamiento médico, así como también las aseguradoras de mala praxis médica. Por ejemplo, mediante el uso masivo de monitoreo continuo, no recomendado en parturientas de bajo riesgo (85% de las embarazadas) por la OMS, pero fomentado por quienes comercializan esta aparatología en detrimento del libre movimiento durante el parto. Por su parte, las aseguradoras de la praxis médica- asistencial, están poniendo a las parteras independientes condiciones restrictivas para la atención de partos en domicilio. Quedando por fuera de la cobertura entre el 45 y el 60% de los servicios prestados por las profesionales en domicilio. Un claro ejemplo son las mujeres con una o varias cesáreas anteriores (consideradas de riesgo para un parto vaginal, según las instituciones, cuando en realidad la evidencia científica no lo determina así). Estos casos, constituyen aproximadamente el 35% de los partos en domicilio dada la epidemia de cesáreas registrada a nivel nacional.¹⁸

Así, la cultura del control y las limitaciones a la libertad y movimiento de las embarazadas obedece a parámetros culturales, que son de paso, funcionales a intereses

¹⁸ Mientras que el 35% de los partos domiciliarios los realizan embarazadas con cesáreas previas, solo entre el 5 y el 12% de las mujeres que planifican un Parto en Domicilio finalizan en cesárea, según estadísticas de Fortaleza ' 85 y de la Asociación Argentina de Parteras Independientes. Por lo tanto, es el hogar sumado a la atención brindada por parteras independientes, la opción que ofrece las máximas oportunidades de éxito de parto vaginal después de cesárea (Relevamiento de Parimos Vaginalmente Después de Cesáreas 2016).

económicos y personales de quienes intervienen a todos los niveles del sistema institucional de salud.

Buenas prácticas que permiten a las mujeres ejercer su autonomía y poder de decisión dentro del sistema

La situación arriba descripta está afectando no solo el derecho fundamental a la libertad y movimiento de las mujeres argentinas, sino también su salud y la de sus hijos.

Un ejemplo de buenas prácticas, es la Maternidad Estela de Carlotto (MEC), en la Provincia de Buenos Aires. La MEC es una estructura pública y gratuita, con un plantel multi-disciplinario pero donde los roles asistenciales están bien delimitados y las parteras se desenvuelven con total libertad y autoridad. Solo recibe embarazadas sanas, en salas de aspecto acogedor acondicionadas para transitar el trabajo de parto y parto en un contexto de respeto por los tiempos fisiológicos. Reflejado en una tasa de cesáreas de menos del 11%¹⁹. Debemos destacar de todos modos, que al ser una estructura similar a una 'casa de partos' - únicamente las mujeres que se encuentran dentro de los parámetros médicos establecidos como normales, pueden acceder a las instalaciones y parteras características de esa institución que la hacen cada vez mas solicitada.

Denunciamos la falta de compromiso de los Gobiernos de turno con respecto a esta problemática. Siendo las mismas figuras medicas, las que permanecen inamovibles a lo largo de los años, independientemente del oficialismo y las corrientes partidarias. Y quienes asesoran a los gobernantes. Si bien la problemática es real, y así lo corrobora el hecho de que existan leyes específicas al respecto. No existen estadísticas oficiales sobre la tasa de intervenciones relacionadas al embarazo y parto, tampoco existen tasas oficiales que indiquen la garantía del derecho al consentimiento informado. Nos preguntamos, ¿cómo se pueden erradicar las violaciones a la libertad y autonomía de mujeres y adolescentes embarazadas si no tenemos herramientas oficiales de medición y control puestas en práctica a nivel oficial? En Argentina, no existen estadísticas al respecto, con la sola excepción de la tasa de mortalidad materno-infantil y la tasa de cesáreas, que solo se mide oficialmente en estructuras públicas. El Estado no controla a sus propias instituciones de salud, mucho menos lo hace en aquellas de gestión privada. Para dar inicio al largo proceso que significará la reducción y/o erradicación de las violaciones que denunciamos, el Estado debe realizar relevamientos de datos oficiales. La información que existe actualmente es aquella recabada por organizaciones que luchan contra esta problemática. Sin embargo, los datos sistematizados y concretos son escasos.

¹⁹ <https://www.lanacion.com.ar/2134270-las-embarazadas-pueden-elegir-la-luz-la-posicion-y-hasta-la-musica-de-fondo>

Según la OMS, cuando las parteras están integradas en el sistema de salud, ellas son una herramienta fundamental para lograr la reducción de los índices de mortalidad y morbilidad materna. Según el informe “El estado de las parteras en el mundo” UNFPA : Las parteras profesionales salvan vidas y contribuyen a evitar aproximadamente dos tercios de todas las muertes maternas y neonatales. También podrían prestar el 87% de los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal esenciales.²⁰

En contraposición al sistema médico hegemónico, las parteras no funcionales a este sistema, entienden al proceso del embarazo, parto y post-parto como acontecimientos normales de la vida sexual y reproductiva de la mujer. Así lo entiende también la OMS, organismo que insta a los países a no patologizar los procesos reproductivos de las mujeres. El llamado modelo de atención de partería, está centrado en la mujer y en el respeto de los derechos humanos, fundamentalmente de la autonomía de la mujer. En el modelo de partería, coincidentemente con la ley de derechos del paciente, la mujer embarazada es informada sobre su estado de salud y la del feto así como de las intervenciones recomendadas, sus riesgos y los riesgos de su no realización. La toma de decisiones pertenece a la mujer.

Por lo expuesto, en la Argentina, el modelo de partería sería una herramienta excelente para disminuir y eventualmente erradicar la privación ilegítima de la libertad y movimiento por causas relacionadas al embarazo. La partera brinda atención a las mujeres embarazadas de bajo riesgo, derivando aquellas que presenten patologías a un médico obstetra. En el caso en que la mujer elija un parto domiciliario, la partera tiene conexión con la estructura de salud más próxima, la cual estará lista para recibirla en caso de una eventual transferencia. Este sistema, ya consolidado en otros países (por ejemplo, Canadá), no solo fomenta la autonomía de mujeres y adolescentes embarazadas, sino también, ha demostrado tener mejores resultados a nivel de la salud materno-neonatal. Además de reducir exponencialmente los costos económicos del sector salud, garantizando atención de calidad a las embarazadas “sanas” y reservando la utilización de las estructuras y servicios de alta complejidad a los casos que realmente lo requieran^{21, 21, 22, 23, 24, 25}.

²⁰ Informe UNFPA “El estado de las parteras en el mundo” .
http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06_parteras.pdf

²¹ Serie Lancet: Midwifery, <http://www.thelancet.com/series/midwifery>

²¹ ICM Core Document Philosophy and Model of Midwifery Care

²² Respetando la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005) y la Convención Europea sobre Derechos Humanos y Biomedicina (1996)

²³ Ver por ejemplo: The Ontario Midwifery Model of Care y Midwifery Council of New Zealand. Statement on Cultural Competence for Midwives

²⁴ Fullerton, J., ed. (2000). “Skilled Attendance at Delivery: A Review of the Evidence. ” Family Care International, New York. New York: *Family Care International*.

²⁵ Colegio de Parteras de Ontario. Criterios de interconsulta y derivación. [en línea] Ontario: 2017. Disponible en: <http://www.cmo.on.ca/quality-assurance/standards-of-practice/>