



Universidad de  
**San Andrés**

**Universidad de San Andrés**

**Departamento de Derecho**

**Licenciado en Abogacía**

**“La violencia institucional médica en Argentina: otra  
forma de violencia de género”**

Autor: Evelyn N. Bonarrigo

Legajo: 28254

Mentor: Gloria Orrego Hoyos

Lugar y fecha: Argentina, Buenos Aires. 2021.

## ÍNDICE GENERAL

<b>INTRODUCCION</b> .....	4
<b>OBJETIVO</b> .....	6
<b>METODOLOGIA</b> .....	7
<b>PRIMERA PARTE. Problemática</b>	
<b>CAPITULO 1.</b> ....	10
1. Violencia institucional médica.....	10
2. Perspectiva de género en la formación médica.....	19
<b>CAPITULO 2.</b> ....	25
1. Violencia obstétrica.....	25
2. Cifras.....	35
2.1 Gráficos.....	39
<b>SEGUNDA PARTE. Regulación</b>	
<b>CAPITULO 3.</b> ....	44
1. Regulación Internacional.....	44
2. Regulación Nacional.....	52
<b>TERCERA PARTE. Jurisprudencia</b>	
<b>CAPITULO 4.</b> ....	57
1. Jurisprudencia.....	57
1.1 Caso “Belén”.....	57
1.2 CN Crim. y Corr., Natividad Frías, L.L 123-842; JA, 966-V-69 (1966) .....	60
1.3 Yapura, Gloria Catalina c/ Nuevo Hospital El Milagro y Provincia de Salta, 2006.....	62
1.4 L.M.R vs Argentina, Comité de Derechos Humanos.....	64

1.5 Caso Mamérita Mestanza Chávez.....	65
<b>CUARTA PARTE. El estado</b>	
<b>CAPITULO 5. ....</b>	<b>69</b>
1. El rol del Estado.....	69
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>72</b>
<b>EPÍLOGO. Hacia una solución.....</b>	<b>75</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>83</b>



Universidad de  
**San Andrés**

## INTRODUCCIÓN

La disparidad de oportunidades que exhiben las mujeres en comparación con los varones, en términos de acceso y uso de los recursos que garantizan su bienestar y desarrollo humano, son definidas como brechas de género. Las mismas se basan en diferencias biológicas y son producto histórico de actividades y costumbres discriminatorias. Es por ello por lo que, tanto la sociedad como las instituciones argentinas, tienen que trabajar para que varones y mujeres disfruten y ejerzan en pie de igualdad la ciudadanía.

En la práctica institucional, el trabajo diario de salud puede evidenciar discriminación hacia el género femenino. Cuando esto ocurre desfavorece el desarrollo personal de las personas que concurren a la organización, y afecta el objetivo principal de la salud pública como institución. Por ello, conocer el impacto de los roles de género, las normas y la discriminación en la salud hará que los profesionales satisfagan las necesidades de la población basándose en un plan que respete la igualdad y la autonomía que merecen las mujeres.

A nivel nacional, la ley N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir y Sancionar la Violencia Contra las Mujeres define a la violencia institucional como “aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley”<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Promulgada de Hecho: abril 1 de 2009. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Este proyecto de investigación se refiere a la violencia institucional médica que sufren las mujeres en Argentina. Para ello, analizaremos principalmente la violencia obstétrica. A su vez, examinaremos cómo es el cumplimiento de los derechos fundamentales en los procesos de parto y post parto y la regulación existente para este tipo de violencia. En especial se analizará el sistema de salud pública y cómo el mismo ejerce un abuso de poder dentro de un sistema patriarcal que sigue viendo a las mujeres como madres, sin importar cuál sea el costo.

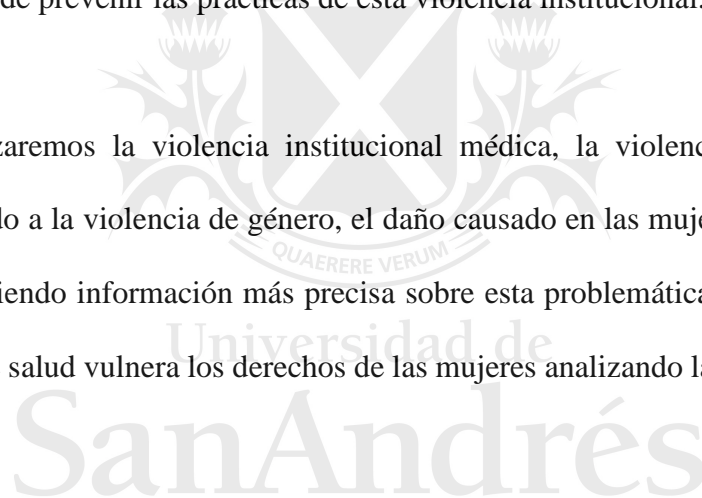


Universidad de  
**San Andrés**

## OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es exponer de qué forma se ejerce la violencia institucional médica respecto a las mujeres. Para ello tomaremos como eje principal la investigación sobre la violencia obstétrica en Argentina, ya que hay una falta de información en la sociedad sobre esta forma de violencia que suele ejercerse de manera invisibilizada y sistemática. Asimismo, vamos a argumentar que las medidas tomadas por el Estado para prevenir la violencia institucional médica sobre las mujeres no son suficientes y se debe trabajar de manera urgente para evitarla. Es decir, que se debe fomentar la planificación y organización de políticas públicas con el fin de prevenir las prácticas de esta violencia institucional.

En síntesis, analizaremos la violencia institucional médica, la violencia obstétrica como fenómeno vinculado a la violencia de género, el daño causado en las mujeres durante el parto y post parto, ofreciendo información más precisa sobre esta problemática; y desarrollaremos cómo el sistema de salud vulnera los derechos de las mujeres analizando las prácticas médicas existentes.



## METODOLOGÍA

Para comprender la problemática que subyace al presente trabajo (a saber: en qué consiste, quiénes participan y cómo ha evolucionado), utilizaremos: (i) artículos académicos de páginas web, portales o blogs especializados (ii) literatura de divulgación relacionada al tema que nos compete y (iii) jurisprudencia y regulación tanto nacional como internacional, ya que de acuerdo con el artículo 75 inciso 22 de la CN esta última hace parte del derecho interno.

Para realizar un análisis más integral de la situación de nuestro país utilizaremos como ejemplo durante el trabajo a países tanto europeos como latinoamericanos. Sin embargo, se hará más énfasis en estos últimos, entre ellos México y Venezuela, ya que la realidad de estos territorios se asemeja más a lo que sucede en Argentina por las semejanzas sociales, económicas y culturales que poseen con el mismo. Además, porque a pesar de que en las últimas décadas hubo avances en América Latina, hasta el año 2016 sólo Venezuela, Argentina y México contaban con legislación específicamente dirigidas a enfrentar la violencia obstétrica, si bien la tendencia regulatoria en estos países no se ha focalizado en la adhesión de tipos penales para sancionar dicha violencia. Las reglas sancionadas permanecen contenidas en las leyes de protección integral contra cada una de las maneras de maltrato (como es la situación de Argentina, México, Panamá y Venezuela), mientras que en otros casos hablamos de regulaciones incluidas en otros cuerpos normativos. En los últimos supuestos, algunas veces hablamos de reglas de menor jerarquía, sin embargo, igual de importantes en la regulación de los puntos vinculados con las prestaciones de salud, como es la situación de Costa Rica, que incluye la violencia obstétrica en la directiva contenida en una Guía de atención para el Seguro Social.

La integración de la violencia obstétrica en la legislación de protección integral posibilita localizar su magnitud estructural, ya que hablamos de una de las formas de maltrato que se da en el marco de la subordinación de las mujeres, fundamentadas en interacciones dispares de poder entre los géneros. De igual modo, al enmarcar la violencia obstétrica en las regulaciones que especifican los derechos de las mujeres relacionadas con el embarazo, parto y posparto, o en los derechos de pacientes en términos más amplios, también se atiende a la magnitud estructural de una cuestión que descubre su origen en la interacción asimétrica de poder en el ejercicio de la medicina. <sup>2</sup>

Por otro lado, cabe aclarar que entendemos que la violencia institucional médica sucede tanto en instituciones públicas como privadas, es por ello por lo que hablaremos de ambos sectores, pero aun así nos enfocaremos principalmente en el sector público, ya que buscamos enfatizar que el acceso equitativo a la atención médica y otros servicios sociales es una aspiración compartida en todos los países, y todos los gobiernos tienen el deber de proteger y promover la dignidad humana, la vida y la salud.

Por último, si bien el objeto de estudio no apunta específicamente a los casos de violencia institucional médica hacia las mujeres indígenas me parece importante no dejar de mencionarlas, ya que se ven particularmente afectadas por la discriminación que sufren en este ámbito profesional. Además, es una forma de visibilizar la lucha de estos grupos que son constantemente vulnerados y sufren una violación sistemática a sus derechos.

---

<sup>2</sup> Natalia Gherardi (2016). CEPAL. Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. Recuperado en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170_es.pdf)



## PRIMERA PARTE

### Problemática



Universidad de  
**San Andrés**

## CAPÍTULO 1

### 1. VIOLENCIA INSTITUCIONAL MÉDICA

**Patricia Schwartz**, socióloga argentina, explica que la intervención del modelo médico hegemónico se basa en la asimetría de poder entre médicos y pacientes en la que el primero tiene la autoridad del saber, la aprobación legal y la legitimidad que la sociedad le confía diariamente, mientras que el segundo (la mujer embarazada en este caso) toma una posición secundaria. En este sentido, el personal de salud parece estar inmerso en un sistema y en una estructura jerárquica que mantiene la relación patriarcal, y en efecto, se construye la pasividad y obediencia de las mujeres.<sup>3</sup> Por lo tanto, bajo este sistema desigual, las mujeres no están recibiendo la atención de salud adecuada y muchas de ellas cuando van a atenderse terminan recibiendo agresiones cuyo daño o afectación van en contra de sus derechos fundamentales. Ahora bien, durante gran parte de la historia de la medicina, el cuerpo de las mujeres no fue preocupación de los profesionales de la salud, lo que hizo que con frecuencia los asuntos médicos de los varones y las mujeres se vean como similares. Además, la mayoría de los estudios clínicos, de prevención, los métodos de diagnóstico y programas de intervención se probaron sólo en varones y luego frente a su efectividad, se utilizaron en mujeres, pero sin haber sido las mismas contempladas en los estadios previos. Así, la poca representación femenina en estudios y ensayos clínicos puso en riesgo su salud dado que las enfermedades pueden afectar de forma diferente según los sexos y ambos pueden obtener respuestas distintas a las drogas y a los resultados de un respectivo tratamiento.<sup>4</sup> Fue recién en los años 90 que se

---

<sup>3</sup> Vanesa Miseres (2018). “El parto es tuyo”: testimonio, maternidad y política en dos documentales sobre violencia obstétrica. University of Notre Dame. Recuperado en: <https://web-b-ebsohost-com.eza.udesa.edu.ar/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=3ee704d9-864b-447e-8cac-df6f81bce02e%40pdc-v-sessmgr03>

<sup>4</sup> Laura F.Belli (s.f). Las mujeres y la salud: una relación de cuidados y de olvidos. Economía Feminista. Recuperado en: <https://economiafeminista.com/la-importancia-de-la-perspectiva-de-genero-en-salud/>

produjo un cuestionamiento de la investigación y las pruebas de medicamentos, por la ausencia de participación femenina en dichos estudios. En aquella década, por tanto, se produjo un fuerte desarrollo de la perspectiva de género en la medicina que hoy continúa desarrollándose.<sup>5</sup> En este sentido, el paradigma de la ciencia moderna se ha convertido en un aliado patriarcal hegemónico, indiscutible y absolutamente confiable. Como nos aporta Rigoberto Lanz, al referirse al modo de conocer de la ciencia: “Las relaciones cognoscitivas están dotadas de sentido y significación por un registro de racionalidad que no es ni universal ni neutro; se trata de la misma lógica que opera en cualquier otra esfera de la totalidad social, es decir, la lógica de la dominación”<sup>6</sup>. Este mismo autor agrega: “Se trata de relaciones estructuradas al interior de una totalidad social recorrida en todos los sentidos por la racionalidad de la dominación”<sup>7</sup>. De las palabras de Lanz se puede inferir que este paradigma fortalece y reproduce la dominación del hombre sobre la mujer, y la carga pesada del discurso científico, donde los valores y principios heredados de la modernidad han sido los encargados de construir a las mujeres como objetos, lo que marca la ciencia médica y a sus prácticas.

El modelo médico hegemónico, además de ser esencialmente biologicista, tiene una concepción centrada en la patología o enfermedad, desconociendo que la salud y la enfermedad no son hechos aislados, sino que poseen un carácter procesal y una naturaleza multidimensional. Lo procesal destaca que la salud-enfermedad no es algo estático, sino que está en constante cambio. Y lo multidimensional, tiene relación con que es un proceso influenciado no solo por lo biológico, sino también por características sociales, económicas,

---

<sup>5</sup> Tasia Aránguez Sánchez (2018). La reivindicación feminista del derecho a la salud. Astrolabio. Revista Internacional De Filosofía. pp.239-251

<sup>6</sup> María Naranjo García (2018). La ciencia médica y sus improntas patriarcales: discursos silentes sobre la violencia de género. Valencia. p 28. Recuperado en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/7578/mnaranjo.pdf?sequence=1>

<sup>7</sup> María Naranjo García (2018). La ciencia médica y sus improntas patriarcales: discursos silentes sobre la violencia de género. Valencia. p 28. Recuperado en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/7578/mnaranjo.pdf?sequence=1>

culturales, geográficas, psicológicas, espirituales, entre otros. A partir de esta negación, existen prácticas de enfermería individualistas y biológicas que niegan que la sociedad sea un poderoso determinante del proceso salud/enfermedad y que la medicina tenga el poder de definir salud o enfermedad.<sup>8</sup> En este sentido, la crítica feminista se pronunció sobre los modelos biomédicos, y el lugar de paradigma incuestionable que se le ha dado a la obstetricia, la cual admite también la hipótesis del discurso científico, trayendo como resultado que al igual que a los dispositivos de significados del discurso médico y sus disciplinas, se la legitime de manera firme, generando un cuerpo humano con una ceguera total frente al efecto de la medicalización de la vida, el deceso, y su constante intrusión en los ciclos de la existencia humana. Giovanni Bollinger señaló:

“Cuando la medicina empezó a usurpar los hogares y los tiempos de la vida humana, una de las primeras críticas a esa medicalización giraron hacia el parto en el hospital; esto dejaba sola a la mujer para sufrir con las manipulaciones de técnicas extrañas y desconocidas le impedía su participación como sujeto activo en la extraordinaria experiencia del nacimiento y del primer contacto con el hijo, quien inmediatamente sería transferido a otro lugar; la medicina pretende en suma, dictar los horarios y las modalidades de esta relación que debe ser lo más espontánea posible, íntima y natural”<sup>9</sup>.

En estos términos, para hacer frente la forma en la cual la medicina da solución a los procesos reproductivos de las mujeres, especialmente en la situación donde atraviesan por alguna fase de sus vidas reproductivas, no patológica, como es la menopausia, la menstruación, la lactancia, el embarazo y el parto, las mujeres son sometidas a

---

<sup>8</sup>María Naranjo García (2018). La ciencia médica y sus improntas patriarcales: discursos silentes sobre la violencia de género. Valencia. p 28. Recuperado en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/7578/mnaranjo.pdf?sequence=1>

<sup>9</sup> Berlinguer, Giovanni. (1996). Ética de la Salud. Lugar Editorial. Buenos Aires: Argentina.

tratamientos y métodos que conllevan consecuencias negativas para su salud, no solamente por los propios tratamientos, sino por tratarlas como enfermas.<sup>10</sup> Es decir, cuando la mujer llega al hospital su cuerpo se transforma en un cuerpo enfermo que necesita atención, se transforma en paciente, lo que implica entregarse de manera subordinada al saber y poder de los médicos. Esto se contrapone, a lo que plantea la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia Internacional de Fortaleza (Brasil)<sup>11</sup> en abril de 1985 donde se afirma que el nacimiento no es una enfermedad, sino un proceso normal y natural.

Por otro lado, la violencia institucional en el ámbito de la salud durante el parto es producto de la violencia estructural de género. Es decir, para entender la violencia obstétrica debemos comprender que se trata en primer lugar de violencia de género, y también de violencia institucional. En otras palabras, la problemática parte de una ideología que el propio orden social da a través del sistema patriarcal. En efecto, existe cierta relación entre el dominio del sistema de salud y las condiciones necesarias para mantener el patriarcado. Según **Quintero** el patriarcado es “una forma de organización social en la que el varón ejerce la autoridad en todos los ámbitos, asegurándose la transmisión del poder y la herencia por vía masculina. Favorece un sistema político-histórico social basado en la construcción de jerarquías”.<sup>12</sup> Ahora bien, para destacar el papel de la ciencia como producto socio histórico derivado del patriarcado y argumentar cómo opera el patriarcado en el sistema de salud, haremos referencia al androcentrismo. Este concepto se refiere primordialmente a que la ciencia y sus instrumentos

---

<sup>10</sup> Marbella Camacaro Cuevas (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer v.14 n.32 Caracas jun. 2009. Recuperado en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-37012009000100011](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100011)

<sup>11</sup> Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento (Declaración de Fortaleza, 1985) Ver: <http://www.nacerencasa.org/>

<sup>12</sup> Quintero, A. (2007). Diccionario Especializado de Familia y Género. Argentina: Lumen Hvmanitas. p. 98.

conceptuales se basan en la experiencia del varón blanco, occidental y burgués. Es decir, hace épocas que nos destaca una cultura predominantemente androcéntrica, en la que el varón, sus intereses y sus vivencias fueron contemplados como el centro de la humanidad e hicieron de esta el paradigma de lo válido y verdadero. Esta cultura androcéntrica desafortunadamente la seguimos viendo actualmente en diferentes prácticas y tradiciones.

En este sentido, en gran parte de las civilizaciones las mujeres fueron observadas como inferiores a los hombres y, cada cultura a su forma produce los mecanismos correctos para su mantenimiento y prolongación. No obstante, pese a que en cada cultura los argumentos para justificarla son diversos, cada una de las culturas poseen ciertos aspectos en común como la doctrina y el lenguaje que notoriamente desprestigia a las mujeres dándoles a ellas, a sus roles, sus tareas y su entorno social, menos prestigio y poder que se les otorga a los hombres. En efecto, se le da significados negativos a ellas y a sus ocupaciones por medio de hechos simbólicos o mitos, aunque a veces de manera implícita. Estas construcciones excluyen a las mujeres de la colaboración en los espacios de poder más elevados, tanto en lo económico y lo político, como en lo cultural, quitándoles protagonismo.<sup>13</sup>

Respecto a la perspectiva de las mujeres, la historia nos expone que la medicina moderna es un constructo llevado a cabo por los hombres, vinculado estrechamente a la creencia en los conceptos que sostiene el corpus hipocrático, en el que se estudió el cuerpo humano de la mujer a partir de una referencia masculina. Se estableció de esta forma una jerarquización entre varones y mujeres con base a diferencias fisiológicas. A la dama se la explicaba como seres débiles y enfermas, que, por tener un útero, su sitio debía ser en la esfera doméstica,

---

<sup>13</sup> María Baeta. (2016). Misoginia en el mundo científico: cultura androcéntrica. p 72. Recuperado en: [http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/estudios\\_culturales/num15/art04.pdf](http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/estudios_culturales/num15/art04.pdf)

contemplando así el carácter ideológico que ha impregnado el discurso médico hasta esta época. Es notable que esta perspectiva de las mujeres a causa de la ciencia médica posee sesgos de género que pusieron la atención en las mujeres, prácticamente en lo ginecológico y reproductivo. Por lo tanto, ¿Cómo una ciencia llena de sesgos androcéntricos puede visibilizar la violencia hacia las mujeres? <sup>14</sup>

Entonces, si observamos la medicina mediante el análisis de género, vemos que uno de los grandes problemas es que la gente suele pensar a la medicina como una institución objetiva. Al igual que otros campos de la ciencia, la medicina tiene cierto poder que puede ser beneficioso, pero también puede llevar a la exclusión y discriminación de ciertos grupos que no pueden acceder a servicios médicos de alta calidad. La tecnificación de la medicina tiende a promover la intervención sobre los cuerpos, que se hace presente en “la atención institucionalizada del parto [donde se] ve a la mujer que pare como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho” (Belli, 2013)<sup>15</sup>. Se consolida así la relación asimétrica de poder propia del paternalismo médico, que desplaza el saber y las experiencias de las mujeres por el saber científico. Aunque ver a la medicina como un sistema que es influenciado por la política y la economía y que, en ocasiones puede ser perjudicial a los derechos humanos, no es descalificar el trabajo del personal médico, sino reconocer que la sociedad considera al sistema de salud como una autoridad incuestionable. Sin embargo, en ocasiones, esta autoridad puede ser peligrosa ya que, como mencionamos anteriormente, el sistema institucional está muy limitado por aspectos sociales como el género, la situación económica y los valores e ideologías de sus profesionales. En efecto, tanto la violencia de género como la violencia institucional en salud

---

<sup>14</sup> María Naranjo García (2018). LA CIENCIA MÉDICA Y SUS IMPRONTAS PATRIARCALES. Discursos silentes sobre la violencia de género en atención primaria en salud, Valencia. p 31.

<sup>15</sup> Natalia Gherardi. 2016. CEPAL. Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar p 18. En línea: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170_es.pdf)

son posibles porque están respaldadas e interconectadas por un sistema jerárquico que pone a las mujeres en desventaja social.

**Brigitte Jordán** afirma: “(...) en la sala de parto coexisten varios tipos distintos de conocimiento, pero el único que cuenta es el conocimiento proporcionado por el médico. Este conocimiento desciende por la estructura jerárquica, donde la mujer es el miembro más lejano”<sup>16</sup>. En este sentido, la autoridad cultural que ganaron los médicos provocó que, en muchos casos, el conocimiento proporcionado por ellos se considere como la única verdad sin contemplar otras aristas. Esto tiene un impacto negativo en el bienestar de las mujeres en situación de parto donde su voz no tiene el mismo peso y su conocimiento o deseo maternal suele suprimirse y es privado de legitimidad. Feministas como Haraway, Harding, y Schiebinger sostienen que declarar la ciencia como “objetiva” da lugar a pensamientos científicos que mantienen la existencia de poderes sociales hegemónicos, que discriminan a aquellos grupos de la población carentes de poder como en ocasiones lo son las mujeres, personas del colectivo LGTB, las/os pobres o aquellas/os discriminadas por su raza.<sup>17</sup>

Entonces, el sistema médico dominante, patriarcal y hegemónico se sostiene por prácticas médicas que excluyen a la mujer como protagonista de su cuerpo y su salud. Sin embargo, dentro de los centros de salud se desarrolla un vínculo entre médico/paciente, que se basa en la confianza. Como sociedad tenemos esa idea de que los/las médicos/as siempre están para curarnos, que trabajan para el bienestar común, que aquello que dicen es para el beneficio del

---

<sup>16</sup> Bellón Sánchez, Silvia. (2015). “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica.” . p 102.

<sup>17</sup> Bellón Sánchez, Silvia.(2015): “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica.” Iemata 7.18 pág 97.



paciente, y es difícil poder identificar que detrás hay un ejercicio de poder, que se vislumbra por medio de un sistema de dominación.

Las desigualdades de género en nuestra sociedad, en materia de educación, economía y empleo, perjudican el acceso a los cuidados en salud de millones de mujeres. Hay situaciones como el embarazo y el parto en las cuales solo las mujeres experimentan sus consecuencias negativas, y otros problemas que involucran tanto a varones como a mujeres, pero tienen un efecto diferente en las mujeres. Así es en el caso del VIH en donde se requiere de una atención específica, con el uso de herramientas de higiene menstrual, con la atención durante el embarazo, los servicios de aborto gratuitos y seguros, la atención de salud mental, la atención en violencia sexual y en los tratamientos de las ETS. Por ello, el mundo se enfrenta a la exigencia de responder sobre la desventaja social que como grupo padecen las mujeres frente a los varones en relación con los recursos para resguardar su propia salud.

En otras palabras, la salud es un asunto sustancial para el desarrollo de un país. Sin embargo, existen varios factores que poseen una gran incidencia sobre el estado de salud de la población como la condición de género, el acceso a la educación, las oportunidades de empleo decente y la situación económica y social. Además, debemos resaltar los riesgos y las necesidades específicas vinculadas a la función reproductiva, que recae exclusivamente sobre las mujeres dada las circunstancias sociales y económicas que vulneran su habilidad para proteger su salud. Es decir, estas desigualdades se expresan en términos de riesgos, desventajas y subordinación si no se integra los factores sociales en el proceso de la salud.

Para concluir, durante muchos años los saberes de los/as médicos/as se fueron legitimando socialmente de manera tal que en la interacción médico/a paciente se contempla una interacción de poder que hace que sea complicado animarse a cuestionar o contradecir lo mencionado por

los/as médicos/as. Y paralelamente, esto dificulta que las pacientes manifiesten críticas y opiniones con total independencia, más aún en instantes tan particulares como, por ejemplo, un parto. También, esto se debe a los estereotipos de género de la sociedad que hacen que el sufrimiento que siente una mujer sea muchas veces desestimado y visto como una forma de expresarse exagerada característica de un carácter femenino. En otras palabras, se asigna a las mujeres un conjunto de características, comportamientos y roles propios de su sexo. Esto es recurrente durante los partos, donde ocurren muchas situaciones de violencia. En este sentido, la práctica clínica podría ser sesgada una vez que en ella se generan errores o negligencias sistemáticas que derivan en resultados perjudiciales (por ejemplo, la deslegitimación sistemática de las quejas sintomáticas de las mujeres por razón de su género, que terminan en infra-diagnóstico o en diagnósticos más tardíos en comparación a los hombres). Claramente, la exclusión sistemática de la investigación médica de las problemáticas y las vivencias de las mujeres está relacionada con la práctica clínica, que las estima apéndices o variaciones de la regla masculina o las limita al concepto femenino heteropatriarcal; y que, por consiguiente, responde peor a sus necesidades como pacientes y como personas.<sup>18</sup>

En síntesis, podemos hablar de diferentes discriminaciones. La primera está asociada a la jerarquización que existe entre la relación médico/paciente, inherente a todas las relaciones, independientemente de que sean varones o mujeres, mientras que la segunda está asociada a la condición de ser mujer. A esto le sumamos que muchas mujeres sufren además discriminación por su clase social o raza.

---

<sup>18</sup> Tasa-Vinyals, Elisabet, Mora Giral, Marisol y Raich, Rosa M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace revista iberoamericana de psicosomática.

## 2. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA FORMACION MÉDICA

La incorporación de una conciencia de género en la formación inicial de profesionales médicos es de suma importancia. Las residencias médicas aseguran el aprendizaje y la educación académica y humana de los futuros médicos/as especialistas. Entonces: ¿Qué tan relevante es la perspectiva de género en la formación médica para prevenir la violencia de género en el ámbito de la salud?

Según **Vanina L. Pagotto, Diego H. Giunta, Adriana R. Dawidowski**, departamento de Investigación, en el **Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina**, la discriminación de género está normalizada en los alumnos de medicina y en doctores tanto varones como mujeres. Además, en el ingreso al sistema de residencias se crean diferencias entre varones y mujeres ya que en la entrevista de ingreso se ponen en juego componentes subjetivos de los individuos responsables de la selección. En diversos procesos en relación con el ingreso a la residencia, se observa que la mayoría son varones los que han realizado las entrevistas, lo cual podríamos deducir que esta selección beneficia la promoción de los primeros, más allá de los méritos académicos.

Por otro lado, la mayoría de las mujeres optaron por las disciplinas clínicas, mientras que los varones se inclinaron por las quirúrgicas. Diversos estudios han demostrado la realidad de segregación horizontal en las residencias médicas, con un gran porcentaje de los varones sobre las mujeres en residencias de cirugía general, siendo el porcentaje de mujeres del 31% en

residencias nacionales de Argentina, así como además en otros territorios como EE. UU. y Canadá donde este porcentaje es del 38%<sup>19</sup>.

En otros términos, el papel social y cultural que se le establece a las mujeres repercute sobre su identidad y dificulta la integración de éstas a ciertas especialidades. Esta forma de selección de perfiles en las residencias influenciadas por el género se conserva en la educación universitaria médica, que normaliza que determinadas especialidades sean más adecuadas para varones o mujeres, creando masculinidades y feminidades.

De esta manera, se crean mensajes que pasan por diversas variables culturales e institucionales, y la carencia de integración desde la perspectiva de género en la composición pedagógica de los programas de medicina se confirma en la elección diferencial de las especialidades médicas por parte de los varones y las mujeres.

La perspectiva de la salud a partir del género es indispensable para el diseño y utilización de políticas públicas de salud, no únicamente por una cuestión ética de igualdad, sino también porque el género afecta el perfil epidemiológico de la salud de los individuos, la calidad y los resultados de las prestaciones de salud. Las interrelaciones de género inciden en las prácticas diarias de atención donde surgen los estereotipos de género; y las/los expertos de la salud resaltan la objetividad de su práctica y se escudan en la creencia de que se guían en términos estrictamente clínicos.<sup>20</sup> Sin embargo, entre prestatarios y usuarias hay una interacción

---

<sup>19</sup> VANINA L. PAGOTTO, DIEGO H. GIUNTA, ADRIANA R. DAWIDOWSKI. (2020). ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS RESIDENCIAS MÉDICAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO, Revista "Medicina". Departamento de Investigación, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. En línea: <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2020/volumen-80-ano-2020-no-3-indice/enfoque/>

<sup>20</sup> Christian Miranda, Yanira Zúñiga, Ester Fecci, Laura Rodríguez, Myriam Márquez, Miguel Ramírez. Estela Arcos, Johanna Poblete, Irma Molina Vega (jun. 2007). Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. Rev. Méd. Chile v.135 n.6 Santiago. En línea: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-9887200700060>

jerárquica asimétrica que se agudiza en la situación de las mujeres, situación que explica varios de los desencuentros que se generan.

Asimismo, garantizar la salud como derecho humano mundial implica una corresponsabilidad social de la enseñanza preeminente en la formación de recursos humanos con visión de género, por consiguiente, la enseñanza preeminente debería llevar a cabo una concepción pedagógica, epidemiológica y social de la salud con visión de género, para entender el parentesco entre la biología con la magnitud social y los significados culturales de los individuos.<sup>21</sup>

El testimonio mundial de la enseñanza preeminente durante el siglo XXI, muestra que la universidad tiene la tarea de: i) implantar un sistema de enseñanza preeminente equitativo y no discriminatorio, fundado en el inicio del mérito; ii) remover todos los estereotipos fundados en el género en la enseñanza preeminente; iii) considerar la perspectiva del género en las diversas disciplinas; iv) consolidar la colaboración cualitativa de las damas en todos los niveles y las especialidades en que permanecen insuficientemente representadas; v) aumentar su colaboración activa en la adopción de elecciones y, vi) contestar a las solicitudes sociales con creaciones y pertinencia en el diseño de prácticas educativas asociadas con comportamientos y cambios sociales.<sup>22</sup>

Entonces, respondiendo a la pregunta inicial y basándonos en la información dada hasta el momento, podríamos afirmar que la formación médica es muy importante, y no se le está dando la atención suficiente en términos de igualdad. Los médicos hacen gran parte de su formación

---

<sup>21</sup> Christian Miranda, Yanira Zúñiga, Ester Fecci, Laura Rodríguez, Myriam Márquez, Miguel Ramírez, Estela Arcos, Johanna Poblete, Irma Molina Vega (jun. 2007). Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. Rev. Méd. Chile v.135 n.6 Santiago. En línea: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-9887200700060>

<sup>22</sup> Christian Miranda, Yanira Zúñiga, Ester Fecci, Laura Rodríguez, Myriam Márquez, Miguel Ramírez, Estela Arcos, Johanna Poblete, Irma Molina Vega (jun. 2007). Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. Rev. Méd. Chile v.135 n.6 Santiago. En línea: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-9887200700060>

de manera práctica, por lo que su formación académica no solo depende de lo que estudian en la universidad sino también de todo aquello que se aprende en las prácticas profesionales. Es ahí donde está el foco sobre la violencia ya que se repiten situaciones de abusos año tras año. En este sentido, podríamos considerar que estas acciones pueden tener vigencia debido a normas anteriores que se fueron transmitiendo generacionalmente.

Asimismo, parece interesante y oportuno reflexionar sobre lo que se denomina “currículum oculto”. Este concepto hace alusión a la difusión de conocimientos mediante las actitudes, valores y herramientas que no se muestran en los programas médicos oficiales, pero que sin embargo es parte del aprendizaje que reciben los alumnos/as y que depende de los docentes. Es decir, son conocimientos que no son parte de una asignatura, pero que su impacto es muy importante ya que forma parte de la educación de los futuros profesionales de la salud.<sup>23</sup>

Con respecto a la docencia en medicina, donde parte importante de la carrera tiene instancias prácticas, es importante reconocer que este currículum existe, que se enseñan valores a lo largo de la carrera, y que los efectos son poco estudiados. Es por esto por lo que es fundamental analizar que el mismo es parte de la enseñanza y del proceso formativo del estudiante. Además, las etapas prácticas se deberían comprender como un proceso de consolidación de la identidad profesional, donde los principios aprendidos son teóricos, prácticos, pero también de carácter ético. Y, estos mismos valores adquiridos, son los que luego estarán relacionados directamente a lo que sucede en las instituciones médicas de la sociedad. En efecto, las prácticas clínicas presentan diversas características basadas en una forma de entender y ejercer el poder de manera desigual y que se transmiten como “currículum oculto” en las carreras universitarias

---

<sup>23</sup> Alberto Rojas (2012). "Curriculum oculto" en medicina: una reflexión docente. Rev. méd. Chile vol.140 no.9 Recuperado en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000900017>

de medicina y en el ámbito de la salud. Un informe del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD) expuso que, en los últimos 30 años, comenzó un proceso de feminización en la profesión de la salud.<sup>24</sup> Esto se debería al crecimiento de mujeres médicas, técnicas de salud, y por el aumento de las inscripciones femeninas en las carreras de medicina en el país. Según el informe mencionado, en 2015, a nivel nacional, entre las y los 78.322 estudiantes de Medicina, más de 6 de cada 10 eran mujeres, por lo que la feminización se está expandiendo en todas las universidades estatales del país, y las brechas de estudiantes, nuevos inscritos y egresados es a favor de las mujeres.

En este sentido, Gabriela Maure, médica clínica e investigadora del CCT-Conicet Mendoza, comenta que la medicina es: “un espacio feminizado, pero es un espacio en el que las voces de las mujeres no son escuchadas y no tienen el mismo peso”<sup>25</sup>. Sin embargo, para ella: “el proceso de feminización del ámbito de la salud debe ir acompañada por la politización, tanto en la fase de formación como de ejercicio de la profesión”. Gabriela manifiesta, además, que en los hospitales, las mujeres ganan concursos, pero sin embargo después “se establecen jerarquías en función de si son varón o mujer (...); a las mujeres se les encargan tareas administrativas, mientras que los hombres son los designados para ocupar los puestos de poder y de toma de decisión”<sup>26</sup>.

Esta segregación que existe en la formación médica que afecta en las desigualdades de género del sistema de salud, actúa como un escenario normativo, creador de prácticas y discursos. Es decir, que las desigualdades entre géneros en la actuación médica hacen que subsistan las

---

<sup>24</sup> PNUD (2018). Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. p. 52-54.

<sup>25</sup> CECILIA MALNIS. 06 DE JUNIO DE 2018. El sistema de salud desde la perspectiva de género. Instituto de Estudios de Género y de la Mujer (IDEGEM). En línea: <http://www.uncuyo.edu.ar/desarrollo/el-sistema-de-salud-desde-la-perspectiva-de-género>

<sup>26</sup> CECILIA MALNIS. 06 DE JUNIO DE 2018. El sistema de salud desde la perspectiva de género. Instituto de Estudios de Género y de la Mujer (IDEGEM). En línea: <http://www.uncuyo.edu.ar/desarrollo/el-sistema-de-salud-desde-la-perspectiva-de-género>

interacciones propias de un modelo hegemónico. El mismo modelo que luego atiende a las mujeres embarazadas, y que comete diferentes tipos de violencia de género en el ámbito de la salud. En consecuencia, la violencia institucional médica sigue siendo una problemática social y las medidas legales tomadas como una solución no alcanzan.



Universidad de  
**San Andrés**



## CAPITULO 2

### 1. VIOLENCIA OBSTÉTRICA

*“[...] La Organización Mundial de la Salud ha calculado que más de 1 1,500 mujeres y niñas mueren cada día como resultado de complicaciones prevenibles que ocurren antes, durante y después del embarazo y parto; y que, a nivel global, la mortalidad materna es la principal causa de muerte en mujeres y niñas en edad reproductiva [...] la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad maternas son prevenibles; y que la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles son retos para la salud, el desarrollo y los derechos humanos, lo cual también requiere de la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de mujeres y niñas, en especial su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a tener libertad de buscar, recibir e impartir información, a gozar de los beneficios del avance científico, a vivir libres de discriminación y a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva [...]”<sup>27</sup>.*

*Asamblea General Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos, 2009.*

La violencia obstétrica es parte de la violencia y discriminación que sufren hoy las mujeres. De acuerdo a la Ley 25.929<sup>28</sup> se define como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el

<sup>27</sup> Asamblea General Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. (16 de junio de 2009). Resolución A/HRC/11/L.16. Promoción y protección de todos los derechos humanos y de los derechos civiles, políticos, económicos sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo.

<sup>28</sup> Ley Nacional N° 25.929 “PROTECCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL RECIÉN NACIDO”. En línea: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm#:~:text=Establ%C3%A9cese%20que%20las%20obras%20sociales,mismas%20al%20Programa%20M%C3%A9dico%20Obligatorio.>

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).

Algunos de los derechos vulnerados frente a este tipo de violencia son: el derecho a la integridad personal (art. 5 CADH), a la privacidad e intimidad (art. 5 CADH y art. 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos), a la información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud (artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos), y a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes (art. 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 7 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos y el art. 16 de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos). Estas violaciones a los derechos humanos que sufren las mujeres en los servicios de salud reproductiva se deben, en parte, solo a la condición de ser mujer, lo que nos pone en la necesidad urgente de hablar sobre una situación que atenta contra su protección física y emocional.

Cuando nos referimos a la violencia obstétrica estamos hablando de un tipo de violencia que, al igual que otras formas de violencia de género, se mantuvo oculta por muchos años. Fue Venezuela quien, en 2006, por primera vez a nivel mundial, reconoció legalmente este concepto<sup>29</sup>, definiendo la violencia obstétrica como: “La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Bellón Sánchez, Silvia. (2015). “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica.”. p 1.

<sup>30</sup> “Ley orgánica de 19 de marzo de 2007, sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, Gaceta Oficial. n.38, 647 (19 mayo, 2007). [http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley\\_mujer.pdf](http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf)

Ahora bien, la violencia obstétrica puede ser física o psicológica. La primera se comete cuando se le practican a la mujer prácticas invasivas y un suministro de medicación no razonable según el estado de salud de la mujer o la persona por nacer, o cuando no se acatan los tiempos o las posibilidades del parto biológico. Mientras que la violencia obstétrica psíquica comprende el trato deshumanizado, hostil, la discriminación o humillación hacia la mujer ya sea cuando va a requerir atención, o en una práctica obstétrica. Incluye también la omisión de información sobre cualquier aspecto de su parto o hija/o y la falta de participación de las distintas actuaciones de los profesionales médicos.

Entre algunas situaciones de violencia vividas por las mujeres antes, durante y después del parto se encuentran: retos, sarcasmos, insultos, abusos, amenazas, humillaciones, manipulación de información, negativa a realizar el tratamiento, ser indiferente a las solicitudes o requerimientos de la parturienta, no consultarle o informarle de las decisiones tomadas durante el proceso, no respetar su dignidad personal, utilizar el dolor durante el parto como castigo, forzar sus métodos de consentimiento, la denegación de tener acompañamiento durante el parto, (aunque la Ley N° 25.929 lo estipula específicamente), tener un trato personal despectivo utilizando palabras como "mamita", "gordita", "nena"<sup>31</sup>, la práctica de la episiotomía sin consentimiento, es decir, cortar los genitales para que puedan dar a luz a su hijo o hija por vía vaginal, no poder moverse arbitrariamente o usar una postura más cómoda durante el parto, y la espera para ver a su hijo/a después de dar a luz.

---

<sup>31</sup> (así lo afirman más de la mitad de las mujeres encuestadas en el informe de Las Casildas desarrollado más adelante y en el Índice Nacional de Violencia Machista)

Siguiendo esta línea, el portal de noticias web “El Destape” recibió algunos testimonios desgarradores que se viven tanto en hospitales públicos como en clínicas privadas. Entre ellos, se destacan frases como: "Me ataron y me pusieron la epidural (anestesia) obligada porque tenía 20 y me iba a poner histérica"; "Me tuvieron más de 18 horas con contracciones y gracias a eso mi bebé quedó sin oxígeno" y "Me indujeron el parto porque la obstetra tenía un curso".<sup>32</sup>

Asimismo, el portal “Redacción” mediante un reportaje que forma parte de “El parto robado: el lado oscuro de dar a luz en América Latina”, liderado por la plataforma colaborativa Salud con Lupa, con apoyo del Centro Internacional para Periodistas (ICFJ), relató la historia del parto de Natalia Mastrangelo. La joven decidió contratar a unas parteras para que la acompañaran en el trabajo de parto y frente a la presión de los doctores y los hospitales de que el parto sucediera en la semana 41, tomó la decisión de pedirles que le hicieran la maniobra de Hamilton, que se apoya en despegar con el dedo las membranas amnióticas de la pared del útero para inducir al parto. Aquel martes, su marido y ella se sentaron ante la obstetra del hospital Penna, donde inició todo su maltrato. Utilizaron apodosos para referirse a Natalia, la trataban como niña y le negaron que su pareja la acompañara. La acomodaron en un cuarto para nada agradable, donde esperaban que su cuerpo generará la oxitocina primordial para empezar el trabajo de parto. Tanto parteras, enfermeras, residentes y doctores, hablaban de ella como si no estuviera oyendo. Natalia espero a que limpiaran el espacio. Nunca lo hicieron. Algunas frases destacadas del testimonio de Natalia post parto son: “Yo ya estaba harta, me habían reducido a lo más mínimo que pueden reducir a un ser humano. Yo me sentía tan mal. Tan manoseada, tan todo, tan poco respetada que ya no me importaba. Me terminaba

---

<sup>32</sup> El Destape. Mayo 2021. Semana del parto respetado: la violencia obstétrica en primera persona y los testimonios más crudos. Recuperado en: <https://www.eldestapeweb.com/sociedad/coronavirus-en-argentina/semana-del-parto-respetado-la-violencia-obstetrica-en-primera-persona-y-los-testimonios-mas-crudos-20215219490>

conformando con que saliera mi bebé bien”. “Me mandaron tal cantidad de droga al cuerpo que llegué a estar totalmente ida, no entendía nada. Realmente se ocuparon de robarme el parto, de robarme ese momento, de que algo maravilloso se convirtiera en una pesadilla que yo solo quería que terminara”. “Me dolía todo. Me sentía menos que un ser humano, que un animal. No sabía ni que me estaba pasando y no me importaba. Me habían logrado relegar a lo más mínimo del ser y ya no me importaba. Mi cuerpo ya no era mío.”<sup>33</sup>

Ahora bien, el parto es una circunstancia de mucha fragilidad, y es crucial que la mujer sea y se sienta protagonista. Es ella quien está poniendo su cuerpo y necesita un equipo de trabajo respetuoso. Por ello, debe tener libertad para expresarse y moverse. A la vez, existen otras herramientas para apoyarla como trabajar la respiración, situarla en un contexto ameno donde haya otros recursos además de la cama, lo que permitirá que atravesara su parto con menos dolor.

Eva Giberti, psicóloga argentina, sostiene: “quienes participan de los sectores de poder hegemónicamente instalados, es decir, con escasas posibilidades de ser contrariados o juzgados, manipulan sus conocimientos para mantener su posición. Cuando nos referimos a médicos en relación con la mujer parturienta ya no se trata solo de sus conocimientos, sino de sus prejuicios, sus creencias, sus ansiedades y fantasías acerca del interior del cuerpo de las mujeres, su tensión frente a tener que reconocer que él también emigró desde el interior de un cuerpo de mujer... Y la puesta en acto de ese poder del que dispone y que es hegemónico en tanto y cuanto no tiene en cuenta a la que es sujeto de su atención, se abroquelada en las técnicas que la medicina le aporta y que pone en práctica en el cuerpo de esa mujer. Con reiterada

---

<sup>33</sup>Redacción. Marzo 2020. Cuando una ley no basta para que te respeten: la historia del parto de Natalia Mastrangelo, En línea: <https://www.redaccion.com.ar/cuando-una-ley-no-basta-para-que-te-respeten-la-historia-del-parto-de-natalia-mastrangelo/>

frecuencia, sin que exista necesidad de proceder de ese modo”.<sup>34</sup> Asimismo, Giberti, se encargó de difundir las ventajas del parto vertical. Considera que hay que dejar atrás antiguos actos de sumisión como parir acostada con las piernas en alto. Compara la sensación de estar acostada sin nada para sujetarse y totalmente expuesta con los glúteos desnudos, con la sensación de estar rendida y confiar en la actividad de médicos y parteras. Para Giberti, es fundamental estar en una posición de igualdad respecto al médico y la posición sentada lo hacía viable. Esto se analizó en testimonios de muchas mujeres atendidas mediante esta nueva forma. En 1965, una mujer que había parido en el sillón contaba en el diario La Razón: "Comprobé que todos me trataron con más respeto... con más gentileza. Recuerdo que durante mis dos partos anteriores las enfermeras me impartían órdenes, me gritaban, asustaban e inhibían. Yo no podía defenderme, estaba en inferioridad de condiciones. Pero esta vez, levantaron el sillón y yo me encontraba arriba, más alta que ellos. Creo que una mujer sentada (y elevada) inspira más respeto que una mujer acostada". Lo mismo opinaban otras mujeres también entrevistadas en el Hospital Israelita por el mismo medio de prensa.<sup>35</sup>

Por otro lado, muchas mujeres indígenas prefieren dar a luz de pie con una postura más tradicional, y es viable que se nieguen a presentarse a una maternidad donde se insiste en que la mujer no se mueva de la cama durante el trabajo de parto. Ahora bien, con respecto a las mujeres indígenas la discriminación es un problema urgente que no se puede dejar de lado cuando hablamos de violencia obstétrica. Una prueba contundente es lo sucedido con las mujeres Wichi en Formosa, Argentina, durante la cuarentena por el Covid 19. El 11 de marzo del 2021, una investigación del canal de cable ‘Todo Noticias’ reveló que numerosas

---

<sup>34</sup> Giberti, Eva. (2007) El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y partos. Primer Congreso Nacional de Partería. Recopilado en: <http://evagiberti.com/el-poder-hegemonico-del-medico-en-situacion-de-embarazos-y-partos/>

<sup>35</sup> Karina Felitti. 2011. Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). pag.113-129 En línea: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/DgJsF5H9mcJQsghhN4sSftn/?lang=es>

embarazadas del pueblo Wichí se habían trasladado al interior del monte chaqueño para escapar de la policía local. “En la cuarentena se notó más la discriminación hacía nosotras”<sup>36</sup>, denuncia Ercilia Agüero de Juárez, de la comunidad Wichi de Formosa. Se trataba de un grupo de mujeres embarazadas que se encontraban refugiadas en el monte del oeste provincial, por temor a ser forzadas a un aislamiento obligatorio o a una cesárea. Esto lo podemos sentir en el relato escrito por la periodista Daniela Carrizo en ‘Latfem’, un portal de periodismo feminista: “Siete mujeres Wichí embarazadas se tapan la cara y dicen que tienen miedo de ser llevadas por la policía a un centro de aislamiento. Están sentadas de espaldas al monte, dicen que es El Potrillo, una localidad ubicada a 544 km de la capital de Formosa. Una de ellas dice que quiere tener un parto normal y que no quiere que le practiquen una cesárea. Dice que, si la llevan, pasaría eso. Otra mujer carga en sus brazos a su bebé y habla en su lengua, wichí. Como ella no habla el castellano, su marido traduce. Cuenta que luego de dar a luz la separaron de su bebé. Que el bebé se fue sólo a Formosa y que ella se quedó en Ingeniero Juárez. No se explica cómo ni cuándo pasó. Todo es transmitido por un canal de noticias nacional en cuya agenda tienen muy poco lugar los derechos sexuales y reproductivos, y mucho menos, la cuestión étnica. Automáticamente se instala en la opinión pública nacional el peor de los escenarios: persecución, vulneración del derecho a un parto humanizado, vulneración de derechos humanos”<sup>37</sup>.

Según los relatos recopilados en la investigación que llevó adelante el equipo de TN, las fuerzas de seguridad realizaron operativos durante la madrugada y a aquellas mujeres que estaban cerca

---

<sup>36</sup> Luciana Peker. 21 de Marzo de 2021. La violencia obstétrica a las embarazadas no se puede esconder: en Formosa el miedo de las mujeres no es salud. Infobae. En línea: <https://www.infobae.com/sociedad/2021/03/21/la-violencia-obstetrica-a-las-embarazadas-no-se-puede-esconder-en-formosa-el-miedo-de-las-mujeres-no-es-salud/#:~:text=%E2%80%9CEn%20la%20cuarentena%20se%20not%C3%B3,atropellen%20como%20animales%E2%80%9D%20%2C%20remarca.>

<sup>37</sup> Daniela Carrizo. Marzo 16, 2021. Formosa: ¿por qué se esconden las mujeres wichí? En línea: <https://latfem.org/formosa-por-que-se-esconden-las-mujeres-wichi/>

de parir se las llevaban preventivamente. Una vez que daban a luz, muchas madres eran obligadas a separarse de sus hijos por 14 días o más.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) emitió el 16 de abril de 2021 la Resolución 32/2021<sup>38</sup>, la cual dispuso medidas cautelares a favor de las 7 mujeres indígenas de la comunidad Wichí que estaban gestando su embarazo a escondidas en la localidad de El Potrillo, por miedo a las autoridades de la provincia de Formosa, en Argentina. La Comisión solo estaba llamada a disponer si existía una situación de gravedad y urgencia de daño irreparable a los derechos humanos de las 7 mujeres. La comisión resaltó que el miedo de las mujeres indígenas no se basaba en cuestiones aleatorias, sino en situaciones graves de violencia contra la mujer, las cuales incluso afectarían de manera diferenciada por su pertenencia a la comunidad indígena Wichí. Existe una amplia divulgación de información que alega la existencia de un contexto de discriminación y trato diferenciado en contra de dicha comunidad, y que la recepción de esta información, sumado a la política de aislamiento para combatir el COVID-19, cuyas medidas sanitarias excepcionales podrían ser contrarias a normativas y estándares interamericanos de derechos humanos, sumó a la sensación de miedo de las propuestas beneficiarias. En efecto, para la Comisión, la condición de vulnerabilidad interseccional de las propuestas beneficiarias, como mujeres, embarazadas y pertenecientes a la comunidad Wichí, demanda abordar el presente asunto como una situación excepcional y desde una perspectiva que se ajuste a su condición, que requiere un análisis diferenciado en vista de las circunstancias. Asimismo, en el contexto de la pandemia del COVID-19, la CIDH ha alentado a los Estados a extremar las medidas de protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas tomando en consideración que estos colectivos tienen derecho a recibir una

---

<sup>38</sup> Comisión interamericana de derechos humanos. 16 de abril de 2021. Resolución 32/2021 Medidas cautelares No. 216-21 7 mujeres embarazadas de la etnia Wichí respecto de Argentina. Recuperado en: [https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/mc/2021/res\\_50-21\\_mc\\_216-21\\_ar\\_es.pdf](https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/mc/2021/res_50-21_mc_216-21_ar_es.pdf)



atención de salud con pertinencia cultural. Según lo ha señalado la Comisión, “el derecho a la integridad personal en el ámbito de la salud guarda una estrecha relación con el derecho a la salud dado que la provisión de servicios adecuados y oportunos de salud materna es una de las medidas principales para garantizar el derecho a la integridad personal de las mujeres”. En esta línea, señaló que “bajo el sistema interamericano, las barreras en el acceso a servicios de salud materna se pueden traducir en la afectación al derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres”. En relación con lo anterior, la CIDH recuerda el carácter instrumental que tiene el derecho de acceso a la información de las mujeres indígenas en materia de salud reproductiva, el cual consiste en su acceso a información confiable, completa, oportuna y accesible que les permita ejercer sus derechos o satisfacer sus necesidades. Asimismo, la Comisión destaca la importancia de que la información se encuentre adaptada “a la lengua de quien la solicite o la requiera”. En efecto, la decisión de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos es que el asunto reúne prima facie los requisitos de gravedad, urgencia e irreparabilidad contenidos en el artículo 25 de su Reglamento y le solicita a Argentina que adopte las medidas necesarias para proteger los derechos a la vida, integridad personal y salud de las beneficiarias.<sup>39</sup>

La ratificación y adopción de medidas preventivas por parte del Estado no afecta las posibles peticiones que se presenten al sistema americano en las que se manifieste que hubo violaciones a derechos preservados por la Convención Americana y otros instrumentos aplicables.

Asimismo, lo sucedido con las mujeres indígenas en Formosa es un ejemplo claro de cómo las actitudes de los profesionales de salud también pueden impedir la búsqueda de ayuda sanitaria.

---

<sup>39</sup> Comisión interamericana de derechos humanos. 16 de abril de 2021. Resolución 32/2021 Medidas cautelares No. 216-21 7 mujeres embarazadas de la etnia Wichí respecto de Argentina. Recuperado en: [https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/mc/2021/res\\_50-21\\_mc\\_216-21\\_ar\\_es.pdf](https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/mc/2021/res_50-21_mc_216-21_ar_es.pdf)

Es irónico cómo los estereotipos de la sociedad apoyan las funciones y responsabilidades reproductivas de la mujer como madre, pero sin embargo se crean barreras para su salud reproductiva.

Por último, la mayoría de las muertes maternas se podrían impedir con un tratamiento oportuno, según afirma La Organización Mundial de la Salud<sup>40</sup> y la Organización Panamericana de la Salud<sup>41</sup>. Sin embargo, las inversiones en parteras capacitadas son limitadas. La edición más reciente del informe ‘El Estado de las Parteras en el Mundo’, lanzado por el UNFPA, la Organización Mundial de la Salud y la Confederación Internacional de Parteras<sup>42</sup> calcula que, si aumentamos el número de parteras y mejoramos la calidad de la atención que ofrecen, salvaríamos 4.3 millones de vidas al año para 2035. Para alcanzar esos logros, las parteras deben recibir mejor educación y capacitación, además de contar con una regulación integral y de mayor colaboración en sus lugares de trabajo. Deben jugar un papel más importante en materia de liderazgo y dirección, y contar con un margen de acción más amplio de modo que puedan usar su experiencia única para impulsar avances en los ámbitos de las políticas sanitarias y la prestación de servicios.<sup>43</sup>

Por ende, no darles la importancia suficiente a las necesidades de salud específicas de las mujeres y las niñas pone en peligro su propia salud causando la muerte de miles de mujeres cada año por abortos inseguros, hemorragias, parto obstruido, eclampsia, fístulas, entre otros.

---

<sup>40</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe de mortalidad materna. En línea: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

<sup>41</sup> Organización Panamericana de la Salud. Informe de salud materna. En línea: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>

<sup>42</sup> The State of the World’s Midwifery. 202. Concept Note August 2019

<sup>43</sup> UNFPA, Dra. Natalia Kanem (2021). Confiar en la evidencia: invertir en las parteras. Recuperado en: <https://www.unfpa.org/es/press/confiar-en-la-evidencia-invertir-en-las-parteras#>

## 2. CIFRAS

**La Organización feminista “Las Casildas” cuenta con el primer Observatorio de Violencia Obstétrica**, una propuesta sin financiación y autogestiva, el cual tiene como objetivo almacenar y sistematizar datos y estadísticas relacionados con la violencia obstétrica, efectuar un seguimiento de denuncias realizadas por las mujeres, controlar políticas públicas, proyectos de ley y cumplimiento de leyes.<sup>44</sup> Entre otros puntos, realizó un informe<sup>45</sup> en el año 2016 para visibilizar el panorama real de la atención perinatal en Argentina. El mismo se basó en una encuesta sobre la atención recibida en el parto o cesárea, y se determinaron referentes en diferentes lugares del país con el propósito de realizar la encuesta en terreno. La misma se efectuó sobre una base de 4939 nacimientos reportados, de los cuales el 50.4% fueron en una institución privada, 27,9% en institución pública, 17% en institución de obra social y 3% en el domicilio de la persona gestante. (Ver Gráfico 1)<sup>46</sup>

La edad media de las personas gestantes fue 27.8 años, la semana media del nacimiento fue 38.7 semanas y 7.5 de cada 10 mujeres eran primerizas. (Ver Gráfico 2 y 3)

Por otro lado, muchas no recibieron un trato digno. El 28% fue criticada por los médicos por manifestar sus emociones. Un 56% fue tratada con sobrenombres tales como “gorda, mamita, nena”. Un 30% recibió comentarios irónicos o descalificadores. A un 36% las hicieron sentir que corrían peligro ella o su hijo/a (en ocasiones suele ser una forma de manipulación para que las misma obedezcan), y un 47% no se sintió contenida, lo cual no afecta únicamente el proceso a nivel fisiológico saludable, sino que puede entorpecer su vínculo con su hijo/a. Por otra parte,

---

<sup>44</sup> Las Casildas. Observatorio de Violencia Obstétrica. Recuperado en: <https://lascasildas.com.ar/proyectos.html>

<sup>45</sup> Las Casildas. Octubre 2015. Encuestas de atención al parto/cesárea. Argentina. Recuperado en: <https://lascasildas.com.ar/proyectos.html>

<sup>46</sup> Todos los gráficos se encuentran en el apartado 2.1 del presente capítulo.

el 44% de las mujeres no fue correctamente informada sobre el progreso del trabajo de parto o su bienestar ni del de su bebé. Asimismo, el 70% de las encuestadas no recibió información clara, concisa y completa y no manifestaron una debida autorización. El 36% fueron anestesiadas sin haberlo requerido. El 74% no recibió demasiada información sobre las prácticas que utilizaron sobre su hijo/a, ni tampoco dieron autorización para realizarlas. Por último, el 45% de las mujeres no sabe o no recuerda qué prácticas fueron realizadas sobre su hijo/a. (Ver gráfico 4)

Los índices son alarmantes y preocupantes. Son números que hablan por sí mismos y arrojan a la luz las violaciones diarias y sistemáticas ejercidas por el personal médico en los sectores público y privado.

Por otro lado, desde 2013 la **Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG)** organiza una Mesa de Trabajo interinstitucional que trata la Violencia Obstétrica, de la que participan la Dirección de Maternidad e Infancia y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, la Superintendencia de Servicios de Salud y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). Desde 2017 la CONSAVIG recibe denuncias por violencia obstétrica que son registradas con fines estadísticos. Los datos recolectados ayudan a generar conciencia de este tipo de violencia contra las mujeres y son beneficiosos para pensar en estrategias de prevención. Según los datos de la página oficial de la CONSAVIG en el año 2017 recibieron 89 denuncias por casos de violencia obstétrica en el ámbito de todo el territorio nacional. De estas denuncias resultan los siguientes números.

Prácticas y/o situaciones y/o condiciones de atención que incurren en violencia obstétrica: Cesárea 15%, Medicalización/ Patologización 42%, Trato Deshumanizado 82%, Privacidad e intimidad 19%, Problemas edilicios 5%, Falta de información 44%, No respeto a la decisión de la mujer 34%, Negar acompañante 16%, Contacto con hijo/a 28%, Neonatología 14%. (Ver Gráfico 5)

Asimismo, según el tipo de Institución: Instituciones Públicas, 36%. Instituciones Privadas, 64%. (Ver Gráfico 6)

Y los porcentajes de Denuncias por Provincias: Tucumán 1,12%, Tierra del Fuego 1,12%, Santiago del Estero 2,25%, Santa Fe 2,25%, Salta 1,12%, Neuquén 1,12%, Mendoza 3,37%, La Pampa 2,25%, Formosa 2,25%, Entre Ríos 4,49%, Córdoba 3,37%, Chubut 5,62%, Chaco 1,12%, CABA 37,08%, Bs As 34,46 %. (Ver Gráfico 7).

Ahora bien, me parece pertinente remarcar que, en muchos ordenamientos jurídicos, el interés del feto prevalece sobre los derechos de la mujer embarazada, lo que da lugar a situaciones en las que, deliberadamente, no se consulta a las mujeres en lo referente a su proceso. En este sentido, el parto por cesárea es beneficioso cuando un parto vaginal pone a la madre o al niño en situación de riesgo. Es decir, cuando está justificado desde el punto de vista médico, es un procedimiento que salva vidas. Sin embargo, vemos como hay un crecimiento y un uso excesivo de la cesárea en todo el mundo, y en América Latina y Europa este tratamiento está sustituyendo al parto vaginal o se está eligiendo como forma preferida de alumbramiento.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Recuperado en: <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/enfoque-basado-en-los-derechos-humanos-del-maltrato-y-la-violencia-contra-la-mujer-en-los-servicios-de-salud-reproductiva-con-especial-hincapie-en-la-atencion-del-parto-y-la-violencia-obstetrica>

También hay pruebas que sugieren que las mujeres se convierten en víctimas de sistemas de salud deficientes donde los servicios se planifican y gestionan centrándose en la eficacia en función de los costos y el tiempo.<sup>48</sup> Además, las cesáreas pueden programarse y pueden realizarse en días laborables seleccionados, frente a los fines de semana, y los médicos suelen cobrar honorarios más altos de las compañías de seguros privadas por esta práctica. Cuando se practica sin el consentimiento de la mujer, una cesárea puede constituir violencia por razón de género contra la mujer, e incluso tortura. El Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica ha señalado específicamente el uso excesivo de la práctica de la cesárea en muchos países como prueba de una medicalización excesiva durante el parto y considera que “las mujeres no tienen la posibilidad de elegir libremente entre distintas formas de dar a luz”, especialmente si la primera opción es una cesárea.<sup>49</sup>

En síntesis, los números reflejan que la violencia obstétrica es una problemática que requiere ser atendida de forma urgente por los Estados de todas las naciones del mundo.

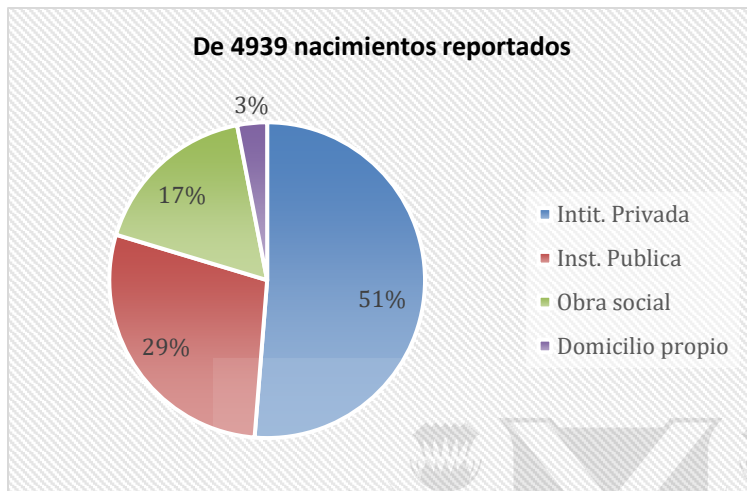
---

<sup>48</sup> Ver: Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, A/HRC/32/44, párr. 74.

<sup>49</sup> ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Recuperado en: <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/enfoque-basado-en-los-derechos-humanos-del-maltrato-y-la-violencia-contra-la-mujer-en-los-servicios-de-salud-reproductiva-con-especial-hincapie-en-la-atencion-del-parto-y-la-violencia-obstetrica>

## 2.1 GRÁFICOS. (Elaboración propia a partir de la información disponible en el informe de “Las Casildas”)

**Gráfico 1**



**Gráfico 2**

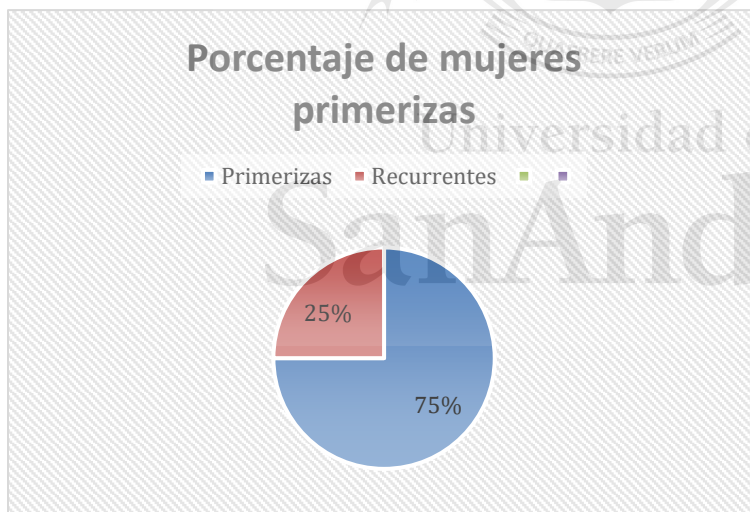


Gráfico 3

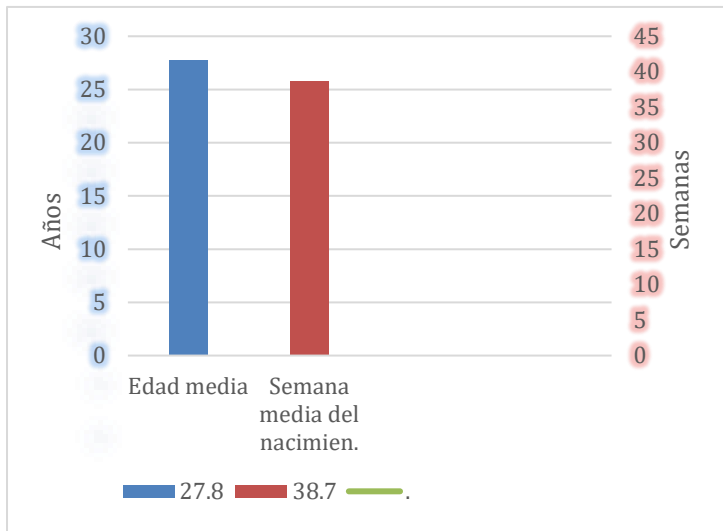


Gráfico 4

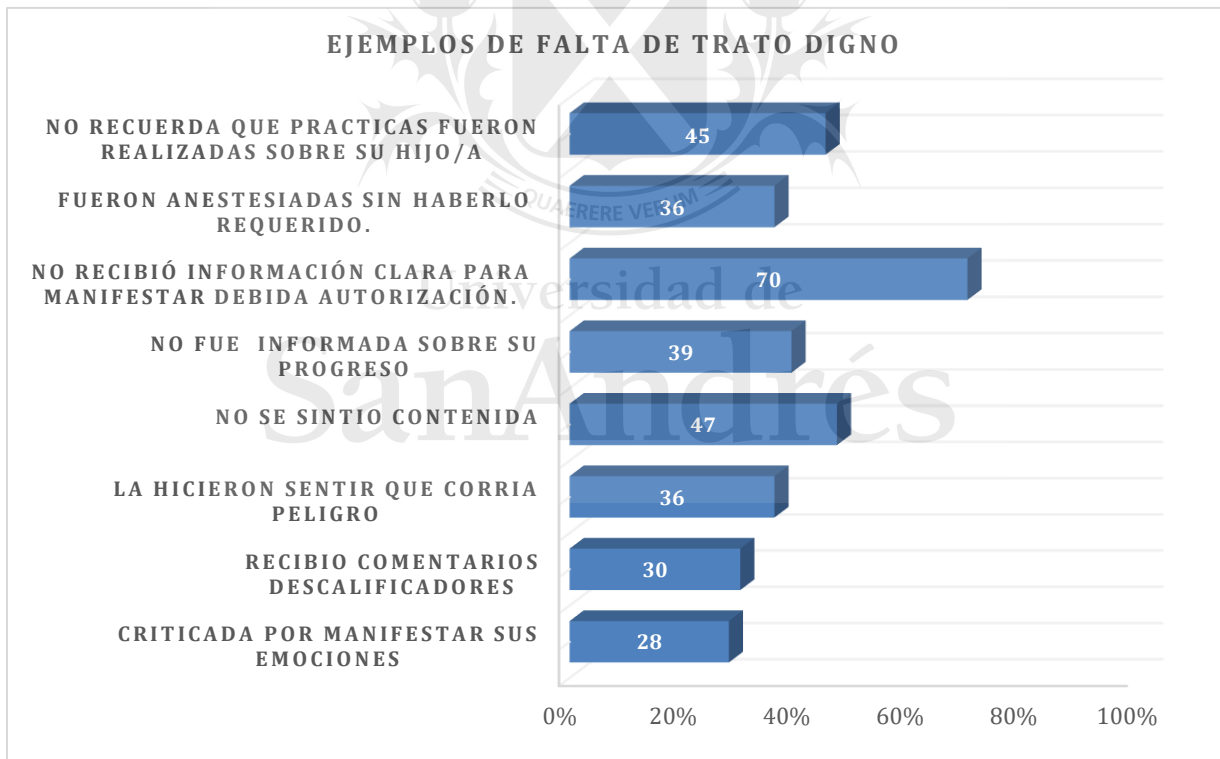




Gráfico 5

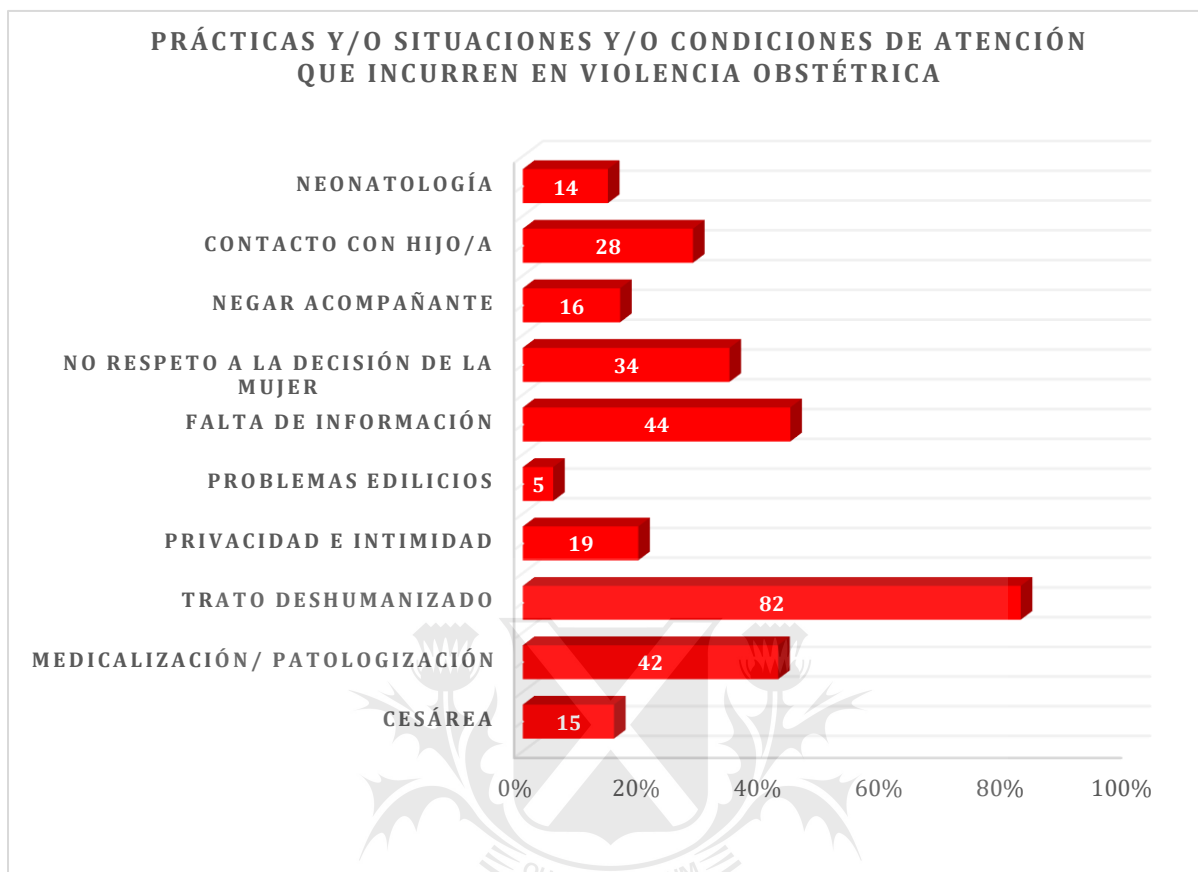


Gráfico 6

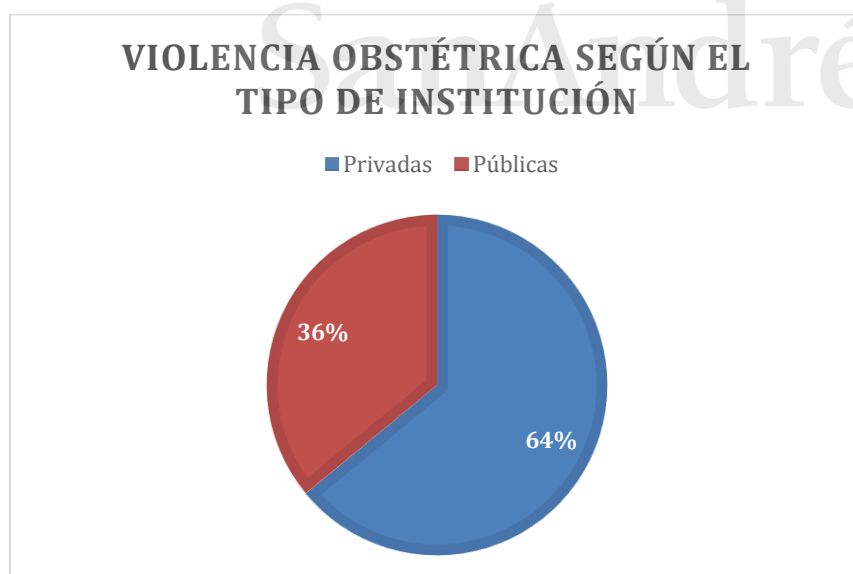
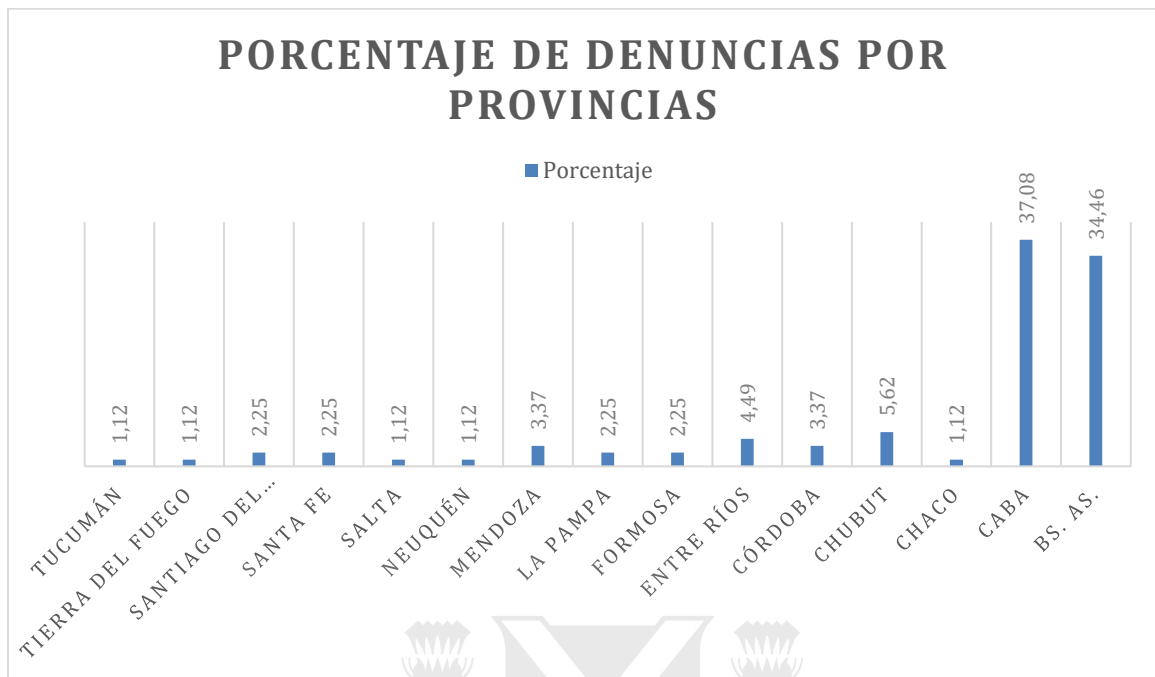


Gráfico 7



Universidad de  
**San Andrés**

**SEGUNDA PARTE****Regulación**

Universidad de  
**San Andrés**

## CAPITULO 3

### 1. REGULACIÓN INTERNACIONAL

Cuando sucede la violencia obstétrica se vulneran diversos derechos fundamentales de las mujeres. Es por ello por lo que para entender la regulación internacional aplicable al derecho interno sobre la temática vamos a analizar qué derechos se vulneran y qué protección legal la respalda. En primer lugar, se vulnera el **derecho a la vida, libertad, seguridad, e integridad de las personas**. Estos derechos están protegidos en **La declaración Universal de los Derechos Humanos**, donde su **artículo 1** establece que: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”, y en el **artículo 11** de la **Convención Americana sobre Derechos Humanos**. El mismo protege la honra y la dignidad de todo ser humano.

A su vez, cuando las mujeres experimentan violencia obstétrica se ven emergidas en una situación que puede ser denigrante, vergonzosa, entre otros adjetivos, que vulnera el **derecho a la dignidad personal**. Esto lo contempla el **art. 1 DUDH** mencionado anteriormente, y los artículos **4, 5, y 7 de la CADH**. El primero protege el **derecho a la vida**, el 5 el **derecho a la integridad personal**, mientras que el último el **derecho a la libertad personal**. Además, la integridad personal está protegida por el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**. Aquí los Estados contemplaron que la libertad, la justicia y la paz en el mundo se basa en el reconocimiento de la dignidad de todos los seres humanos y sus derechos iguales e inalienables, reconociendo que se deben crear las condiciones necesarias que permitan a cada habitante disfrutar de sus derechos sociales, culturales y políticos civiles. En este

sentido, son importantes para la temática tratada los artículos **6 y 9** del mismo. En el primero, los Estados partes se comprometen a “la preparación de programas, normas y técnicas encaminadas a conseguir un desarrollo económico, social y cultural constante y la ocupación plena y productiva, en condiciones que garanticen las libertades políticas y económicas fundamentales de la persona humana”, mientras que en el artículo noveno reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social y al seguro social. Por último, cabe mencionar también el **art. 6 de la Convención sobre Derechos del Niño** donde los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida y que garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.<sup>50</sup> Además, es importante resaltar que la **Convención sobre Derechos del Niño** establece a la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños. El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Es por ello, y contemplando particularmente los artículos **6, 24 y 37** que obligar a una mujer a parir/mantener su embarazo (que es otra forma de ejercer violencia de género), que pone al niño por nacer y a la mujer en una situación de vulnerabilidad muy grande, ya que pueden surgir diferentes consecuencias de un embarazo no deseado. Por ejemplo, la delincuencia juvenil. En este sentido, se destacan dos estudios que sostienen que el rechazo materno, el maltrato y la poca supervisión por parte de los padres son elementos que contribuyen a que los hijos cometan actos delictivos desde su juventud.<sup>51</sup> Otros problemas sociales importantes, como la violencia doméstica y la cantidad de niños en situación de calle, también están fuertemente asociados con la maternidad no deseada.

---

<sup>50</sup> Convención sobre los Derechos del Niño, art 6. Recuperado en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

<sup>51</sup> Ana Langner. Marzo 2002. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Recuperado en : [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)

En otras palabras, la capacidad de una madre para ofrecer un ambiente favorable para el crecimiento de un niño varía según su deseo de ser madre, su edad, educación, ingresos, presencia del padre, entre otras cosas. En consecuencia, la violencia ejercida por el personal médico hacia la mujer que es obligada a parir, o que no cuenta con la posibilidad de elegir por falta de información o acceso a la salud, perjudica la oportunidad de que el nacimiento de un hijo sea en las condiciones favorables tanto para la mujer, el niño por nacer, la familia y la sociedad en su conjunto.

Ahora bien, con respecto al **derecho de la salud**, la misma Convención la protege en el **artículo 24**. Según lo establecido por CDN “los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquéllos relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Es obligación del Estado tomar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño”<sup>52</sup>. En esta misma línea de protección del derecho de salud el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** reconoce en su **artículo 12** el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Ahora bien, en cuanto a **la Convención contra la Tortura y Otros Tratos y Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes**, los Estados Partes reconocen que los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana es la base de la libertad, la justicia y la paz en el mundo, y que estos derechos emanan de la dignidad inherente de la persona humana. Reconocen también, la obligación que incumbe a los Estados de promover el respeto

---

<sup>52</sup> Convención sobre los Derechos del Niño. Art 24. Recuperado en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales, teniendo en cuenta el artículo 5 de la **Declaración Universal de Derechos Humanos** y el artículo 7 del **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**, que proclaman que nadie será sometido a tortura ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y el art. 37 Convención Niño que protege a los niños frente a esa situación.

Por otro lado, debemos contemplar el **derecho a la igualdad y la no discriminación**. El mismo está contemplado en el **art. 1 CADH**. También, la **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre**, en su **art. 1**, sostiene que “todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”<sup>53</sup>. Asimismo, cobra relevancia mencionar el artículo 5 de la **Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial**. El mismo establece que los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos, entre ellos “iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”<sup>54</sup>. Y, por último, el art. 2.2 PIDESC señala que “Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Art. 1 [https://www.oas.org/dil/esp/declaraci%C3%B3n\\_americana\\_de\\_los\\_derechos\\_y\\_deberes\\_del\\_hombre\\_1948.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/declaraci%C3%B3n_americana_de_los_derechos_y_deberes_del_hombre_1948.pdf)

<sup>54</sup> Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. art 5. En línea: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cerd.aspx>

<sup>55</sup> PIDESC. Art 2. Recuperado en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

Ahora bien, teniendo en cuenta únicamente la normativa específicamente diseñada para reconocer y proteger a las situaciones relacionadas con el embarazo, encontramos en un informe de la Comisión 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.”<sup>56</sup>

Por otra parte, **la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos** sugiere principios comunes e internacionales relacionados a las cuestiones éticas respecto a la medicina, las ciencias y las tecnologías utilizadas por los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales. La Declaración trata de contribuir al avance de la ciencia y la tecnología, pero con un enfoque en la justicia, la equidad y en los derechos humanos. El **Artículo 6** sobre consentimiento establece que “toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno”<sup>57</sup>.

En cuanto a la **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará)** fue el primer tratado internacional que aborda el tema de la violencia contra la mujer y sostiene que la misma constituye una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales por lo que es una ofensa a la dignidad humana. Resalta que la violencia de género traspasa todos los estratos de la sociedad,

---

<sup>56</sup> 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”. Recuperado en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/28873.pdf>

<sup>57</sup> Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2002. Art 6. Recuperado en: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)



independientemente de su clase, raza, cultura, nivel educativo, edad o de género y que es cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. **El art. 8 establece:** “Los Estados Partes convienen en adoptar, en forma progresiva, medidas específicas, incluyendo programas para: 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...”. En la misma línea **MESCEVI** declaró: “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”<sup>58</sup>

Por otro lado, en 1994, con la reforma constitucional, se incluyeron en el derecho interno diversos instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos, entre ellos, la **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW)**. La **CEDAW** en su **artículo 12** afirma que “los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre varones y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”. A su vez, continúa sosteniendo que “garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con

---

<sup>58</sup> MESECVI. (2012). Informe Hemisférico N.º 2. Recuperado en: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/mesecvi-segundoinformehemisferico-es.pdf>

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”<sup>59</sup>. Asimismo, el Comité requiere a los Estados Partes que en sus informes manifiesten qué medidas han tomado para garantizar a la mujer los servicios pertinentes en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, y la información sobre las tasas de mortalidad y morbilidades provenientes de la maternidad<sup>60</sup>.

Por último, la **OMS** realizó recomendaciones sobre la atención del parto y nacimiento exponiendo una guía de cuidados en el parto y proclamando la **“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”**<sup>61</sup>. En este documento se expone la necesidad de erradicar la conducta irresponsable durante la atención médica a las embarazadas mediante las siguientes acciones: “1. Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto. En este rubro se enfatiza la necesidad de realizar más investigaciones que permitan **definir** y **medir** el maltrato y la falta de respeto para determinar con precisión la magnitud del problema y comprender mejor su impacto en la salud, el bienestar y las elecciones de salud de las mujeres (por ejemplo: desmotivación de las mujeres para utilizar estos servicios con los riesgos inherentes al retraso en la búsqueda de ayuda); 2. Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad. Estos programas deben incidir en el comportamiento de los profesionales de la salud,

---

<sup>59</sup> Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 3 de septiembre de 1981. Art 12. Recuperado en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>

<sup>60</sup> CEDAW. 1999. Recomendación general, Nro. 24. Recuperado en: [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1\\_Global/INT\\_CEDAW\\_GEC\\_4738\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_4738_S.pdf)

<sup>61</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, Declaración de la OMS. Ginebra. Recuperado en : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1&ua=1).

los entornos clínicos y los sistemas de salud: consentimiento informado, información a las mujeres sobre sus derechos, mecanismos de resarcimiento en caso de violación de derechos y garantía de un alto nivel de provisión de asistencia clínica profesional; 3. Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto. En este sentido es necesario elaborar iniciativas políticas sobre la importancia de la atención materna respetuosa orientadas a modificar la organización y administración de los servicios con una perspectiva de género, derechos e interculturalidad que facilite la prestación de una atención respetuosa y de calidad en el parto; 4. Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención”<sup>62</sup>

En síntesis, en el derecho internacional hay diversas reglas que definen la violencia institucional y que son parte de nuestro ordenamiento jurídico. Analizando la situación tanto en Argentina como en diferentes países, tenemos la posibilidad de destacar la existencia de un problema jurídico y social en las violencias institucionales que sufren hoy las mujeres. Y que, más allá de su regulación, no se contempla aún la real dimensión de lo que esto conlleva.

---

<sup>62</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014), “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”. Declaración de la OMS (WHO/RHR/14.23). Ginebra. Recuperado en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1&ua=1).

## 2. REGULACIÓN NACIONAL

En este apartado analizaremos la regulación nacional que apoya la lucha contra la violencia obstétrica. La Ley Nacional N° 25.929<sup>63</sup> “**PROTECCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL RECIÉN NACIDO**” promulgada el 17 de septiembre de 2004 (conocida también con el nombre de Ley de Parto Humanizado) es la primera ley nacional que se encarga de la violencia obstétrica. En ella se establece que toda mujer, en relación con el embarazo, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos: a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante el proceso, de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas. b) A ser tratada con respeto, a gozar de la intimidad durante todo el proceso asistencial, y que se tenga en consideración sus pautas culturales. c) A ser considerada como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto. d) Al parto natural, respetando sus tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer. e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

---

<sup>63</sup> Ley Nacional N° 25.929 “PROTECCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL RECIÉN NACIDO”. 2004. Recuperado en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm#:~:text=Establ%C3%A9cese%20que%20las%20obras%20sociales,mismas%20al%20Programa%20M%C3%A9dico%20Obligatorio.>

Por lo tanto, la violación de las obligaciones emergentes de la **ley 25.929** por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también la infracción por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere resultar.

Por otro lado, la **Ley Nacional 26.485: “LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES”**<sup>64</sup> promulgada el 1 de abril del año 2009 establece en su artículo 6 inc. e) a la “violencia obstétrica”. La misma se encuentra vigente desde el 14 de abril de 2009, y el decreto reglamentario fue firmado el 19 de julio de 2010. Entre sus avances, se admitió expresamente el concepto de “género” y el abordaje de la violencia de género para su prevención y tratamiento. Distingue además la tipificación de diferentes tipos de violencia, y resaltó la necesidad de las políticas públicas para el cumplimiento de sus propuestas, la gratuidad del asesoramiento y actuaciones judiciales.

Asimismo, la **Ley de Derechos del Paciente (N.º 26.529)**<sup>65</sup> promulgada en noviembre de 2009, alude al trato digno y respetuoso, al respeto de la intimidad, confidencialidad y a la autonomía de la voluntad. Sin embargo, se debe tener en consideración que las discriminaciones siguen siendo una realidad en Argentina. En este sentido, las mujeres son discriminadas constantemente por su edad, su color, su género y estos son factores de riesgo que afectan en su salud sexual y reproductiva.

---

<sup>64</sup> Ley Nacional 26.485: “LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES”. 2009 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

<sup>65</sup> Ley de Derechos del Paciente (Nº 26.529). 2009 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

Además, el Decreto Reglamentario 1011/10<sup>66</sup> establece que aquellos/as profesionales de la salud que no proveen el asesoramiento pertinente a la mujer o no hacen entrega de todos los medios anticonceptivos, como así también los/as que se opongan a realizar prácticas lícitas referentes a la salud reproductiva, cometen violencia contra la libertad reproductiva<sup>67</sup>. Por su parte, la ley 25.929 fue regulada mediante el **Decreto 2035/2015**<sup>68</sup>. El mismo fue crucial para la temática tratada ya que contiene varios conceptos clave para garantizar el respeto a las mujeres. Ahora bien, de manera sintética, la **legislación sanitaria** aplicable a la mujer es: la ley 25.673 (**Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**), la ley 26.130 (**Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica**), la ley 26.150 (**Programa Nacional de Educación Sexual Integral**) y la ley 25.929 (**derechos con relación al embarazo, trabajo de parto y postparto**).

Por último, 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**) y existen guías elaboradas por el **Ministerio de Salud**. Por ejemplo, en 2010 se publicó la cuarta edición de la **“Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia”**. Haciendo referencia a principios de la Oficina Regional Europea de la OMS, y al decálogo CLAP OPS/OMS 2003, la guía sugiere distintos ejes de acción, como integrar la intervención de la familia en el proceso de atención institucional, establecer áreas de la planta para las familias, facilitar la enseñanza en salud, informar a las usuarias y parientes, e inclusive apoyarse en servicios de

---

<sup>66</sup> Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.) 19-jul-2010. Decreto Reglamentario 1011/2010. Recuperado en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=169478>

<sup>67</sup> Beatriz Morrone (s.f). Violencia obstétrica. Cuando las leyes no alcanzan. Recuperado en: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/violencia\\_obstetrica\\_\\_cuando\\_las\\_leyes\\_no\\_alcanzan\\_.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/violencia_obstetrica__cuando_las_leyes_no_alcanzan_.pdf)

<sup>68</sup> P.E.N. 24-09-2015. Decreto Reglamentario 2035/2015. Recuperado en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-2035-2015-252755>

voluntariado<sup>69</sup>. En la misma línea de trabajo, el **Ministerio** dio 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 un enfoque intercultural, esta guía sugiere tener en cuenta el derecho, promover la superación de las trabas culturales y el refuerzo de la pertinencia cultural en las maternidades, mediante acciones afirmativas en salud para poblaciones como los indígenas y los migrantes que tienen culturas diferentes. Finalmente, la **Ciudad de Buenos Aires** ha regulado en su jurisdicción la manera en que diversos organismos del ejecutivo tienen que actuar. Así, mediante un **protocolo de acción conjunta**, la Ciudad busca regular y coordinar una respuesta armónica al tema de la violencia de género en las distintas áreas administrativas. En el acuerdo, el art. 4 expone una definición compleja de violencia. En primer lugar, contiene una definición amplia de la legislación nacional 26.485. Luego distinguió entre violencia física y las diferentes formas de expresar los tipos de violencia, y en este último listado, se encuentra prevista la **violencia obstétrica** (Aprobación del protocolo de acción institucional para la prevención e intervención ante situaciones de violencia de, 2018).<sup>70</sup>

En síntesis, consideramos que este marco legal permite mostrar los avances importantes que se lograron en la legislación en cuanto a la problemática de violencia obstétrica. Estos avances, tanto a nivel nacional e internacional, tratan de romper con los modelos hegemónicos de atención durante el proceso de parto, e incorporan un enfoque humanístico.

---

<sup>69</sup> 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. Recuperado en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

<sup>70</sup> MMM – F. SÁEZ ZAMORA. 2019. MAKE MOTHERS MATTER). Violencia obstétrica en Argentina. Informe país representación ante la UE. pág 28. Recuperado en : <https://makemothersmatter.org/wp-content/uploads/2019/07/20190517-Informe-de-pai%CC%81s-Argentina-2019-relator-UN-violencia-contras-las-mujeres.pdf>

**TERCERA PARTE****Jurisprudencia**

Universidad de  
**San Andrés**



## CAPITULO 4

### 1. JURISPRUDENCIA

#### 1.1 CASO “BELÉN”

Para ilustrar el objeto de estudio es pertinente mencionar el conocido “caso Belén”. En 2014, la joven acudió a la sala de emergencias de un hospital público de la provincia de Tucumán debido a un sangrado vaginal severo. El médico de turno le diagnosticó un aborto espontáneo y la acusaron de deshacerse del bebé en un baño del hospital. La joven tucumana fue de la guardia a la cárcel. Estuvo detenida dos años, cuatro meses y 23 días, acusada de “aborto seguido de presunto homicidio”, hasta que la Corte provincial ordenó su liberación. En 2016 Belén fue condenada a 8 años de prisión, acusada de haber asesinado a su bebé. Sin embargo, el máximo tribunal tucumano dejó sin fundamento la sentencia condenatoria de la Sala III de la Cámara Penal tucumana. Además, enfatizó en la importancia del secreto profesional, del respeto a los derechos de las mujeres que sufren un aborto, a la confidencialidad y al derecho a recibir un trato digno y sin violencia. Soledad Deza, abogada tucumana en el caso, escribió el libro “Libertad para Belén: Grito nacional”. En el mismo, relata lo sucedido de una forma numérica que me parece que expone muy bien la realidad que sufren muchas mujeres al llegar al hospital: “Belén entró al Hospital Avellaneda a las 3.50 de la madrugada del 21 de marzo de 2014. Según su historia clínica, tuvo 1 aborto espontáneo. Fue al baño unos minutos, 5 minutos dice una Enfermera. Le llevó otros 5 minutos que sus médicos la acusen de haberse provocado un aborto. Sólo 6 minutos después de que le hicieran el legrado ya estaba “aprehendida” en la cama del Hospital. Despertó con 5 policías que la custodiaban. 2 fueron las Psicólogas que pidieron que esa custodia fuera -por lo menos- femenina. En sólo unas 5 horas más, estaba detenida por orden judicial por “aborto seguido de presunto homicidio”. 4 días después le

dieron el alta y salió directamente presa al Penal Santa Ester. Llevando 5 días presa, el Fiscal le imputa un “homicidio agravado por el vínculo”, 1 día antes de que haya una autopsia. 1 mes es el tiempo que demoró la Fiscalía en pedir un ADN. 0 es el número de estudios genéticos que se hicieron para probar la acusación. 1 mes es el tiempo que demoró el Hospital en pedir disculpas por haber “confundido” primero y “perdido” después “el feto de la causa”. En un solo día declararon 3 médicos/as, 2 psicólogas, 1 partera y 2 enfermeros/as. 1 mes después de su detención, 1 Jueza resuelve su encarcelamiento preventivo. 2 son las hojas con que su Defensora oficial apeló esa sentencia. La investigación de su caso duró casi 4 meses. Su Juicio Oral duró 3 días y declararon 8 profesionales de la salud, todos los que la atendieron esa noche de su aborto espontáneo. 30 minutos tuvo que esperar el Tribunal, el Fiscal y Belén a la Defensora oficial el día que le dictaban su condena. 15 años de condena pidió el Fiscal, 8 años le dio la Cámara. Los números son fríos, puede pensarse. Sin embargo, 898 días son los que Belén estuvo en prisión sin una condena firme. 55 horas y 1 Habeas Corpus es lo que demoró su “inmediata libertad”. Hace más de 900 días que Belén está involucrada en una causa que según el ministro Fiscal es “nula desde fs. 1”. Es fácil entrar y difícil salir del Sistema Penal. Los vericuetos procesales son difíciles de aventurar y hay plazos que deben cumplirse, después de todo la ley está para eso. “La Justicia es lenta” se escucha a menudo y este caso habilita a responder “depende para qué”. “La justicia es ciega” nos enseñan y este caso muestra que según “la cara del cliente”.<sup>71</sup>

Por otro lado, **Soledad Deza** en su libro “**Jaque a la reina**”<sup>72</sup> sostiene que creer que existe una tensión entre el deber de confidencialidad y la obligación de colaborar penalmente con el estado en la persecución de delitos, es erróneo, ya que la intimidad de los pacientes está protegida

---

<sup>71</sup> Soledad Deza, (2016) Libertad para Belén: Grito nacional.

<sup>72</sup> Soledad Deza, Mariana Álvarez, Alejandra Iriarte, (2014) Jaque a la reina: Salud, autonomía y libertad reproductiva en Tucumán, pág. 144.

legalmente y la legislación determinó que toda la información que atraviesa la relación entre médico y paciente, en donde la paciente es la parte vulnerable, debe mantenerse indemne para proteger el derecho a la confidencialidad tanto en el sistema público de salud, como en el privado. Esta privacidad le da la garantía a la mujer de poder confiar detalles respecto a su vida íntima, en relación a su salud, con la tranquilidad de saber que lo que cuente en el contexto de la relación médico-paciente no será divulgado.

La importancia y el alcance del secreto médico está asentado en el código de ética médica, la Ley de Ejercicio de la Medicina, pero también se considera un contrato tácito en la práctica cotidiana. La confidencialidad como derecho actúa como tranquilizador para quien, por poseer una problemática de salud puntual, pueda manifestarse sin miedos sobre su ámbito más íntimo. Si esto no se cumple, se cometerían diferentes actos de violencia obstétrica. Por ejemplo, en los casos post aborto. Los cuerpos gestantes que buscan atención médica, no solo se ven afectados por la angustia propia de una afección a su salud, sino que además se enfrentan a disyuntivas tan complejas como vida/muerte, derecho a la salud/ clandestinidad sanitaria y cárcel/vida.

Cuando una mujer acude a una clínica estatal en pedido de ayuda es fundamental que la probabilidad de ser interrogada y denunciada por el personal sanitario, como sospechosa de un delito no la desincentive de acudir al hospital. El personal médico es quien debería asistir, y lo único que haría es convertirla en un blanco fácil para el sistema penal, suceso que a su vez la sitúa frente a la disyuntiva de disponer sobre su propia muerte o la pérdida de su libertad.

Este dilema jurídico fue tratado en el fallo de Natividad Frías, que expondremos en el siguiente apartado, donde se le dio preeminencia a la vida de la mujer. **Bidart campos** afirma: “pensemos

que la médica se enteró del delito a causa de la atención profesional qué hubo qué dispensar a la mujer enferma, y aunque únicamente hubiera sido el cuerpo de esta y todo lo corporalmente anexo lo que le dio la noticia delictual, ese conocimiento quedaba constitucionalmente incorporado al deber de reserva y secreto profesional. Ellos porque los valores y bienes que con el secreto médico se preservan son de muchísimo mayor relieve y alcurnia que los que se computan al imponer a los empleados públicos la obligación de denunciar delitos de acción pública que conocen en el ejercicio de su función”.

En conclusión, si bien los avances son significativos a tal punto que el Congreso sancionó la Ley de Aborto Legal, Seguro y Gratuito el 30 de diciembre de 2020 y fue promulgada el 14 de enero de 2021, no podemos alejarnos de la realidad fáctica en donde vemos que muchas veces, la normativa vigente no soluciona el problema. Por lo tanto, podríamos considerar que la discusión sobre el correcto acceso a la salud y el respeto a los protocolos para las mujeres sigue siendo una lucha, y en donde aún sigue habiendo mujeres presas por abortos.

## **1.2 CN CRIM. Y CORR., NATIVIDAD FRÍAS, L.L 123-842; JA, 966-V-69 (1966)**

En 1966, Natividad Frías asiste a la institución médica por lesiones sufridas por maniobras abortivas. Tratándose de una urgencia, la mujer le cuenta el hecho al profesional que la asiste exponiéndose a la denuncia policial ya que, de otro modo, su única opción era morir. El caso llega a los estrados judiciales por la denuncia realizada por el médico, y se convierte en el primer precedente en Argentina que estableció la imposibilidad de abrir procesos penales en contra de una mujer que acude a un hospital por riesgos en su salud y/o su vida como consecuencia de la realización de un aborto.

Se contempla al principio constitucional de no autoincriminación, así como la obligación de guardar el secreto profesional de los profesionales de la salud, comprendiendo que en dicho caso se aplica una excepción al deber del personal médico de presentar denuncia cuando tengan conocimiento de la ejecución de un acto delictivo.

Se establece que: “no existe la obligatoriedad incondicionalmente fijada a los médicos de denunciar todo caso de aborto, sea o no sospechoso de delito, por lo cual la cuestión debe enfocarse en el plano “rigurosamente objetivo de la antijuridicidad y de los motivos que la excluyen”. Es decir, los/las profesionales de salud hubieran tenido conocimiento del delito por revelaciones que les fueron hechas bajo el secreto profesional. En este sentido, el Plenario sostiene que “Esta excepción, que significa una prohibición de denunciar y, por ende, limitativa tanto de la imposición como de la facultad para hacerlo se explica desde el punto de vista sustancial porque la violación de ese secreto está expresamente prevista como delito por el art. 156 del Cód. Penal”.<sup>73</sup>

Por lo tanto, se sostuvo que: "No puede instruirse sumario criminal en contra de una mujer que haya causado su propio aborto o consentido en que otro se lo causare, sobre la base de la denuncia efectuada por un profesional del arte de curar que haya conocido el hecho en ejercicio de su profesión o empleo -oficial o no-, pero sí corresponde hacerlo en todos los casos respecto de sus coautores, instigadores o cómplices".<sup>74</sup>

---

<sup>73</sup> Fallo Natividad Frías; Plenario de la CNCyC. 26/08/66.

<sup>74</sup> José M. Lejarza. -- Mario H. Pena. -- Mario S. Rassó. -- Julio A. Negri. -- Roberto A. Amallo. -- Alberto S. Millán. -- Raúl Munilla Lacasa. -- Ovidio A. Fernández Alonso. -- Horacio Vera Ocampo. -- Jaime Prats Cardona. -- Ernesto N. Black. -- José L. Romero Victorica. -- Ernesto J. Ure. -- José F. Argibay Molina. -- Jorge Frías Caballero. -- Néstor Panelo. -- Jorge A. Quiroga. (Sec.: Carlos J. Acerbi). 1966/08/26. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional. Capital Federal. LA LEY, 123-842 - JA, 966-V-69.

Este fallo es importante porque se toma en consideración las afectaciones a la salud de las mujeres derivadas de un aborto clandestino y remarca las consecuencias de la penalización del aborto en dicho contexto, lo cual fue un avance en materia de derechos sexuales y reproductivos y, se dio prioridad al interés individual por sobre el interés social de perseguir el delito.

### **1.3 YAPURA, GLORIA CATALINA C/ NUEVO HOSPITAL EL MILAGRO Y PROVINCIA DE SALTA, 2006**

La violencia obstétrica es una violación de los derechos sexuales y reproductivos y, como expone Tamayo<sup>75</sup>, es una forma de abuso que tiene como objetivo controlar el cuerpo y los deseos de la mujer. En el proceso de conformación del concepto de estos derechos surgió un conjunto de ejes interrelacionados, los cuales se relacionan con: el derecho a la autodeterminación en el campo del sexo y la reproducción; el cuerpo e integridad personal, donde no únicamente se refiere a la no intromisión y prohibición de prácticas de maltrato, sino que además se busca la recuperación y valoración corporal, el cuidado y la conducción consciente de sus procesos y el respeto a la salud sexual y reproductiva, donde se apunta a que la salud no sea un objeto reservado al saber técnico-medicalizado, sino que constituya una vivencia de bienestar atravesada por colaboraciones sociales y de poder.<sup>76</sup> En este sentido, como hemos mencionado, la violencia obstétrica no solo ocurre durante el parto, sino también durante el embarazo y el puerperio. Por ello, creemos pertinente mencionar el presente fallo.

---

<sup>75</sup> Tamayo, Giulia (2001). "Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos". Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristán". Lima, Peru.

<sup>76</sup> Alvarez Matteazzi, Eugenia, Russo, Pilar (2016). Violencia Obstétrica. Naturalización del modelo de atención médico hegemónico durante el proceso de parto. Córdoba.

El caso trata sobre una mujer embarazada en situación de extrema pobreza, que promovió un amparo ante los tribunales de la provincia de Salta reclamando autorización para que se le practicara una ligadura de trompas luego de haber dado a luz a su cuarto hijo. Tanto ella como su cónyuge estaban desempleados, y su único ingreso era el dinero que recibían del "Plan jefas y jefes de Hogar". A causa de la escasez de recursos para continuar con la crianza de sus hijos, la reclamante se decidió por la ligadura de trompas para evitar quedar nuevamente embarazada. Sin embargo, las autoridades de la clínica en la que tendría lugar el parto se negaban a practicarla sin previa autorización judicial. La Suprema Corte de Salta denegó el pedido, ya que consideró que la prueba tendiente a acreditar que los médicos se negaban a realizarle la intervención había sido presentada con posterioridad a que el juez inferior hubiese dictado fallo. La Corte Suprema Nacional dejó sin efecto la sentencia y dispuso la continuación de la acción (voto de los jueces Petracchi, Highton de Nolasco, Fayt, Maqueda y Lorenzetti; Argibay, en disidencia). Argumentó que en cuestiones vinculadas con el derecho a la salud los jueces no pueden omitir el análisis de una prueba presentada por la afectada fuera de los términos legales, cuya omisión significa un injustificado rigor formal. Además, sostuvo que cuando está comprometido el derecho a la salud, a la vida, a la libre determinación, a la intimidad, y a la protección integral de la familia, no es razonable impedir la continuidad de un amparo que tiene como objetivo obtener soluciones que se avengan con la urgencia que implican estas cuestiones. La CSJN declaró 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". En agosto de 2006, dos meses después del dictado de la sentencia, el Congreso de la Nación aprobó la ley 26.130 sobre régimen de las intervenciones de contracepción quirúrgica. Según

ella, cualquier persona mayor de edad tiene derecho a que le realicen una ligadura de trompas de Falopio en los servicios del sistema de salud.

En este fallo se ve reflejado que también se ejerce violencia cuando una mujer desea tomar decisiones sobre su propio cuerpo, y el sistema de salud muchas veces parece tener como única concepción a la mujer como madre, la cual tiene como único fin de su sexualidad, la procreación.

#### **1.4 L.M.R VS ARGENTINA, COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS. COMUNICACIÓN N° 1608/2007.**

##### **DECISION DEL 29 DE MARZO DE 2011**

Una ciudadana argentina presenta una comunicación en nombre de su hija L.M.R, nacida el 4 de mayo de 1987. La niña es una joven residente en Guernica, provincia de Buenos Aires, que padece una discapacidad mental permanente. En junio de 2006 fueron al hospital de Guernica porque la menor se sentía mal, y se constató que estaba embarazada. La autora pidió que se le realizará una interrupción de embarazo, pero el hospital se negó y remitió al paciente a un hospital público de La Plata, informando que debía hacer una denuncia. La denuncia fue interpuesta frente a un tío sospechoso de haberla violado. Sin embargo, la autora afirma que el hospital Guernica contaba con los medios suficientes y no había necesidad de derivación y que el rechazo obligó a la familia a moverse 100 km con todos los gastos y molestias que eso conlleva.

L.M.R llegó con un embarazo de 14,5 semanas a La Plata. Las autoridades del hospital solicitaron con carácter urgente la reunión del comité de bioética para que emitiera su opinión. Dado que era un caso de aborto no punible, solo se necesitaba diagnóstico de discapacidad, autorización del representante legal y un médico diplomado. Sin embargo, se inició un proceso



judicial para impedir el aborto. La jueza de menores falló prohibiendo el mismo por considerar que no era admisible reparar una agresión injusta, como un abuso sexual, con otra agresión injusta. La decisión fue confirmada en apelación por la Cámara Civil, quien además instruyó a la jueza para que tomara el control de L.M.R en cuanto a la evolución del embarazo y la supervisara constantemente a ella como al niño por nacer.

La sentencia fue recurrida ante la SCJBAS quien el 31 de julio 2006 dejó sin efecto a la sentencia recurrida y determinó que el aborto se realizara. La corte declaró que: “a) la aplicación del Art 86 inc. 2 del Código penal no requiere de autorización judicial, b) en vista de que el presente caso encuadra en un supuesto objetivo no incriminado por el ordenamiento jurídico (...) no corresponde expedir un mandato de prohibición a la práctica de interrupción del embarazo sobre la joven(...) en tanto esa intervención se decida llevar a cabo por profesionales de la medicina en función de sus reglas del arte de curar”<sup>77</sup>. Aun así, el Hospital se negó a practicarlo, y aunque la familia contacto con distintos hospitales y centros de salud, ninguno accedió a realizar el aborto y la menor término accediendo a un aborto en un lugar clandestino el 26 de Agosto de 2006.<sup>78</sup>

### 1.5 CASO MAMÉRITA MESTANZA CHÁVEZ

**María Mamérita Mestanza Chávez** era una mujer indígena peruana, vivía en el distrito Encañada, provincia de Catamarca, tenía 33 años, se dedicaba a la agricultura y era madre de siete hijos. En 1996, los profesionales de salud del Distrito de la Encañada bajo el Programa de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), se dirigieron al domicilio de María para

---

<sup>77</sup> Comunicación N° 1608/2007. Decisión del 29 de Marzo de 2011. L.M.R vs Argentina, Comité de Derechos Humanos.

<sup>78</sup> Comunicación N° 1608/2007. Decisión del 29 de Marzo de 2011. Cejil. L.M.R vs Argentina, Comité de Derechos Humanos.

insistirle que se realizara una ligadura de trompas. Los profesionales de salud la intimidaron, diciéndole que, si no se operaba, ella o su pareja podrían ir a prisión.

El 27 de marzo de 1998, luego de varias visitas, Mamérita Mestanza accedió. Antes de someterse a la operación, no recibió ningún tipo de asistencia médica, ni se le informó de las consecuencias y riesgos de la operación. A pesar de, al menos, cinco solicitudes, la víctima no recibió ningún tipo de atención postoperatoria. Como consecuencia, el 4 de abril de 1998 Mamérita falleció a causa de una infección que se fue agravando por la falta de servicios médicos.

En junio de 1999, el caso fue sometido a la Comisión Interamericana (CIDH)<sup>79</sup>. Durante la audiencia de 2001 se alcanzó un acuerdo entre la organización peticionaria y el Estado, que se firmó dos años después. Aun así, algunas de las promesas del acuerdo quedaron a la espera, especialmente la investigación detallada de los hechos y las sanciones penales y administrativas a los responsables. Estas fallas llevaron a la CIDH a presentar una denuncia en 2010.

El caso Mamérita Mestanza es simbólico porque representa la realidad de miles de mujeres, la mayoría campesinas indígenas de comunidades pobres, víctimas de la política pública de esterilización forzada implementada bajo el régimen de Fujimori.<sup>80</sup>

En conclusión, tanto los fallos nacionales como extranjeros reflejan las violencias institucionales que sufren hoy las mujeres en Argentina y en todo el mundo. Es de suma importancia buscar y exigir soluciones para que esto no ocurra más y podamos así cambiar el

---

<sup>79</sup> CIDH. Acuerdo de Solución Amistosa. Caso 12.191: María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú. 10 de octubre de 2003. En línea: <https://www.cidh.oas.org/women/peru.12191sp.htm>

<sup>80</sup> Caso Mamérita Mestanza Chávez. CEJIL. En línea: <https://cejil.org/caso/caso-mamerita-mestanza-chavez/>

sistema que nos sujeta, uno en el cual las mamás puedan acceder a un parto humanizado. Para ello, hay que contemplar el rol del Estado, el derecho a la salud, a la igualdad, a la intimidad e integridad, como así también reflexionar sobre qué tipo de sociedad queremos para nuestro país. Si bien las diferencias entre los sexos no implican desigualdad **legal**, si implican desigualdad **real** ya que, desde el punto de vista histórico, las diferencias entre los sexos y la desigualdad están estrechamente ligadas y esto lo vemos también en la atención médica. Los casos expuestos aquí solo son algunos entre tantos que suceden. Sin embargo, la violencia obstétrica no es un tema de agenda para los medios hegemónicos.



Universidad de  
**San Andrés**

**CUARTA PARTE****El estado**

Universidad de  
**San Andrés**

## CAPITULO 5

### 1. EL ROL DEL ESTADO

Más allá de lo mencionado hasta el momento, al hablar de violencia de género todavía no hay dimensión del rol que juega el Estado, y que el mismo es el principal autor de las vulneraciones de derechos y omisiones que ocurren en la sociedad. No sólo porque a través de sus agentes se cometen actos de violencia física, psicológica o sexual, sino también porque es el responsable de la prevención, sanción y eliminación de dichas violencias contra las mujeres.

**Las Naciones Unidas** consideran que la violencia obstétrica es un problema mundial, según se señala en el documento titulado «Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica»<sup>81</sup>. Por ello, es pertinente mencionar que existen leyes concretas contra la violencia obstétrica en diferentes territorios de América Latina como Venezuela y México. En dichos territorios la violencia Obstétrica se estima un tipo de maltrato basado en el género y una violación a los derechos humanos involucrados con la salud y con la salud reproductiva. Por otro lado, en Europa el asunto es discutido por las empresas de los derechos humanos y los movimientos sociales, con el objeto de luchar por un parto más humano y respetuoso pero ningún territorio aprobó una legislación al respecto aún. Pese a la actual utilización de Observatorios sobre violencia obstétrica en ciertos territorios (Italia, Francia y España), el debate público y político sobre este tema todavía es débil.

---

<sup>81</sup> Secretary-General Simonovic, Dubravka; UN. Human Rights Council. Special Rapporteur on Violence against Women; UN. Secretary-General (2019), A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence. Recuperado en : <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=es>

La “Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia” promulgada en **México** define en su artículo 18 la violencia institucional como “los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”. Asimismo, la ley **venezolana** “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” en su artículo 15 establece las diferentes formas de violencia de género.

Por otra parte, el **Convenio del Consejo de Europa** sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, sostiene en su artículo 5 las obligaciones de los estados entre las que se indican: “Las Partes se abstendrán de cometer cualquier acto de violencia contra las mujeres y se asegurarán de que las autoridades, los funcionarios, los agentes y las instituciones estatales, así como los demás actores que actúan en nombre del Estado se comporten de acuerdo con esta obligación. Las Partes tomarán las medidas legislativas y otras necesarias para actuar con la diligencia debida para prevenir, investigar, castigar y conceder una indemnización por los actos de violencia incluidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio cometidos por actores no estatales”.

El Consejo de Europa, en la **Resolución 2306/2019**<sup>82</sup>, concluyó: «La violencia obstétrica y ginecológica es una forma de violencia que ha estado oculta durante mucho tiempo y que todavía es ignorada demasiado a menudo». También en la **Directiva 2012/29/UE**<sup>83</sup> se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de

---

<sup>82</sup> Consejo de Europa. Resolución 2306/2019, Recuperado en: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&lang=en>

<sup>83</sup> Parlamento Europeo y del Consejo (25 de octubre de 2012). Directiva 2012/29/UE. Recuperado en: [https://violenciagenero.org/sites/default/files/100023-00024\\_correccion\\_de\\_errores.pdf](https://violenciagenero.org/sites/default/files/100023-00024_correccion_de_errores.pdf)

delitos, donde expone en el artículo 57 los procesos de victimización secundaria que sufren las víctimas de violencia de género en el ámbito de la justicia.

La integración del paradigma de la discriminación estructural en la comprensión de la violencia de género fue un gran paso dado gracias al desarrollo de la **CEDAW**, y a la **ley 1/2004** en el ordenamiento jurídico español, convirtiéndose en la primera ley integral contra la violencia de género en Europa.

En síntesis, el valor de la responsabilidad de los Estados en la prevención, indagación y reparación de daños fue reconocido en diferentes instrumentos legales que conforman referentes mundiales en el desarrollo de los derechos humanos. Según la OMS: “El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden las disponibilidades garantizadas de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano.”<sup>84</sup>

En efecto, es el Estado el que debe garantizar la protección de estos derechos fundamentales a nivel poblacional y debe asegurarse que la violencia obstétrica esté en la agenda de la salud pública. Asimismo, no incluir la vinculación entre discriminación estructural de género y las diferentes formas de violencia crea inconvenientes, uno de ellos es cuando las medidas que se adoptan por el Estado promueven principalmente medidas que se dirigen específicamente a las mujeres y no a la sociedad como un sistema patriarcal.

---

<sup>84</sup> Organización Mundial de la Salud (2014). El Derecho a la Salud. Disponible en: <http://acuddeh.org/spip.php?article3808>

## CONCLUSIONES

El trabajo cotidiano en salud y su estructura institucional puede develar en su interior la discriminación y las brechas de género presentes en la sociedad. Cuando éstas se manifiestan, se evidencian mecanismos que entorpecen la misión médica como prestadora de servicio en donde debe haber una atención adecuada. Se impide así el desarrollo personal de quienes asisten a la institución y afecta el alcance de metas y objetivos de la salud como tal, además del goce de los derechos tanto de las personas usuarias, como de las personas prestadoras de servicios.

Cuando la violencia de género hace su aparición en las prácticas institucionales de salud se convierte en una amenaza letal para el funcionamiento institucional, por su sutileza, invisibilidad y naturalidad. Ésta difiere en sus manifestaciones y consecuencias según edad, sexo, orientación sexual, ocupación, entre otros. Las prácticas se adecúan al sistema de salud que las contiene, esto es, a una estructura orgánica que le permita cumplir sus objetivos. Estas estructuras forman parte de los resultados que tenemos como sociedad en nuestra salud, y que el país ha pactado y protegido nacional e internacionalmente.

Asimismo, las prácticas institucionales se desarrollan en medio de relaciones entre diversos actores, y al tratarse de estructuras formales de organización, para que sean integrales, deben atender las necesidades de las personas de forma interdisciplinaria, y articulada en redes institucionales e intersectoriales. Se entiende que para ser integral se tiene en cuenta que, en materia de salud, cada persona con sus necesidades singulares y colectivas es concebida como objetivo y meta de la institución, es decir, la práctica institucional de salud se constituye cotidianamente en un escenario de derecho, materializado en la prestación del servicio, de la



atención y del cuidado a la salud. Sin embargo, la igualdad en la atención médica sigue siendo un deseo compartido de todos los países de la Commonwealth, y la mayor parte de las naciones, los déficits en las políticas y prácticas de salud proporcionan como consecuencia patrones de inequidad y exclusión.

Las actitudes históricas de las sociedades hacia las mujeres se reflejan en las estructuras y sistemas que establecen políticas, determinan servicios y crean oportunidades, y a pesar de los considerables avances en los indicadores de resultados de salud durante las últimas tres décadas, las sociedades siguen fallando a las mujeres en momentos importantes de sus vidas. No todo el mundo se beneficia por igual de los avances recientes y demasiadas niñas y mujeres aún no pueden alcanzar su máximo potencial debido a las persistentes desigualdades sociales, de salud y de género, y deficiencias del sistema de salud.

Estos fracasos son más notorios en los países pobres y entre las mujeres más pobres, afectando su diversidad, y su salud como derechos fundamentales para conservar la dignidad como seres humanos. Por ello, es inviable no prestar la atención debida a la violencia estructural, que a menudo es el resultado de un sistema de salud deficiente, y de políticas y prácticas que dañan, o no protegen a sus ciudadanos de violaciones, muertes e injusticias que pueden ser evitadas.

Para concluir, la violencia médica contra la mujer es una forma de violencia de género que se desempeña sobre una cantidad enorme de mujeres en Argentina. Se ejerce en las prácticas desarrolladas por las y los expertos en salud, tanto en instituciones públicas como privadas, y se manifiesta de distintas formas ya sea como maltrato físico, psicológico, sexual o económico. Asimismo, está influenciada por interrelaciones de poder entre la autoridad médica y las pacientes, cuyos cuerpos son observados como objetos manipulables y a disposición de los/as

médicos/as, y donde sus opiniones pesan más que los anhelos, prácticas o visiones de las propias mujeres sobre su cuerpo. Por esa razón es que aún queda mucho que trabajar y es nuestro deber visibilizar y luchar para que se elimine la violencia médica que por muchos años fue invisibilizada y naturalizada. En este sentido, los testimonios de las mujeres que se animan a contar las situaciones que vivieron en instituciones médicas es un paso primordial para conceptualizar esta problemática. Es elemental que los mismos sean conocidos por los profesionales médicos, y que todo aquel que trabaje en salud reciba una formación con un enfoque de derechos y de género, donde se contemple el efectivo cumplimiento de los marcos legales vigentes, para que la situación de gestación, parto y posparto, y la atención médica en general hacia las mujeres, no sea otra forma de vulneración de sus propios derechos.

Por todo lo expuesto, podemos concluir que la realidad actual de muchas mujeres que han sufrido la violencia institucional por parte del personal de salud y las potenciales experiencias que cualquier mujer está expuesta a transitar cuando asiste a una institución médica van en contra de toda la normativa vigente. Lamentablemente en los centros de salud tanto públicos y privados, el personal médico persiste en prácticas que violan la dignidad de la mujer. Por lo tanto, no basta con la regulación existente y es de carácter urgente que se tomen otro tipo de medidas para complementar estas medidas legales, y así erradicar la violencia médica institucional hacia las mujeres argentinas.

## EPÍLOGO

### Hacia una solución...

A pesar del avance que significan las herramientas legales disponibles (mencionadas durante todo el trabajo), las normativas no logran impedir que la violencia institucional médica y particularmente, la obstétrica, sigan siendo un importante problema para muchas mujeres. En América Latina el índice de pobreza, el sesgo de género, las diferencias salariales por sexo y la división del trabajo demuestran que las políticas públicas tomadas por el Estado continúan sin alcanzar.

Por lo tanto, creemos que es necesario que las mujeres obtengan información y opciones de educación sobre la violencia contra las mujeres en el sistema nacional de salud de manera más efectiva. Cuanto más grande sea la falta de información y cuantos menos mecanismos esclarecedores capaces de preparar a los usuarios para el ejercicio de sus derechos en el ámbito de la salud, mayor será la desigualdad. Hay mucha desinformación, y el reconocimiento de los derechos del parto respetado es la clave para generar nuevas prácticas beneficiosas para este proceso. Es fundamental que todas las mujeres tomen conocimiento de sus derechos, y de lo que significa la violencia institucional médica sin importar la clase social a la que pertenezcan, ya que la información es la base de toda solución.

En esta línea, la información también beneficiará para que aquellas que han sufrido violencia obstétrica, tomen conocimiento que es algo que pueden denunciar si así lo desean. En este sentido, las denuncias visibilizan más la problemática en cuestión, por lo que podríamos afirmar que este tipo de violencia disminuirá, al menos, parcialmente. Es decir, las denuncias

de violencia obstétrica ayudarán a identificar cuáles son aquellas prácticas naturalizadas en los establecimientos asistenciales que conllevan maltrato y una carga de violencia hacia la mujer embarazada, en situación de parto o postparto, determinando estrategias respecto de aquellas que requieren ser revisadas y modificadas por el equipo de salud.

Asimismo, contemplando el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) creemos que no se debe descuidar la necesidad de supervisar la prestación de servicios de salud a las mujeres por parte de organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas, para asegurar la igualdad de acceso y la calidad de los servicios de salud. Un funcionamiento adecuado de procesos de monitoreo y evaluación favorecerá el aprendizaje de quienes son evaluados. Por todo ello, creemos que una forma de evaluar el trato recibido por las mujeres en estas circunstancias es que haya encuestas obligatorias que se completen después de cada parto, sobre cómo fue el trato en la institución durante el proceso de parto y post parto.

También, se debe fortalecer los sistemas de salud para que puedan responder a las necesidades de la mujer, resguardando su integridad. Para ello, es necesario que se cuente con todos los equipos y herramientas necesarias para atender, y que haya una capacitación adecuada con perspectiva de género, en donde se brinden, entre otras cosas, habilidades de comunicación para garantizar una atención respetuosa, y los conocimientos básicos sobre la legislación, reglamentos y requisitos sobre maternidad.

Por otro lado, la violencia médica sobre las mujeres necesita visualizarse como una realidad importante dentro de la sociedad para que se tomen las precauciones necesarias y estos actos no vuelvan a suceder. Lo ideal sería que haya una campaña que difunda los conceptos más

fundamentales e integrar los mismos a las guías prácticas clínicas (es un documento que incluye declaraciones para ayudar al personal de salud y al paciente en decisiones específicas) y a los Protocolos de Atención médica (desarrolla diferentes procedimientos técnico-médicos) para darle así la importancia que necesita. Si bien la lucha por el parto respetado y la violencia obstétrica son dos temas que, en el marco de la lucha feminista, se ha discutido y problematizado mucho en los últimos años en Argentina, estos debates no llegaron de manera contundente ni fueron evidenciados en los grandes medios de comunicación.

Además, si entendemos que la violencia obstétrica e institucional son parte de la violencia de género, podemos considerar que, si se trabaja más sobre la violencia de género, llegará un momento en donde los abusos y los riesgos que corren las mujeres en un establecimiento médico disminuirán notablemente, si no es que desaparecen por completo. Sin embargo, creemos que es importante no confundir los temas de violencia de género en general, con la violencia obstétrica. Es decir, que esta problemática tome cierta independencia para que se le preste la atención suficiente y no se la deje en un segundo plano.

Un ejemplo interesante para tomar como referencia es CONAMED en México. En CONAMED, los usuarios pueden recibir sugerencias gratuitas, presentar quejas, buscar la reconciliación de manera simple, en donde pueden escuchar las posiciones de las partes y proponer soluciones.<sup>85</sup>

Como muestran los datos oficiales de CONAMED, cada vez más mujeres recurren a realizar denuncias médicas para solicitar una indemnización por daños y perjuicios. Esto es una opción

---

<sup>85</sup> Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone (2020). Violencia Obstétrica en América Latina, conceptualización, experiencias, medición y estrategias. Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, p. 119. Recopilado en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/7/20/40-3>

viable porque es gratuita, no requiere de gerentes ni abogados, y el trámite es sencillo. Suele resolverse en un promedio de 8 a 15 meses, y las mujeres pueden obtener una compensación económica. Sin embargo, hay que considerar que el maltrato que sufren las mujeres en su proceso médico puede afectar la decisión a la hora de buscar ayuda, lo que se convierte en una traba para el acceso pertinente a los servicios de salud materna y, que este enfoque también invisibiliza la relación que se establece entre la institución médica y las mujeres, reduciéndolo a problemas entre usuarios y prestadores de servicios de salud, minimizando así esta forma de violencia.<sup>86</sup> Sin embargo, se trataría de una comisión interinstitucional que elabore los protocolos de actuación, reciba denuncias, difunda y regule la atención en las maternidades.

Asimismo, el factor salud no puede separarse de la realidad de su país, por lo que debe considerarse las políticas de cada territorio. Por esta razón, habría que contemplar las características que existen hoy en Argentina (analizando la situación actual en cada provincia) para profundizar en los planes y en los programas de salud, la perspectiva de género. Así lo demanda la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud que sostienen que no hay que restarle importancia a los roles y a las relaciones sociales basadas en el estatus social, los valores y los comportamientos asignados a varones y mujeres en términos de salud.<sup>87</sup>

Los programas sanitarios que buscan la igualdad de género deberían demandar la eliminación de los prejuicios sexistas, como así también los recursos disponibles y las responsabilidades sanitarias, teniendo en cuenta los factores de género para satisfacer las distintas necesidades y

---

<sup>86</sup> Conamed (s.f).“información sobre la CONAMED para profesionales de salud”. Recopilado en: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/funciones.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/funciones.pdf)

<sup>87</sup> Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS),WHO/RHR/14.23 (2015). “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud”.

basándose en las condiciones de mujeres, varones, niñas y niños, contemplando qué es lo beneficioso para cada grupo en particular. De otra forma, los médicos no podrán asistir adecuadamente los problemas de cada individuo, ya que la diferencia en las características biológicas de varones y mujeres tiene un impacto significativo en la salud.

Además, se deben generar espacios de reflexión y crítica sobre el modelo médico hegemónico analizando todos los actores sociales, focalizando en los saberes de las mujeres para pensar alternativas de capacitación e intervención; y haciendo énfasis en los talleres de sensibilización donde los participantes logren desnaturalizar prácticas y creencias, cuestionar su forma de trabajo institucional, y plantear instancias superadoras.

En este sentido, a pesar de las controversias que haya con la Ley de Educación Sexual Integral (ESI), la misma se debe cumplir. Es fundamental que se pueda llevar a cabo programas de enseñanza sobre salud sexual y reproductiva, liberada de estereotipos limitantes, que promuevan la integración de la **educación sexual integral** a partir del nivel inicial. Consideramos que es fundamental reflexionar sobre los roles y estereotipos de género en los colegios ya que es un espacio donde se forman los seres humanos y sus valores, además del seno familiar y social. Asimismo, en las residencias, se necesitaría avanzar y profundizar los estudios de género en todos los centros educativos del territorio. Entonces, se trataría de forjar una cultura de igualdad de género y meter nuevos contenidos de educación en las escuelas a partir de la enseñanza elemental, y a su vez incorporar novedosas prácticas educativas en las interacciones entre alumnos y maestros.

Por otro lado, es de suma importancia tratar la disputa sobre las semejanzas y diferencias entre sexos de quienes asisten a la atención en salud, considerando no solo el ser humano

estereotípicamente blanco que se toma en los casos de análisis. Para ello, debería contemplarse el origen, los componentes de peligro, la prevención y las posibles soluciones a los tratamientos en cada una de las condiciones de salud probables, tomando en cuenta, además, los componentes psicosociales que conllevan a estas diferencias. El androcentrismo, se encuentra arraigado en las construcciones de la civilización occidental y no puede corregirse “añadiendo” a las mujeres. Es necesario que las vivencias, los pensamientos y las ideas de ambos sexos estén representadas en cada una de las áreas que nos sostienen como sociedad, y como seres humanos. En otras palabras, la conciencia de género convierte a la medicina basada en género y sexo en un medio para poder hacer el equilibrio entre los dos géneros.

Por otra parte, se puede acordar un “plan de parto” entre el equipo de profesionales y las mujeres embarazadas en el cual se planifiquen las decisiones de las madres respecto a cómo quieren llevar a cabo su parto, donde puedan ser partícipes activas, fomentando una dinámica de coparticipación, de escucha, y de toma de decisiones. Es decir, que haya una mayor participación y toma de decisiones de las mujeres respecto a sus deseos de cómo quieren realizar su parto. Esto ayudará a su vez a que se disminuyan aquellas intervenciones innecesarias que muchas veces son realizadas por los/as profesionales médicos/as en la situación del parto. Por lo tanto, habría que lograr que las mujeres, de manera informada, puedan establecer ciertas pautas y sean protagonistas de su proceso, compartiendo sus requerimientos con quienes le presten atención. Es decir, se debe garantizar el derecho de las mujeres a contar con toda la información relacionada con su tratamiento. Por ejemplo, en cuanto a las prácticas y procedimientos rutinarios, que la mujer pueda solicitar de manera previa, que no se realicen el rasurado de sus genitales, ni monitoreos electrónicos continuos, que no se le realice desprendimiento de membranas para acelerar el trabajo de parto, que no se le administre anestesia local preventivamente para una posible episiotomía, entre otros. Para



esto, el personal debidamente capacitado debe informar plenamente a las mujeres sobre sus opciones al aceptar un tratamiento y facilitar la investigación, incluyendo los posibles beneficios y efectos adversos de los procedimientos propuestos y las opciones disponibles. Además, las instituciones no deben dejar de realizar investigaciones y estudios para actualizar el conocimiento específico de su institución, y así generar cambios, mejoras y avances en los servicios que se adapten a un sistema de salud que respete la igualdad e integridad de sus individuos.

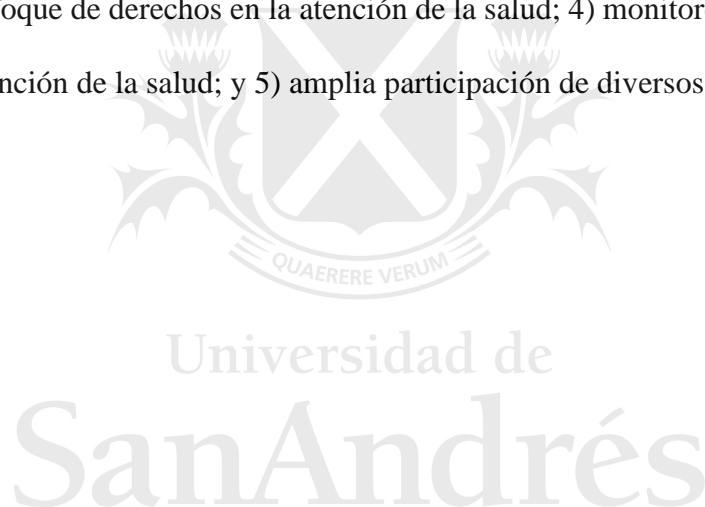
Por otra parte, se propone un mayor énfasis en la importancia de los programas multidisciplinarios ya existentes, donde se trabaja con tutorías, interacciones y la formación de grupos de investigación. Generalmente, las vivencias positivas de participación y abordaje de estas temáticas ayudan a la educación, basándose en casos que integren el sexo y género en escenarios clínicos, y a conservar el acceso de las facultades a la nueva información en salud y en otras ramas que trabajen el género de manera directa.

En esta línea, es importante reconocer el valor de las desigualdades en salud y la necesidad de intervenir con acciones para poder trabajar sobre la prevención y disminución, detectando los componentes de peligro social y cultural al que permanecen expuestas las pacientes, y luchando sobre la supresión de las barreras financieras para obtener una atención médica decente, protegiendo el acceso equitativo para todos y todas a los servicios de salud, sin importar las diferencias geográficas, sociales, de edad, sexo, etnia u orientación sexual.

Fomentar la supresión de las barreras financieras para entrar a la atención médica es fundamental para mejorar la salud de las mujeres, y esto tiene que venir de la mano de un gran compromiso para asegurar que los servicios de salud sean dignos y de calidad para sus

necesidades. Para ello, se requiere que el Estado se focalice en que los sistemas médicos se encuentren mejor posicionados para garantizar la atención de las necesidades femeninas, contemplando que muchas son marginadas por sus ingresos y su desconocimiento, creando un sistema que conteste con sus demandas y aborde todos los factores sociales y culturales que afectan en la salud de las mujeres.

En resumen, todas estas acciones propuestas las podríamos resumir, de acuerdo con las sugerencias de la OMS<sup>88</sup>. Según las mismas habría que focalizarse entonces en los siguientes ejes: 1) producción de conocimiento; 2) diseño e implementación de programas específicos; 3) adopción de un enfoque de derechos en la atención de la salud; 4) monitoreo y seguimiento de las prácticas de atención de la salud; y 5) amplia participación de diversos actores sociales.



---

<sup>88</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014), “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, Declaración de la OMS (WHO/RHR/14.23), Ginebra [en línea] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1&ua=1).

## BIBLIOGRAFÍA

- Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Promulgada de Hecho: abril 1 de 2009. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014), “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, Declaración de la OMS (WHO/RHR/14.23), Ginebra [en línea] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1&ua=1).
- Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS),WHO/RHR/14.23 (2015). “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud”.
- Patricia Quattrocchi y Natalia Magnone (2020). Violencia Obstétrica en América Latina, conceptualización, experiencias, medición y estrategias.Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, p. 119. Recopilado en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/7/20/40-3>
- Conamed (s.f).“información sobre la CONAMED para profesionales de salud”. Recopilado en: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/funciones.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/funciones.pdf)
- Consejo de Europa. Resolución 2306/2019, Recuperado en: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&lang=en>
- Parlamento Europeo y del Consejo (25 de octubre de 2012). Directiva 2012/29/UE. Recuperado en: [https://violenciagenero.org/sites/default/files/100023-00024\\_correccion\\_de\\_errores.pdf](https://violenciagenero.org/sites/default/files/100023-00024_correccion_de_errores.pdf)
- Secretary-General Simonovic, Dubravka; UN. Human Rights Council. Special Rapporteur on Violence against Women; UN. Secretary-General (2019), A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence. Recuperado en : <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=es>
- CIDH. Acuerdo de Solución Amistosa. Caso 12.191: María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú. 10 de octubre de 2003. En línea: <https://www.cidh.oas.org/women/peru.12191sp.htm>
- Caso Mamérita Mestanza Chávez. CEJIL. En línea: <https://cejil.org/caso/caso-mamerita-mestanza-chavez/>
- Comunicación N° 1608/2007. Decisión del 29 de Marzo de 2011. L.M.R vs Argentina, Comité de Derechos Humanos.
- Comunicación N° 1608/2007. Decisión del 29 de Marzo de 2011. Cejil. L.M.R vs Argentina, Comité de Derechos Humanos.
- Alvarez Matteazzi, Eugenia, Russo, Pilar (2016). Violencia Obstétrica. Naturalización del modelo de atención médico hegemónico durante el proceso de parto. Córdoba.
- Tamayo, Giulia (2001). “Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos”. Centro de la Mujer Peruana “Flora Tristán”. Lima, Peru.
- José M. Lejarza. -- Mario H. Pena. -- Mario S. Rassó. -- Julio A. Negri. -- Roberto A. Amallo. -- Alberto S. Millán. -- Raúl Munilla Lacasa. -- Ovidio A. Fernández Alonso. -- Horacio Vera Ocampo. -- Jaime Prats Cardona. -- Ernesto N. Black. -- José L. Romero Victorica. -- Ernesto J. Ure. -- José F. Argibay Molina. -- Jorge Frías Caballero. -- Néstor Panelo. -- Jorge A. Quiroga. (Sec.: Carlos J. Acerbi). 1966/08/26. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional. Capital Federal. LA LEY, 123-842 - JA, 966-V-69.
- Fallo Natividad Frías; Plenario de la CNCyC. 26/08/66.
- Soledad Deza, Mariana Álvarez, Alejandra Iriarte, Jaque a la reina: Salud, autonomía y libertad reproductiva en Tucumán, pág 144.
- MMM – F. SÁEZ ZAMORA. 2019. MAKE MOTHERS MATTER). Violencia obstétrica en Argentina. Informe país representación ante la UE. pág 28. Recuperado en : <https://makemothersmatter.org/wp-content/uploads/2019/07/20190517-Informe-de-pai%CC%81s-Argentina-2019-relator-UN-violencia-contra-las-mujeres.pdf>

- 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. Recuperado en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>
- P.E.N. 24-09-2015. Decreto Reglamentario 2035/2015. Recuperado en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-2035-2015-252755>
- Beatriz Morrone (s.f). Violencia obstétrica. Cuando las leyes no alcanzan. Recuperado en: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/violencia\\_obstetrica\\_\\_cuando\\_las\\_leyes\\_no\\_alcanzan\\_.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/violencia_obstetrica__cuando_las_leyes_no_alcanzan_.pdf)
- Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.) 19-jul-2010. Decreto Reglamentario 1011/2010. Recuperado en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=169478>
- Ley de Derechos del Paciente (N° 26.529). 2009 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Ley Nacional 26.485: “LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES”. 2009 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Ley Nacional N° 25.929 “PROTECCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL RECIÉN NACIDO”. 2004. Recuperado en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm#:~:text=Establ%C3%A9cese%20que%20las%20obras%20sociales,mismas%20al%20Programa%20M%C3%A9dico%20Obligatorio.>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014), “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”. Declaración de la OMS (WHO/RHR/14.23). Ginebra. Recuperado en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1&ua=1).
- CEDAW. 1999. Recomendación general, Nro. 24. Recuperado en: [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1\\_Global/INT\\_CEDAW\\_GEC\\_4738\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_4738_S.pdf)
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 3 de septiembre de 1981. Art 12. Recuperado en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- MESECVI. (2012). Informe Hemisférico N° 2. Recuperado en: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/mesecvi-segundoinformehemisferico-es.pdf>
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2002. Art 6. Recuperado en: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
- 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”. Recuperado en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/28873.pdf>
- Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. art 5. En línea: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cerd.aspx>
- PIDESC. Art 2. Recuperado en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Art. 1 [https://www.oas.org/dil/esp/declaraci%C3%B3n\\_americana\\_de\\_los\\_derechos\\_y\\_deberes\\_del\\_hombre\\_1948.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/declaraci%C3%B3n_americana_de_los_derechos_y_deberes_del_hombre_1948.pdf)
- Convención sobre los Derechos del Niño. Art 24. Recuperado en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Ana Langner. Marzo 2002. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Recuperado en : [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)
- ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Recuperado en: <https://www.elpartoestuestro.es/recursos/enfoque-basado-en-los-derechos-humanos-del-maltrato-y-la-violencia-contra-la-mujer-en-los-servicios-de-salud-reproductiva-con-especial-hincapie-en-la-atencion-del-parto-y-la-violencia-obstetrica>
- Las Casildas. Octubre 2015. Encuestas de atención al parto/cesárea. Argentina. Recuperado en: <https://lascasildas.com.ar/proyectos.html>

- UNFPA, Dra. Natalia Kanem (2021). Confiar en la evidencia: invertir en las parteras. Recuperado en: <https://www.unfpa.org/es/press/confiar-en-la-evidencia-invertir-en-las-parteras#>
- Organización Panamericana de la Salud. Informe de salud materna. En línea: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
- The State of the World's Midwifery. 202. Concept Note August 2019.
- Organización Mundial de la Salud. Informe de mortalidad materna. En línea: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Comisión interamericana de derechos humanos. 16 de abril de 2021. Resolución 32/2021 Medidas cautelares No. 216-21 7 mujeres embarazadas de la etnia Wichí respecto de Argentina. Recuperado en: [https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/mc/2021/res\\_50-21\\_mc\\_216-21\\_ar\\_es.pdf](https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/mc/2021/res_50-21_mc_216-21_ar_es.pdf)
- Daniela Carrizo. Marzo 16, 2021. Formosa: ¿por qué se esconden las mujeres wichi? En línea: <https://latfem.org/formosa-por-que-se-esconden-las-mujeres-wichi/>
- Luciana Peker. 21 de Marzo de 2021. La violencia obstétrica a las embarazadas no se puede esconder: en Formosa el miedo de las mujeres no es salud. Infobae. En línea: <https://www.infobae.com/sociedad/2021/03/21/la-violencia-obstetrica-a-las-embarazadas-no-se-puede-esconder-en-formosa-el-miedo-de-las-mujeres-no-es-salud/#:~:text=%E2%80%9CEn%20la%20cuarentena%20se%20not%20C3%B3,atropellen%20como%20animales%20E2%80%9D%20%2C%20remarca.>
- Karina Felitti. 2011. Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). pag.113-129 En línea: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/DgJsF5H9mcJQsghhN4sSftn/?lang=es>
- Giberti, Eva. (2007) El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y partos. Primer Congreso Nacional de Partería. Recopilado en: <http://evagiberti.com/el-poder-hegemonico-del-medico-en-situacion-de-embarazos-y-partos/>
- Redacción. Marzo 2020. Cuando una ley no basta para que te respeten: la historia del parto de Natalia Mastrangelo. En línea: <https://www.redaccion.com.ar/cuando-una-ley-no-basta-para-que-te-respeten-la-historia-del-parto-de-natalia-mastrangelo/>
- El Destape. Mayo 2021. Semana del parto respetado: la violencia obstétrica en primera persona y los testimonios más crudos. Recuperado en: <https://www.eldestapeweb.com/sociedad/coronavirus-en-argentina/semana-del-parto-respetado-la-violencia-obstetrica-en-primera-persona-y-los-testimonios-mas-crudos-20215219490>
- "Ley orgánica de 19 de marzo de 2007, sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia", Gaceta Oficial. n.38, 647 (19 mayo, 2007). [http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley\\_mujer.pdf](http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley_mujer.pdf)
- Ley Nacional N° 25.929 "PROTECCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL RECIÉN NACIDO". En línea: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm#:~:text=Establ%C3%A9cese%20que%20las%20obras%20sociales,mismas%20al%20Programa%20M%C3%A9dico%20Obligatorio.>
- Asamblea General Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. (16 de junio de 2009). Resolución A/HRC/11/L.16. Promoción y protección de todos los derechos humanos y de los derechos civiles, políticos, económicos sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo.
- PNUD (2018). Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. p. 52-54.
- Alberto Rojas (2012). "Curriculum oculto" en medicina: una reflexión docente. Rev. méd. Chile vol.140 no.9 Recuperado en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000900017>
- Christian Miranda, Yanira Zúñiga, Ester Fecci, Laura Rodríguez, Myriam Márquez, Miguel Ramírez, Estela Arcos, Johanna Poblete, Irma Molina Vega (jun. 2007). Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud:

Una tarea pendiente. Rev. Méd. Chile v.135 n.6 Santiago. En línea: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-9887200700060>

- VANINA L. PAGOTTO, DIEGO H. GIUNTA, ADRIANA R. DAWIDOWSKI. (2020). ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS RESIDENCIAS MÉDICAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO, Revista “Medicina”. Departamento de Investigación, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. En línea: <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2020/volumen-80-ano-2020-no-3-indice/enfoque/>
- Tasa-Vinyals, Elisabet, Mora Giral, Marisol y Raich, Rosa M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace revista iberoamericana de psicosomática.
- Bellón Sánchez, Silvia.(2015): “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica.” Ilemata 7.18 pág 97.
- María Naranjo García (2018). LA CIENCIA MÉDICA Y SUS IMPRONTAS PATRIARCALES. Discursos silentes sobre la violencia de género en atención primaria en salud, Valencia. p 31.
- Natalia Gherardi. 2016. CEPAL. Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar p 18. En línea: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170_es.pdf)
- María Baeta. (2016). Misoginia en el mundo científico: cultura androcentrista. p 72. Recuperado en: [http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/estudios\\_culturales/num15/art04.pdf](http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/estudios_culturales/num15/art04.pdf)
- Marbella Camacaro Cuevas. 2009. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer v.14 n.32 Caracas jun. 2009. Recuperado en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-37012009000100011](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100011)
- Tasia Aránguez Sánchez (2018). La reivindicación feminista del derecho a la salud. Astrolabio. Revista Internacional De Filosofía. pp.239-251
- Laura F.Belli (s.f). Las mujeres y la salud: una relación de cuidados y de olvidos. Economía Feminista. Recuperado en: <https://economiafeminista.com/la-importancia-de-la-perspectiva-de-genero-en-salud/>
- Vanesa Miseres (2018). “El parto es tuyo”: testimonio, maternidad y política en dos documentales sobre violencia obstétrica. University of Notre Dame. Recuperado en: <https://web-b-ebsohost-com.eza.udesa.edu.ar/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=3ee704d9-864b-447e-8cac-df6f81bce02e%40pdc-v-sessmgr03>
- Natalia Gherardi (2016). CEPAL. Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. Recuperado en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170_es.pdf)
- Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Promulgada de Hecho: abril 1 de 2009. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Nayary Correa Castañeda1 ; Juan Alejandro Aguirre Arenas2 ; Jessica Yurley Camacho Prada3 María Neyfeth Posada Morales. Derechos Durante el Parto, Según Recomendaciones OMS (2018): Percepción de las Mujeres
- Belén Castrillo (2016) Dime quién lo define y te diré si es violento Reflexiones sobre la violencia obstétrica. La Plata, Argentina
- Miriam Al Adib Mendiria , María Ibáñez Bernáldez, Mariano Casado Blancob , Pedro Santos Redondoc. 2016.LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UN FENÓMENO VINCULADO A LA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS ELEMENTALES DE LA MUJER.
- Natalia Magnone Alemán. 2011. Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. Departamento de Trabajo Social-FCS
- Marbella CAMACARO, Mariangel RAMÍREZ, Lissete LANZA y Mercedes HERRERA. 2014. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. Facultad de Ciencias de Salud, Escuela de Medicina. Aragua, Venezuela. Unidad de Investigación y Estudios de Género, Universidad de Carabobo, Venezuela. Hospital Central de Maracay, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Venezuela.
- Dras. Carlota J Pereira, Alexa L Domínguez, Judith Toro Merlo. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Rev Obstet Ginecol Venez 2015;75(2):81-90
- Villanueva ELA, Ahuja GM, Valdez SR, et al. ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?. Rev CONAMED. 2016;21(Suppl: 1):7-25.