

Corrientes Contra la Violencia Obstétrica

Visibilizando las violencias ocultas

Corrientes 2021



Este proyecto cuenta con
el apoyo financiero de
la Unión Europea





Este proyecto cuenta con el apoyo financiero de la Unión Europea



La presente publicación ha sido elaborada con el apoyo financiero de la Unión Europea. Su contenido es responsabilidad exclusiva de la Fundación Derechos Humanos Equidad y Género-FUNDHEG- y no necesariamente refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

«© Fundación Derechos Humanos Equidad y Género [2021]. Reservados todos los derechos. La Unión Europea cuenta con licencia en determinadas condiciones»

Agradecimientos:

Al Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), especialmente a su Directora Ejecutiva Natalia Gherardi por su apoyo y acompañamiento.

Equipo Fundación Derechos Humanos Equidad y Género

“Corrientes Contra la Violencia Obstétrica”

Directora del Proyecto: Diana Inés Cabral
Presidenta FUNDHEG: Leticia Gauna

Integrantes:

Guido Cortiglia
Cynthia Anabela Casco
Clarise Sanchez Soloaga
Juan Carlos Navarro
Victor Ocampo

Talleristas
Andrea Mayol
Pamela Martin García
Jesica Busciglio
Maria Balbi
Sandra Azcona
Benjamín Génova
Diana Cabral
Leticia Gauna

Comunicación
Clarise Sanchez Soloaga
Cynthia Anabela Casco
Iván Ortíz
Guido Cortiglia

Este informe fue elaborado por el Equipo FUNDHEG: Diana Cabral- Leticia Gauna- Clarise Sanchez Soloaga- Cynthia Casco- Juan Carlos Navarro-
Corrección: Guido Cortiglia- Diseño: Ocampo Víctor

Organizaciones en RED: Asociación de Trans, Travestis y Transgénero
ATTTA filial Corrientes- Red Nacional de Paternidades Trans- Fundación
Corrientes Diversa- La Colmena- Ls Incluir- MuMaLa Corrientes- Comedor
Comunitario Paranacito- Comedor Comunitario Mafalda-

Visibilizando las violencias ocultas

Desde la Fundación Derechos Humanos Equidad y Género presentamos este informe sobre la violencia obstétrica (en adelante V.O.) en la provincia de Corrientes.

Este material es realizado por Fundheg en el marco de las ayudas a pequeños proyectos de Cerrando Brechas II, gracias al apoyo de la Unión Europea.

Dicho informe surge a partir de encuestas realizadas en talleres de formación de formadoras en derechos de las mujeres y personas gestantes, llevado adelante a través de la propuesta “Correntinas contra la violencia obstétrica” durante el año 2021.



El trabajo de la Fundación Derechos Humanos Equidad y Género (FunDheg) abre camino para que, con los datos obtenidos, el Estado garantice el cumplimiento de las normas vigentes y a pensar políticas públicas para revertir este tipo de situación

Somos una organización que trabaja por la igualdad y la no discriminación por motivos de género, las violencias de género y derechos del colectivo LGBTIQNB, acompañamos a mujeres en situaciones de violencias y la promoción de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos. Este proyecto en particular busca visibilizar a la violencia obstétrica ejercida contra las mujeres, niñas, personas gestantes y mujeres con discapacidad en el sistema de salud de la provincia de Corrientes, a través de talleres de capacitación para formar a mujeres en la promoción de derechos y prevención de la V.O. A lo largo de los talleres y encuestas se recuperaron relatos y experiencias sobre las violencias que atravesaron mujeres y personas gestantes durante sus embarazos, partos, pos partos y también situaciones de aborto en el sistema de salud en la provincia de Corrientes. Este análisis es producto de un proceso llevado adelante con mujeres y personas gestantes residentes en Corrientes Capital y el interior de la provincia con la finalidad de visibilizar que la V.O. existe y es necesario reflexionar sobre ella, como así también pensar en los mecanismos que se puedan diseñar para erradicarla.

El proyecto Cerrando Brechas II

Desnaturalizando violencias ocultas para erradicar la violencia de género promoviendo la igualdad cuenta con el apoyo financiero de la Unión Europea e involucra a organizaciones referentes de la sociedad civil con una amplia trayectoria de trabajo en relación con la igualdad de género: el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), la Comisión Argentina para los Refugiados y Migrantes (CAREF), la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), Mujeres en Igualdad (MEI), y la Fundación Siglo 21. Nuestro proyecto fue seleccionado junto a otras 9 organizaciones de país de entre 150 propuestas presentadas en la convocatoria, es para nosotras un orgullo como organización territorial contar con este acompañamiento que permite contar historias de las mujeres y disidencias desde su perspectiva y desde nuestros territorios.

En el año 2016 visitó Corrientes la Relatora Especial de la Organización de las Naciones Unidas Dubravka Simonović¹, quien recordó que “se reconoce a la violencia contra la mujer como una violación a los Derechos Humanos, es muy importante saber que pueden ser violaciones a los Derechos Humanos y hay que estar atentas cuando no se están implementando las leyes. Si no se implementan hay que cuestionar esto al Estado”² (El litoral 2016); en el 2019 la misma presentó un informe “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” que contiene 82 puntos, organizado en varios ejes, uno de ellos sobre “el maltrato y violencia de género en los servicios de salud reproductiva” a partir del cual establece una serie de recomendaciones para “... sentar las bases para que los Estados cumplan sus obligaciones en materia de derechos humanos, elaboren leyes, políticas y estrategias nacionales de salud reproductiva para las mujeres e implanten mecanismos de denuncia para asegurar un enfoque basado en los derechos humanos de la atención de la salud y garantizar la rendición de cuentas por las violaciones de los derechos humanos (Šimonović, 2019, p. 6).

¹ Dubravka Simonović es una jurista croata especialista en Políticas de igualdad de género, nombrada en el 2015 como Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias.

<https://www.ohchr.org/SP/pages/home.aspx>

² Disponible en: <https://www.ellitoral.com.ar/tags/dubravka-simonovic>

Desnaturalizando las violencias



Las organizaciones feministas somos quienes, a lo largo de la historia, hemos venido visibilizando las violencias que se ejercen contra nuestros cuerpos, promoviendo espacios de debate acerca de estas violencias y también pensando estrategias para desnaturalizarlas, denunciarlas y transformar las relaciones de desigualdad por motivos de género, de qué manera nuestros cuerpos-territorio son tratados como espacios de disputa, opresión y disciplinamiento del patriarcado, entendemos a éste último como el sistema de todas las opresiones y por el cual se han normatizado por ejemplo procedimientos institucionales “estándares” de cómo violentarlos, como por ejemplo, los protocolos hospitalarios para la atención en los procesos de partos. La naturalización del machismo hace que sea difícil, en ocasiones, reconocer cuando alguien está ejerciendo violencia contra nuestros cuerpos. En estas jornadas desarrolladas en el marco del proyecto “Corrientes con la VO” con especialistas y activistas y al escuchar relatos de mujeres y personas con capacidad de gestar, sobresale el desconocimiento de situaciones que pudieron ser denunciadas y no lo hicieron en parte por no reconocer la V.O. y por otro por desconocer las vías para hacerlo.



El trabajo de la Fundación Derechos Humanos Equidad y Género (FunDheg) abre camino para que, con los datos obtenidos, el Estado garantice el cumplimiento de las normas vigentes y garantice políticas públicas para revertir este tipo de situación.

El primer paso es que quienes atraviesan por un embarazo reconozcan en qué circunstancias está siendo violentada y que dicha situación puede denunciarla. Esto fue lo que se intentó realizar desde FunDheg, facilitar información y una mirada crítica respecto a las intervenciones del sistema de salud para con las mujeres y personas gestantes y su vez puedan reconocer las violencias, que esta causa temor y este temor muchas veces paraliza y que conocer nuestros derechos nos permitirá accionar ante tales situaciones; nos permitirá estar preparadas/es, además de promover redes de sororidad replicando lo que aprendimos y así acompañar a otras/es en las mismas circunstancias. Conocer sus derechos y difundirlos.

El tema se abordó desde el respeto, la escucha empática y una dialogo interactivo y así muchas pudieron contar por primera vez alguna situación de violencia que atravesaron,



justamente porque las reconocieron como tal.

Relataron el maltrato que recibieron en diferentes centros de salud, públicos y privados, donde no siempre era un hombre quien agredía. Los insultos y las críticas al porqué se quedó embarazada es algo común en algunos espacios donde deberían ser de contención y cuidado tanto para la persona gestante como para el recién nacido.

La persona gestante vive una situación vulnerable durante el parto, también antes y después, y se advierte una falta de perspectiva de género en algunos profesionales de la salud que garanticen intervenciones respetuosas, libres de violencias y discriminación. Falta además material de difusión que hable del tema y números donde se pueda llamar ante una situación de violencia obstétrica.

Estos espacios colectivos nos han permitido tejer redes de sororidad, de resistencia y acción para poner en agenda política la vulneración sistemática de nuestros derechos, en este caso, sexuales reproductivos y no reproductivos; hacer audible las voces de nuestros cuerpos-territorios y hacer visible la desigualdad es algo que nos propusimos desde nuestro espacio y que



esperamos sirva para promover la empatía de quienes tienen la posibilidad de revertir sus prácticas y que empodere a otras/otres que hayan atravesado o estén atravesando por estas violencias y las denuncien.

La violencia obstétrica existe en Corrientes y diferentes relatos lo afirman, necesitamos difundir estas situaciones para identificarlas y erradicarlas.

Las Normas

¿Qué dicen acerca de la Violencia Obstétrica y del Parto Respetado?

Ley 25.929 y Ley 26.485

En el Sistema Internacional de Derechos Humanos, encontramos en la CEDAW (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, por sus siglas en inglés) los primeros reconocimientos de los derechos de las mujeres con respecto a la planificación familiar y a la atención en el embarazo.

Este instrumento, vigente desde el 3 de septiembre de 1981, con jerarquía constitucional en Argentina desde 1994, en su art. 12 establece que:

“1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.”

Y, por su parte, el art. 16 prescribe:

“1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: (...) e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos; (...)”

Asimismo, significó una serie de obligaciones para los Estados al determinar que se debían adoptar todas las medidas, incluso legislativas, para garantizar el efectivo ejercicio de los derechos que la Convención reconoce.

También el Sistema Interamericano de Derechos Humanos cuenta con un instrumento especialmente referido a los derechos de las mujeres, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará), vigente desde el año 1995.

Esta Convención, en su artículo 7, dispone que “Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente:

- a. abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación; (...)
- c. incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso; (...)”

Coherente con esta normativa, el Mecanismo de Seguimiento de esta Convención (MESECVI), presta especial interés a las estrategias estatales a fin de erradicar la modalidad obstétrica de violencia contra las mujeres, razón por lo cual, es materia de análisis el Segundo Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas del MESECVI 2014: “A la luz del artículo 9 de la Convención, el Comité recuerda a los Estados su obligación de brindar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada, por lo que la atención digna y segura para las mujeres, y la erradicación de la violencia obstétrica resulta trascendental (...). El Comité insta a que los Estados brinden información oportuna y veraz a las mujeres embarazadas, incluyendo información adaptada para mujeres indígenas, analfabetas y rurales, entre otras, para que éstas puedan tomar decisiones libres e informadas que sean respetadas.” (párr. 123 y 124)

En el marco normativo nacional, en el año 2004, en cumplimiento de sus obligaciones internacionales, Argentina sanciona la ley 25.929 conocida como “Ley de parto respetado” o “Ley de parto humanizado”, finalmente reglamentada en el año 2015.

Esta ley, en su artículo 2, reconoce los derechos a la mujer y persona gestante, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, la cual más adelante se analiza con los resultados obtenidos del proceso colectivo de recuperación de experiencias. Oportunamente, en su artículo 4 dispone que “El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos a recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento; a la acceso a su hijo/a, a la participación en la toma de decisiones en su atención; con su asistencia; a recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña, son algunos de los incisos.

En cuanto a la inobservancia de la ley, en su artículo 6, establece tanto la responsabilidad institucional de las obras sociales y prepagas, como la responsabilidad individual de los profesionales de la salud intervinientes y de sus colaboradores, aunque considerándolas al efecto una “falta grave” a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pueda corresponder.

A su turno, el Decreto 2035/15, reglamenta la ley 25.929 y los derechos que el artículo 2 reconoce, describiendo de un modo más explicativo los procedimientos ante los estados de embarazo, trabajo de parto, parto y postparto.

El artículo 2 del decreto dispone que: “El equipo de salud interviniente deberá informar en forma fehaciente a la persona en estado de gravidez y a su grupo familiar, en forma comprensible y suficiente acerca de posibles intervenciones que pudieran llevarse a cabo durante los procesos de embarazo, parto, trabajo de parto y puerperio, especificando sus efectos, riesgos, cuidados y tratamientos.

Cada persona tiene derecho a elegir de manera informada y con libertad, el lugar y la forma en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulación, posición, analgesia, acompañamiento) y la vía de nacimiento.

El equipo de salud y la institución asistente deberán respetar tal decisión, en tanto no comprometa la salud del binomio madre-hijo/a. Dicha decisión deberá constar en la institución en forma fehaciente. En caso de duda se resolverá en favor de la persona asistida.

b) Toda persona, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, parto y posparto o puerperio tiene derecho a ser tratada con respeto, amabilidad, dignidad y a no ser discriminada por su cultura, etnia, religión, nivel socioeconómico, preferencias y/o elecciones de cualquier otra índole, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 26.485 de Protección Integral Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

c) Sin reglamentar.-

d) Ante un parto vaginal, el profesional interviniente deberá evitar aquellas prácticas que impidan la libertad de movimiento o el derecho a recibir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto cuando las circunstancias lo permitan, evitando, por su parte, prácticas invasivas innecesarias durante el proceso.

e) El equipo interviniente deberá informar en forma comprensible y suficiente, tanto a la mujer como a su núcleo familiar y/o acompañante, sobre el avance del embarazo, el estado de salud del/a hijo/a por nacer y de las demás circunstancias relativas al embarazo, el trabajo de parto, el parto, posparto y/o el puerperio.

f) Se entenderá por "Comité de Bioética" a todo comité creado y/o encargado de estas funciones según jurisdicción y normativa vigente.

g) Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto tiene derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto.

No se podrá exigir requisitos de género, parentesco, edad o de ningún otro tipo, al/la acompañante elegido/a por la mujer embarazada, salvo la acreditación de identidad. A falta de otra prueba, se admitirá la presentación de una declaración jurada, la que a ese único efecto constituirá prueba suficiente, por el plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas, debiendo acompañarse transcurrido dicho plazo, la documentación acreditante.

En ningún caso se podrá cobrar arancel alguno por la simple permanencia del/la acompañante en la misma habitación, antes, durante y/o después que la mujer o persona gestante hubiese dado a luz.

No podrá reemplazarse sin su consentimiento la persona elegida por la mujer/persona gestante.

Si así lo deseara, la mujer puede solicitar ser acompañada por acompañantes sustitutos/as.

Deberá ser respetado el derecho de la mujer que no desee ser acompañada.

Todo lo referido en el presente inciso deberá ser considerado cualquiera sea la vía de parto.

h) Con el objeto de favorecer el vínculo precoz, el equipo de salud deberá fomentar desde el momento mismo del nacimiento e independientemente de la vía del parto, el contacto del/la recién nacido/a con su madre y familiares directos y/o acompañantes que ésta disponga, con la acreditación de identidad como único requisito.

i) La institución y/o entidad deberá brindar a la mujer las condiciones necesarias y adecuadas para que pueda amamantar, desde la sala de partos y durante toda su internación.

Los cursos de preparación integral para la maternidad incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO), deberán proveer la información y los materiales que favorezcan el desarrollo de la lactancia.

Aquellas personas que por su condición médica tengan contraindicado amamantar deberán ser informadas oportunamente sobre dicha situación y facilitársele el tratamiento para la inhibición de la lactancia.

j) El equipo de salud y la institución asistencial deberán proveer a la mujer y a su acompañante información respecto del proceso fisiológico y vital que comprenden el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el posparto y/o el puerperio, así como del rol del equipo de salud. Asimismo, se deberá asesorar e informar en forma comprensible y suficiente acerca de la salud sexual y reproductiva, la lactancia y la crianza, incluyendo en dicha información las

características y efectividad de cada uno de los métodos anticonceptivos, así como su provisión en los términos de lo estipulado por la Ley N° 25.673, sus normas concordantes y complementarias. También, deberán incluir información acerca de los procedimientos asistenciales durante el trabajo de parto y hacia el/la recién nacido/a, inclusive los reglados por la presente norma.

k) Las instituciones sanitarias deberán instrumentar un modelo interdisciplinario de atención para el abordaje del consumo problemático de sustancias, vinculado a los efectos adversos del tabaco, el alcohol y/o las drogas sobre el/la niño/a y la madre.”

Por su parte, en el año 2009, fue aprobada la ley 26.485 “Ley de protección integral a las mujeres”, en donde señala a la V.O. como una modalidad de violencia contra las mujeres, y la define como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.”

Sin embargo, el país no avanzó en una tipificación penal de esta violencia, y en consecuencia son pocas las herramientas con las que cuentan las mujeres víctimas para denunciar estos hechos, perseguir la sanción del profesional de la salud, y solicitar el resarcimiento de los daños.

Asimismo, estas disposiciones son complementadas por la ley 26.529 de Derechos del Paciente, que en su artículo 2 enumera entre otros a: “(...) e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. (...); f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información. (...)”

La ley establece la obligatoriedad de llevar archivo de la Historia Clínica del paciente y de suministrarle una copia autenticada a su solo requerimiento, además de otorgar acceso a este documento a los profesionales de la salud y a ciertos administrativos por razones de operatividad institucional.

Requiere, también, en su artículo 6, que toda actuación profesional en el ámbito médico sanitario se efectúe siempre con el consentimiento previo, libre e informado del paciente.

Son admitidas, sin embargo, excepciones al requerimiento del consentimiento informado, que deberán ser acreditadas según lo establecido por la reglamentación de la ley. Así, el Decreto 1089/12 reglamenta que: “El grave peligro para la Salud Pública al que se refiere el inciso a) del artículo 9° de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742, deberá estar declarado por la Autoridad Sanitaria correspondiente. Ante tal situación, la negativa a un tratamiento o diagnóstico puede dar lugar a la pérdida de beneficios o derechos o a la imposición de algunos tratamientos o diagnósticos coactivamente, conforme a las legislaciones vigentes.

Asimismo, deberá ser justificada en la razonabilidad médica por el profesional interviniente y refrendada por el jefe y/o subjefe del equipo médico, la situación de emergencia con grave peligro para la salud o vida del paciente, que refiere el inciso b) del artículo 9°, cuando no puedan dar su consentimiento el paciente, sus representantes legales o las personas autorizadas por la ley y esta reglamentación. En este supuesto, ante la imposibilidad del paciente para poder otorgar su consentimiento informado, será brindado por las mismas personas y bajo el mismo orden y modalidades que las mencionadas en el segundo párrafo de los artículos 4° y 6° de la ley conforme se reglamenta, en la primera oportunidad posible luego de superada la urgencia. (...)”

De los Talleres y Encuestas

Se realizaron 8 (ocho) encuentros participaron 218 personas, de las cuales 185 respondieron las encuestas, estos talleres tenían como objetivo formar personas que se constituyan como multiplicadoras en sus territorios sobre los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes, conocer las leyes vigentes en la materia y los recursos existentes para denunciar situaciones de violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el sistema de salud. Para ello contamos con la participación como formadoras de especialistas, medicas, trabajadoras sociales, Doulas(3), abogadas, activistas de paternidades trans y psicólogas.

_3 - una Doula es una mujer que acompaña y brinda información en el proceso de la maternidad.

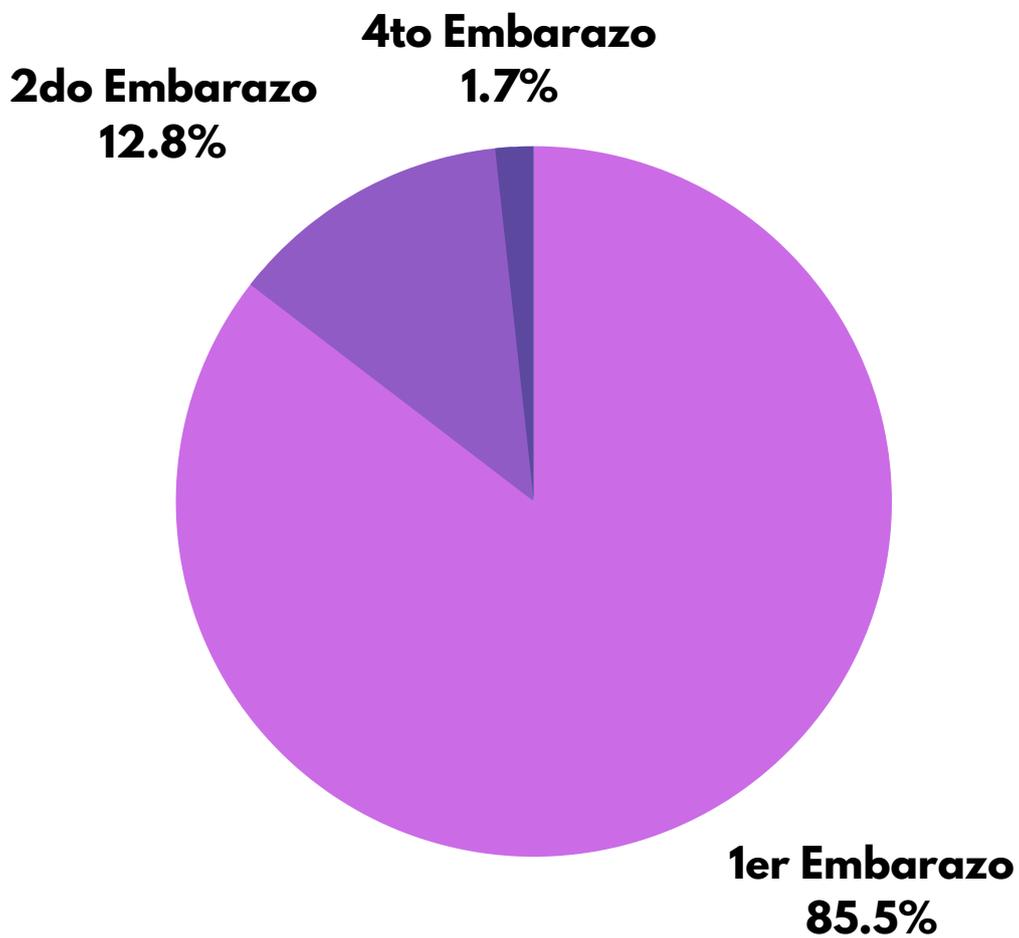


Los talleres se realizaron bajo la modalidad virtual y presencial, que tuvieron como destinatarias a mujeres y disidencias de distintos barrios de la ciudad de Corrientes Capital, de las localidades de Bella Vista, Curuzú Cuatiá, Goya, Santo Tomé, Monte Caseros. Finalizado los talleres, las personas participantes respondieron una encuesta cuya finalidad fue recuperar relatos, experiencias de V.O. vivenciadas por las protagonistas.

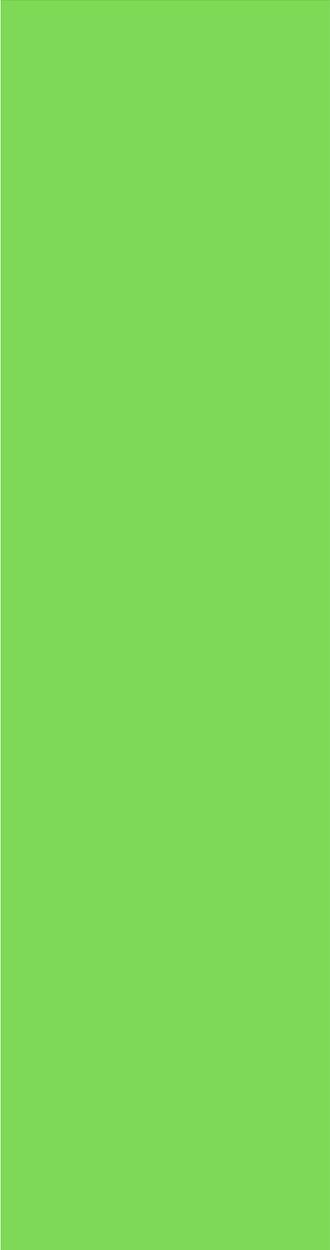
Las mujeres y personas gestantes al momento de la encuesta tenían entre 20 y 45 años de edad, en relación a la edad al momento de la experiencia de VO compartida, referían a un promedio de 16 a 25 años y el 84% ocurrió durante su 1º embarazo, un 12% en el segundo y 1.7% del 3º embarazo en adelante.

Recordamos que la Ley 25.929 de Parto Humanizado fue sancionada en el año 2004, hace 17 años, significa que gran parte de las encuestadas vivenció la V.O. con esta ley en vigencia

Momento en el que las mujeres y personas gestantes refieren haber sufrido V.O.



Paternidades Trans y cuerpos gestantes



Como mencionamos anteriormente, el objetivo desde nuestra organización fue comenzar a hablar, mirar y escuchar las violencias ocultas, naturalizadas, hacer visible lo oculto, audible lo silenciado. Hablar de paternidades trans, de cuerpos gestantes no binarios es sin dudas es comenzar a poner en tensión, a romper esta invisibilización. A través los talleres dictados por activistas de la Red de Paternidades Trans de la Argentina , Attta filial Corrientes y la Fundación Corrientes Diversa se pudo visibilizar en principio las paternidades ejercidas por varones trans o identidades no binarias, el temor de gestar una vez realizada su transición, muchos prefirieron gestar antes de su transición por temor al ser rechazados o discriminados en los centros de salud,



otras de las dificultades que manifestaron fue la dificultad para acceder a las técnicas de fertilización humana asistida, como el método ROPA por sus siglas Recepción de Óvulos de la Pareja(4); al desconocimiento e incumplimiento de la ley de identidad de género en las obras sociales y el sistema de salud en general no solo al momento de un embarazo. En estos talleres pudimos contar con los testimonios de cuatro (4) varones trans, uno de ellos padre de dos hijas, otro que se encuentra en proceso de tramitación del acceso a las técnicas de fertilización asistida y dos personas que se encuentran en tratamiento de hormonización reciente y que manifiestan el deseo de gestar y paternar en un futuro no muy lejano, aunque comparten el temor que les significa esta determinación frente a una sociedad que aún no respeta siquiera sus nombres.

“si me llego a quedar embarazado, no voy a salir a la calle durante los nueve meses”

4- Método ROPA permite a una pareja formada por dos personas con útero, optar por la co-maternidad-co paternidad; una de ella realiza la estimulación ovárica y aporta los óvulos que se fecundan con semen de banco o de un donante conocido, luego los embriones se transfieren al útero de la otra persona que llevará el embarazo a término. disp: <https://www.fertilidadargentina.com/metodo-ropa>
texto



Esta afirmación nos expresa un profundo temor a la violencia y la discriminación que sin dudarlo demasiado asegura recibirá en el caso que decida gestar como masculinidad trans. Además del espacio de intercambio surgieron palabras de apoyo y contención no solo de sus pares activistas que ya se encuentran abriendo camino en el reconocimiento de sus derechos sino también del grupo presente en el taller desde donde toma forma esta red de acompañamiento para la autodefensa colectiva.

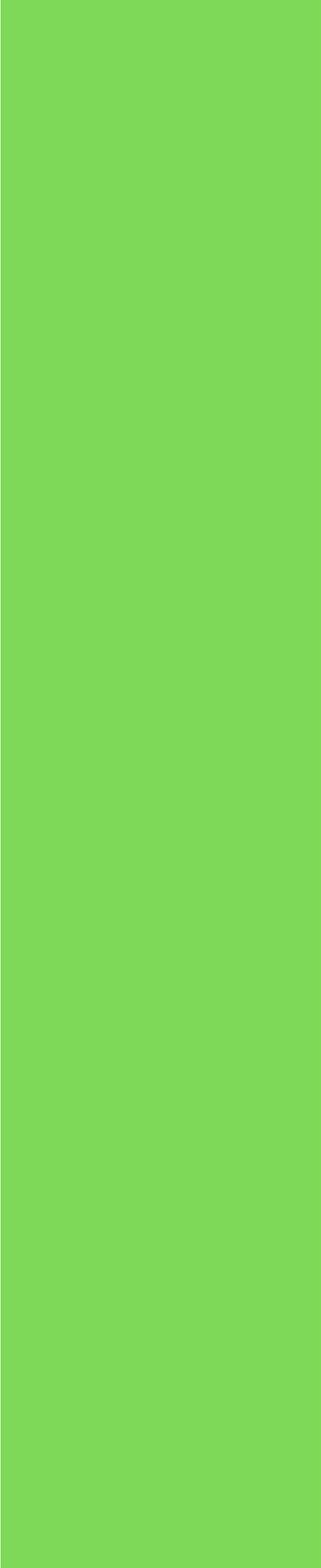
La Ley 25.929

Refiere en su Artículo 2º - Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

De la encuesta surgió que el 51,2% no fue informada adecuadamente, refieren haber recibido poca o nula información respecto a las intervenciones o procesos durante el embarazo, ante la pregunta referida a si recibieron información clara después del parto el 42,4% recibió poca información, un 24,6% ninguna, un 33% refiere haber recibido bastante o mucha información luego del parto.

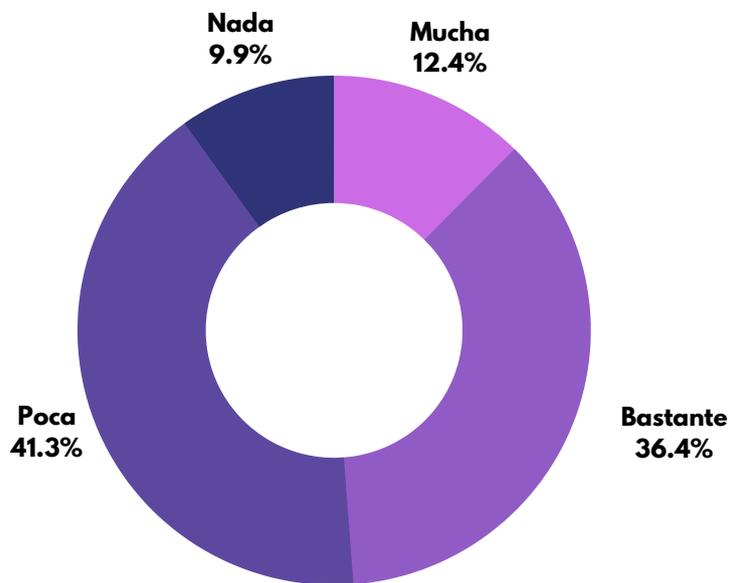
Sobre el derecho a recibir información clara a fin de tener la posibilidad de optar libremente o simplemente acceder a información clara respecto al momento en el que ella y su bebe son protagonistas el 51,2% no recibió información durante el



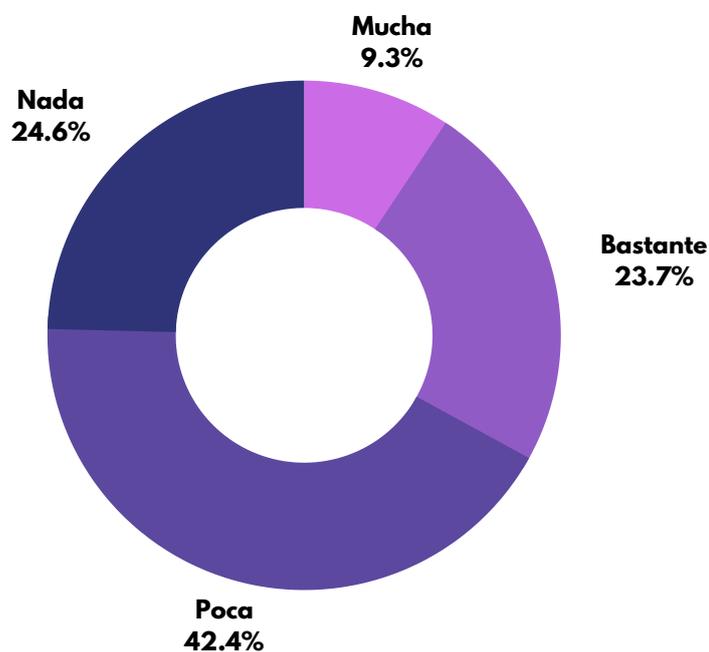
proceso de embarazo y el 75,8% luego del parto.

En relación al acceso a la información, el consentimiento informado, que deben suministrarse a las mujeres y personas gestantes durante el embarazo, parto y pos parto el informe de la relatora de la ONU recuerda que este debe ser abordado “...como un derecho humano y como salvaguardia contra ese tipo de violencia. A menudo se niega a las mujeres su derecho a tomar decisiones informadas sobre la atención de la salud que reciben durante el parto y otros servicios de salud reproductiva; esta falta de consentimiento informado constituye una violación de los derechos humanos que puede ser imputada a los Estados y a sus sistemas nacionales de salud (Šimonović, 2019, p. 6).

Información clara recibida durante el embarazo



Información clara recibida después del parto



Violencia Obstétrica y Discapacidad



En el caso de las personas con discapacidad este acceso a la información se ve doblemente vulnerado pues los Estados invierten muy poco o nada en los ajustes razonables para atender adecuadamente a las PCD en los procesos de embarazo, parto, pos parto y aborto.

“Me llamaron de una CAPS, porque saben que se lengua de señas por mis padres sordos, para que interprete a la doctora que le tenía que informar a una chica sorda que su bebe no tenía latidos, que debían hacerle un aborto, ahí me di cuenta que durante los controles anteriores no se habían preocupado para nada en que ella entienda que le estaba pasando, para mí fue muy doloroso jamás me había pasado algo así”.

Las barreras con las que se encuentran las mujeres y personas gestantes con discapacidad y sus familiares son invisibilizadas, situaciones no previstas en los protocolos de atención, estas desigualdades requieren un abordaje urgente sin excusas.



“Dentro de una perspectiva de interseccionalidad política, las estrategias dirigidas para actuar frente a los efectos de las desigualdades no han contemplado las necesidades específicas de las mujeres con discapacidad...” (González, 2010, p. 2).

La violencia obstétrica es un tipo de violencia institucional y existen varias maneras de ejercerla, no contar con mecanismos de accesibilidad para la PCD en es una de ellas, donde no se toman en cuenta las complejidades que intervienen en el acceso a la salud de las mismas y donde muchas veces se las trata como pacientes sin capacidad de decidir de manera generalizada. Otra de las situaciones presentadas en el contexto de COVID-19 fue el uso de tapabocas al momento de parto en mujeres sordas, el cual obstaculiza las posibilidad de comunicación, por ejemplo para expresar su consentimiento o negación ante procedimientos sobre su cuerpo, o donde por ejemplo el personal de salud se dirige al acompañante oyente y no a la protagonista del embarazo



Éstas son algunas de los episodios sobre los cuales esperamos se puedan reflexionar y tener en cuenta para revertirlos y que solo puede ser posible si se incorpora la perspectiva de género desde la interseccionalidad en los procedimientos dentro del sistema de salud. La calidad de la información suministrada por el personal de salud es fundamental para garantizar las mejores condiciones de atención y la eliminación de las barreras en la comunicación para las mujeres y personas gestantes en este proceso donde deben ser las/les protagonistas sin ningún tipo de discriminación y violencias.

Desde FUNDHEG diseñamos este proyecto teniendo en cuenta estas barreras en la comunicación que vemos a menudo en el sistema público y privado para las PCD, por ello en articulación con la Fundación La Colmena y la Fundación LS Incluir adaptamos el material con el que trabajamos a Lectura Fácil⁽⁵⁾ destinadas a personas con dificultad de comprensión lectora, que refiere no solamente a PCD sino también es de utilidad para transmitir conceptos técnicos complejos de manera más comprensible e incorporamos lengua de señas e interprete para las encuestas y taller con mujeres sordas.

⁵ Lectura fácil es una técnica de redacción, adaptación y publicación de textos. Promueve el acceso a la información y la comprensión de textos escritos, material disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/justicia/lecturafacil>

<https://www.argentina.gob.ar/justicia/lecturafacil/violencia-contra-las-mujeres>

<https://www.argentina.gob.ar/justicia/lecturafacil/derechos-del-paciente>



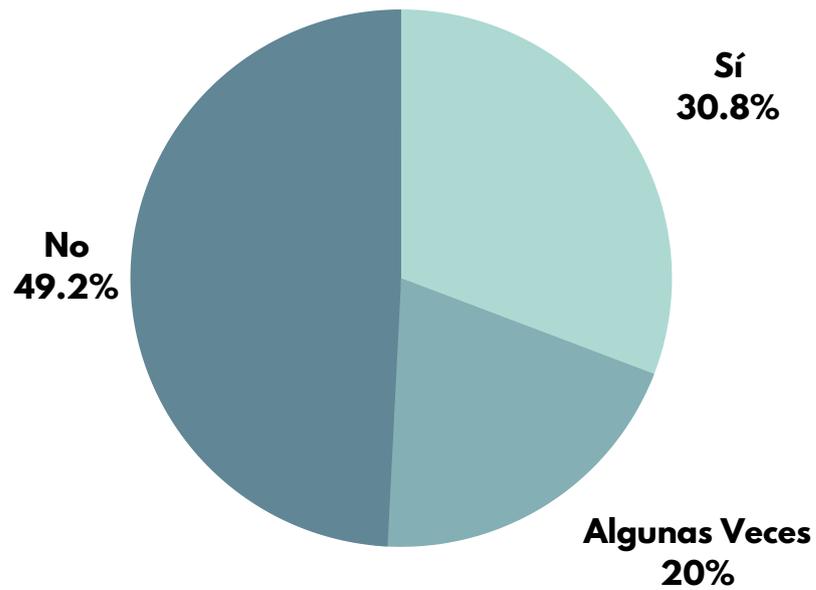
Al trato respetuoso, y de modo individual y personalizado, que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

La mayoría de las/les participantes han descrito tratos humillantes, insultos, gritos, comentarios sexistas, reproches y burlas durante la atención en los centros de salud, públicos o privados, por parte del personal de salud ya sea por administrativos, enfermeros/as y personal médico.

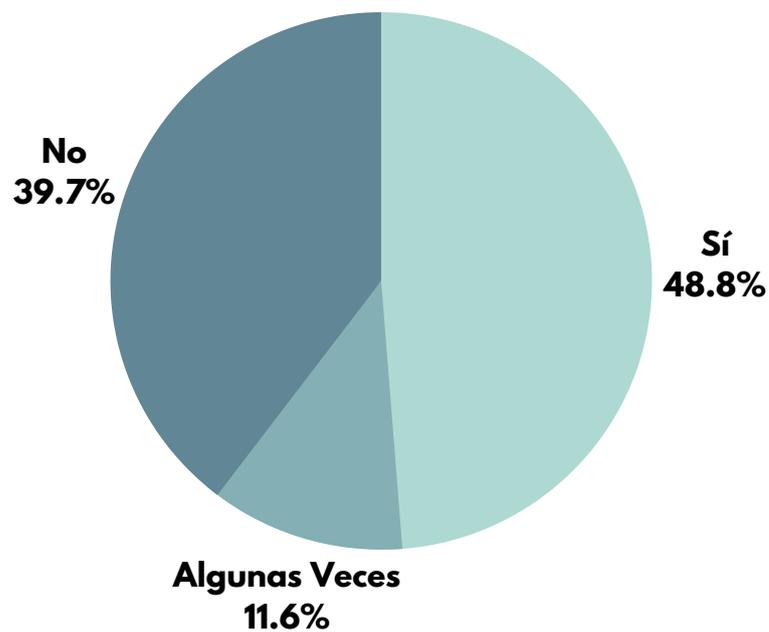
Un 50,8 % dice haber recibido críticas (reproches, comentarios sexistas, comentarios sobre su cuerpo, etc.); un 60,4% haber sido llamada por sobrenombres como mamita, gordita, nena, guanita, etc.; un 40,3% dice haber recibido comentarios y reproches vinculados a expresiones vinculadas a que la vida de su bebe corría peligro si no hacía lo que se le ordenaba, sin demasiadas explicaciones.

Durante el proceso de embarazo, parto, pos-parto, pos-aborto

Fueron criticadas

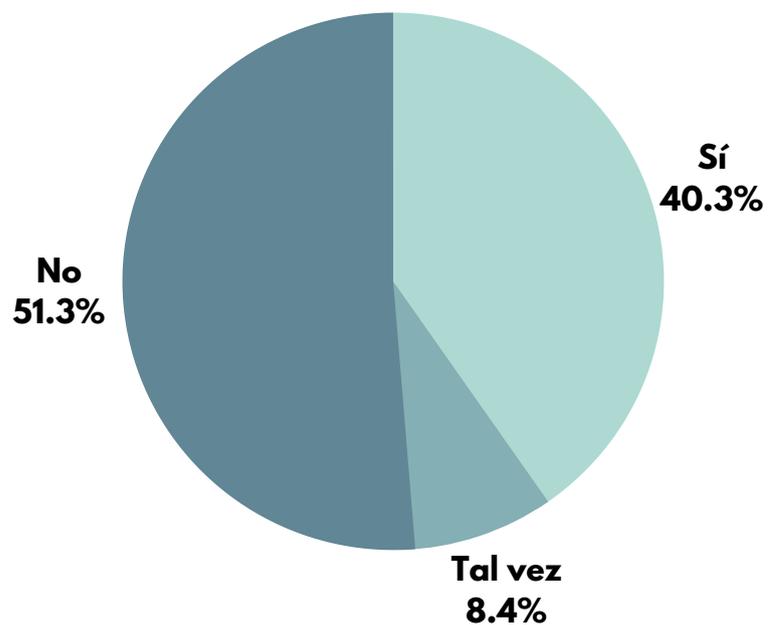


Llamadas por el sobrenombre



Durante el proceso de embarazo, parto, pos-parto, pos-aborto

¿Te hicieron sentir que corría peligro vos o tu hija/o ?



Algunos de los testimonios recuperados expresan:



“Deja de gritar aguántate”, “Dale porque o si no se muere tu bebé”, “Cuando me pusieron la anestesia dijeron: por eso odio anestesiar a las gordas”, “Serví para algo, inútil”, “Durante la cesárea hablaban que esta cesárea tenía que -salir bien-” (Las anteriores tuvieron dificultades) ¿Qué tenes el útero? ¿Te hiciste controles? ¡¡¡Vas a perder el útero!!! ¡Vamos a tratar de salvarte! ¿Y ahora qué hacemos? ¡Ustedes vienen sin controles (tenía todos los controles) y nosotros tenemos que arreglar todo!”, “ Que me aguante un poquito”, “No pares, seguí porque tu bebé se va a ahogar”, “Me grito que me quede quieta, que no me mueva tanto”, “Abrí bien como te abriste esa noche” “Yo gritaba y se reían” “Ésta guanita es retobada, me decía porque yo pedía que entre mi mamá y la enfermera me decía que tenía que entrar mi novio que era el padre”, “Te callás la boca sino acá nadie va a pasar a verte”, “Que no me vuelva a quedar embarazada si no quería pasar por todo eso de nuevo”.

Vale aclarar que varios de estos comentarios, insultos se repiten en varias experiencias, se puede decir que son recurrentes o habituales.

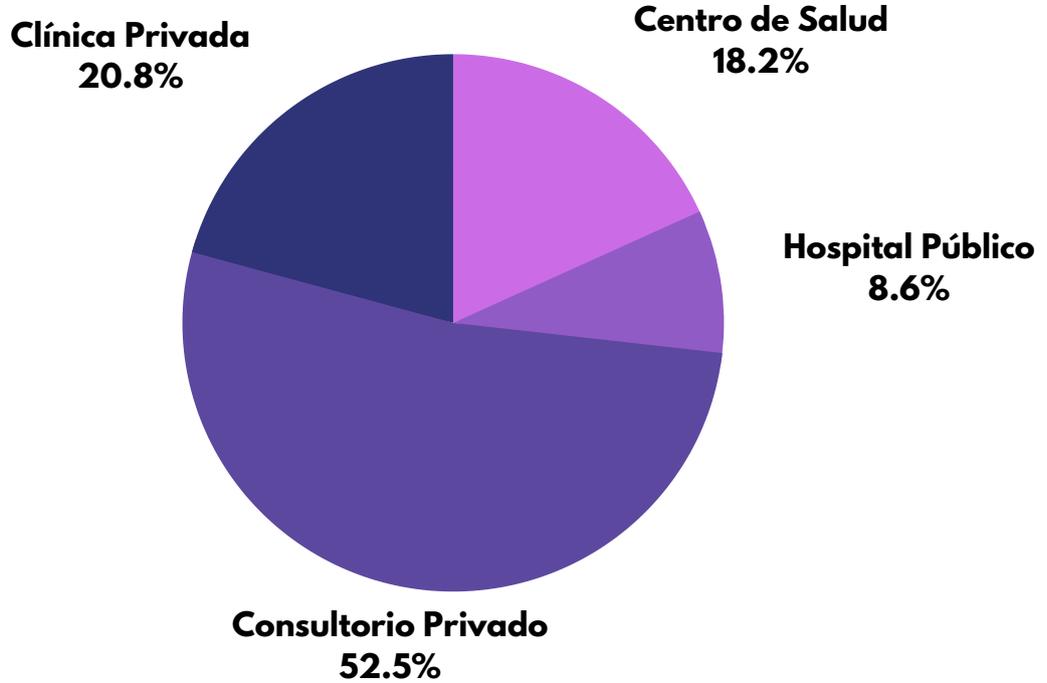


A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

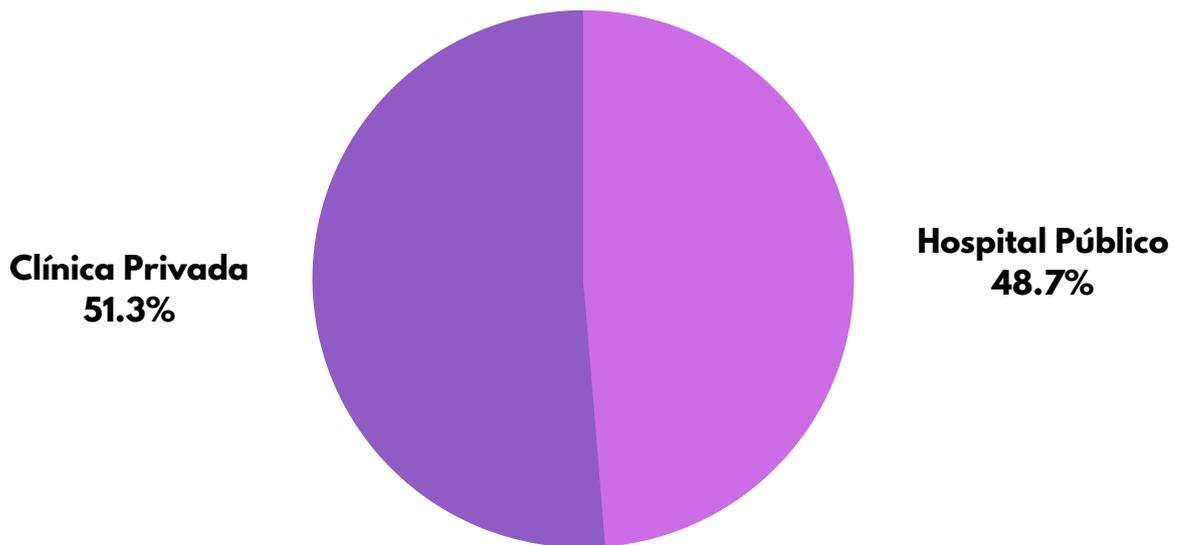
A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado, que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

En cuanto a los lugares que realizaron sus controles de embarazo, un 46,6% recurrió al sector público, centro de salud u hospital materno; mientras que un 53,4% de las entrevistadas lo realizó en consultorios particulares o clínicas privadas.

Lugares donde realizaron los controles



Lugares donde realizó el parto

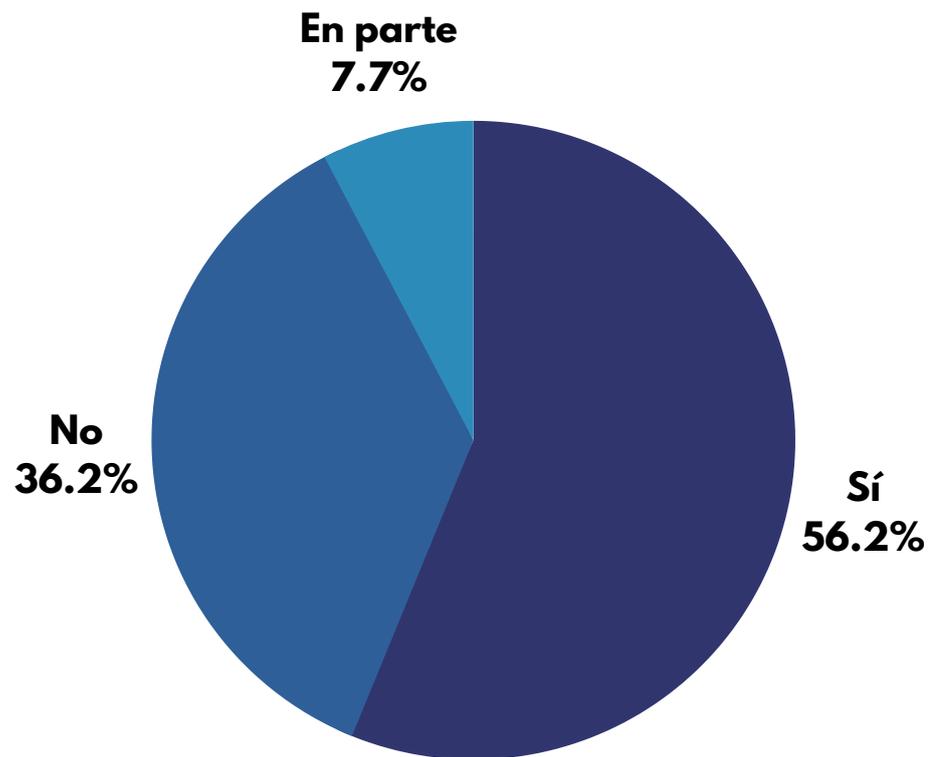




En lo referente al lugar de parto, el 51,3% tuvo lugar en clínicas privadas y un 48,7% en hospitales públicos. En relación a ello algunas expresaron que a pesar de no contar con obra social realizan esfuerzos para solventar gastos del parto en las clínicas con la idea de que ser atendidas allí garantizara un buen trato, mejor atención y menor riesgo.

De los partos en clínicas privadas, el 76% fue por cesárea y el resto parto natural, al momento de preguntarles los motivos por los cuales se realizaron estas intervenciones expresaron un 49,5 no haber recibido poca o ninguna explicación, el 50,6% expreso que sí había recibido información y que ella se vinculaba a que esta intervención es más ventajosa que el parto natural, menos riesgosa y más rápida entre las más nombradas. Mientras que en los Hospitales Públicos del total de partos registrados en esta encuestas el 28% fueron por cesárea y el resto parto natural.

Ante realización de cesárea ¿Te explicaron por que motivo?





“No me han dado mucha información, eso para mí fue muy significativo teniendo en cuenta que era mi primer experiencia y eso causo algo de miedo también, por la incertidumbre de cómo sería todo, durante el trabajo de parto sobre todo. Posteriormente me angustiaba esa falta de información, ya que podía evitar situaciones tensas y un poco traumáticas que atravesé en ese momento.”

“Lo que me hizo sentir con miedo fue que me dijeron que mi bebe estaba en peligro de muerte, por eso me hicieron cesárea”

“Más que nada las cosas que no me dijeron, la poca información y sobretodo la imposibilidad de elección sobre los procedimientos”

Para la OMS, Argentina supera el porcentaje de cesáreas innecesarias, al 15% recomendado a nivel mundial por dicha organización, estos datos visualizan que aún estamos lejos de cumplir con las recomendaciones y estándares relativos al parto respetado.



En abril de 2015, la OMS publicó una nueva declaración resumir los resultados de revisiones sistemáticas y análisis de los datos disponibles sobre partos por cesárea. En a la luz de las pruebas, el panel de expertos convocado por La OMS concluyó en el comunicado que, en población nivel, las tasas de cesárea superiores al 10% fueron no asociado con reducciones en las tasas de maternidad y mortalidad neonatal.

Según los últimos datos de 150 países, actualmente el 18,6% de todos los nacimientos ocurren por cesárea, variando del 1,4% al 56,4% (11). Latinoamérica y el Caribe actualmente tienen las tasas más altas de cesáreas (40,5%), seguida de América del Norte (32,3%), Oceanía (31,1%), Europa (25%), Asia (19,2%) y África (7,3%).

El año 2018 la OMS público una serie de recomendaciones relativas a intervenciones no clínicas dirigidas a las mujeres y su entorno, los profesionales de la salud, las instituciones y los organismos gubernamentales a fin de reducir las cesáreas innecesarias. Para las gestantes se recomiendan intervenciones destinadas a mejorar la gestión del miedo, la ansiedad y el dolor.



Se sugiere el aprendizaje de técnicas de relajación, la participación de grupos de apoyo y el trabajo con los vínculos - especialmente quien acompaña el embarazo-. También se propone optimizar la información sobre la fisiología del nacimiento, el tratamiento médico y no médico del dolor y las prácticas rutinarias de la institución.

En nuestro país la Organización Panamericana de la Salud expresó la preocupación por el número de cesáreas innecesarias, la cual además venía en aumento, “Aunque puede salvar vidas, la cesárea se realiza a veces sin necesidad médica, lo cual puede poner a las mujeres y a sus bebés en riesgo de problemas de salud a corto y a largo plazo”.

Según la Asociación Obstétrica Argentina, en nuestro país, las cesáreas superaban en el 2016 el 30% y en el sector privado alcanzan el 67%.⁴ Y Según un artículo publicado recientemente en el 2019, la gran mayoría de las instituciones médicas privadas, la tasa de cesáreas no justificada supera el 75 % de los nacimientos. En los hospitales públicos los porcentajes son inferiores pero suelen superar el 30-35 % que significa un tercio de los nacimientos.



La organización Parir y Nacer presento, en la defensoría del pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, una investigación audiovisual de la Ciudad de Buenos donde se pudo verificar el aumento de cesáreas y otro tipo de intervenciones innecesarias hasta alcanzar, según la información disponible del subsector público, el 37% de los partos en 2020, un 12% más con respecto a las cifras de hace tres años. Por otra parte, los especialistas integrantes de la mesa observaron un incremento en los nacimientos de lunes a viernes y una disminución durante los fines de semana, especialmente en el subsector privado. Esta situación evidenciaría una mayor programación de los partos y nacimientos. En relación a las prácticas invasivas sin el consentimiento de las protagonistas refieren que: Le rompieron bolsa con los dedos sin explicar el procedimiento y tampoco solicitando su consentimiento al 31% de las encuestadas, el 55,2% recibió “tacto” de forma reiterada, sin mayores explicaciones , el 31,6% recibió la maniobra de Kristeller, maniobra innecesaria y violenta que se ejerce sobre el cuerpo de la mujer y el bebé, la cual consiste en presionar el abdomen, muchas veces donde el

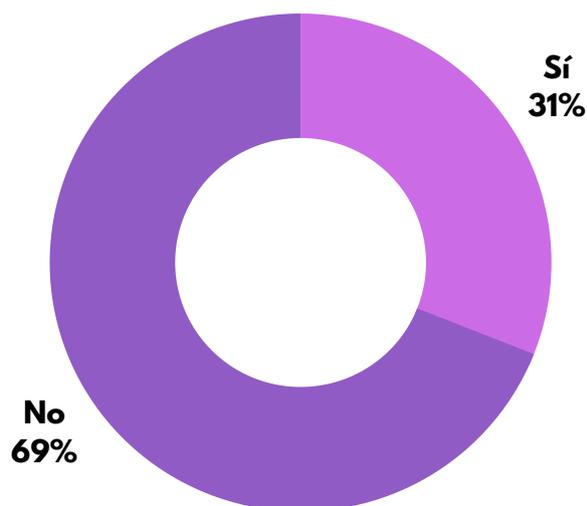


el personal médico o enfermera/o se colocar sobre la paciente presionando el abdomen con el supuesto de favorecer o acelerar el parto.

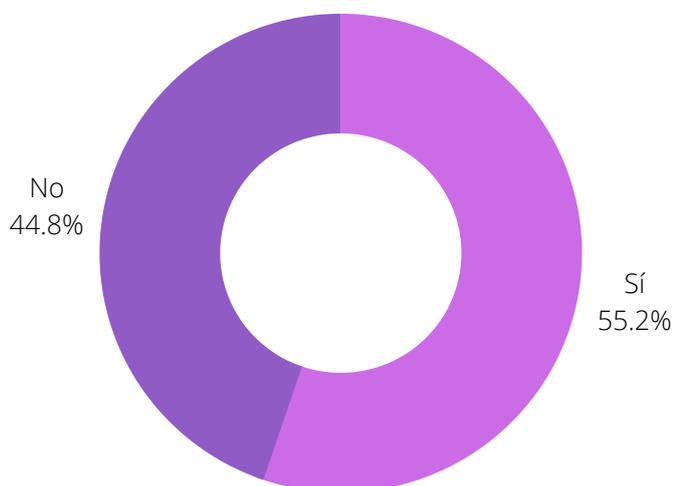
Episiotomía o corte en la vagina: el 42,5% afirma que le realizaron el corte sin más consulta ni explicación durante el trabajo de parto

“te dejé como nueva, me dijo después el doctor, sentí mucha rabia”.

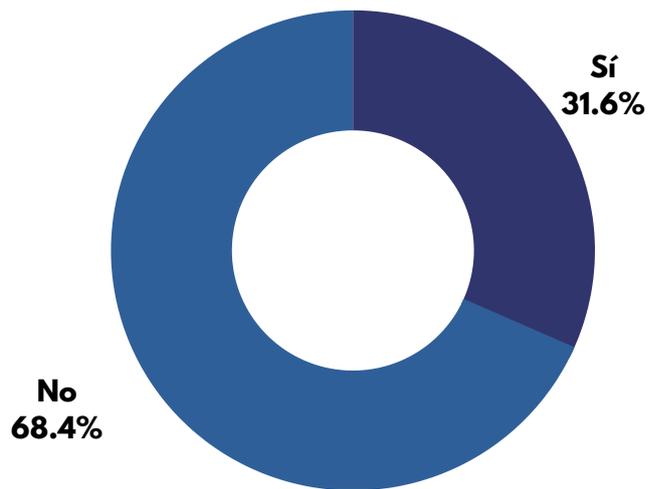
¿Te rompieron la bolsa con los dedos u otro elemento?



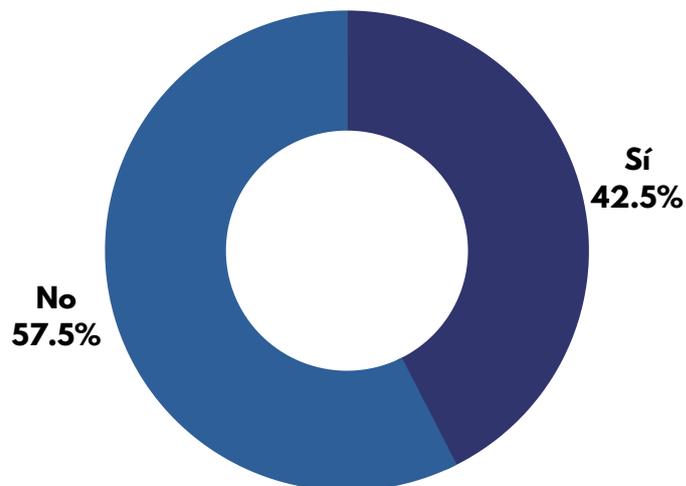
¿Te colocaron la mano en la vagina (tacto) con frecuencia para ver dilatación o la ubicación del bebé?



¿Te presionaron la panza con las manos o el brazo durante las contracciones?



¿Te hicieron algún corte en la vagina durante el parto?





“Me decían que para controlar la dilatación, es lo que recuerdo, igual yo no me sentía bien y estaba muy nerviosa porque fue mi primer embarazo y con parto normal. En ese momento yo tenía poca información sobre cómo debía manejar las contracciones por ejemplo y otras situaciones durante el parto, me sentían incomoda que a cada rato me metan la mano y no me decían nada”.

“Nunca me informaron que me iban a cortar un tajo en la vagina, sólo sentí el corte y después de eso como me cosían y era muy doloroso sin anestesia... En el momento del puje no aguanté el dolor y me dijeron aguántate mamita o tu bebé va a morir ahí adentro. Al nacer mi bebé le llevaron en otra sala sin decirme nada a mí. Me pincharon como tres veces los brazos y nunca supe que me estaban poniendo”.



“Mi primer hijo nació en el hospital. Ingresé con fisura de bolsa, y contracciones pero con poca dilatación. Estuve esperando 24hs hasta que decidieron inducir el parto. Entretanto, todos los practicantes y residentes me tocaban” (refiere al tacto vaginal).

“Durante el tacto que me relaje. Jamás mi doctora me había hecho ese procedimiento, la médica de guardia de la clínica Iberá, donde tuve, fue muy bruta me dolió me asuste. Me subió la presión...Mi beba nunca bajo, decidí cesárea después de 15hs de trabajo de parto porque no daba más. Mi doctora llegó más tarde por x motivo...Ella quería esperar y que dé a luz natural pero yo pedí cesárea nomas. Ya estaba asustada”.

“La bolsa me rompió sin querer en unos de los tactos que me hacían con frecuencia para ver cuánto llevaba de dilatación”.

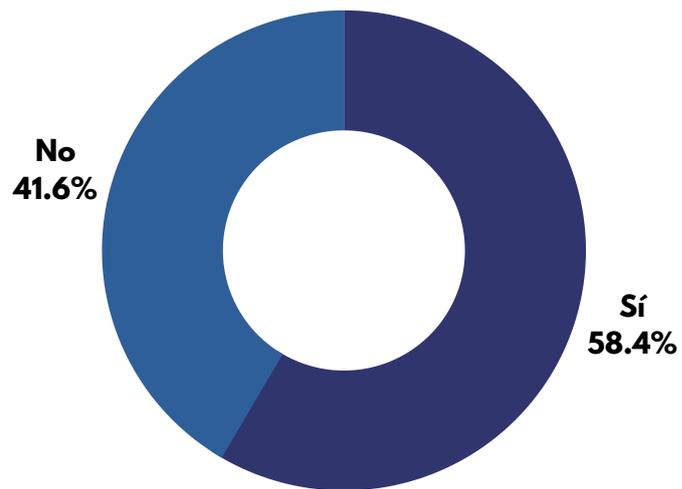
“Me hicieron tacto varias veces porque no dilataba. Me colocaron una pastilla hasta hoy no sé qué pastilla fue”.



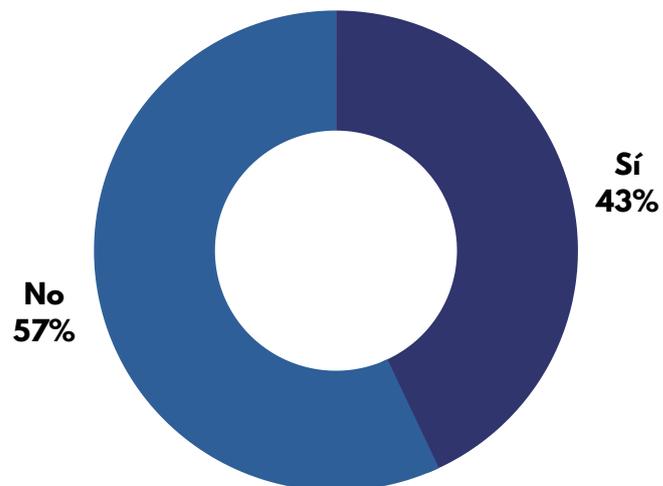
“La presión que me hizo la partera en la panza fue para ayudarle a nacer a mi hija, ella me puso en conocimiento del porque me estaba por apretar la panza fue super cuidadosa, no le sentí para nada agredida”.

“Se llevaron a la bebé. Intentaron sacar la placenta a los tirones y no salía. Empezó a sangrar y me dijeron que tenía todo tajeado mi útero. Que tenía varices. Y que iban a tratar de salvar, me aplicaron más anestesia y me dormí ¡¡Después de eso 12hs estuve en observación sin saber nada!! Ni ver a mi familia”.

¿Te medicaron durante el parto?



¿Te explicaron qué medicación te colocaban ?





En cuanto a la medicalización recibida durante el trabajo de parto y/o parto.

El 51,3% asegura haber recibido medicación durante el parto, de ellas el 57% expresa que no recibió información acerca de qué tipo de medicación le suministraban.

“Me colocaron suero durante el trabajo de parto supuestamente solo suero...allí las contracciones fueron más rápidas y muuuuyyy dolorosas. Yo estoy segura que colocaron medicación para acelerar las contracciones”.

A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

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

“El nacimiento no es una enfermedad” (Documento “Tecnologías de Parto Apropriadadas”, publicado por la OMS en abril de 1985)



“La médica pediatra que iba a recibir al bebé hablaba sin parar de mil temas. Le pedí que se calle”.

“Hablaban de mí y mi bebé sin mirarme, le hablaban a mi marido como si yo estaba presente”.

“Le decían a mi mamá que por el tamaño de mi cuerpo no iba a poder parir natural, no me explicaban a mí”.

“Me dejaron solo con la bata y me la subían, todos los practicantes me vieron desnuda, tenía mucha vergüenza”.

“Al tener mi hijo con discapacidad. La doctora en reiteradas veces me decía que no era apta para tenerla, que la de en adopción”.



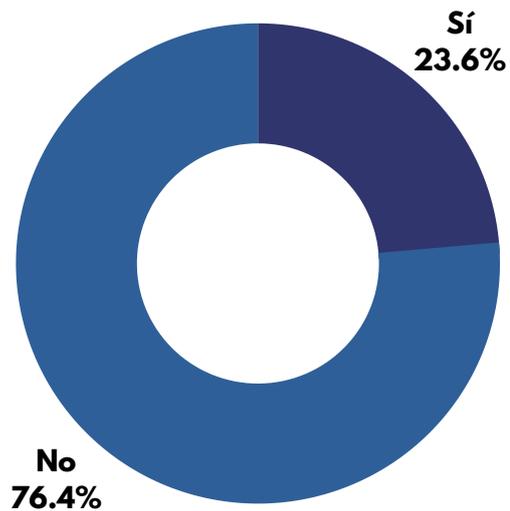
A estar en compañía de una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

En este punto principalmente queremos destacar las situaciones vivenciadas durante la Pandemia, a pesar de las recomendaciones de la OMS y el Ministerio de Salud de la Nación respecto a respetar esencialmente este inciso de la ley de parto respetado, se presentaron especialmente en clínicas privadas la vulneración de este derecho a estar acompañada por una persona a su elección, acción que se excusa con la Pandemia.

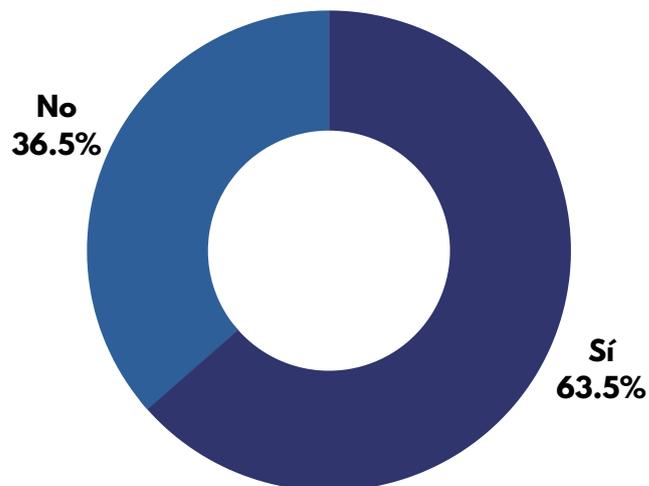
A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

A recibir información, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

¿Realizaron alguna practica sobre tu bebé de la cual no recibiste información?



¿Te dejaron tener contacto con tu bebé inmediatamente después del parto ?





A la pregunta de si realizaron alguna práctica sobre el recién nacido de la cual no recibieron información un 23,6% respondió que al momento de la práctica no recibió información en cambio el 76,4% refirió haber sido informada sobre el procedimiento, en relación a si le permitieron tener contacto con su bebé inmediatamente después del parto el 36,5% respondió que no le permitieron y un 63,5% respondió positivamente.

“Me dijeron que porque era gorda, mi bebé tuvo problemas y llevaron a mi bebé a neonatología sin explicarme que le pasaba”.

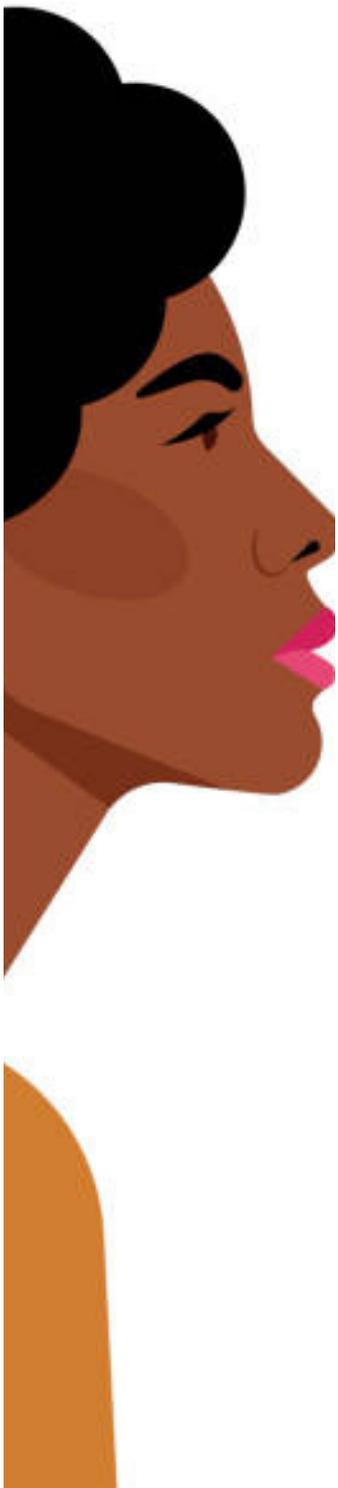
“Quería verla más ni bien nació y se la llevaron”.

“Me mostraron a mí bebé y la llevaron sin dejarme tocarla.”

“Pregunté a dónde llevaban a mi bebé y por qué no lloraba o por qué no me la traía y lo único que me dijeron es “le vamos a avisar a tu mamá que está fuera teniendo yo 20 años” (al momento de la encuesta 26 años).

“No me dieron a mi bebe apenas nació la conocí 1 hora después cuando salí de la sala de parto”.

La violencia obstétrica en situación de aborto.



Desde el año 2020, en nuestro país, contamos con la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, la cual establece:

Artículo 1º-Objeto. La presente ley tiene por objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención posaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.

Generalmente, la Violencia Obstétrica solo la asociamos a las violencia que le personal de salud ejerce durante el proceso de atención en el embarazo y parto quedando invisibilizada muchas veces la violencia en situaciones de aborto, es importante visibilizar que también existe y a pesar de la ley de IVE este tiempo de atención deshumanizante durante el aborto persiste asociada a estereotipos machistas y estigmatización contras las mujeres y personas con capacidad de gestar.



Algunas de las situaciones en la atención en caso de aborto: no informar adecuadamente, recorte de la información, información falsa como por ejemplo asegurar que es de riesgo de vida una aborto que llevar a término el embarazo, maltrato psicológico y verbal, decir que por tener obra social la IVE no puede ser realizada en un hospital público, en los casos de abortos incompletos amenazar con no utilizar medicamentos que alivien el dolor, realizar comentarios degradantes entre el personal para que la paciente escuche.

“Tuve un aborto nadie me explico nada me tenían en la pieza donde estaban los bebés mientras yo sufría de dolores, cuando supieron que tenía obra social me cambiaron a una pieza sola, pero tardaban un montón en hacerme el legrado, mamá les dijo que me dolía mucho entonces me llevaron a la sala donde me pusieron suero con anestesia y me dejaron solita, al rato me pusieron un bebe cerca mío ahí tenía 20 años. Cuando me iba a la sala de cirugía me dijeron que haga caso porque no me iba tener paciencia” (al momento de la encuesta 22años).

Bibliografía

Ceriani Cernadas JM ,La epidemia de cesáreas no justificadas, ¿podremos revertirla? Arch Argent Pediatr 2019;117(2):66-67.)

World Health Organization. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.

<https://www.paho.org/es/noticias/28-10-2015-advienten-sobre-aumento-cesareas-innecesarias-argentina>

Gonzalez Rams, P. (2010) "Las Mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades; un colectivo todavía invisibilizado en los Estados latinoamericanos y en las agencias de cooperación internacional" "Encuentro de Latinoamericanistas Españoles-Sep 2010, España." Universidad de Santiago de Compostela". Disponible en: <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/611>

Informe ONU "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" (2019) Disponible en: https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A_74_137-ES.pdf

Ley Nacional de Parto Humanizado N° 25.929 Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf

Ley Nacional N° 26.485 Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Ley Nacional N° 26.529 Derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de la salud Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm>

OMS. HRP. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Resumen ejecutivo. Suiza. 2015.

SIMONOVIC, D. (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. Informe ONU [en línea]. Recuperado de https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A_74_137-https://www.ellitoral.com.ar/corrientes/2017-4-4-1-0-0-en-las-maternidades-locales-bajo-la-tasa-de-cesarea-y-siguen-instando-al-parto-natural

Ley N° 27.610 Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

<http://aoargentina.org.ar/?p=587> <https://defensoria.org.ar/noticias/informe-sobre-derechos-reproductivos-y-sexuales-durante-la-crisis-sanitaria/>

<https://www.fertilidadargentina.com/metodo-ropa>