



BUENOS AIRES, 15 ABR 2019

VISTO las decisiones A/RES/70/1, A/RES/70/163, A/HRC/33/L.17/Rev.1, A/RES/72/181, de las Naciones Unidas, y la Res. N° 1992/54, reafirmada por la Asamblea General por Res. N° 48/134 de 1993, la Declaración Americana de los Derechos del Hombre (artículos VII y XI); la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículos 3, 8 y 25); el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12.1 y 12.2); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículo 24.1); la Convención Americana de Derechos Humanos (artículo 4.1 y 5, numeral 1, 19 y 26), la Convención de los Derechos del Niño (artículos 6, 23, 24 y 26), la Convención Internacional sobre todo tipo de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW), la Convención Interamericana para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia hacia la Mujer (OEA), las Leyes N° 23179, N° 23592, N° 23.660, N° 23.661, 23.849, N° 24.417, N° 24.632, N° 25.673, N° 26.061, N° 26.130, N° 26.150, N° 26.171, y N° 26.529, entre muchas otras, y, en particular, las Leyes N° 25.929 y N° 26.485.

Y CONSIDERANDO

Que la violencia obstétrica se remonta a tiempos inmemorables, cuando existía una relación verticalista entre el médico y su "paciente", donde el profesional ordenaba y la mujer acataba sumisa; sin embargo, hoy la mujer se ha empoderado, y ya no se admite discusión alguna acerca de sus derechos.

Que así fue que ese binomio médico/embarazada comenzó a transformarse en una relación de autonomía, a partir de la cual la mujer elige libremente cómo transitar su gestación pero para ello necesita conocer sus derechos; y allí radica el *quid* de la cuestión: ser debidamente informada de las



00036 / 19

FOLIO N°

2



infinitas aristas que suponen un parto respetado, para su persona, para el recién nacido y para su grupo familiar y acompañante.

Que dos testimonios elocuentes merecen ser recordados.

Que el primero refiere: *"Jesica tiene 26 años, ha vivido toda su vida en La Boca y al momento de parir, todavía no hace un mes, fue al hospital Argerich, donde la atendieron desde el primer momento de un embarazo ... Apenas la internaron la dejaron sola en un cuarto sin ventana. 'Me dijeron que él no podía entrar porque había otros partos': Jesica se quejó, a voz en cuello, en el intervalo entre contracciones. 'Fue peor, me dijeron que si no me callaba no iba a poder parir, que mi novio no había ido a ningún curso preparto ¡y yo tampoco porque no había vacantes! ¿Y qué?, ¿Me iban a dejar afuera de mi parto?' A ella, no; a él, sí. Ella intentó 'portarse bien', tal como le habían pedido. Se sometió a los tactos reiterados que multiplicaban el dolor a medida que los residentes hacían sus prácticas y se maravillaban de que a pesar de la eclampsia estuviera llevando el trabajo de parto adelante sin mayores complicaciones. Cada vez que se abría la puerta venía alguien a quien no conocía, con alguien más. Cada vez que se abría la puerta, ella preguntaba cuándo iban a dejar entrar a su pareja. Nadie sabía, nadie contestaba, apenas sabían su nombre porque lo leían en la historia clínica. Fueron seis horas en total. Nadie que le tomara la mano, nadie que la tranquilizara, la masajeara, le diera algo de afecto. 'Después, la partera fue rebuena onda, pero esas horas eran interminables, mirando la pared, sin saber nada de mi familia, me trataron como si no existiera, como si yo fuera una concha que podían pasar y mirar y tocar, pero no me contestaban nada de lo que preguntaba, ¡mi cara no existía!' Lo que Jesica sufrió se llama violencia obstétrica. ¿Y cuál es la sanción que reciben estos profesionales o practicantes? En principio, ninguna. ¿Quién podría denunciarlos? Jesica, una chica de 26 años que ahora está amamantando a su hijo Bruno, tarea que en parte curó esas heridas transitorias pero que no alcanzan para que se olvide de tanto maltrato. ¿Dónde*



podría hacerlo? Ella no lo sabe. No está muy claro todavía. De hecho, aun cuando la ley de protección integral contra la violencia hacia las mujeres tenga una serie de artículos específicos sobre violencia obstétrica y ésta se nombre explícitamente, todavía se están elaborando las sanciones para este tipo de violencia física -por los tactos innecesarios, por tomar a una persona sin su consentimiento como objeto de estudio aunque esto le provoque dolor- y simbólica -por la soledad a la que la sometieron en un momento tan delicado-.”

Que el segundo cuenta que: “Sol parió en Quilmes, en una clínica privada, en febrero. Tenía la ilusión de ser ‘la protagonista de mi parto’, de tomarse su tiempo, el tiempo que fuera para que su cuerpo sea el que hable. Paradójicamente, apenas tuvo tiempo para enunciar lo que quería. Separada de su pareja desde el primer momento, la atemorizaron de tal modo que sus ilusiones parecían caprichos frente a la posibilidad de que ‘algo malo’ le pasara a ella o a su bebé. Llegó ansiosa a la internación, como la mayoría de las mujeres. La inmovilizaron, la conectaron al monitor fetal y en medio de una contracción sentenciaron que los latidos de su bebé estaban en zona de riesgo, que probablemente le faltara oxígeno. No le explicaron ninguna otra cosa, ni siquiera le proporcionaron oxígeno extra. A pesar de todo, ella resistió: ‘Siguiendo la indicación de la primera médica (que la atendió), empiezo a respirar tranquila y profundo y pregunto si siguen disminuyendo los latidos, a lo cual me responde que no, que los latidos se normalizaron; pregunto entonces si podemos evitar la cesárea, a lo cual la doctora (de guardia) me responde que no, cesárea. En minutos tenía cuatro personas encima, sacándome la ropa, pinchándome, afeitándome, yo lloraba, preguntaba por mi marido, y le pedía a la médica una y otra vez que quería entrar con mi marido al quirófano. A lo cual (la médica de guardia) me responde que no se puede. En simultáneo siento cómo se burlaban entre ellas de otra parturienta que ya aguardaba en sala de partos, está descontroladísima, comentan y en un momento oigo también cómo se burlaban



de mí y mi requerimiento de que mi marido me acompañe ... A todo esto mi marido regresa de hacer los trámites, nunca lo reúnen conmigo, lo dejan en la sala de espera, desde donde me siente llorar y nadie le explica qué está pasando, finalmente increpa a una de las médicas y le exige que le explique qué ocurre, a lo que le responden que van a realizar una cesárea, que espere ahí, que ya lo iban a llamar (lo cual nunca ocurrió). El trato durante la cesárea fue horrible, fui llorando, muerta de miedo, los médicos se manejaron como si yo no estuviera allí, como si estuvieran manipulando un objeto, charlaban entre ellos y sólo se dirigieron a mí para decirme que deje de llorar ... En un momento, sin decir nada, todo el equipo se había retirado a asistir el otro parto y quedé sola con una enfermera, me pasaron a una camilla, y de allí me llevaron a un pasillo, donde estuve sola cerca de media hora calculo. En un momento pasó la enfermera y ante los gritos de la otra parturienta me comentó 'Viste y vos querías parto natural', luego de un rato largo y cuando volvió a pasar la misma enfermera pregunté por mi hijo a quien todavía no había visto, ¿es una nena? pregunto, no, un varón, no sé, ya lo van a traer'."

Que ambos testimonios se corresponden con la nota publicada por la periodista Marta Dillon, en el diario Página 12, el día 24 de mayo de 2013, titulada "La violencia obstétrica es violencia de género"; quien concluye "Lo que hicieron las personas responsables de atenderla[s] fue violar tres leyes vigentes: la ley 25.929, que protege los derechos de madres, padres y recién nacidos en el proceso de parto y nacimiento; la ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y la ley 26.529 que protege los derechos de los y las pacientes..."

Que luego de esos relatos, corresponde ingresar en el análisis de la Ley N° 25.929 que rige el derecho a un parto respetado.



Que dicha legislación expresamente reconoce derechos a la madre en su artículo 2º, al recién nacido en su artículo 3º, y a ambos progenitores en su artículo 4º, cuando el neonato se encuentre en situación de riesgo.

Que, su artículo 2º, entre los derechos que le reconoce a *toda mujer en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto*, figuran los que se transcriben en los próximos considerandos, al igual que las partes pertinentes que surgen de su reglamentación, conforme el Anexo I del Decreto N° 2035/2015.

Que el citado artículo 2º dispone que la mujer tiene derecho "a) 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.*"; y el referido Decreto reglamentario que "a) *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.*".

Que el mismo artículo 2º establece que la mujer tiene derecho "b) 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.*"; y su reglamentación que "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.”.

Que el artículo 2° señala que toda mujer tiene derecho “c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.”.

Que el artículo 2° establece que toda mujer tiene derecho “d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, 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.”; y su reglamentación que “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.”.

Que el artículo 2° señala que toda mujer tiene derecho a “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.”; y su reglamentación que “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.”.

Que el artículo 2° dispone que toda mujer tiene derecho “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.”; su reglamentación que “f) Se entenderá por “Comité de Bioética” a todo comité creado y/o encargado de estas funciones según jurisdicción y normativa vigente.”.

Que el artículo 2º indica que toda mujer tiene derecho “g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.”; y su reglamentación que “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 hubiese dado a luz. No podrá reemplazarse sin su consentimiento la persona elegida por la mujer. Si así lo desear, 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.”.

Que el artículo 2º menciona que toda mujer tiene derecho “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.”; y su reglamentación que “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.”.

Que el artículo 2º indica que toda mujer tiene derecho “i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.”; y su reglamentación que “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.”.

Que el artículo 2º refiere que toda mujer tiene derecho “j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.”; y su reglamentación que “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.”.

Que, finalmente, el artículo 2º dispone que toda mujer tiene derecho “k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol



y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.”; y su reglamentación que “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.”.

Que con respecto a la persona recién nacida, el artículo 3º de la Ley N° 25.929 dispone que tiene derecho a) *A ser tratada en forma respetuosa y digna.*”; y su reglamentación que “a) *El equipo médico interviniente deberá fomentar el contacto inmediato y sostenido del binomio madre-hijo/a, evitando aquellas prácticas invasivas que fueran innecesarias y pudieran afectar al/la recién nacido/a. En caso de requerirse alguna práctica impostergable, corresponderá minimizarse el dolor y respetar los períodos de sueño del/la niño/a.*”.

Que agrega su artículo 3º, que también el recién nacido tiene derecho “d) *A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.*”; y su reglamentación que “d) *El tiempo mínimo recomendable de internación tanto materna como neonatal para nacimientos institucionales se establece en CUARENTA Y OCHO (48) horas para un parto vaginal y en SETENTA Y DOS (72) horas para un parto por cesárea. En todos los casos el equipo de salud deberá constatar que las condiciones psicofísicas del binomio madre-hijo/a sean las adecuadas para su externación y que se hubieran completado los estudios y eventuales tratamientos correspondientes a enfermedades de transmisión vertical.*”.

Que en lo referente a ambos progenitores la Ley N° 25.929 en su artículo 4º, reconoce derechos cuando se tratare de una persona recién nacida en situación de riesgo.

Que así dispone que tienen derecho “a) *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.”.

Que también tienen derecho “b) *A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.”; y su reglamentación que “b) Los servicios de internación neonatal, aun en sus áreas de terapia intensiva, deberán brindar acceso sin restricciones para la/s madre/s y/o el/los padre/s del/la recién nacido/a, permitiendo el contacto físico. Deberá contemplarse el acceso facilitado para otros familiares directos y/o acompañantes que la madre disponga y la acreditación de identidad como único requisito. 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.”.*

Que asimismo tienen derecho “c) *A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.”.*

Que otro derecho que le reconoce a sus progenitores es “d) *A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.”; y su reglamentación que “d) Los establecimientos de salud deberán adecuar sus instalaciones de manera de contar con Centros de Lactancia Materna conforme a la normativa nacional vigente. El equipo de salud deberá brindar información y apoyo suficiente a la mujer para los casos en que sea necesaria la extracción de su leche para ser administrada al/la recién nacido/a.”.*

Que también se les reconoce el derecho “e) *A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.”.*



Que sin dudas fue importante su dictado, en razón de que *vino a poner blanco sobre negro* sobre pautas que el legislador consideró indispensables para la familia en su conjunto a fin de garantizar el efectivo goce de un parto humanizado.

Que, sin embargo, ese reconocimiento de derechos no vienen más que a reafirmar derechos preexistentes reconocidos por nuestra Constitución; por ejemplo, la igualdad ante la ley (16), la abolición de tormentos (18), la prohibición que los principios, garantías y derechos reconocidos por ella puedan ser alterados por otras leyes que pretendan reglamentar su ejercicio (28), la salud (implícito en el artículo 33) y, fundamentalmente, los instrumentos internacionales que son ley suprema de la Nación (31), y obligatorios para las provincias a conformarse a ella (CN).

Que en los FUNDAMENTOS expuestos al enviar el Poder Ejecutivo Nacional el proyecto de ley (25.929) al Congreso de la Nación se señala que: *"El nacimiento tiene características muy especiales, claramente diferenciadas del resto de los procesos atendidos habitualmente en los servicios de salud. En primer lugar, es un proceso natural en el que además de sus caracteres fisiológicos entran en juego otros factores de no menor importancia como son los psicológicos, afectivos y sociales."*

Que durante su trámite legislativo (Expediente S - 0220/04), el H. Senado de la Nación, en su 1º Reunión, 8ª Sesión, del 12 de mayo de 2004, señaló *"Por eso en este proyecto de ley establecemos como derecho de la mujer el de ser informada de las intervenciones médicas que se le van a practicar, a ser tratada con respeto, a ser considerada, a un parto natural, a ser informada de la evolución de su hija o hijo, a elegir con quien quiere ser acompañada en ese momento, respetando también su idiosincrasia porque puede ser su compañero o cualquier otra persona a su elección."*



Que igualmente se indicó *“Es decir, la asistencia psicológica en el parto trae beneficios indudables para la madre y el niño. Y, por supuesto, creo que es una obligación del Estado y de toda la sociedad contribuir para que ese beneficio se haga efectivo. Por tales motivos y teniendo en cuenta las invocaciones legales así como los aportes científicos hechos en base a la prueba de las evidencias -no es pura teoría sino que se han hecho en base a estudios- creo que hoy estamos por sancionar una norma que es muy positiva y que seguramente va a contribuir la calidad de vida, tanto de la madre como del niño, por supuesto, en beneficio de la sociedad en general.”.*

Que también refirió *“Sólo quiero decir que la igualdad de trato no es una retórica vana. Cuando fui presidenta del Instituto de la Mujer de la provincia de Mendoza, me llegaron más de una vez las quejas de mujeres que, en hospitales públicos y aun privados recibían malos tratos, descalificaciones, violencia simbólica o física porque las contracciones duelen; porque el miedo está presente en ese momento. Así que es bueno poner la igualdad de trato, conjugándose en clave de respeto y dignidad; es muy bueno el derecho a la información cuando este tema sigue siendo tabú y silencio; es muy bueno erradicar el embarazo y al parto del lugar de la enfermedad y ponerlo en el lugar de lo natural y lo cultural, y en el marco de los buenos tratos y de la dignidad; es muy bueno hablar del parto natural y prevenir y sacar al parto de la mercantilización de los partos con cesárea, pero también de las violencias de las prácticas institucionales y de las prácticas invasivas en los cuerpos de las mujeres embarazadas.”.*

Que cabe agregar que el artículo 1º de la Ley N° 25.929 establece que:

“La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación.”; y su artículo 5º que “Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el



ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.”.

Que ello así, a fin que cada jurisdicción sancione para el ámbito de sus exclusivas competencias administrativas, las normas correspondientes que de ninguna manera podrán limitar o restringir los derechos consagrados por la presente ley; máxime teniendo en cuenta que el artículo 75, inciso 23, de nuestra Constitución dispone que le corresponde al Congreso Nacional *“Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad.”.*

Que, a su turno, el artículo 29 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece que: *“Ninguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de: a) permitir a alguno de los Estados Partes, grupo o persona, **suprimir el goce y ejercicio de los derechos y libertades** reconocidos en la Convención o limitarlos en mayor medida que la prevista en ella; b) **limitar el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad** que pueda estar reconocido de acuerdo con las leyes de cualquiera de los Estados Partes o de acuerdo con otra convención en que sea parte uno de dichos Estados; c) **excluir otros derechos y garantías que son inherentes al ser humano** o que se derivan de la forma democrática representativa de gobierno, y d) excluir o limitar el efecto que puedan producir la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y otros actos internacionales de la misma naturaleza.”.*

Que en ese sentido, la Ley N° 26.485 de Protección Integral a las Mujeres, señala en su artículo 1° que: *“Las disposiciones de la presente ley son*



de orden público y de aplicación en todo el territorio de la República, con excepción de las disposiciones de carácter procesal...”.

Que en los considerandos siguientes se hará una breve referencia a la citada Ley, y a su Decreto reglamentario N° 1011/2010.

Que su artículo 2° establece “Objeto. La presente ley tiene por objeto promover y garantizar: a) La eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida; b) El derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia; c) Las condiciones aptas para sensibilizar y prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos; d) El desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres; e) La remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres; f) El acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia; g) La asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en las áreas estatales y privadas que realicen actividades programáticas destinadas a las mujeres y/o en los servicios especializados de violencia.”.

Que con relación al recién citado inciso f), su Decreto reglamentario dispone que: “El acceso a la justicia a que hace referencia la ley que se reglamenta obliga a ofrecer a las mujeres víctimas de violencia todos los recursos necesarios en todas las esferas de actuación del ESTADO NACIONAL, ya sean de orden administrativo o judicial o de otra índole que garanticen el efectivo ejercicio de sus derechos. El acceso a la justicia comprende el servicio de asistencia jurídica gratuita, las garantías del debido proceso, la adopción de medidas positivas para asegurar la exención de los costos del proceso y el acceso efectivo al recurso judicial.”.

Que su artículo 3° indica “Derechos Protegidos. Esta ley garantiza todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para



Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y, en especial, los referidos a: a) Una vida sin violencia y sin discriminaciones; y su Decreto reglamentario aclara con relación a este inciso que: "Se entiende por discriminación contra las mujeres a toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por las mujeres, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otro ámbito, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1º de la Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer."

Que dicha Convención fue ratificada por nuestro país por la Ley N° 23.179; y resulta importante señalar que su artículo 12º establece: "1. Los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar 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."

Que, siguiendo con el artículo 3º y los enunciados de los Derechos Protegidos, la Ley N° 26.485, señala "...b) La salud, la educación y la seguridad personal; c) La integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial; d) Que se respete su dignidad; e) Decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; f) La intimidad,

7.



la libertad de creencias y de pensamiento; g) Recibir información y asesoramiento adecuado; h) Gozar de medidas integrales de asistencia, protección y seguridad; i) Gozar de acceso gratuito a la justicia en casos comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente ley; j) La igualdad real de derechos, oportunidades y de trato entre varones y mujeres; k) Un trato respetuoso de las mujeres que padecen violencia, evitando toda conducta, acto u omisión que produzca revictimización.”.

Que en cuanto a este inciso k), su reglamentación explica que: “Se entiende por revictimización, el sometimiento de la mujer agredida a demoras, derivaciones, consultas inconducentes o innecesarias, como así también a realizar declaraciones reiteradas, responder sobre cuestiones referidas a sus antecedentes o conductas no vinculadas al hecho denunciado y que excedan el ejercicio del derecho de defensa de parte; a tener que acreditar extremos no previstos normativamente, ser objeto de exámenes médicos repetidos, superfluos o excesivos y a toda práctica, proceso, medida, acto u omisión que implique un trato inadecuado, sea en el ámbito policial, judicial, de la salud o cualquier otro.”.

Que su artículo 4º reza “Definición. Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.”.

Que su Decreto reglamentario explica que: “Se entiende por relación desigual de poder, la que se configura por prácticas socioculturales históricas basadas en la idea de la inferioridad de las mujeres o la superioridad de los varones, o en conductas estereotipadas de hombres y mujeres, que limitan total o



parcialmente el reconocimiento o goce de los derechos de éstas, en cualquier ámbito en que desarrollen sus relaciones interpersonales.”.

Que el artículo 5° de la Ley reconoce cinco (5) tipos de violencia: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, y simbólica

Que dicha norma refiere entonces “Tipos. Quedan especialmente comprendidos en la definición del artículo precedente, los siguientes tipos de violencia contra la mujer: 1. Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física. 2. Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonor, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación. 3. Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres...”.

Que la reglamentación del inciso 3°. Sexual dispone que: “A los efectos de la aplicación del presente inciso deberá atenderse a lo dispuesto en el artículo 2° de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conforme la cual la violencia contra las mujeres incluye,



junto con la física y la psicológica, a la violencia sexual y se refiere tanto a las acciones o conductas que tengan lugar dentro de la familia, como a las que se produzcan en lugares de trabajo, instituciones educativas, establecimientos de salud o en otros espacios, tanto del ámbito público como del privado. Se tendrá en cuenta lo dispuesto por las normas relativas a la Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas - Ley N° 26.364.”.

Que, en este sentido, corresponde recordar que la Convención a la que se refiere es la conocida Convención de Belém do Pará, ratificada por nuestro país por la Ley N° 24.632 y sus artículos 1° y 2° expresan textualmente: “Artículo 1. Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer 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. Artículo 2. Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica: a. que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y c. que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra.”.

Que siguiendo con los Tipos de violencia que reconoce el artículo 5° de la Ley, señala: “4. Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:

a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes; b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos



patrimoniales; c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo. 5. Simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.”.

Que, a su turno, el artículo 6º, menciona “Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes: a) Violencia doméstica contra las mujeres: aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia; b) Violencia institucional contra las mujeres: 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. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil; c) Violencia laboral contra las mujeres: aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil,



maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral; d) Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; e) Violencia obstétrica: 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.”.

Que su Decreto reglamentario explica que: “Las definiciones de violencia comprendidas en el artículo que se reglamenta, en ningún caso pueden interpretarse en sentido restrictivo ni taxativo, como excluyentes de hechos considerados como violencia contra las mujeres por otras normas. Para ello deberá interpretarse la norma de forma armónica y sistemática con lo establecido en el artículo 4º, segundo párrafo de la Ley N° 26.485, y con lo dispuesto en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; la Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Recomendación General N° 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer; los demás Tratados Internacionales de Derechos Humanos y las observaciones y recomendaciones que efectúen sus respectivos órganos de aplicación.”.

Que la Recomendación general N° 19 del Comité establece que “En la definición de la discriminación se incluye la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada. Se incluyen actos que infligen daño o sufrimiento de índole



física, mental o sexual, las amenazas de esos actos, la coacción y otras formas de privación de la libertad ... La violencia contra la mujer, que menoscaba o anula el goce de sus derechos humanos y libertades fundamentales en virtud del derecho internacional o de convenios específicos de derechos humanos, constituye discriminación, tal como se entiende en el artículo 1º de la Convención. Estos derechos y libertades comprenden, entre otros: a) el derecho a la vida; b) el derecho a no ser sometido a torturas o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ... e) el derecho a la protección igual de la ley; f) el derecho a la igualdad en la familia; g) el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental ... La Convención se aplica a la violencia perpetrada por las autoridades públicas ... No obstante, cabe subrayar que, de conformidad con la Convención, la discriminación no se limita a los actos cometidos por los gobiernos o en su nombre ... los Estados Partes se comprometen a adoptar todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualesquiera personas, organizaciones o empresas. En virtud del derecho internacional y de pactos específicos de derechos humanos, los Estados también pueden ser responsables de actos privados si no adoptan medidas con la diligencia debida para impedir la violación de los derechos o para investigar y castigar los actos de violencia y proporcionar indemnización...".

Que debe resaltarse que la reglamentación de este artículo 6º es fundamental debido a que en su artículo 4º define, *en general*, lo que se entiende por violencia contra las mujeres, y en su artículo 5º define, *en especial*, algunos de los tipos de esa violencia.

Que, ahora, en su artículo 6º enuncia algunas modalidades en cuanto a las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres, pero no es taxativo, sólo que el legislador al redactar la norma elaboró algunos modos que creyó necesario incluir expresamente, quizás por su habitualidad, importancia y gravedad, sin perjuicio de tantos otros; por esa razón



la reglamentación aclara que su señalamiento no es excluyente de hechos considerados como violencia contra las mujeres por otras normas.

Que en cuanto a la modalidad violencia obstétrica que, como se vio, define el inciso e. del artículo 6° de la Ley N° 26.485, su reglamentación explica que: *“Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonesto, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no. Se considera personal de salud a los efectos de la ley que se reglamenta, a todo aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza. Las mujeres que se atienden en las referidas instituciones tienen el derecho a negarse a la realización de las prácticas propuestas por el personal de salud. Las instituciones del ámbito de la salud pública, privada y de la seguridad social deben exponer gráficamente, en forma visible y en lenguaje claro y accesible para todas las usuarias, los derechos consagrados en la ley que se reglamenta.”.*

Que sobre el asunto corresponde efectuar algunas consideraciones, teniendo en cuenta que cuando se hace referencia a la violencia de género casi siempre se identifica a partir de una relación entre un hombre y una mujer: por ejemplo, en el femicidio; sin embargo, en la violencia obstétrica se señala que por personal de la salud se entiende a todo **aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza.**

Que, en consecuencia, la violencia obstétrica puede ser cometida por un hombre, también por una mujer, y no únicamente por los médicos, sino que



además puede ser ejercida por un auxiliar, un enfermero, y por el personal administrativo o de maestranza; pues, va más allá de una práctica médica, en tanto también se castigan los actos discriminatorios, el maltrato, la humillación, la falta de respeto, la coerción verbal, el insulto, el hostigamiento y la ridiculización, entre muchas otras conductas.

Que el artículo 7º de la Ley N° 26.485 dispone *"Preceptos rectores. Los tres poderes del Estado, sean del ámbito nacional o provincial, adoptarán las medidas necesarias y ratificarán en cada una de sus actuaciones el respeto irrestricto del derecho constitucional a la igualdad entre mujeres y varones. Para el cumplimiento de los fines de la presente ley deberán garantizar los siguientes preceptos rectores: a) La eliminación de la discriminación y las desiguales relaciones de poder sobre las mujeres; b) La adopción de medidas tendientes a sensibilizar a la sociedad, promoviendo valores de igualdad y deslegitimación de la violencia contra las mujeres; c) La asistencia en forma integral y oportuna de las mujeres que padecen cualquier tipo de violencia, asegurándoles el acceso gratuito, rápido, transparente y eficaz en servicios creados a tal fin, así como promover la sanción y reeducación de quienes ejercen violencia; d) La adopción del principio de transversalidad estará presente en todas las medidas así como en la ejecución de las disposiciones normativas, articulando interinstitucionalmente y coordinando recursos presupuestarios; e) El incentivo a la cooperación y participación de la sociedad civil, comprometiendo a entidades privadas y actores públicos no estatales; f) El respeto del derecho a la confidencialidad y a la intimidad, prohibiéndose la reproducción para uso particular o difusión pública de la información relacionada con situaciones de violencia contra la mujer, sin autorización de quien la padece; g) La garantía de la existencia y disponibilidad de recursos económicos que permitan el cumplimiento de los objetivos de la presente ley; h) Todas las acciones conducentes a efectivizar los principios y derechos*

7.



reconocidos por la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.”.

Que, efectuada la reseña, queda claro que la Ley N° 26.485 señala cuál es su objeto en el artículo 2º, cuáles los derechos de los que goza una mujer en el artículo 3º, definiendo qué se entiende por violencia contra las mujeres en su artículo 4º, y señalando algunos tipos de violencia en su artículo 5º, para luego, en su artículo 6º, enunciar, a modo de ejemplo, algunas modalidades de esa violencia.

Que, cabe agregar que su artículo 16 señala *“Derechos y garantías mínimas de procedimientos judiciales y administrativos. Los organismos del Estado deberán garantizar a las mujeres, en cualquier procedimiento judicial o administrativo, además de todos los derechos reconocidos en la Constitución Nacional, los Tratados Internacionales de Derechos Humanos ratificados por la Nación Argentina, la presente ley y las leyes que en consecuencia se dicten, los siguientes derechos y garantías: a) A la gratuidad de las actuaciones judiciales y del patrocinio jurídico preferentemente especializado; b) A obtener una respuesta oportuna y efectiva; c) A ser oída personalmente por el juez y por la autoridad administrativa competente; d) A que su opinión sea tenida en cuenta al momento de arribar a una decisión que la afecte; e) A recibir protección judicial urgente y preventiva cuando se encuentren amenazados o vulnerados cualquiera de los derechos enunciados en el artículo 3º de la presente ley; f) A la protección de su intimidad, garantizando la confidencialidad de las actuaciones; g) A participar en el procedimiento recibiendo información sobre el estado de la causa; h) A recibir un trato humanizado, evitando la revictimización; i) A la amplitud probatoria para acreditar los hechos denunciados, teniendo en cuenta las circunstancias especiales en las que se desarrollan los actos de violencia y quienes son sus naturales testigos; j) A oponerse a la realización de inspecciones sobre su cuerpo por fuera del estricto marco de la orden judicial. En caso de consentirlas y en los*



peritajes judiciales tiene derecho a ser acompañada por alguien de su confianza y a que sean realizados por personal profesional especializado y formado con perspectiva de género; k) A contar con mecanismos eficientes para denunciar a los funcionarios por el incumplimiento de los plazos establecidos y demás irregularidades.”.

Que, finalmente, y en lo que aquí interesa, los artículos 20 a 40 regulan el procedimiento que habrá de llevarse a cabo, el que será gratuito y sumarísimo (20); ante cualquier juez de cualquier fuero e instancia o ante el Ministerio Público, en forma oral o escrita; con reserva de identidad de la persona denunciante (21); con obligatoriedad de efectuar la denuncia penal para toda persona que se desempeñe laboralmente en servicios asistenciales, sociales, educativos y de salud, en el ámbito público o privado, que con motivo o en ocasión de sus tareas tomaren conocimiento de que una mujer padece violencia siempre que los hechos pudieran constituir un delito (24. e); con facultades del magistrado para imponer medidas preventivas urgentes, por ejemplo, la prohibición de acercamiento del presunto agresor al lugar de residencia, trabajo, estudio, esparcimiento o a los lugares de habitual concurrencia de la mujer que padece violencia (26.a.1.) pudiendo ordenar toda otra medida necesaria para garantizar la seguridad de la mujer que padece violencia, hacer cesar la situación de violencia y evitar la repetición de todo acto de perturbación o intimidación, agresión y maltrato del agresor hacia la mujer (26.a.7.); y convocando, dentro de las cuarenta y ocho horas de recibida la denuncia, a una audiencia entre las partes (28); contando con amplísimas facultades probatorias (30), con la finalidad de dictar resolución con amplia libertad probatoria para acreditar los hechos denunciados (31), para aplicar la sanción pertinente, por ejemplo, entre otras, advertencia o llamado de atención por el acto cometido; o comunicar los hechos de violencia al organismo, institución, sindicato, asociación profesional o lugar de trabajo del agresor, entre otras (32), pudiendo la víctima reclamar civilmente por daños y perjuicios (35).



Que, en síntesis, la violencia obstétrica es descripta en el artículo 6°, inciso e, de la Ley N° 26.485, en función de los derechos que la Ley N° 25.929 le reconoce a la mujer, con fundamento en las leyes nacionales, instrumentos internacionales, disposiciones de Naciones Unidas, de la Organización de los Estados Americanos, y de la Organización Mundial de la Salud.

Que, asimismo, la parturienta y el recién nacido se encuentran protegidos por nuestra Constitución Nacional, y en particular por la Ley N° 23.179 que aprobó la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; la Ley N° 23.592 que castiga los actos discriminatorios; la Ley N° 24.632 que aprobó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes; la Ley N° 26.171 que aprobó el Protocolo Facultativo de la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; la Ley N° 26.529 que reconoce los derechos del paciente en relación con los profesionales de la salud, los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate; la Ley N° 26.743 de Identidad de Género; más la Declaración Americana de los Derechos del Hombre (artículos VII y XI); la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículos 3, 8 y 25); el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12.1 y 12.2); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículo 24.1); la Convención Americana de Derechos Humanos (artículo 4.1 y 5, numeral 1, 19 y 26) y la Convención de los Derechos del Niño (artículos 6, 23, 24 y 26); la Convención Internacional sobre todo tipo de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW), ONU, 1976; la Convención Interamericana para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia hacia la Mujer (OEA, Belém do Pará, 1994); las Conferencias Mundiales sobre la Mujer de Naciones Unidas: México 1975, Copenhague 1980, Nairobi 1985; la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, Naciones Unidas, Viena 1993; la Conferencia Mundial sobre Población



y Desarrollo, Naciones Unidas, El Cairo 1994; las Recomendaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU); las Recomendaciones y disposiciones dictadas por la Organización Mundial de la Salud; y, finalmente, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995), integran el marco normativo que debe tenerse presente para comprender las Leyes N° 25.929 y N° 26.485. Además, no menos importante para su comprensión resultan sus discusiones parlamentarias, respectivamente, 10ª Reunión, 8ª Sesión, del 12 de mayo de 2004, del H. Senado de la Nación y 1ª Reunión de la 1ª Sesión de la Cámara de Diputados del Congreso Nacional, celebrada el 11 de marzo de 2009.

Que en el año 1985 la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto.

Que la Conferencia se realizó en Fortaleza, Brasil, y allí se formularon sendas recomendaciones, tales como que: *“Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención; y que: Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada.”*.

Que, así fue que se formularon *“Recomendaciones generales: los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado; los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto; toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera; la formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto; la formación de los*

7



00036/19

FOLIO N°

28



profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.”.

Que, también se formularon “Recomendaciones específicas: para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal; el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional; el recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible; la observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos; no puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15% de cesáreas; no hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea; no está indicado rasurar el vello pubiano o administrar una enema antes del parto; no se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación; cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo; la inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas; ninguna región debería tener más de un 10% de las inducciones; debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.”.

Que la Organización Mundial de la Salud publicó, en el año 2014, una Declaración en torno a la violencia obstétrica donde se resalta que: “Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos. En particular, las



embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación y a obtener el más alto nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva."

Que no debe olvidarse tampoco que en el año 2018 la propia Organización Mundial de la Salud, elaboró la Directriz *"Recomendaciones de la OMS - Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar."* (Número de referencia OMS: WHO/RHR/18.12).

Que la OMS en su Introducción señala que: *"Esta directriz aborda ... e identifica las prácticas más comunes utilizadas durante el parto a fin de establecer normas de buenas prácticas para llevar adelante un trabajo de parto y un parto sin complicaciones. Promueve el concepto de la experiencia en la atención como un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto y mejores resultados centrados en la mujer, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina. Es relevante para todas las embarazadas sanas y sus bebés, y toma en cuenta que el parto es un proceso fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la mayoría de las mujeres y los bebés."*

Que añade: *"Que, en este punto señala la OMS que "Las consultas técnicas de la OMS resultaron en 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto: 26 son recomendaciones nuevas y 30 son recomendaciones incorporadas a partir de las directrices existentes de la OMS. Las recomendaciones se presentan de acuerdo con el contexto de cuidados durante el parto para el cual son relevantes, es decir, la atención durante todo el trabajo de parto y el parto, durante el período de dilatación, durante el período expulsivo, durante el alumbramiento, la atención inmediata del recién nacido y la atención inmediata de la mujer después del parto."*



Que agrega que: *“Esta directriz actualizada, integral y consolidada sobre los cuidados esenciales durante el parto reúne las recomendaciones nuevas y existentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, al ser parte de un paquete de recomendaciones, garantizará la calidad de la atención basada en la evidencia, independientemente del entorno o del nivel de atención de salud. Las recomendaciones que se presentan en esta directriz no son específicas a ningún país o región, y reconocen las diferencias que existen a nivel mundial en cuanto al nivel de servicios de salud disponibles dentro de cada país y entre ellos. La directriz resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y el parto para las mujeres y sus bebés a través de un enfoque holístico basado en los derechos humanos. Presenta un modelo global de cuidados durante el parto que considera la complejidad y la heterogeneidad de los modelos predominantes de atención y la práctica actual.”.*

Que esa Directriz aborda las siguientes etapas: **Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento; Período de dilatación; Período expulsivo; Alumbramiento; Atención del recién nacido; y Atención de la mujer tras el nacimiento.**

Que corresponde al Defensor del Pueblo de la Nación promover la protección necesaria en pos de garantizar el cumplimiento de toda la normativa nacional e internacional citada, así como también actuar en beneficio de todos los padres, madres y personas recién nacidas que sufren violencia obstétrica, a consecuencia de prácticas generalizadas que constituyen un flagelo para nuestra sociedad, y no son más que conductas prohibidas que deben cesar con la finalidad que el parto humanizado se transforme en una realidad.

7. Que así y en ejercicio de las competencias propias del Defensor del Pueblo de la Nación, conforme las leyes vigentes, la misión impuesta por el artículo 86 de la Constitución Nacional y en virtud del mandato que se le reconoce



conforme los “Principios de París” adoptados por la Comisión de Derechos Humanos de ONU por Res. N° 1992/54 reafirmada por la Asamblea General por Res. N° 48/134 de 1993, nuestra Defensoría, como Institución Nacional de Derechos Humanos (INDH), participa por derecho propio en todo el sistema de promoción y protección de los derechos y libertades fundamentales universalmente reconocidas en la Carta Internacional de Derechos Humanos y demás tratados y convenciones internacionales.

Que la Asamblea General de Naciones Unidas publicó el 21 de octubre de 2015 el documento A/RES/70/1, concretamente la Resolución que aprobó la “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En su punto 20, sostiene que: *“La consecución de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas contribuirá decisivamente al progreso respecto de todos los Objetivos y metas. No es posible realizar todo el potencial humano y alcanzar el desarrollo sostenible si se sigue negando a la mitad de la humanidad el pleno disfrute de sus derechos humanos y sus oportunidades ... Se eliminarán todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres y las niñas, incluso mediante la participación de los hombres y los niños. La incorporación sistemática de una perspectiva de género en la implementación de la Agenda es crucial.”*

Que es importante poner de resalto que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como también la mayoría de las provincias de nuestro país, adhirieron a la iniciativa plasmada en la Agenda 2030, asumiendo el compromiso de diseñar políticas y programas para su adecuación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Que debe ponerse de manifiesto que nuestra Institución creó el 30 de diciembre de 2015 el *Programa de Seguimiento y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Agenda 2030*, a fin de colaborar con las Naciones Unidas y con las autoridades públicas de nuestro país para lograr el cumplimiento de las 169 metas de esa Agenda, por parte del Estado Nacional.



Que la dinámica del *Programa* durante los años 2016, 2017 y 2018 demostró que su creación nos permitió, como INDH, darle un marco estratégico al seguimiento y evaluación de la Agenda 2030.

Que en ese marco, y en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible - Agenda 2030, la Resolución A/RES/70/163 *"Alienta a las instituciones nacionales de promoción y protección de los derechos humanos establecidas por los Estados Miembros a que sigan desempeñando una función activa en prevenir y combatir todas las violaciones de los derechos humanos que se enumeran en la Declaración y el Programa de Acción de Viena y en los instrumentos de derechos humanos internacionales pertinentes..."*; y la Resolución A/HRC/33/33 recomienda a las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos a *"...cooperar de manera regular y constructiva con los órganos estatales pertinentes para promover la incorporación de cuestiones de derechos humanos en las leyes, las políticas y los programas ... a desarrollar, formalizar y mantener la cooperación con las organizaciones de la sociedad civil y fortalecer su capacidad para participar de manera significativa en la promoción y protección de los derechos humanos."*

Que, así entonces, en cumplimiento de esos compromisos internacionales, el Defensor del Pueblo de la Nación participó entre los días 10 a 19 de julio de 2017 del *Foro Político de Alto Nivel de Naciones Unidas*, en Nueva York, en ocasión que la República Argentina, representada por el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, presentara su informe voluntario de avance, en el marco del proceso de revisión y examen sobre la implementación y aplicación de la Agenda 2030, conforme surge de la RES N° A/70/L.60.

Que en esa oportunidad nuestra Institución también presentó su informe de avance del citado *Programa-Agenda 2030*, ante el Sistema de Naciones Unidas y la Misión Permanente de la República Argentina en Naciones



Unidas; y en particular en los que hace a las metas 3.7. y 5.2. formuló, entre otras, las siguientes recomendaciones: “...g. *Actualizar los protocolos obstétricos y neonatológicos en función de las recomendaciones de la OMS y la medicina basada en evidencia, los cuales deberán ser revisados y actualizados periódicamente. Para tal fin deberá crearse un comité interdisciplinario idóneo compuesto por profesionales de la salud, ciencias sociales y disciplinas afines, que incluya también integrantes de la sociedad civil; h. Acondicionar las salas de trabajo de parto y parto en función a la legislación vigente (acompañamiento, libertad de movimiento y desarrollo fisiológico); i. Adecuar las salas de neonatología para el ingreso permanente e irrestricto de las madres y padres tal y como estipula la legislación vigente; j. Efectivo cumplimiento del artículo 6° de la Ley N° 25.929, mediante la imposición de sanciones para el equipo obstétrico y profesional que incurran en violencia obstétrica y neonatal ...”.*

Que, con idéntico compromiso, el 23 de mayo de 2018 el Defensor del Pueblo de la Nación creó el *Programa sobre Parto Respetado para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia Obstétrica*, cuya finalidad es identificar, intercambiar, promover y evaluar las políticas públicas respecto al efectivo cumplimiento de la Ley N° 25.929 y las leyes provinciales de adhesión, y en su caso formular recomendaciones o exhortaciones al Estado Nacional y a los Estados Provinciales.

Que, además, el *Programa* tiene por finalidad verificar el efectivo cumplimiento de esas leyes por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, como así también su cumplimiento por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga.

Que el *Programa* se lleva adelante en el marco de la investigación N° 8314/15, que integra el referido *Programa-Agenda 2030*, y que se iniciara oportunamente en función del **Objetivo 5**, para conocer las políticas públicas



llevadas a cabo y las próximas a realizarse en materia de parto humanizado y violencia obstétrica, a la luz de las disposiciones de las Leyes N° 25.929 y N° 26.485.

Que corresponde a esta Defensoría, reitero, como única Institución Nacional de Derechos Humanos (INDH), y como organismo de contralor, velar por el cumplimiento de esas previsiones legales.

Que apoya todo lo expuesto, el Informe de la Relatoría sobre los Derechos de la Mujer; Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Organización de los Estados Americanos (OEA), COEA/Ser.LV/II. Doc. 68, 20 enero 2007. ACCESO A LA JUSTICIA PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN LAS AMÉRICAS, que en su capítulo acerca del deber de revisión de normas, prácticas y políticas discriminatorias, dispone que: ***“71. El inciso E del artículo 7 de la Convención de Belém do Pará impone a los Estados, como parte del deber de debida diligencia, la obligación de adoptar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra las mujeres. Debido a la relación evidente que existe entre discriminación y violencia, este precepto debe interpretarse en el sentido de imponer a los Estados el deber de revisión de normas, prácticas y políticas públicas discriminatorias o cuyo efecto pueda resultar discriminatorio en perjuicio de las mujeres.”***

Que en la sección II.B del Informe se examinan normas de estas características, cuando se señala ***“88. En este punto la CIDH observa que “el deber de revisar las normas, prácticas y políticas públicas que establecen diferencias de trato basadas en el sexo debe ser asumido por las diversas instancias del Estado, el poder judicial, el gobierno y los parlamentos y órganos legislativos, a fin de adecuar el orden jurídico interno y el funcionamiento del Estado al cumplimiento de los tratados de derechos humanos vigentes...”***



Que, por lo demás, la CIDH observa que todavía no existe una comprensión de la relación entre las diferentes formas de violencia que pueden ser perpetradas contra una mujer: física, psicológica y sexual; indicando en su punto 217 que se han verificado dos niveles de obstáculos, tanto en la legislación civil como penal, que afectan el procesamiento efectivo de casos de violencia contra las mujeres.

Que el primero consiste en vacíos legales, deficiencias, falta de armonización y en la presencia de conceptos discriminatorios que colocan a las mujeres en situación de desventaja; y el segundo se manifiesta a través de la falta de implementación y la incorrecta aplicación del marco jurídico existente por parte de los funcionarios judiciales.

Que debe reconocerse que, en ocasiones, las mujeres no conocen sus derechos y los profesionales de la salud y sus colaboradores no conocen sus deberes; a veces, tampoco sus derechos.

Que por esa razón, el derecho de la persona gestante a ser informada se vincula íntimamente con la necesidad de capacitar a los médicos y sus auxiliares; pues, no hay mejor modo de protegerlos que haciéndoles saber la existencia de la legislación vigente: su *ratio legis*, los derechos que les asisten a ellos, a la persona gestante, al neonato y a su familia.

Que resulta imperioso que los prestadores del servicio de salud capaciten al personal de cada nosocomio acerca del derecho de toda persona gestante y su entorno familiar a un parto respetado, con todo lo que ello conlleva, inclusive las sanciones que acarrea infringir la ley.

Que en ese contexto, no sólo los médicos deben ser capacitados, pues, en reiteradas ocasiones la violencia obstétrica es ejercida por otros profesionales de salud, sus auxiliares o bien por empleados administrativos, que, como se ha indicado párrafos arriba, de uno u otro modo no tratan con dignidad, respeto o amabilidad a la mujer, al neonato, y a su grupo familiar.

9.



Que en este sentido deben tenerse presentes las previsiones del artículo 6° de la Ley N° 25.929 que dispone *“El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento 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 corresponder.”*.

Que no resulta ocioso recordar que la redacción original del proyecto de ley (25.929) no incluía a las obras sociales, a las entidades de medicina prepaga, ni a las instituciones, habiendo sido su redacción inicial la que sigue: *“El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.”*.

Que, sin embargo, durante su trámite legislativo (Expediente S - 0220/04), ya citado *supra*, el H. Senado de la Nación, en su 10ª Reunión, 8ª Sesión, del 12 de mayo de 2004, señaló que: *“Y el nuevo texto del artículo 6° -a diferencia del impreso en el orden del día que ustedes tienen sobre sus bancas- es el siguiente: El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, **por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga**, como así también el incumplimiento 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 corresponder.”*.

Que, finalmente, la discusión parlamentaria llevó a esta nueva redacción por considerar de vital importancia la inclusión de esas entidades a los fines sancionatorios.



00036 / 19



Que, en concordancia con lo expuesto, su Decreto reglamentario, recuérdese, N° 2035/2015, establece que: *“Las prescripciones contenidas en el artículo 6° de la Ley N° 25.929 deberán ser interpretadas y aplicadas en los términos de las Leyes N° 23.660, N° 23.661, N° 26.061, N° 26.529, N° 26.485, N° 26.682, y N° 26.743, normas reglamentarias, complementarias y concordantes.”*

Que, a modo ilustrativo, se recuerda que esas leyes citadas son las siguientes: **23.660**: obra sociales; **23.661**: sistema nacional del seguro de salud; **26.061**: protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes; **26.529**: derechos del paciente; **26.485**: protección integral a las mujeres; **26.682**: marco regulatorio de medicina prepaga; **26.743**: identidad de género.

Que, precisamente, la Ley N° 26.529, describe los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, de la siguiente manera: a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición; así como a un trato digno y respetuoso con respeto a sus convicciones personales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad.

Que, en consecuencia, un médico o un colaborador que desconozca los derechos del paciente u omite *ex profeso* su ejercicio mediante acciones entorpecedoras o limitantes, debe ser pasible de sanción disciplinaria, máxime si se atiende que la reglamentación ha incluido a la Ley N° 26.529 dentro del plexo normativo en el que debe ser interpretado el artículo 6° de la Ley N° 25.929.

Que por su parte el Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), señala en su artículo 3° que: *“El incumplimiento de alguna de las normas de este Código supone incurrir en falta disciplinaria, cuya corrección se hará a través de los procedimientos normativos establecidos.”*



Que de similar modo se expresa el Código de Ética para el Equipo de Salud, 2da. Edición, elaborado por la Asociación Médica Argentina, en colaboración con la Sociedad de Ética en Medicina (particularmente sus artículos 22, 89, 91, 100 y cc.), así como, en general, las disposiciones del Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM - Londres, Inglaterra, octubre 1949-.

Que, en síntesis, el parto deshumanizado conlleva inexorablemente a que, en virtud de lo dispuesto por el artículo 6º de la Ley N° 25.929, las acciones abusivas se consideren falta grave a los fines sancionatorios.

Que la violencia obstétrica se ha transformado en nuestro país en una epidemia que debe ser desterrada, y el Defensor del Pueblo de la Nación se suma a la lucha para combatirla, y, en su calidad de colaborador crítico, anoticia a las autoridades públicas competentes los señalamientos aquí expuestos.

Que, de manera muy elegante, Catharine A. MacKinnon señala *"El derecho no crece por compulsión lógica; es impulsado por la lógica social de la dominación y de la oposición a la dominación, forjado en la interacción entre el cambio y la resistencia al cambio. No es sólo en la tradición anglosajona donde la vida del derecho es experiencia y no lógica. Detrás de todo derecho está la historia de alguien, alguien cuya sangre, si uno lee con atención, escurre entre líneas."* ("Crímenes de guerra, crímenes de paz", en "De los derechos humanos", Trotta, Madrid, 1998).

Que, en ese marco, con beneplácito se advierte que nuestra sociedad ya no tolera más el abuso infantil, la trata de personas y tampoco el femicidio; pero en materia de violencia obstétrica, una parte significativa de ella, aún no ha entendido que el parto deshumanizado contra la persona gestante, el neonato y su entorno familiar, significa una violación a derechos humanos básicos: el de la mujer a dar vida en paz y el del recién nacido a abrir sus ojos, por primera vez, en un mundo sin violencia.



Que en los próximos considerandos esta Resolución abordará otro tema que no resulta ajeno a ninguno de los actores a los que se notifica.

Que en el año 1986 la Organización Mundial de la Salud estableció siete (7) *Condiciones obstétricas y neonatales esenciales* (CONE) que deben cumplirse en todos los servicios que asisten partos, cualquiera sea su nivel de complejidad.

Que ellas son: 1. **Quirúrgica y procedimientos obstétricos:** poder realizar cesáreas, reparación de desgarros vaginales altos, cervicales y rotura uterina, histerectomía, ectópico, fórceps, ventosa, extracción de placenta, legrado por aborto incompleto; 2. **Anestésica: general y regional;** 3. **Transfusión de sangre segura:** determinar grupo y factor Rh, prueba cruzada, contar con banco de sangre o reserva renovable; 4. **Tratamientos médicos:** para resolver shock, sepsis, eclampsia; 5. **Asistencia neonatal inmediata:** recepción y reanimación cardiopulmonar, control térmico; 6. **Evaluación del riesgo materno y neonatal:** listados de factores de riesgo obstétricos y neonatales para derivación al nivel de complejidad adecuado; y 7. **Transporte oportuno al nivel de referencia:** teléfono / radio y vehículo permanente.

Que el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, en su publicación del año 2013, titulada "Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud", señaló con claridad que: "La estrategia de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) está basada en la premisa de que una proporción no predecible de mujeres embarazadas, parturientas y durante el puerperio desarrollan complicaciones obstétricas que, en su mayoría podrían ser detectadas y evitadas; por lo tanto requieren acceso a cuidados obstétricos y neonatales esenciales rápidos y de calidad con el fin de salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo. Asimismo, una proporción de recién nacidos/as tendrá problemas relacionados con prematuridad, asfixia, bajo peso e infecciones, mientras que otros, habiendo nacido sanos/as desarrollarán procesos



infecciosos o metabólicos en los primeros 28 días, que pondrán en riesgo su vida. Por lo expuesto, es necesario que la Red Pública Integral de Salud tenga la capacidad de detectar los casos de riesgo y disponer de cuidados neonatales esenciales oportunos y con calidad sobre la base de las normas y protocolos emitidos por la Autoridad Sanitaria, dado que muchas muertes son prevenibles si la red de servicios funciona adecuadamente.”.

Que añade “Las modalidades de aplicación del CONE están basadas en estudios y recomendaciones internacionales y están siendo implementadas con adaptaciones locales en muchos países en desarrollo. La experiencia ... ha mostrado que CONE coloca en el centro a la red de servicios y no a un tipo de servicio de salud específico. Tradicionalmente se pensaba que el manejo de las complicaciones era sólo la responsabilidad de los hospitales y especialistas. La experiencia CONE muestra que muchas complicaciones pueden ser prevenidas o detectadas a tiempo si se involucra a la familia, la comunidad, y se vinculan en red y en forma efectiva los servicios de salud...”.

Que la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, emitió Diez Principios para el cuidado perinatal: “1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto a partir de la utilización de un conjunto mínimo de intervenciones y aplicando el menor nivel posible de tecnología; 2. Estar basado en el uso de tecnología apropiada. Esto se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico y tendientes a reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores; 3. Estar basado en las evidencias, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible; 4. Estar regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencia desde centros del primer nivel de atención hasta niveles de tercer nivel de atención; 5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la



salud como Obstétricas, Obstetras, Neonatólogos, Enfermeras, Educadores, Trabajadores Sociales; **6.** Ser integral; es decir, que tenga en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y sus familias, y no solamente un cuidado biológico; **7.** Centrado en la familia, dirigido a las necesidades de la mujer, su pareja y su hijo; **8.** Ser apropiado, es decir, que tenga en cuenta las diferentes pautas culturales; **9.** Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres; **10.** Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.”.

Que se advierte con facilidad que las *Condiciones obstétricas y neonatales esenciales* y los *Principios para el cuidado perinatal*, colaboran con la humanización del parto, y así entonces con el reconocimiento de los derechos de los que deben gozar, la parturienta, su pareja, el neonato, su entorno familiar, y los profesionales de la salud y sus colaboradores.

Que esas *Condiciones y Principios* han sido receptados por nuestro país por Resolución N° 348/2003 (y su complemento N° 495/2014) del entonces Ministerio de Salud de la Nación.

Que su Anexo dispone que: “La presente norma de Organización y Funcionamiento se inscribe en el marco de las políticas del Ministerio de Salud y dentro del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. Tiene por objeto mejorar la organización y funcionamiento de servicios de maternidad dedicados a la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Promueve la idea de que la mujer y su familia deben tomar un rol activo en el cuidado de su embarazo y participar en el desarrollo y la evaluación del mismo, en instituciones ‘Centradas en la Familia’. Enfatiza en la necesidad de dar adecuada inclusión a las evaluaciones preconcepcionales, la detección temprana del embarazo, la identificación de potenciales problemas prenatales en términos de salud y nutrición, la categorización de riesgo y la atención en la institución que provea el nivel de cuidados necesarios para la madre y su hijo.”.



Que la Defensoría del Pueblo de la Nación reconoce el intenso trabajo que en este sentido viene desarrollando la DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA del MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN.

Que en ese aspecto, no sólo con las auditorías que realiza a los establecimiento con servicios que asisten partos, sino, además, con los talleres de capacitación que, por ejemplo, se realizaron en las provincias de Misiones, Corrientes, Jujuy, Salta y Chaco, en conjunto con el MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN, y UNICEF.

Que la realidad argentina demuestra que no todos los servicios que asisten partos cuentan con la infraestructura y los recursos humanos necesarios para cumplir con aquellas *Condiciones y Principios*, razón por la cual, la Resolución que se dicta será notificada a las autoridades sanitarias de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que en el marco de sus competencias se informe de su contenido a cada hospital, centro de salud y servicio que asisten partos, cualquiera sea su complejidad.

Que en ese sentido, el documento elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación (2018), titulado *“REGIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL EN LA ARGENTINA. Barreras, experiencias y avances en el proceso de Regionalización Perinatal (Conclusiones a partir del II Encuentro Nacional de Regionalización del Cuidado Perinatal desarrollado en la Ciudad de Buenos Aires, los días 31 de octubre y 1° de noviembre de 2017)”*, resulta de claridad meridiana cuando informa que: *“Existen numerosas definiciones para conceptualizar la Regionalización Perinatal. Todas involucran la relación entre el cuidado que requieren la embarazada o el feto y el nivel de atención que les corresponde según el riesgo. Como figura en la Resolución N° 348/2003 del Ministerio de Salud de la República Argentina, es necesario dar adecuada inclusión a las evaluaciones preconcepcionales, la detección temprana del embarazo, la*



identificación de potenciales problemas prenatales en términos de salud y nutrición, la categorización de riesgo y la atención en la institución que provea el nivel de cuidados necesarios para la madre y su hijo. En consecuencia, como se desarrolla extensamente en diferentes partes de este documento, la Regionalización de la Atención Perinatal implica el desarrollo, dentro de un área geográfica, de un sistema de salud materno-perinatal coordinado en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud y basándose en las necesidades de la población, se identifica el grado de complejidad que cada institución provee con el fin de alcanzar los siguientes objetivos: atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos; utilización apropiada de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable.”.

Que además refiere que: “Uno de los objetivos del II Encuentro Nacional de Regionalización de la Atención Perinatal fue evaluar el grado de implementación de la estrategia de Regionalización de la Atención Perinatal en la Argentina, en cuanto a su desarrollo particular para cada jurisdicción. Se propuso hacer partícipes de este trabajo a todos los niveles de atención que integran el subsistema público de salud. Para ello fueron convocados, además de los equipos y responsables del área materno-infantil, los responsables a nivel central del Primer Nivel de Atención y de los hospitales de cada provincia. Esto permitió que todos los encargados de gestionar las políticas públicas del área materno-infanto-juvenil estuvieran presentes, aportando sus miradas y experiencias concretas. Para lograr una mayor participación de los principales actores responsables, se priorizó el trabajo a nivel de las jurisdicciones, organizando los debates en grupos por Región (Centro, Cuyo, AMBA, Patagonia, NEA y NOA). Al reconocer que el trabajo a nivel nacional tiene una dimensión rectora, el propósito tuvo vinculación con reconocer las barreras de diferentes tipos que impiden avanzar o mejorar la Regionalización en cada provincia, entendiendo que el



00036 / 19



concepto representa un sistema basado en acuerdos de múltiples actores, con intereses e historias institucionales muy disímiles. La intención fue dar plena libertad al debate, repasar el camino recorrido por cada jurisdicción, así como las dificultades que impidieron avanzar en forma efectiva en la Regionalización Perinatal.”.

Que, aunado a ello, y en cuanto a los tipos de barreras a las que se enfrenta el proceso de *Regionalización del Cuidado Perinatal*, informa que ellas son: **“Políticas:** relacionadas con los condicionamientos de las decisiones políticas a nivel nacional, provincial o municipal; con las medidas que se adoptan y no favorecen una correcta regionalización y con las relaciones interjurisdiccionales; **Económicas:** consecuencia, a nivel del Estado, de la falta de inversiones en el sistema, en recursos logísticos y en transporte; y, a nivel poblacional, de la situación socioeconómica y sus condicionantes en la relación sistema de salud-comunidad; **Geográficas:** vinculadas a las características topográficas de cada provincia o región, y a las distancias a recorrer cada una; **Informativas:** derivadas de la carencia, la insuficiencia o las contradicciones de la información en el ámbito del sistema de salud -tanto a nivel político como entre los equipos de salud de los diferentes niveles de atención-, en cuanto a lo que significa la Regionalización Perinatal; **De recursos humanos:** referidas a la falta de profesionales y equipos de salud; a la formación y capacitación de los mismos; a la ausencia de incentivos y los bajos salarios; y a la falta de horas de trabajo en el subsistema público; **Gremiales:** relacionadas con los conflictos y la oposición de los gremios a decisiones que favorezcan la correcta regionalización; **Comunicacionales:** relacionadas con las dificultades para establecer una comunicación formal en las derivaciones (conocer el lugar que ocupa cada actor en la red de atención perinatal), y con respecto a los medios que se utilizan (soportes comunicacionales -correos electrónicos, teléfonos, mensajería de WhatsApp-); **Culturales:** respecto a los usos y costumbres de la población (por



ejemplo, 'parir en el lugar donde se vive') y aquellas relacionadas con la cultura organizacional de las instituciones de salud; **De infraestructura:** referidas a la falta de adecuación de los espacios físicos de los efectores de acuerdo a su categorización, y al deterioro o inexistencia de efectores de acuerdo a las necesidades del sistema; **Organizacionales:** las que se vinculan a la incapacidad de organización para conformar redes de atención en el subsector público, en los propios efectores y en la integración de los tres subsistemas (público, privado y de obras sociales).".

Que, sin dudas, el camino a recorrer será arduo para mejorar la prevención, la calidad de atención, el respeto a un parto humanizado y el acceso a los servicios de salud para las madres y recién nacidos, y así disminuir y finalmente erradicar la mortalidad materna, perinatal, neonatal e infantil.

Que mientras tanto, anima la realidad una reciente publicación del 17 de marzo de 2019, aparecida en el diario digital www.002.com.ar, titulada "Parto respetado con cobertura médica: en una clínica platense podrá elegirse cómo parir", que informa lo siguiente: "El Programa de Nacimientos No Intervenido es desarrollado en el Instituto de Diagnóstico de La Plata y todas las prácticas serán cubiertas por las obras sociales. Si no se detectan riesgos, el equipo interdisciplinario garantiza que el evento fisiológico se realice sin interferencias, porque parten de la concepción de la persona gestante y su bebé como soberanos de la escena ... A oscuras, en una pileta, en cuclillas, parada o sentada sobre el banquito especial. La elección de la forma de parir en un centro de salud será un hecho en la ciudad y contará con cobertura médica. Lo que hasta entonces era un privilegio de clase, será accesible de la mano del PRONANI: el Programa de Nacimientos No Intervenido del Instituto de Diagnóstico de La Plata."

Que, agrega "En Argentina desde el 2004 que existe la Ley Nacional de Parto Humanizado [pero] ... los establecimientos médicos no cuentan con la



infraestructura necesaria o no velan por el cumplimiento de la ley. En La Plata no existe un lugar que siga estas premisas y en el país son escasas las instituciones de salud que tengan a los partos fisiológicos como una política central. En ese sentido, el Hospital Austral es una clínica modelo en los partos seguros sin intervención, como La Trinidad de Ramos Mejía. En el sistema público, la Maternidad Carlotto de Moreno y el Hospital Carrillo de Mendoza son referencias, mientras que en Tucumán hay otro sanatorio que se dedica a las prácticas humanizadas, aunque saturado por la importante demanda.”.

Que en función todo lo expuesto, la presente se dicta en pos de garantizar que cada nacimiento que ocurra en nuestro país, lo sea con respeto a las normas legales nacionales e internacionales citadas, siguiendo las Recomendaciones, Directrices y las CONE efectuadas por la OMS, y los Objetivos de la Agenda 2030, en salvaguarda de todos los involucrados: la madre, su cónyuge o pareja, el recién nacido, su entorno familiar, los profesionales de la salud y sus colaboradores, los hospitales, los centros de salud, los servicios que asisten partos, etcétera, así como también las obras sociales y las empresas de medicina prepaga.

Que se dispone esta Resolución, motivado el Defensor del Pueblo de la Nación en la firme convicción de coadyuvar con las políticas públicas que en materia de parto humanizado lleva adelante la Administración a fin de erradicar la violencia obstétrica de nuestro territorio.

Que el compromiso de bregar por la igualdad de género ha sido siempre un “leitmotiv” para nuestra Institución.

Que ese empeño se ha visto reflejado, entre muchas otras acciones, por ejemplo, en el marco del referido *Programa de Seguimiento y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Agenda 2030*, habiendo iniciado nuestra Institución nueve (9) investigaciones específicas relacionadas con las cuestiones de género.

7.

10



Que se iniciaron tres (3) investigaciones a fin de conocer las políticas públicas que se llevan y llevarán delante de aquí al 2030 para: **a.** *“Reducir la mortalidad materna en oportunidad de dar a luz.”* (meta 3.1.); **b.** *“Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.”* (meta 3.2.); y **c.** *“Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva...”;* y el reconocimiento absoluto de los *“...derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.”* (metas 3.7. y 5.6.).

Que otras dos (2) investigaciones se iniciaron a fin de conocer: **a.** de qué forma se llegará al año 2030 *“...eliminando las disparidades de género en la educación y garantizar el acceso en condiciones de igualdad de las personas vulnerables a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional* (meta 4.5.); y **b.** cuáles son las acciones vinculadas con la construcción y adecuación de las *“...instalaciones escolares que respondan a las necesidades de los niños ... y tengan en cuenta las cuestiones de género, y que ofrezcan entornos de aprendizaje seguros, no violentos, inclusivos y eficaces para todos...”* (meta 4.a.).

Que una (1) investigación se inició a fin de conocer las políticas públicas que llevan a cabo los tres poderes del Estado (Ejecutivo, Legislativo y Judicial) *“...para erradicar y poner fin a la trata.”* (metas 8.7. y 16.2.).

Que también se dio inicio a otras dos (2) investigaciones: **a.** para conocer de qué modo se pondrá fin *“...a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas ... eliminando todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado.”*, y cuáles serán las medidas que permitan *“...aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas a todos los niveles.”* (metas 5.2. y 5.c.); y **b.** para promover la elaboración de protocolos de actuación que contemplen los criterios de



intervención y sensibilización de las autoridades cualquiera fuere su ámbito, tanto público como privado, para abordar las cuestiones que se suscitan en el trabajo en relación con la violencia de género.

Que una (1) última investigación se inició para conocer las políticas públicas que se llevan adelante en pos de garantizarle al colectivo LGTBIQ el pleno ejercicio de sus derechos, reconocidos en innumerables documentos nacionales e internacionales, a partir del principio de no discriminación.

Que además se creó el *Protocolo de acción institucional para la prevención e intervención ante situaciones de violencia, acoso sexual o discriminación de género u orientación sexual* que rige para las relaciones laborales desarrolladas en el marco de cualquier dependencia del Defensor del Pueblo de la Nación (Res. DPA N° 0006/16, 3/3/2016).

Que esa perseverancia en materia de igualdad de género y empeño puesto para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres, hace necesario poner el contenido de la presente Resolución en conocimiento de las autoridades públicas a quienes se dirige, convencidos que la Defensoría del Pueblo de la Nación, en su calidad de Institución Nacional de Derechos Humanos, más allá de cumplir con su misión de proteger los derechos humanos, también se aboca a su promoción.

Que, en definitiva, lo que se pretende es que la mujer viva su embarazo en condiciones de dignidad humana, y que pueda elegir libremente, durante cada uno de los procesos de gestación, dónde, cómo y con quién parir.

Que la Organización Mundial de la Salud en la Declaración "*Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*" (WHO/RHR/14.23), establece que: "*Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud ... En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a un evidente maltrato físico, una*



profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto, lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables...”.

Que, agrega “Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos ... Para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, en centros de salud a nivel mundial, son necesarias las siguientes acciones ... Entre otras iniciativas, pueden mencionarse el apoyo social a través de un acompañante elegido por la paciente, la movilidad, el acceso a alimentos y líquidos, la confidencialidad, la privacidad, la decisión informada, la información impartida 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.”.

Que, finalmente, hace especial hincapié en lo que sigue: “Los sistemas de salud deben responsabilizarse del trato brindado a las mujeres en el parto y de garantizar que se elaboren y se ejecuten políticas claras sobre derechos y normas éticas. Los profesionales de la salud en todos los niveles necesitan respaldo y capacitación para asegurar que las mujeres embarazadas sean tratadas con dignidad. Es necesario identificar, estudiar y documentar los servicios de salud que actualmente brindan atención materna respetuosa, fomentan la participación de las mujeres y de las comunidades, y que han puesto en práctica procesos para



la supervisión y mejora continua de la atención ... La erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto podrá lograrse solamente mediante un proceso inclusivo en el que participen las mujeres, las comunidades, los profesionales de la salud, los administradores, los organismos de capacitación, educación y certificación de profesionales de la salud, las asociaciones profesionales, los gobiernos, las partes interesadas de los sistemas de salud, los investigadores, las sociedades civiles y los organismos internacionales. Apelamos a que estas entidades aúnen esfuerzos para garantizar la identificación y la notificación sistemáticas del maltrato y la falta de respeto, y para que se ejecuten las medidas preventivas y terapéuticas pertinentes a nivel local..."

Que, precisamente, dentro de ese conjunto de organismos, entidades y asociaciones, se encuentran las INDH, a las que les corresponde promover los derechos humanos a través del mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, a consecuencia de los resultados que obtengan en sus investigaciones generales, colectivas o individuales.

Que, conforme se ha manifestado *supra*, los "Principios de París", aprobados por la Resolución N° 1992/54, y reafirmada por la Asamblea General por la Resolución N° 48/134, señalan que: "Competencia y atribuciones. 1. La institución nacional [de derechos humanos] será competente en el ámbito de la promoción y protección de los derechos humanos ... 3. La institución nacional tendrá, entre otras, las siguientes atribuciones: a) Presentar, a título consultivo, al gobierno, al parlamento y a cualquier otro órgano pertinente ... opiniones, recomendaciones, propuestas e informes sobre todas las cuestiones relativas a la promoción y protección de los derechos humanos ... g) Dar a conocer los derechos humanos y la lucha contra todas las formas de discriminación ... sensibilizando a la opinión pública, en particular mediante la información y la enseñanza, recurriendo para ello a todos los medios de comunicación."



Que, a su turno, la Observación general N° 10 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: *la función de las instituciones nacionales de derechos humanos en la protección de los derechos económicos, sociales y culturales*, indica que “1. En virtud del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, cada Estado Parte se compromete a adoptar medidas ... para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados ... la plena efectividad de los derechos ... reconocidos [en el Pacto]. El Comité observa que uno de esos medios, que permite adoptar disposiciones importantes, es la labor de las instituciones nacionales para la promoción y protección de los derechos humanos ... 3. El Comité señala que las instituciones nacionales desempeñan un papel que puede ser decisivo en la promoción y la garantía de la indivisibilidad y la interdependencia de todos los derechos humanos ... Es indispensable, pues, que se preste plena atención a los derechos económicos, sociales y culturales en todas las actividades pertinentes de esas instituciones nacionales.”.

Que, por ello la presente Resolución será puesta en conocimiento de la SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN, de la SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS Y PLURALISMO CULTURAL DEL MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN, del CONSEJO FEDERAL DE SALUD, del CONSEJO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES, y de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

Que, igualmente, se notificará a las máximas autoridades sanitarias de las provincias; con expresa mención que en jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires, se enviará, además, a la DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD COMUNITARIA, ENTORNOS SALUDABLES Y NO VIOLENTOS, del MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES; a la DIRECCIÓN PROVINCIAL DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA EN SALUD DEL



MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, y a cada una de las DIRECCIONES EJECUTIVAS de las XII REGIONES SANITARIAS.

Que, en jurisdicción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se comunicará a la SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA, a la SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA, AMBULATORIA Y COMUNITARIA, y a la SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN SANITARIA, dependientes del MINISTERIO DE SALUD de C.A.B.A.

Que también será comunicada a las DEFENSORÍAS DEL PUEBLO de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Que, finalmente, será puesta en conocimiento de la COMISIÓN BICAMERAL PERMANENTE DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO DEL H. CONGRESO DE LA NACIÓN.

Que luego de todo lo expuesto y luego de casi sesenta (60) páginas ahondando y buceando en las Leyes N° 25.929 y N° 26.485, sus Decretos reglamentarios, la Observación general N° 10, la Recomendación general N° 19, las consideraciones de la CIDH, las Recomendaciones de las OMS, también sus Directrices, etcétera, sólo resta decir que no hay modo de arribar a una entelequia (Diccionario de la lengua española, segunda acepción: “*En la filosofía de Aristóteles: fin u objetivo de una actividad que la completa y la perfecciona.*”) acerca de un verdadero parto humanizado, sino es en conjunto con cada uno de los actores involucrados en defensa de las mujeres de nuestro país que denuncian ser víctimas de violencia obstétrica.

Que, así entonces, las comunicaciones que se envían en esta Resolución a los organismos públicos referidos *supra*, conllevan el anhelo de construir, entre todos, un *renacer* más pacífico.

Que la presente Resolución se dicta de conformidad con lo establecido por el artículo 86 de la Constitución Nacional y la Ley N° 24.284, modificada por la Ley N° 24.379, y la autorización conferida por los Señores Presidentes de los



bloques mayoritarios del H. Senado de la Nación, como de la Comisión Bicameral Permanente de la Defensoría del Pueblo, ratificada por su resolución 0001/2014 de fecha 23 de abril de 2014, y nota del 25 de agosto de 2015 del señor Presidente de dicha Comisión Bicameral que ratifica las mismas facultades y atribuciones otorgadas al Secretario General en la persona del Subsecretario para el supuesto de licencia o ausencia del primero.

Por ello,

EL SUBSECRETARIO GENERAL DEL
DEFENSOR DEL PUEBLO DE LA NACIÓN

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º. Poner en conocimiento de la SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN, de la SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS Y PLURALISMO CULTURAL DEL MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN, del CONSEJO FEDERAL DE SALUD, del CONSEJO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES, y de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, el contenido de la presente Resolución, a los fines que estimen corresponder.

ARTÍCULO 2º. Poner el contenido de la presente Resolución, a los fines que estimen pertinentes, en conocimiento de los MINISTERIOS DE SALUD de las siguientes provincias, a saber: **BUENOS AIRES, CATAMARCA, CÓRDOBA, CHUBUT, ENTRE RÍOS, JUJUY, LA PAMPA, LA RIOJA, NEUQUÉN, RÍO NEGRO, SAN LUIS, SANTA FE, SANTIAGO DEL ESTERO, y TIERRA DEL FUEGO, ANTÁRTIDA, E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR**, de los MINISTERIOS DE SALUD PÚBLICA de las provincias de: **CHACO, CORRIENTES, MISIONES, SALTA, SAN JUAN, y TUCUMÁN**, del MINISTERIO DE DESARROLLO



HUMANO DE LA PROVINCIA DE **FORMOSA**, del MINISTERIO DE SALUD, DESARROLLO SOCIAL Y DEPORTES DE LA PROVINCIA DE **MENDOZA**, y del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA PROVINCIA DE **SANTA CRUZ**.

ARTÍCULO 3°. Poner en conocimiento de la DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD COMUNITARIA, ENTORNOS SALUDABLES Y NO VIOLENTOS, del MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, el contenido de la presente Resolución, a los fines que estimen corresponder.

ARTÍCULO 4°. Poner en conocimiento de la DIRECCIÓN PROVINCIAL DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA EN SALUD del MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES y de las DIRECCIONES EJECUTIVAS de las XII REGIONES SANITARIAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, el contenido de la presente Resolución, a los fines que estimen corresponder.

ARTÍCULO 5°. Poner en conocimiento de la SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA, de la SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA, AMBULATORIA Y COMUNITARIA, y de la SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN SANITARIA, dependientes del MINISTERIO DE SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, el contenido de la presente Resolución, a los fines que estimen corresponder.

ARTÍCULO 6°. Poner en conocimiento de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES, de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DEL CHACO; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE CHUBUT; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE FORMOSA; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE JUJUY; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE RÍO NEGRO; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE SAN LUIS; de la



DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN; y de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, el contenido de la presente Resolución, a los fines que estimen corresponder.

ARTÍCULO 7°. Poner en conocimiento de la COMISIÓN BICAMERAL PERMANENTE DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO DEL H. CONGRESO DE LA NACIÓN, el contenido de la presente Resolución, en función de lo dispuesto por el artículo 30 de la Ley N° 24.284, modificada por la Ley N° 24.379.

ARTÍCULO 8°. Regístrese, notifíquese y resérvese.

RESOLUCIÓN DPN N° 00036/19

Dr. JUAN JOSÉ BÖCKEL
SUBSECRETARIO GENERAL
DEFENSOR DEL PUEBLO
DE LA NACIÓN