



TRABAJO FINAL DE GRADO (TFG)

“La regulación sobre la violencia obstétrica y los responsables de la salud”

Autora: Begovich María Florencia.

Tutora: Ruiu María Verónica

Universidad siglo 21. Abogacía

Córdoba. 2018

“Cállate y puja”



Resumen

La violencia obstétrica es una de las formas de violencia de género y de violación a los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres y personas en capacidad de gestación. A su vez alcanza a los derechos de la persona por nacer y los del niño, los que usualmente resultan ignorados.

En este trabajo buscamos establecer y describir las situaciones en que los especialistas de la salud y centros médicos adquieren responsabilidades civiles en casos de violencia de obstetricia. Dicho análisis de tipo exploratorio servirá de punto de partida para futuras investigaciones acerca del tema, que en este caso siempre tiene como eje principal los derechos de la mujer a decidir sobre su sexualidad sin ser patologizadas ni tratadas como sujetos sumisos y pacientes por el personal de la salud que está, acompaña el proceso pre parto, parto y post parto y debe respetar el plan de parto que cada mujer decide.

Palabras Claves: violencia obstetricia, parto humanizado, plan de parto, personal médico, derechos de la mujer.

Abstract

Obstetric violence is one of the forms of gender violence and violation of the human, sexual and reproductive rights of women and people in pregnancy. In turn, it reaches the rights of the unborn person and the child's rights, which are usually ignored.

In this work we seek to establish and describe the situations in which health specialists and medical centers acquire civil responsibilities in cases of obstetric violence. This exploratory type analysis will serve as a starting point for future research on the subject, which in this case always has as its main axis the rights of women to decide on their sexuality without being pathologized or treated as submissive and patient subjects by the staff of the health that is, accompanies the process of pre-delivery, delivery and post-delivery and must respect the birth plan that each woman decides.

Key Words: obstetric violence, natural birth, birth plan, medical staff, women's rights.

ÌNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. LA VIOLENCIA OBSTETRICIA

1.1 Introducción.

1.2 Conceptualizaciones y tipologías. 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.

1.3 Evolución histórica: orígenes.

1.4 Diferencias entre parto normal y parto natural o “naturalizado”. Nuevas figuras: La Doula y la Puericultora. Documento: El Plan de parto.

1.5 Enunciación de derechos vulnerados.

1.6 Conclusiones parciales.

CAPÍTULO II. MARCO JURÍDICO

2.1 Introducción.

2.2 Nivel Nacional

2.2.1. Ley N° 25.929 de parto humanizado y su Decreto 2035/2015. Antecedente. Enumeración de derechos. Análisis provincial.

2.2.2. Ley N° 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Decreto Reglamentario 1089/2012.

2.2.3. Peligra el parto planificado en domicilio (PPD): Interpretación del ante proyecto de ley 2070-D-2018.

2.2.4. Encuadre de la figura en el Código Penal de la Nación, Constitución Nacional y Constitución de Córdoba.

2.3 Nivel Internacional

2.3.1. Instrumentos internacionales: ICESCR, CEDAW, CDN, Belem do Pará.

2.3.2. Organización Mundial de la Salud: 16 Recomendaciones sobre la atención del parto y el nacimiento. 10 Principios. Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto.

2.4 Conclusiones parciales.

CAPÍTULO III. SUJETOS INVOLUCRADOS

3.1 Introducción

3.2 Responsabilidad de los profesionales liberales. Análisis del Artículo 1798 del Código Civil y Comercial de la Nación.

3.3 Responsabilidad de los distintos profesionales intervinientes.

3.3.1. Responsabilidad de los médicos.

3.3.2. Responsabilidad de los equipos médicos.

3.3.3. Responsabilidad de los establecimientos públicos o privados, sistema de medicina prepaga u obras sociales.

3.3.4. Responsabilidad de otros profesionales en el arte de curar.

3.4 ¿A quiénes recurrir?: Organismos competentes.

3.5 Conclusiones parciales.

CONCLUSIONES FINALES

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue realizado por el interés hacia esta problemática tan usual en la sociedad y a la vez tan poco tratada o escuchada.

Hablar de Violencia obstétrica (ahora en adelante VO), no solo implica reconocer diversas situaciones de malos tratos o abusos que pueda sufrir una mujer durante su embarazo, trabajo de parto y puerperio¹, sino además supone reclamar derechos que están contemplados tanto en la Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, como así también en la ley de Parto Respetado.

Y entonces cabe preguntarnos ¿En qué supuestos y bajo qué condiciones existe responsabilidad civil de los especialistas de la salud y de los centros médicos ante un caso de violencia obstetricia?, de dicha pregunta se deriva el objetivo central de este trabajo: Establecer y describir las situaciones en que los especialistas de la salud y centros médicos adquieren responsabilidades civiles en casos de violencia de obstetricia. El cuál será abordado durante el desarrollo del presente documento.

A partir de esto se puede entender que esta temática resulta relevante ya que la manera en que un bebé llega a este mundo es de vital importancia para él o ella, sus progenitores y para la sociedad en la que nace, por ello; la decisión de dónde, con quién y cómo queremos que nazca nuestro hijo/a debería tomarse responsable, libre y conscientemente.

1 Período de tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor después del parto, que suele durar entre cinco y seis semanas.

Comportamientos como el trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (Art.6.inc.E, Ley N° 26.485, Ley de protección integral a las mujeres, 2009), se han naturalizado en nuestra sociedad, así como en la mayor parte de los países de Latinoamérica, lo que dificulta el reclamo de las mujeres violentadas quienes temen hacer efectivos sus derechos o no conocen los mismos y a la vez el personal de salud ni siquiera se cuestiona la legitimidad de sus prácticas (INSGENAR, 2003).

Este derecho vulnerado resulta más notorio en las mujeres que se encuentran en situación de pobreza y en el caso de las mujeres indígenas, quienes resultan discriminadas por asimetrías económicas o de educación, pertenecientes a diferentes etnias y grupos culturales. También se podría agregar a mujeres adolescentes, solteras, inmigrantes o las que sufren VIH² (Villaverde, 2006).

Los sistemas de salud pública atraviesan un momento de crisis; carecen de infraestructuras adecuadas, escasean los recursos, los presupuestos son mínimos, hay insuficiencia de personal y de apoyo tecnológico, pero no puede apelarse a esta situación como justificación a que se violen los derechos. Los estados deben garantizar con políticas y programas una mejor atención en salud a las mujeres (Belli, 2013).

El debido cumplimiento de la ley de parto humanizado, fomentar la conciencia ética por parte del personal de salud (condición en sentido amplio) y a la vez que dichas herramientas legales seas ampliamente conocida por todos; serian algunas de las soluciones ante la problemática a estudiar y así brindar mayor seguridad y mejor atención a las pacientes.

Esta cuestión expuesta implica un problema de salud pública y a pesar de que muchos gobiernos, asociaciones médicas, organizaciones de la sociedad civil y comunidades de todo

2 El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es causado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

el mundo advirtieron la necesidad de tratar el problema, todavía no se han tomado acciones concretas.

Con respecto al marco metodológico se utilizara el tipo de estudio exploratorio, buscando como resultado descubrir la temática elegida ya que al ser una figura relativamente nueva, no hay demasiados antecedentes e información previa, describiendo el tema cualitativamente tratando de llegar subjetivamente a un conocimiento más profundo y crítico, comprendiendo e interpretando tanto la dimensión normativa como la valorativa de este.

Se analiza en un primer capítulo tanto conceptualizaciones, como tipologías y orígenes de la figura protagonista; las diferencias que subsisten entre un parto normal y un parto natural o “naturalizado”, la aparición de nuevas figuras y de un documento, que sirve de ayuda para regular este tipo de violencia. También se enunciará brevemente los derechos que resultan vulnerados tanto doctrinariamente como legislativamente.

El segundo Capítulo, encuadra la figura en el marco jurídico- legal, se divide en dos secciones a nivel nacional e internacional. En la primera sección, se analizarán taxativamente las legislaciones más relevantes de la temática elegida, Ley N° 25.929 (de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Declaración sobre difusión del Parto Humanizado) - Ley N° 26.529 (Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud) y el encuadre jurídico en el Código Penal de la Nación, la Constitución Nacional y la Constitución de Córdoba. Caerá bajo análisis el ante proyecto de Ley 2070-D-2018 (Ley de ejercicio profesional de la Licenciatura en Obstetricia) y se enunciarán brevemente los documentos expedidos por el Ministerio de Salud.

En la segunda sección, se discuten algunos instrumentos internacionales de importancia y su relación con la legislación Argentina y cómo estos pueden servir de guía para la aplicación en nuestro país de prácticas obstétricas que obedezcan a un parto más humanizado.

Para finalizar en el tercer capítulo, se responde al problema de investigación, revelando los sujetos responsables y a quienes debemos recurrir en caso de VO.

CAPÍTULO I. LA VIOLENCIA OBSTETRICIA.

1.1 Introducción

Este capítulo se desarrolla el concepto y las tipologías del vocablo “violencia” que resultan de aplicación a una forma de manifestación que es la Obstétrica. Se analiza esta figura doctrinariamente y por el aporte que nos brinda 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.

Luego se retoma a sus orígenes, dando un pantallazo de la evolución histórica del parto y el paso de prácticas naturales a prácticas medicalizadas, por el intervencionismo del primer gobierno peronista.

También se establecen aquellas diferencias, que se presentan en el parto normal y en el parto natural o humanizado, tanto en el periodo prenatal, como en el trabajo de parto y que es lo que sucede luego del nacimiento. También se hace mención de dos figuras que han tomado protagonismo en la actualidad, la Doula y la Puericultora, y su importancia e influencia ante el documento: Plan de parto.

Y para finalizar, se analizan brevemente los derechos que resultan afectados ante este tipo de violencia de género. Siendo así una vez entendida y comprendida esta problemática,

teóricamente se podrá predecir quienes son o serán los responsables en casos de VO y así poder dar respuesta a nuestro problema de investigación.

1.2 Conceptualizaciones y tipologías. 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

Se considera violencia contra la mujer a toda conducta, acción u omisión (discriminatoria), 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 (Art. 4 de Ley N° 26.485, 2009).

Existen diversos tipos de violencia contra la mujer, puede ser:

- Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física.
- Psicológica: La que causa un daño emocional, disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal, buscando degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonor, descrédito, manipulación o 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.

- **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.

- **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.

- **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 (Art. 5 Ley N° 26.485, 2009).

Estas tipologías pueden manifestarse en diversos ámbitos y una de las modalidades es la Violencia Obstétrica y la considera a “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres expresada en trato deshumanizado, abuso

de medicalización y patologización de los procesos naturales”. (Art. 6. Inc. e. Ley N° 26.485, 2009).

Desentrañando este concepto se entiende por personal de salud a todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad fomentar la salud (Informe sobre la salud en el mundo, 2006).

Es decir todo personal de la salud debe promover un estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización mundial de la salud, 2017).

Las personas ejercen un trato deshumanizado, es decir que muchas veces el personal de salud se olvida que el paciente es una persona y no solo su “enfermedad”.

La atención médica actual se vuelve más despersonalizada y centrada en ser eficiente, apoyándose tanto en la tecnología, que hasta ellos mismos han perdido la seguridad en sus capacidades y conocimientos que tienen como profesional. Han dejado de lado el valor de la comunicación, empatía y la preocupación por el otro.

Los pacientes requieren que se practique una medicina más humana, más centrada en las personas y que reciban un trato digno, sin tener en cuenta su condición social (Pezoa, 2012).

También situaciones como abuso de medicalización o patologización de los procesos naturales conlleva a generar este tipo de violencia, convirtiendo a los embarazos y partos en enfermedades, pretendiendo resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas, sino relaciones sociales e interpersonales (Albacete, 2011).

Cabe agregar que esta ley sancionada en el año 2009, protege el derecho de 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,

garantizada por Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Esta encuentra su reglamentación en el decreto 1011/2010 Ley de protección integral a las mujeres (Decreto 1011/2010,2010). A la cual, Entre Ríos se adhiere a la misma a través de la Ley N° 10.058 y en Córdoba la incorpora a través de la Ley N° 10352.

Siguiendo al sociólogo francés Pierre Bourdieu (1994) la denomino "violencia simbólica" y considera que es aquella que ejerce el agente dominante: profesionales sanitarios a través del poder simbólico (un poder 'invisible' que no es reconocido como tal, sino como algo legítimo) sobre el agente dominado: futura madre, sin mediación de fuerza física y con su complicidad, ya que no es consciente de su estado de sumisión.

Este tipo de violencia transmitida a través de símbolos, gestos, actitudes, posturas corporales, etc., cuyo significado es comprendido e interpretado dentro de la propia cultura.

Otro elemento que agrega Fernández es el capital simbólico y lo considera como aquello que la futura madre "debe" a los profesionales sanitarios a cambio de garantizar su salud y la del futuro niño. En este caso, podríamos decir que le "debe" respeto y obediencia delegándole toda la responsabilidad en la tráida al mundo del niño/a por nacer (Fernández, 2005).

1.3 Evolución histórica: orígenes

Desde la antigüedad los cuidados relacionados con el embarazo y el parto estuvieron en manos de mujeres: madres, abuelas, suegras y hermanas, quienes compartían experiencias similares. De allí es que la obstetricia se considera una de las ocupaciones femeninas más antigua y universal de la humanidad (González, 1990).

Edward Shorter (1984) describe que los partos se vivían colectivamente, que para esas ocasiones podían reunirse hasta treinta personas en la casa de la parturienta, que era el lugar donde normalmente se daba a luz, en donde se encontraban las mujeres de la familia y una figura central que era la comadrona o partera. Y estas solo recurrían a los médicos cuando se presentaba alguna dificultad (Mazzeo, 2006).

El parto domiciliario era una práctica habitual, formada por la costumbre entre los sectores medios urbanos, se guardaba reposo en los hogares y así evitaban la internación en instituciones de salud (González, 1990).

Los sectores más pobres acudían a los hospitales públicos o a las instituciones de beneficencia, mientras que en los estratos medios y altos podían pagar los servicios de médicos, que practicaban la medicina en el hogar del paciente o en consultorios privados (Belmartino, 2007).

Ante el estancamiento del crecimiento demográfico, se encendió la alarma tanto de la despoblación, como de la desnatalidad y se puso toda la atención al cuidado de la salud reproductiva de las mujeres (Nari, 2004).

Poco a poco cuando los hospitales se volvieron lugares más seguros, los partos dejaron de ser domiciliarios a cargo de las comadronas y las parteras, que solo utilizaban hierbas en vez de medicamentos e ingresaron a los hospitales, pero en una posición subalterna, bajo las órdenes de los médicos.

Los médicos, solo podían ser varones ya que las universidades en sus inicios negaban el ingreso de las mujeres, demandaron al Estado la regulación del ejercicio profesional, logrando al mismo tiempo que se desacreditaran las prácticas de curanderos, mercantilistas y charlatanes (Belmartino, 2005).

Asociaban a las parteras con las brujerías y las consideraban sucias, ignorantes y pervertidas; también las atacaron por desconocer los últimos adelantos de la medicina y las

culparon de las muertes maternas por aborto, mientras ellos se declararon defensores de la vida, así se fue sustituyendo a las parteras empíricas con conocimientos domésticos y prácticos por las tituladas y se ilegalizaron ciertas prácticas y saberes femeninos (Armus y Belmartino, 2001).

Durante el primer peronismo (1946-1952), se completó la institucionalización; el traspaso de los partos del ámbito privado a las instituciones de salud, los avances de la obstetricia, la ginecología y neonatología (Moreno, 2009), el desarrollo en la cirugía, anestesia, en las técnicas de sutura, la incorporación del fórceps y la higiene en los hospitales dio lugar a un descenso de la mortalidad neonatal y materna (Knibiehler, 2001).

De todos modos, la mayor expansión habría de darse bajo la gestión de Ramón Carrillo³, a cargo del Ministerio de Salud Pública, quien duplicó el número de médicos, enfermeras y camas en los hospitales públicos de Argentina. El crecimiento en cantidad fue paralelo a la mejora de la calidad de la atención y a la renovación que experimentaron las instituciones de salud en todo el país (Belmartino, 2005).

Desde una perspectiva de género, lo novedoso de estas relaciones es que los médicos eran mayoritariamente varones, mientras que las pacientes eran mujeres acostumbradas a atenderse con parteras, es por eso que las mismas se sentían inhibidas, tenían vergüenza, pudor y se resistían a las consultas.

Es así que a mediados del siglo XIX se sufrió un cambio radical en los nuevos procesos de tecnificación de la medicina, que pasan a ubicar a la parturienta de un lugar central a un lugar de subordinación con relación a los profesionales de la salud (Nari, 2004).

3 Ministro de la salud pública durante la presidencia de Perón. Neurocirujano, neurobiólogo y médico sanitarista de Argentina, que alcanzó la capacidad político-administrativa de ministro de esa nación.

Este proceso obtuvo mayor legitimación fundamentándose que la intervención médica es la manera más efectiva de disminuir la mortalidad materno-infantil durante el parto.

Es así que esta nueva concepción de parto intervenido, medicalizado, sistemático y mecanicista que tienden a regular y controlar la experiencia de la maternidad, es normalizado al tiempo que va adquiriendo un carácter negativo, que muchas veces deriva en situaciones de violencia hacia las mujeres. Pues se la visualiza como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho.

Vivimos en una sociedad en la que el modelo sanitario imperante es denominado como biomédico; esto surge por las continuas demandas de progreso de la sociedad y la idea de que “existe un tratamiento para todo”. En la actualidad situaciones tan naturales como el embarazo y el parto se abordan como si fuera una patología, en el que la persona que demanda la asistencia sanitaria es considerada como un “sujeto pasivo” (paciente), carente de autonomía e incapaz de opinar y tomar sus propias decisiones, quedando así despojada del control sobre su propio cuerpo (Walsh, 2010).

La asistencia sanitaria actual es entendida desde esta visión biotecnológica y socialmente legitimada, únicamente considera la dimensión patológica de la enfermedad donde el sujeto adquiere la condición de enfermo- objeto (Amezcuá, 2000).

El profesional especialista se apropia del lugar de saber y de poder. Surge entonces, tanto en América como en Europa, una corporación médica que afianza progresivamente su poder hegemónico, al tiempo que legitima sus saberes (Rooks, 1999).

Los profesionales de la salud son los encargados de observar y vigilar el estado de la madre, del futuro bebé y del proceso en sí, reservando el uso de determinadas prácticas para aquellas situaciones en las que sea estrictamente necesario, evitando de este modo el exceso de intervencionismo, ya que el parto es un proceso natural y el cuerpo de la mujer está

programado sin necesidad de emplear ningún tipo de sustancia o herramienta externa y ajena a la madre o al bebé (Amezcuca, 2010).

1.4 Diferencias entre parto normal y parto natural o “naturalizado”

Antes de continuar con el desarrollo de este trabajo, urge la necesidad de diferenciar entre lo que es un parto normal y el humanizado, ya que es una de las confusiones que más surge en este tema. Para entender dichas diferencias se toma cada etapa del embarazo y como son vistas por cada uno de los paradigmas anteriormente mencionados.

En el periodo prenatal; el parto normal se caracteriza por evaluar la salud física de la mamá y el bebé, en cambio en el humanizado se incluyen otros exámenes recomendados por la Organización mundial de la salud (OMS) y tiene en cuenta también aspectos emocionales.

En el trabajo de parto; el tiempo “límite” de gestación que se permite es de cuarenta semanas y si “pasó de la fecha”, la mujer es internada para la inducción del parto con medicamentos o va para cesárea, la ruptura de la bolsa es realizada por el médico con una especie de aguja y utiliza oxitocina sintética que intensifica las contracciones y así acelera el trabajo de parto, se le “exige” que se posicione en forma supina (acostada barriga para arriba) y se la conecta a un cardiotocografía (que tiene la función de monitorear las contracciones y las pulsaciones cardíacas del bebé), una vez que haya llegado a cierto estado de dilatación se le aplica anestesia (la más usada es la epidural), luego como un procedimiento rutinario o de “costumbre” se realiza la Episiotomía (corte del perineo, que es la zona entre la vagina y el ano) que se fundamenta en ayudar a dar a luz al bebé o para prevenir los desgarros en los músculos y la piel, siendo este proceso uno más de los tantos que se utilizan para acelerar el trabajo en salas de parto, también la aplicación del enema (laxante que se administra introduciendo líquidos por vía anal para vaciar el colon), como el rasurado del vello púbico,

están estrechamente ligados a la episiotomía y se fundamentan en que se reduce el riesgo de infecciones, pero se comprobó que muchas de estas prácticas no son intervenciones necesarias.

En cambio cuando hablamos de parto humanizado, este acostumbra a suceder todo en forma espontánea y se respeta su ritmo natural, la parturienta el libre de escoger y alternar las posiciones a su comodidad y no a la forma que establezca el personal de salud, aquí se utilizan solo métodos naturales, como masajes, baños de agua tibia, entre otros y se realiza generalmente en casa de parto o en su propio hogar.

Luego del nacimiento; en un parto normal el cordón umbilical es cortado inmediatamente, él bebe es mostrado a la madre y llevado por el pediatra para hacerle exámenes e intervenciones, mientras que en un parto humanizado se realiza lo que se hace en llamar, la “hora sagrada” que es el contacto piel a piel del recién nacido con la madre (Benatti, 2016).

Es un período temprano "sensible" que generan efectos positivos como, estabilizar la respiración, oxigenación y presión arterial del bebé, mantiene sus niveles de glucemia, reduce las hormonas del estrés, disminuye el llanto, incrementa el estado de alerta tranquila, promueve el inicio precoz de la lactancia materna, mantiene la temperatura reduciendo el riesgo de hipotermia, provee un fundamental sentimiento de seguridad y vínculo afectivo con sus padres, impacta en la formación de la estructura cerebral, ya que el cerebro está diseñado para ser "modelado" desde las experiencias tempranas (Soto Conti, 2014).

Luego se recomienda que la amamantada ocurra en la primera hora. El cordón es cortado solo después de que pare de pulsar, ya que la aspiración solo es hecha si es realmente necesario e higienizar al bebé en forma inmediata no es recomendable, porque los niños nacen recubiertos con lo que se llama "vérnix caseoso", una sustancia grasosa que lo protege contra las infecciones de la piel.

En contraposición; el personal de salud sostiene que por esas cuestiones se producen los casos de apneas (Cese completo de la señal respiratoria) o muertes súbitas, pero estos argumentos no están científicamente comprobados (Bastida, 2014).

1.5. Nuevas figuras: La Doula y la Puericultora

Actualmente, aparecen dos figuras que han tomado protagonismo, tanto en el parto natural como por cesaria, las Doula (viene del griego antiguo δούλα: “mujer que sirve”) y está siendo utilizada mundialmente para definir a las mujeres con experiencia en el nacimiento, que ofrecen apoyo informativo, físico, emocional, mental y espiritual en forma continuada, antes y durante el parto y a veces después del mismo. Antes se les llamaba “comadres”, cuando el parto pertenecía al círculo de las mujeres y era un saber femenino, heredado de generación en generación, como ya hemos visto ut- supra.

Si la mujer ha transcritto un “Plan de Parto” (Ut infra), ella será la encargada de que el equipo médico lo respete. (Molano, 2015).

Otra figura es la Puericultora, Puericultura significa, “ciencia (nueva) que se ocupa del sano desarrollo del niño”, cuentan con un título habilitante y tiene como objetivo optimizar los cuidados del nacido en todos sus aspectos, desde su concepción, vida intrauterina, nacimiento y los primeros tres años de vida, es un agente de salud que tiene la función de facilitar y acompañar a los padres en el camino y proceso de crianza (FUNDALAM, s/d).

1.5.1. Plan de parto

El plan de parto es un documento “en construcción”, que la parturienta tiene la posibilidad de realizar y expresar sus preferencias, necesidades, deseos o expectativas sobre el proceso del parto, especifica los procedimientos e intervenciones que aprueba en ella y en el bebé. El mismo se entrega al equipo profesional para que cumplan lo manifestado.

La embarazada, puede elaborarlo en cualquier momento (siendo entre la semana 28 y 32 la más adecuada), es conveniente que se informé correctamente, e incluso podrá modificarlo en cualquier momento (Martín, 2018).

Para que el plan pueda llevarse a cabo, es necesario que el parto sea considerado normal (eutócico), que según la definición de la OMS es: “un parto de comienzo espontáneo, de bajo riesgo, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 y las 42 completas. Y después de dar a luz, tanto la madre como el niño o niña se encuentran en buenas condiciones” (OMS, 1996).

Aquí se podrá establecer: quienes serán los acompañantes durante el parto, si se quiere un parto medicalizado o no, que se realicen o se abstengan ciertas prácticas rutinarias, cuál será la posición elegida, que se produzca o no la llamada “hora sagrada”, entre otros (Fresneda, 2018).

Este plan, está contemplado en la Ley N° 17.132 Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas, Art. 19, inc.3 que establece que todo Profesional y/o Institución Sanitaria debe: “Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse...” (Ley N° 17.132,1967). Algo que es complementado en la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Art. 11. “Directivas anticipadas”, “Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar

determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo... ” (Ley N° 26.529, 2009).

En la Ley N° 25.929, de “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento” (2004) y Decreto Reglamentario 2035/2015 de Ejercicio de la Obstetricia, además lo agregado acerca de los derechos del recién nacido (2006), Propuesta normativa perinatal del Ministerio de Salud de la Nación (2000; 2003; 2004).

También este tipo de garantías al respeto por el plan de parto propuesto por la paciente se puede observar en los Derechos reconocidos por la OMS en la Conferencia Internacional de Fortaleza- Brasil en “21 Recomendaciones y Principios acerca del cuidado perinatal” (1985) actualizadas en “Cuidados en el Parto Normal: Guía Práctica” (1996) y en la “Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto” (2001 y 2002); Actualización de Investigaciones en Medicina Basada en las Evidencias – CLAP (Medicina Basada en Evidencias); entre otras (Liguori, 2016).

1.6. Enunciación de derechos vulnerados

Como se ha visto la VO es una de las tantas formas de violencia de género que afecta a las mujeres por el mero hecho de serlo, es una estrategia de relación aprendida, no es innata.

Siempre se busca el mismo objetivo: erosionar la autoestima de la mujer y así el agresor aumenta su grado de poder, control y subordinación sobre ella, adoptando una actitud pasiva por miedo o para evitar que se produzca una nueva agresión, incluso mayor, hacia ella o hacia sus seres queridos.

Esto genera consecuencias negativas como alto nivel de ansiedad, alteraciones psicossomáticas; sentimientos depresivos, disfunciones sexuales, conductas adictivas,

dificultades en sus relaciones personales, entre otras. Estos efectos se equiparan al "trastorno de estrés postraumático".

Afectan en sentido amplio a los DERECHOS HUMANOS; es decir a aquellos derechos inherentes a todas las personas sin distinción de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua o cualquier otra condición.

Podemos mencionar el derecho a estar libre de discriminación; Derecho a la equidad social y de género; Derecho a la integridad personal; Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes; Derecho a la privacidad e intimidad, honra y dignidad, Derecho a la salud, entre otros como los relacionados con casos de VO.

El estado, tiene el deber de respetarlos, es decir abstenerse a interferir en su ejercicio o limitarlos; protegerlos, significa que impidan los abusos de los derechos humanos contra individuos y grupos; realizarlos, o sea adoptar medidas positivas para facilitar el disfrute de los mismos.

Se caracterizan por ser universales, inalienables (No deben suprimirse salvo excepciones como las debidas garantías procesales), están interrelacionados, son interdependientes e indivisibles (es decir el avance y la privación de uno, facilita o afecta a los demás) (Echeburúa y Corral, 2001).

Dentro de los mismos, encontramos que también afecta a los DERECHOS SEXUALES y REPRODUCTIVOS de las mujeres; es decir la capacidad de las mismas de tener derecho a controlar su cuerpo regulando su sexualidad y capacidad reproductiva sin imposiciones, coerciones o violencia por parte de los hombres (el origen de este concepto deriva del movimiento feminista en los años 70) (Maoño y Vázquez 2006).

Incluye el Derecho a la libertad sexual (posibilidad de su plena expresión, tanto emocional como afectiva, a través del placer erótico o de los actos sexuales y reconoce la facultad de manifestar la sexualidad a través del cariño, la ternura y el amor); Derecho a la

autonomía, integridad y a la seguridad sexual del cuerpo (capacidad de tomar decisiones autónomas, íntegras y a controlar su propia vida sexual); Derecho a la privacidad sexual (legítima las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad); Derecho a la igualdad sexual (se opone a cualquier forma de discriminación); Derecho al placer sexual (prerrogativa al disfrute y goce sexual); Derecho a la libre asociación sexual (posibilidad de contraer o no matrimonio y de divorciarse); Derecho a la información sexual basada en el conocimiento científico (información comprobada por procesos científicos y éticos, que sea difundida a todas las capas sociales); Derecho a la educación sexual integral (durante toda la extensión de la vida y en diversas instituciones sociales); Derecho a la atención de la salud sexual (prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones, enfermedades y trastornos sexuales)

Derechos reproductivos, significa la posibilidad de la mujer de decidir si tener hijos o no, el número, en qué momento, con quién y el acceso pleno a los métodos para regular la fecundidad debe ser una decisión libre y responsable (Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997).

A su vez alcanza a los DERECHOS DE LA PERSONA POR NACER; se considera que la persona humana, comienza con la concepción (Art. 19 Cód. Civil, 2015). Es decir desde la penetración del óvulo con el espermatozoide, hasta el momento de su nacimiento. Se establece que los derechos y obligaciones del concebido o implantado en la mujer quedan irrevocablemente adquiridos si nace con vida, pero si no nace con vida, se considera que la persona nunca existió. El nacimiento con vida se presume (Art.21 Cód. Civil, 2015).

Tiene derecho a la vida, a estar sano, a encontrar una familia, a educarse y desarrollarse en un ambiente favorable. Ejerce sus derechos plenamente a través de sus padres o apoderados y es de consideración primordial el Interés Superior del niño por nacer, (CDN, 1989).

También afecta a los DERECHOS DEL NIÑO propiamente dicho, el término niño proviene del latín infans que significa “el que no habla”.

Los derechos fueron formalmente reconocidos luego de la Primera Guerra Mundial con la adopción de la Declaración de Ginebra en 1924 y se lo define como, todo ser humano menor de 18 años de edad (CDN, 1989)

Lo que caracteriza a los niños es su juventud y vulnerabilidad, al estar en proceso de crecimiento, es decir, no contar con los medios ni las herramientas necesarias para protegerse a sí mismo (Jara y Paba s/d).

UNICEF (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia) trabaja para garantizar el cumplimiento de los derechos, promover su bienestar y oportunidad de desarrollo de niños, niñas y adolescentes en Argentina y todo el mundo. Realiza y apoya proyectos promoviendo, el acceso a la educación, salud y justicia, su protección y participación a través de la comunicación y movilización social (UNICEF, s/d).

1.7 Conclusiones parciales

Luego de haber desarrollado este capítulo, se puede concluir que el concepto expreso de VO, debió haberse regulado en la específica Ley N° 25.929 de parto humanizado sancionada en 2004 y no en la Ley N° 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, que tuvo su posterior regulación en el 2009, o bien reiterar el concepto en la ley específica porque ya sabemos que VO es un tipo de violencia de género, pero conceptualizarlo particularmente, se podría llegar a una mejor comprensión de la figura protagonista.

Con respecto a los cambios que se produjeron a partir del siglo XIX, fue consecuencia de los reclamos de los médicos (hombres) que se fundamentaron que los índices de des

natalidad, era por causa de la impericia e ignorancia de las comadronas o parteras, sin dejar de considerar que durante la presidencia de Perón se buscó equiparar a las clases sociales y que todos los ciudadanos argentinos tuvieran igual acceso a la salud pública.

El paso de partos domiciliarios en donde solo se utilizaban hierbas a uno más intervenido medicamente; surte consecuencias positivas, como es el descenso de mortalidad tanto materna como neonatal, pero también negativas donde la mujer paso a ocupar un papel subordinado, considerándola como una enferma o un objeto, por parte del personal de salud.

El parto es un proceso natural y la parturienta tiene derecho, como ya fue indicado en el análisis de las leyes mencionadas y el análisis expuesto, a que el mismo sea respetado según la forma que ella decida, siempre y cuando no sea contraproducente para su vida o la de su bebe.

Muchas de las intervenciones y medicaciones son rutinarias, innecesarias y mecánicas, cada mujer es un caso diferente, tanto física como mentalmente, es decir no se puede actuar de la misma manera ante todos los partos presentados, inclusive hasta la Organización Mundial de la Salud (OMS), las considera perjudiciales e ineficaces, pero en el protocolo de asistencia de la mayoría de los hospitales se siguen realizando de manera indiscriminada.

Sucede que el sistema médico no tiene tiempo, ni espacio para respetar a los partos naturales. Por eso juega un papel muy importante el plan de parto, ya que garantiza la participación activa de las mujeres en todo el proceso, a su vez facilita la relación y la tarea del equipo profesional. La doula o la pericultora (en caso de tenerlas) serán las encargadas de hacerlo cumplir.

En pocas palabras, este tipo de violencia, VO, produce un perjuicio a una gran cantidad de derechos humanos que comprende no solo a la mujer, sino también, a su familia, a la persona por nacer y al niño propiamente dicho.

CAPÍTULO II. MARCO JURÍDICO.

2.1 Introducción

Dentro del marco legal nacional, la violencia obstétrica es definida a partir de la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, ya tratada en el capítulo anterior.

A continuación se analizan las diferencias terminológicas de los artículos de la Ley N° 25.929 de parto humanizado sancionada en 2004 y su posterior decreto 2035/2015 (dictado luego de once años) que la regula y la hace efectiva a nivel nacional.

La sanción de la misma, fue producto de varios antecedentes, por ejemplo a nivel provincial, ya había tres provincias que habían desarrollado normativas sobre el tema en cuestión, (es decir antes de la sanción de la Ley nacional 25929 en 2004), luego de su aprobación el resto de los territorios se adhirieron o sancionaron sus propias leyes provinciales; como complemento el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, se dictó un series de guías y programas para poner en práctica estas legislaciones.

También se analizan los capítulos de la Ley N° 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Se interpreta un acontecimiento actual, que pone en peligro el parto planificado en domicilio (PPD), es así que en la Cámara de Diputados, se está tratando el anteproyecto de ley 2070-D-2018, sobre el ejercicio

profesional de las Licenciadas en Obstetricia, que cercenaría (en caso de ser aprobado) derechos vigentes desde 1967, como la libertad de las parteras de asistir a aquellas mujeres, libres de elegir cómo, dónde y con quién parir, sin ningún tipo de violencia.

Por último se encuadra esta figura como supuesto delito en el Código Penal de la Nación, como así también el derecho de salud en nuestra Constitución Nacional y en la Constitución provincial de Córdoba.

Dentro del marco jurídico internacional, se expondrá algunos instrumentos institucionales que influyeron sobre la temática, como fue el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de discriminación contra la Mujer, La Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña (enunciados en el Art 22, inc. 22 CN); La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Las recomendaciones sobre la atención del parto y el nacimiento, Los principios para el cuidado antenatal, perinatal y postparto, enunciados por OMS que resulto de complemento necesario.

2.2 - Nivel Nacional.

2.2.1. Ley N° 25.929 de parto humanizado. Antecedente.

Uno de los puntapié inicial más importantes de esta legislación sancionada fue El Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos siendo el resultado de un proceso de investigación que comenzó en Junio de 2001 cuando llega a conocimiento de INSGENAR⁴ y

CLADEM⁵ los malos tratos recibidos por una joven en un servicio de salud de la Ciudad de Rosario.

A partir de allí se inició un estudio del tema, sobre la base de las declaraciones de pacientes femeninas atendidas en hospitales públicos. De la información recogida surgió que las mujeres en sus consultas ginecológicas u obstétricas habían sido víctimas de vulneración del Derecho a la Intimidad (por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales), del Derecho a la Información y a la toma de Decisiones; Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes; entre otros.

Es así se lanzó en 2015 oficialmente el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO), impulsado por la Organización “Las Casildas” ubicadas en Vera, provincia de Santa Fe , contando con el apoyo del Consejo Nacional de las Mujeres, la misma se encarga de recolectar y sistematizar datos y estadísticas relacionados con la VO; realizar seguimiento de denuncias; monitorear políticas públicas, proyectos de ley y cumplimiento de leyes; elaborar recomendaciones a organismos e instituciones involucrados; crear espacios de difusión y debate con profesionales y ciudadanía en general; promover la elaboración de estudios y proyectos de investigación; apoyar y difundir acciones de otros colectivos y agrupaciones; articular trabajo y acciones con otros Observatorios nacionales e internacionales.

Su alcance es nacional y está conformado por integrantes de todas las provincias (Saulo, 2015). En esta misma línea entre 2011/13, la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG), conforma una subcomisión para trabajar el análisis de las posibles sanciones a la VO y la

5 Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres.

visibilización de la misma. Es aquí donde se puede realizar la denuncia ante este tipo de violencia, esta temática se verá con mayor detenimiento en el Capítulo tres, último punto.

2.2.1.1. Enumeración de derechos.

La sanción de la Ley N° 25.929, fue de gran importancia, ya que cubrió el vacío legal que existía de la materia concreta. En su Art. 1 establece que la misma, será de aplicación tanto en el ámbito público como privado en la atención de la salud. Las obras sociales como las entidades de medicina prepaga, deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, incorporándose de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio (PMO)⁶.

En su Art. 2 enumera en forma exhaustiva los derechos que son inherentes a toda mujer en el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto a saber:

- A ser informada; sobre las distintas intervenciones médicas y que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas; sobre la evolución de su parto y del estado de su hijo/hija; sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.; sobre los cuidados de sí misma y del niño/niña y sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas.
- A ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado; que se le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial.
- A ser considerada persona sana; y que se le facilite su participación, como protagonista de su propio parto.

⁶ Resolución del Ministerio de Salud que define cuales son las prestaciones y servicios básicos que las obras sociales y medicina prepagas deben asegurar a sus afiliados sin carencias, preexistencias o exámenes.

- Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos; evitando prácticas invasivas y suministro de medicación, que no estén justificados ni por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

- A estar acompañada por una persona de su confianza y a su elección.
- 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.

- A tener a su lado al hijo/hija, durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que no requiera de cuidados especiales.

En su Art. 3 enumera en forma correlativa, los derechos del recién nacido:

- A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

- A ser tratado en forma respetuosa y digna; A su inequívoca identificación.

- A no ser sometido a ningún examen o intervención, cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

- 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.

En su Art. 4 enumera los derechos de los padres en el caso que la persona recién nacida se encuentre en situación de riesgo:

- A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo/hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento; A recibir asesoramiento sobre los

cuidados especiales del niño/niña; A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que, no incida desfavorablemente en su salud.

- 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.
- A tener acceso continuado a su hijo/hija mientras la situación clínica lo permita, así como participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.

En los tres Artículos mencionados precedentemente, se puede observar que tanto los derechos de la mujer, como los derechos del niño/niña o el de ambos padres, son similares y correlativos. El derecho a la información y asesoramiento, a la libre decisión, el consentimiento manifestado, como así también el acompañamiento continuo entre ellos, aparece en lo largo del articulado buscando así que el embarazo, parto y la atención posterior sean respetados y se tenga en cuenta en todo momento la voluntad de la mujer o persona en capacidad de gestación.

En su Art. 5 establece que el Ministerio de Salud de la Nación, será la autoridad de aplicación de esta ley. Y por último en su Artículo 6 establece que en caso de incumplimiento de las obligaciones enumeradas, ya sea por parte de obras sociales, entidades de medicina prepaga, profesionales de la salud, colaboradores e instituciones; incurren en falta grave, sin perjuicio de responsabilidad civil o penal según corresponda.

Esta ley se encuentra reglamentada por decreto 2035/2015 de Ejercicio de la Obstetricia, la misma establece que los términos de dicha ley tiene como fin velar por la salud del binomio madre-hijo/a de conformidad con lo expresado por la Organización mundial de la salud (OMS).

Dispone que la subsecretaria de medicina comunitaria, maternidad e infancia dependiente de la secretaria respectiva del Ministerio de Salud y demás organismos, entidades no gubernamentales, universidades e instituciones académicas, tendrán a su cargo la realización de acciones tendientes a asegurar el cumplimiento de la Ley y de la reglamentación.

Se creara un Comité de Bioética que será el encargado de las funciones enumeradas en la reglamentación según jurisdicción y normativa vigente.

Establece que el tiempo mínimo recomendable de internación tanto materna como neonatal, es de 48 horas para un parto vaginal y de 72 horas para un parto por cesárea.

Este decreto considera normas reglamentarias, complementarias y concordantes a: Ley de Salud pública (N° 25.673), Ley de obras sociales (N° 23.660), Ley de sistema nacional de seguro de salud (N° 23.661), Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (N° 26.061), Ley Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. (N° 26.529), Ley de marco regulatorio de la medicina prepaga (N° 26.682), etc. (Ley N° 25.929, 2004).

Se observa que en la LEY, no incluye los términos de parto respetado ni humanizado, tampoco alude a maltratos ni al tipo violencia obstétrica; no menciona a ningún profesional de la salud. Reconoce el derecho a la autonomía y privacidad de las mujeres, como el optar entre las alternativas disponibles, de ser consideradas personas sanas, de recibir trato personalizado, garantizarle intimidad durante todo el proceso, entre otros.

En cambio en el DECRETO, alude a la ley como "Ley de Parto Humanizado" y hace mención del termino equipo médico interviniente, incluye el derecho al trato digno, respetuoso e individual y a decidir la forma en que se va a transitar el trabajo de parto (deambulación, analgesia, posición y acompañamiento), el mismo deja un vacío legal, en

tanto quedan un gran número de artículos e incisos sin reglamentar (ej Art 2 inc. b, c y d) (Michel y Allori, 2017).

2.2.1.2. Análisis Provincial

Dentro del ámbito local, se observa que tres provincias, ya habían desarrollado normativas sobre el temática, antes de la sanción de la ley principal. En 1996, Corrientes se convirtió en la primera provincia con una legislación específica, la Ley 5146 creó el "Programa de Acción en Favor de la Salud de la Mujer y el Niño"; le siguió en 1998, Río Negro con la Ley 3263 de "Protección de la Mujer Embarazada" y en 2003, la Ciudad de Buenos Aires sancionó la Ley 1040, "Derecho de la mujer a estar acompañadas durante el parto".

El resto de las provincias se subió a la ola regulatoria sobre parto respetado luego de la aprobación de la Ley nacional 25.929 en 2004, ya sea adhiriendo o sancionaron sus propias leyes con ciertas particularidades.

Tucumán aprobó en 2004 la Ley 7747 "Institución del Parto Respetado", que pone al Sistema Provincial de Salud a cargo de elaborar un programa de parto humanizado y manda al poder ejecutivo a reglamentarla en los 90 días subsiguientes a su promulgación (cuestión que no se cumplió hasta la fecha).

La ley N° 8130 de Mendoza, sancionada en 2009, señala que las mujeres tienen derecho a recibir educación e información sobre salud sexual y reproductiva, planificación familiar y anticonceptivos.

San Juan, en 2007 a través de la Ley N° 7839, prevé que la autoridad de aplicación realice campañas de concientización, alude a condiciones de infraestructura sanitaria y que los establecimientos deban cumplir con las imposiciones que establezca la ley, pudiendo todos

los usuarios plantear sugerencias y reclamos, fija como procedimiento, el administrativo provincia (Michel & Allori, 2017).

En Entre Ríos se adhieren a la misma a través de la Ley N° 10035 Derecho de padre e hijos durante nacimiento (2011), establece que se realizaran las adecuaciones necesarias en el Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos (IOSPER) y en las entidades de medicina prepaga del ámbito provincial, a fin de incorporar de pleno derecho al programa médico obligatorio, las prestaciones establecidas en la citada Ley Nacional. En la provincia de Córdoba se adhieren por Ley N° 9227 (2005).

2.2.2 - Ley N° 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

En la Ley N° 26.529; se puede observar que en el Capítulo 1, establece una serie de derechos a cargo del profesional hacia su paciente:

a) Asistencia; sin menoscabo ni distinción, sólo podrá eximirse de este deber, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente.

b) Trato digno y respetuoso; respeto a las convicciones personales y morales del paciente, familiares o acompañantes.

c) Intimidad; respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad y la confidencialidad de sus datos sensibles.

d) Confidencialidad; debida reserva de la documentación clínica.

e) Autonomía de la voluntad; el paciente tiene derecho a aceptar, rechazar o posteriormente revocar, determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos.

f) Información Sanitaria; toda la necesaria vinculada a su salud.

g) Interconsulta Médica; a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento.

En el capítulo 2, trata específicamente sobre la información sanitaria (Inc. f del Cap.1), establece que la misma debe hacerse de forma clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente y en forma excepcional, por autorización, incapacidad o imposibilidad del mismo, podrá hacérselo saber a terceras personas. Se debe informar sobre su estado de salud, los estudios, tratamientos y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

En el capítulo 3, se trata sobre el consentimiento informado, es decir la declaración de voluntad suficiente del paciente o el representante, una vez brindada la información sanitaria (Cap.2), como se ve es correlativo al deber anterior mencionado ut-supra. Tiene el carácter de ser obligatorio, verbal y revocable, salvo en ciertos casos restrictivos se deberá hacer en forma escrita, el paciente puede también disponer de directivas anticipadas. En el caso que mediare un grave peligro o situación de emergencia para la salud pública o vida del paciente y no pudiera este dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales, el profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento.

En el capítulo 4, hace referencia a la historia clínica, como documento obligatorio, cronológico, foliado y completo; en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud, debe confeccionarse en soporte magnético. El paciente es titular del mismo y puede requerirlo cuando lo considere oportuno, también pueden hacerlo ciertos legitimados y ante la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda, podrá disponer del ejercicio de la acción directa de "habeas data", a fin de asegurar el acceso y obtención de la misma. Tiene la característica de ser íntegra, única e inviolable.

En caso de no cumplir con las disposiciones de esta ley, el profesional interviniente y los responsables de los establecimientos asistenciales, están sujetos a responsabilidad civil o penal según corresponda y constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 Régimen Legal del Ejercicio de la

Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas y será su autoridad de aplicación el Ministerio de Salud de la Nación.

En las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones que establezca el régimen provincial que rija en cada una de ellas, siendo aplicable por la máxima autoridad sanitaria local (Ley N° 26.529, 2009).

Si bien la promulgación y reglamentación de estas leyes, constituyeron un avance significativo, el Ministerio de Salud de la Nación, debe dictar ciertas políticas públicas para implementarlas a las realidades institucionales, como así también mecanismos tendientes a sancionar a aquellos que incurren en determinadas faltas.

Entre las más importantes podemos mencionar a la Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia (2010); al Programa de maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural (2000); Guía para la atención de las principales emergencia Obstétricas (2012); Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal (2013); Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pre término, atención del parto espontáneo y rotura prematura de membranas (2015); Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsables (2003); entre otras (Arias, 2016).

2.2.3. Peligra el parto planificado en domicilio (PPD): Interpretación del ante proyecto de ley 2070-D-2018 de las incumbencias de las Licenciadas en Obstetricia.

Al interpretarse el ante proyecto de ley 2070-D-2018, que actualmente se está tratando en el Congreso, se observa que en su Art. 6° establece que “la licenciatura en Obstetricia, habilita para ejercer la actividad en forma individual o integrando equipos de salud interdisciplinarios, en centros de salud públicos o privados, previa inscripción en la

matrícula”, es decir excluye el domicilio y las casas de parto como una modalidad de ejercicio y un ámbito a desarrollarse.

En su Art. 11, se establece una serie de actividades que el Licenciada/o en Obstetricia están habilitados a realizar:

1. “Brindar consejería y asistencia pre y post eventos obstétricos con el fin de mejorar la calidad de la salud de las personas usuarias en todas las etapas del ciclo vital de su salud sexual y reproductiva, y promover en todo momento la lactancia materna”;

En esta serie de articulados se puede ver que hay un error tanto gramatical como sintáctico, se interpreta que los obstetras no se encuentran en la etapa del parto, y por otro lado hace referencia a eventos obstétricos, concepto bastante vago por cierto, que también se repite en el Art 5 del presente anteproyecto. Siguiendo con los incisos de este artículo:

2. “Realizar acciones de promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos tanto en el ámbito de la salud como en el ámbito educativo;

3. Ofrecer consejerías integrales en salud sexual y reproductiva de conformidad con la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673, su decreto reglamentario y/o futuras modificaciones;

4. Asesorar y prescribir métodos anticonceptivos, así como realizar intervenciones relacionadas con ellos, incluyendo la colocación y extracción de métodos anticonceptivos de larga duración”;

Ahora bien, si se analiza en forma íntegra los inc. 2. 3 y 4, podemos decir entonces que todas las incumbencias de los docentes, psicólogos y trabajadores sociales que hacen acompañamiento interdisciplinario en temas de salud, quedan totalmente relegados de este tema y es una función exclusiva de los obstetras, excluyendo a su vez al Estado Nacional y los Estados Provinciales de la obligación de brindar una educación sexual integral (ESI).

Otros de los incisos que valen la pena mencionar para enriquecer el análisis de que es objeto este presente trabajo son los siguientes:

16. “Controlar y conducir el trabajo de parto”, este inc. es el reflejo del modelo de atención intervencionista y cumple esta actividad a través de los fármacos, lo forma de redacción correcta sería; “hacer un seguimiento y asistir”.

18. “Realizar y asistir el parto y alumbramiento...” Los profesionales obstétricos no realizan (es decir no hacen) los partos, lo hacen las mujeres y sus bebe, aquí lo correcto sería “acompañar”.

23. Promover la lactancia materna y monitorear su evolución en el puerperio, para lograr un óptimo equilibrio del binomio madre-hijo; y brindar pautas de puericultura y crianza”;

En este inciso directamente todas las incumbencias de las doulas y puericultoras, pasarían a ser únicamente actividad de los licenciados en Obstetricia.

Con el fin de no hacer demasiado extensa la interpretación y discusión de este anteproyecto, por último se observa que el Art. 17° del documento en mención establece que “Una de las obligaciones de los graduados de la Licenciatura en Obstetricia es actualizarse permanentemente”; pero no establece ni como, ni de donde obtener información, entonces se puede pensar que no está basada en la evidencia científica, sino en usos y costumbres que es un criterio personal.

Este anteproyecto resulta inconstitucional y violatorio de las leyes 26485, 25929, 26529, Ley de la Muerta digna (26742), Ley de salud sexual y procreación responsable (25673), Ley de ejercicio de la medicina N° 17132 que lo reconoce taxativamente en los artículos 51 y 52, como así también de tratados internacionales de DDHH, limitando el ejercicio pleno de sus derechos (ya adquiridos), es decir, es regresivo y su autonomía, siendo el respeto e integridad un derecho Humano Básico, a su vez contradice todas las

recomendaciones de la OMS y organismos afines, que considera a la gestación, el parto y el posparto como eventos sanos y fisiológicos y que un nacimiento de bajo riesgo y su seguridad no está determinado por el lugar, sino por la práctica obstétrica, fundamentado científicamente (Fortaleza 85, 2018).

2.2.4. Encuadre de la figura en el Código Penal de la Nación, Constitución Nacional y Constitución de Córdoba.

La figura violencia obstétrica, no está contemplada como conducta punible en nuestro Código Penal vigente pero constituye, sin lugar a dudas, un delito de lesiones contra las personas.

“Se impondrá prisión de un mes a un año, al que causare a otro, en el cuerpo o en la salud, un daño que no esté previsto en otra disposición de este código” (Art.89).

“Se impondrá reclusión o prisión de uno a seis años, si la lesión produjere una debilitación permanente de la salud, de un sentido, de un órgano, de un miembro o una dificultad permanente de la palabra o si hubiere puesto en peligro la vida del ofendido, le hubiere inutilizado para el trabajo por más de un mes o le hubiere causado una deformación permanente del rostro” (Art.90).

“Se impondrá reclusión o prisión de tres a diez años, si la lesión produjere una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano, de un miembro, del uso de un órgano o miembro, de la palabra o de la capacidad de engendrar o concebir” (Art.91).

Cabe agregar que en estos artículos se establecen las categorías de las lesiones: leves, graves o gravísimas y las penas se gradúan en función de ellas, éstas también podrían verse agravadas si concurren algunas de las circunstancias del Art. 89 del Cód. Penal.

También en el Art. 94 se enuncia la llamada lesión culposa “Se impondrá prisión de un (1) mes a tres (3) años o multa de mil (1.000) a quince mil (15.000) pesos e inhabilitación especial por uno (1) a cuatro (4) años, el que por imprudencia o negligencia, por impericia en su arte o profesión, o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo, causare a otro un daño en el cuerpo o en la salud”.

Si las lesiones fueran de las descritas en los artículos 90 o 91 y fueren más de una las víctimas lesionadas, el mínimo de la pena prevista en el primer párrafo, será de seis (6) meses o multa de tres mil (3.000) pesos e inhabilitación especial por dieciocho (18) meses”⁷.

Además, si los responsables se desempeñaren en un establecimiento sanitario estatal: nacional, provincial o municipal, también se podrían encontrar incursos en el delito de abuso de autoridad o incumplimiento de los deberes de funcionario público, contra la administración pública.

“Será reprimido con prisión de un mes a dos años e inhabilitación especial por doble tiempo, el funcionario público que dictare resoluciones u órdenes contrarias a las constituciones o leyes nacionales o provinciales o ejecutare las órdenes o resoluciones de esta clase existentes o no ejecutare las leyes cuyo cumplimiento le incumbiere” (Art.248).

“Será reprimido con multa de pesos setecientos cincuenta a pesos doce mil quinientos e inhabilitación especial de un mes a un año, el funcionario público que ilegalmente omitiere, rehusare hacer o retardare algún acto de su oficio” (Art.249)

7 Artículo sustituido por art. 3° de la Ley N° 27.347 B.O. 6/1/2017.

Como se ha visto, esta figura tiene una relación directa con el derecho a la salud, y es el Estado Nacional el responsable de garantizarlo, (por ser un aspecto de Salud Pública) debiendo generar condiciones en las cuales, todos puedan vivir lo más saludable posible, pero no se limita al derecho de estar sano, sino que también, comprende un sentido más amplio como prestar de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos (Organización mundial de la salud, 1985).

En nuestra Constitución Nacional (1853) no se encuentra este derecho incorporado expresamente, pero se le reconoce un estatus constitucional a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), incorporado en el art. 75, inc. 22, y lo define como “el derecho que toda persona tiene al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.” (Art. 12).

Sin dejar de resaltar, que el Artículo 33⁸ establece que “Las declaraciones, derechos y garantías que enumera la Constitución, no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados; pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo y de la forma republicana de gobierno”

En cambio en la Constitución de Córdoba (2001) reconoce este derecho en forma explícita, en el Art. 59⁹ “La salud es un bien natural y social que genera en los habitantes de la Provincia el derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social. El Gobierno de la Provincia garantiza este derecho mediante acciones y prestaciones promoviendo la participación del individuo y de la comunidad. Establece, regula y fiscaliza el sistema de salud, integra todos los recursos y concerta la política sanitaria con el Gobierno Federal, Gobiernos Provinciales, Municipios e instituciones sociales públicas y privadas.

8 PRIMERA PARTE. Capítulo Primero. Declaraciones, Derechos y Garantías.

9 TÍTULO SEGUNDO. Políticas Especiales del Estado. CAPÍTULO PRIMERO. Trabajo, Seguridad Social y Bienestar

La Provincia, en función de lo establecido en la Constitución Nacional, conserva y reafirma para sí, la potestad del poder de policía en materia de legislación y administración sobre salud.

En resumen, el sistema de salud se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, e incluye el control de los riesgos biológicos sociales y ambientales de todas las personas, desde su concepción. Promueve la participación de los sectores interesados en la solución de la problemática sanitaria. Asegura el acceso en todo el territorio Provincial, al uso adecuado, igualitario y oportuno de las tecnologías de salud y recursos terapéuticos.” Esto está garantizado y se en ambos niveles del Estado, nacional y provincial.

2.3 - Nivel Internacional

2.3.1. Instrumentos internacionales ICESCR, CEDAW, CDN, Belem do Pará

En lo que respecta al marco normativo a nivel mundial, se encuentran tres instrumentos internacionales, que la Constitución Nacional los ha incorporado en el artículo 75 inciso 22 y los dota de jerarquía constitucional y guardan relación con la violencia obstétrica.

- El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aquí se establece el derecho a la igualdad en la atención de la salud y que no haya discriminación por motivos de clase social, edad, raza o etnia (ICESCR, 1966).

- La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de discriminación contra la Mujer ¹⁰ la misma proclama la plena igualdad entre el hombre y la mujer, considera a la misma como un gran aporte al bienestar de la familia y al desarrollo de la sociedad, reconociendo la importancia de la maternidad, la función de los padres en la educación de los hijos, de ser conscientes que el papel de la mujer en la procreación, no debe ser causa de discriminación, sino que exige la responsabilidad compartida entre hombres, mujeres y la sociedad en su conjunto. "... 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" (Art 12, inc. 2, CEDAW, 1979).

- La Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña ¹¹ , establece en su preámbulo que "el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento". Tienen el derecho intrínseco a la vida, los estados partes garantizarán en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo del niño (Art. 6).

Reconocen que aquel que se encuentra mental o físicamente impedido y deba recibir cuidados especiales, serán gratuitos, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del mismo, también que tenga un acceso efectivo a los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación y a todo tratamiento médico, psicológico y funcional (Art.23).

10 Naciones Unidas, 1979, ratificada por ley 23.179 (B.O. 03/06/1985; incorporada a la Constitución Nacional por art. 75 inc. 22).

11 Naciones Unidas, ratificada por ley 23.849 (22/10/1990); art. 75 inc. 22 CN.

Deben asegurar que ningún niño sea privado al disfrute de esos servicios sanitarios y adoptaran todas las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y atención sanitaria; c) Combatir las enfermedades y la malnutrición; d) Asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres; e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene, el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes; f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres, educación y servicios en materia de planificación de la familia” (Art. 24).

También resulta de importancia, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer¹², que afirma que la violencia contra la mujer, constituye un límite o una violación al reconocimiento, goce y ejercicio de derechos humanos y de las libertades fundamentales, considerándola una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder que afecta a todos los sectores de la sociedad sin distinción. La misma consta de cinco capítulos y un articulado extenso referido de cuáles son los derechos protegidos, los deberes de los estados y los mecanismos interamericanos de protección, define a la violencia contra la mujer como “toda acción o conducta basada en el género que cause muerte, daño o sufrimiento, físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado” (Art.1, Belém do Pará, 1994). En el mismo año en la IV Conferencia Internacional de Poblaciones y Desarrollo en El Cairo, se fue construyendo el consenso de trabajar los temas de la reproducción y sexualidad, bajo un enfoque basado en derechos humanos (OMS, 2014).

12 Tratado multilateral de la Organización de los Estados Americanos (OEA) ratificada por ley 24.632, B.O. 9/4/1996, a cargo del organismo MESECVI mecanismo de seguimiento de la convención de Belem do Parà.

2.3.2. Organización Mundial de la Salud

A causa de las recomendaciones vertidas por la OMS, sobre las atenciones del parto y el nacimiento establecidas en 1985, se permitió cuestionar que la concepción del proceso de embarazo, parto y nacimiento no era una enfermedad, y lo entienden como un proceso normal y natural, siendo aplicables a todos los servicios perinatales del mundo.

Se basa en el principio de que cada mujer tiene un papel central en todos los aspectos de la atención prenatal, incluso puede participar en la planeación, realización y evaluación de la misma, teniendo en cuenta factores sociales, emocionales y psicológicos.

Para la prevención de la violencia obstétrica se debe tener en cuenta que:

1. Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.
2. Debe fomentarse la capacitación de matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como el puerperio.
3. Debe darse a conocer al público, por parte de los hospitales, información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentajes de cesáreas, etc.)
4. No existe justificación en ninguna región geográfica, de un porcentaje que supere un 10 al 15% de cesárea.
5. No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior. Por lo general deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.

6. No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.
7. No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas de parto.
8. Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostada boca arriba) durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.
9. No se justifica el uso rutinario de episiotomía.
10. No deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia, debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región Geográfica deba tener un índice de trabajos de parto inducidos, mayor al 10%.
11. Debe evitarse la administración de fármacos analgésicos, que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.
12. No se justifica científicamente, la ruptura artificial de las membranas por rutina.
13. El neonato sano debe permanecer con la madre, cuando así lo permita el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.
14. Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos.
15. Deben identificarse las unidades de atención obstétricas, que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Deben fomentarse las unidades de este tipo y los procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud. Y estudiarlas como modelos,

para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.

16. Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto, sólo después de una evaluación adecuada.
(OMS, 1985)

Siguiendo la misma lógica de protección de la mujer se establecen 10 principios articulados en la guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. Esta guía constituye una herramienta más, para mejorar la atención de las madres y sus hijos, se pretende que sirvan para dirigir nuestras acciones individuales-colectivas y que sean incorporadas tanto por los que deciden políticas en salud como por la sociedad.

La Oficina Regional de la OMS para Europa y sus estados miembros (Segunda Reunión de Puntos Focales para la Salud Reproductiva/Salud de las Mujeres y los Niños en la Región Europea), propusieron los siguientes principios que deberían ser utilizados como guías en el cuidado del embarazo y de todo parto normal:

1. Ser no medicalizado, (mínimo de intervenciones y aplicar la menor tecnología posible).
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada. Reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.

5. Ser multidisciplinario (parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.)
6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias, dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo, sino de su pareja.
8. Ser apropiado teniendo 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 (OMS, 2001).

2.4 - Conclusiones parciales

En este punto de la discusión teórica-normativa es claro que la sanción y posterior reglamentación de la ley de parto humanizado, fue producto de grandes luchas de grupo sociales a nivel provincial y nacional que no estaban siendo escuchados. Al analizar esta problemática en el derecho comparado, Argentina junto con Venezuela y México son los únicos países que dictaron una ley específica, pensando que con ella se iba a prevenir y solucionar este tipo de violencia; pero esto sigue siendo una ley, y no una práctica debido a diferentes retrasos en la reglamentación y adhesión a esta por parte de las distintas provincias, así como la carencia de otros marcos normativos, leyes y decretos, que faciliten no solo su aplicación sino también el conocimiento de esta por parte de la sociedad en general.

Algunos puntapiés importantes, fue el proceso de investigación por parte del Observatorio de Salud, Género y Derechos, ante casos de VO (2001), la conformación de una subcomisión dependiente de la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la

Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG) (2013), la creación del primer Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO), de alcance nacional, que se creó junto con la reglamentación de la ley 25.929 (sancionada en 2004) (2015), antecedentes provinciales como fue la ley de Río Negro, Corrientes, Buenos Aires anterior a la nacional.

Como se vio ninguna norma local fijó estándares más exigentes, ni aportó definiciones o mecanismos novedosos; también se debe reconocer la importancia de los documentos que expidió el Ministerio de Salud de la Nación, entre otros.

En la Ley N° 25.929 de Parto humanizado, se enuncian los derechos de la mujer en todo periodo de preparto, parto y post- parto, los del recién nacido y por último que derechos tienen los padres ante un riesgo que padezca su hijo/hija.

Siendo estas prestaciones obligatorias y la enumeración de las mismas no taxativa, debiendo complementarse con otras leyes especiales relacionadas al tema. Se protege en forma integral el binomio Padres- Hijo/hija.

Luego en los capítulos de la Ley N° 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, se establecieron aquellos derechos que le compete a todo paciente, el deber de informar con el correlativo deber de consentimiento informado y la forma en que debe prestarse.

El paciente tiene la titularidad de su historia clínica, teniendo el derecho de acceder a la misma en cualquier ocasión.

Siendo la autoridad de aplicación de ambas leyes, el Ministerio de salud de la Nación, en todo ámbito público como privado.

En el anteproyecto analizado, supone un grave atentado hacia las mujeres, en su doble aspecto por un lado como calidad de usuarias del sistema de salud (parturienta) y por el otro como calidad de trabajadoras del sistema de salud (obstetras).

Intervienen en la vida íntima y privada a través de prácticas concretas sobre sus cuerpos, como también sobre su salud sexual y reproductiva.

En caso de aprobarse, el Parto Planificado en Domicilio (PPD) y las casas de parto, pasan a ser ilegales. A las Licenciadas en Obstetricia, no se las reconoce como profesionales idóneas, autónomas e independientes, ya que solo las habilita únicamente a trabajar en los hospitales, sanatorios y centros de salud. Tampoco reconoce las labores de las puericultoras y Doulas. Esto es una cuestión política e ideológica y no está exento de intereses personales, económicos de los profesionales, en ningún momento se tiene en cuenta las necesidades y expectativas de la mujer, su hijo/a y su familia.

La violencia obstétrica, aún no se considera un delito dentro del Código penal, es por eso que el Ministerio de salud de la Nación, no la puede sancionar, salvo en los casos de mala praxis, siempre y cuando se pueda corroborar el daño. También hay que reconocer la influencia que proporcionaron los instrumentos internacionales; ya a mediados del 80' comenzó a surgir la idea de que las mujeres tenían derechos durante el parto y es así que en 1985 la OMS, mostró su preocupación por la sobre medicalización del parto, las altas cifras de mortalidad materna y perinatal, el aumento de los procesos mórbidos¹³ que repercutían individual, familiar y socialmente.

13 El proceso mórbido se inicia antes de que aparezca la lesión, es decir, cuando se inicia la alteración funcional. Se centra básicamente en la enfermedad.

CAPÍTULO III. SUJETOS INVOLUCRADOS

3.1 Introducción

Ampliando la discusión planteada en el segundo Capítulo que tiene una relación directa con el objetivo central que intentamos responder desde un inicio, ¿en qué supuestos y bajo qué condiciones existe responsabilidad civil de los especialistas de la salud y de los centros médicos ante un caso de violencia obstetricia?

En este capítulo podemos complementarlo al hacer un análisis del Art. 1798 del CCCN, para determinar el tipo de responsabilidad que se les atribuye a los profesionales liberales, en sentido amplio.

Luego desarrollando en otro punto específico la Responsabilidad de los médicos, de los equipos o grupos médicos, que tipo de responsabilidad se les podría imputar a los establecimientos públicos o privados, sistema de medicina prepaga u obras sociales y que sucede con los demás profesionales del arte de curar. Para finalizar se explica ante que organismos deberíamos recurrir en caso de VO.

3.2 Responsabilidad de los profesionales liberales. Análisis del Artículo 1798 del Código Civil y Comercial de la Nación

El concepto de profesional es considerado ampliamente, no solo abarca a los profesiones liberales que son aquellos que requieren un título otorgado por una universidad que lo habilite para el ejercicio profesional; la matriculación en un colegio; la autonomía científica y técnica; la sujeción a normas éticas y reglamentarias que rigen su actividad específica, sino también abarca a todo aquel que ejerce empleo, oficio o profesión en forma habitual u ocasional (Pizarro y Vallespinos, 2012).

A este tipo de responsabilidad, podríamos encuadrarla dentro del Código Civil y Comercial de la Nación¹⁴ donde se estipula que “La actividad del profesional liberal está sujeta a las reglas de las obligaciones de hacer. La responsabilidad es subjetiva, excepto que se haya comprometido un resultado concreto. Cuando la obligación de hacer se preste con cosas, la responsabilidad no está comprendida en la Sección 7 de este Capítulo, excepto que

14 Libro Tercero (derechos personales). Título V (otras fuentes de las obligaciones). Capítulo I Responsabilidad Civil. Sección 9 Supuestos especiales de responsabilidad.

causen un daño derivado de su vicio. La actividad del profesional liberal no está comprendida en la responsabilidad por actividades riesgosas previstas en el artículo 1757” (Art. 1768).

Desentrañando esta norma interpretamos que en su primer apartado, está regulada de la siguiente manera: Se aplican las reglas de las obligaciones de hacer que “es aquella cuyo objeto consiste en la prestación de un servicio o en la realización de un hecho, en el tiempo, lugar y modo acordados por las partes” (Art. 773). Por regla la imputación es SUBJETIVA, por ende para atribuir responsabilidad civil, el damnificado deberá probar la "culpa" o el "dolo" del profesional interviniente en el hecho. Es decir,

“La culpa consiste en la omisión de la diligencia debida según la naturaleza de la obligación y las circunstancias de las personas, el tiempo y el lugar. Comprende la imprudencia, la negligencia y la impericia en el arte o profesión” y el “El dolo se configura por la producción de un daño de manera intencional o con manifiesta indiferencia por los intereses ajenos” (art. 1724).

En relación a la culpa profesional, ella se rige por el Art. antes visto, pero la conducta se debe valorar de la siguiente manera:

“Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor es la diligencia exigible al agente y la valoración de la previsibilidad de las consecuencias. Cuando existe una confianza especial, se debe tener en cuenta la naturaleza del acto y las condiciones particulares de las partes. Para valorar la conducta no se toma en cuenta la condición especial, o la facultad intelectual de una persona determinada, a no ser en los contratos que suponen una confianza especial entre las partes. En estos casos, se estima el grado de responsabilidad, por la condición especial del agente” (art. 1725).

Según la norma, la graduación de la culpa deberá realizarse en el caso concreto, analizando qué conducta debía esperarse del profesional y teniendo en cuenta las circunstancias que lo rodean.

En forma general, existen algunos deberes profesionales que inciden sobre los estándares que fijan su conducta. Pizarro y Vallespinos (2013) distinguen:

- a) Deber de actuación profesional diligente. Tiene que ver con la forma en que el profesional presta el servicio.
- b) Deber de informar. Se relaciona con el deber de comunicar determinada información al cliente ya sea asesorando, aconsejando o advirtiendo.
- c) Deber de confidencialidad. Implica no revelar a terceros todo lo relacionado con el cumplimiento de la obligación asumida.
- d) Obligación de seguridad. Arbitrar los medios para asegurar que el cumplimiento de la obligación ocurra sin daños al cliente.

Y excepcionalmente, la culpabilización o la culpa, será OBJETIVA, si se comprometió un resultado concreto de lo cual surgirá de la naturaleza de la obligación asumida o del pacto y para exonerarse total o parcialmente de responsabilidad, aquél deberá acreditar una causa ajena al hecho dañoso como protagonista en la causalidad, esto surge del Art.1723 “Cuando de las circunstancias de la obligación, o de lo convenido por las partes, surge que el deudor debe obtener un resultado determinado, su responsabilidad es objetiva”

En cualquier supuesto contractual, el juez analizara las circunstancias en sentido amplio en cambio cuando se trata de la responsabilidad de profesionales su interpretación debe ser restrictiva, es decir que en caso de duda sobre la existencia de ese compromiso, la responsabilidad es subjetiva.

El CCCN considera eximentes de responsabilidad al Hecho del damnificado, es decir aquel hecho que por la incidencia de la víctima se produce el daño (art. 1729), por Caso fortuito o Fuerza mayor, aquel hecho que no ha podido ser previsto o que, habiendo sido

previsto, no ha podido ser evitado (art.1730) o también por el Hecho de un tercero, por quien no se debe responder y debe reunir los caracteres del caso fortuito (art. 1731).

En el caso de los médicos es más común la asunción de obligaciones de medios que la de resultado que se puede reservar en ciertos casos, como la cirugía estética.

Concluimos entonces que el profesional promete un hacer que consiste en una diligencia conforme a las reglas de la profesión, sin que pueda asegurar un resultado; de allí que la imputación sea subjetiva y pueda liberarse probando su falta de culpa” (Lorenzetti, Highton de Nolasco & Kemelmajer de Carlucci, 2012).

En el segundo apartado se regula a aquella actividad medica que se presta con cosas y se establece que por más que se empleen las mismas la responsabilidad no es objetiva, es decir sigue siendo subjetiva, salvo que causen un daño derivado de su vicio. La actividad o la tarea del profesional liberal no está comprendida en la responsabilidad por actividades riesgosas (Pizarro & Vallespinos, 2012)

Esto se fundamenta porque al profesional no se le podrá endilgar responsabilidad civil objetiva a título de dueño o guardián de la cosa, por más que lo fuera, excepto que el perjuicio fuere causado por el vicio de la cosa aplicada para sanar, es decir, cuando exista daño o una mala praxis o ambas.

Supongamos que el daño es provocado por el vicio de la cosa, pero el profesional no resulta ser el dueño o guardián de la cosa, no podrá atribuírsele responsabilidad objetiva en el evento, sigue siendo subjetiva. Sin perjuicio de la responsabilidad civil que le cabe al propio dueño o guardián de la cosa interviniente en el hecho dañoso, como puede ser el establecimiento de salud.

Generalmente, el profesional liberal en su actividad presta su obligación con el uso de cosas (por ejemplo, los médicos utilizan bisturí), por esta habitualidad es que la norma regula expresamente este supuesto (Sagarna, 2014).

Con respecto esto y en busca de dar mayor claridad, dice Vázquez Ferreyra (2015) que es plausible excluir la responsabilidad objetiva por el uso de cosas riesgosas en el campo de la medicina, porque el progreso de la misma va de la mano de la utilización de todo tipo de aparato, herramienta, instrumento o medicamento que son utilizados en beneficio del propio paciente y muchas de esas cosas son riesgosas por su propia naturaleza. Se trata de supuestos en donde puede invocarse plenamente el estado de necesidad.

Siguiendo con la discusión, en relación a la carga de la prueba ésta corresponde normalmente a quien alega la existencia del daño (Art. 1734), cabe diferenciar que si la obligación del profesional es de resultados es decir comprometió su deber de diligencia, pericia y prudencia orientada a producir un resultado, la cuestión se simplifica para la víctima; pero si es de medios es decir comprometió su deber pero sin asegurarlo, deberá probarse la existencia del daño que alega, la antijuridicidad de la conducta del deudor, la relación causal adecuada entre el perjuicio y el incumplimiento, el factor de imputabilidad, si consiste en la culpa o dolo del infractor y demostrar el incumplimiento del profesional.

Generalmente en estos casos pasa que el juez distribuye la carga de la prueba de la culpa o de haber actuado con la diligencia debida, ponderando cuál de las partes se halla en mejor situación para aportarla y normalmente es el profesional que se encuentra en esta situación (Art. 1735)

Por último en relación a la fuente o hecho generador de dicha responsabilidad, ésta puede ser por el incumplimiento de una obligación de origen legal o contractual por parte del profesional o la simple violación de un deber genérico de no dañar a otro por acción y omisión (Art. 1749), es decir que según su naturaleza en el actual régimen se sostiene que la responsabilidad profesional tiene carácter obligacional o contractual (que puede ser de locación de obra, de servicios o incluso un contrato innominado) aunque cabe resaltar que frente a terceros se enrola en el régimen de la responsabilidad extracontractual.

Y es en el ámbito contractual donde asume relevancia la clasificación de las obligaciones de medios y de resultado, pues determinará la aplicación de un factor subjetivo u objetivo de atribución asuntos importantes como veremos a continuación a la hora de establecer responsabilidades en los casos de VO.

Recordamos que la tesis que adopta el Código Civil y Comercial es la de la unidad del fenómeno de la ilicitud (Pizarro & Vallespinos, 2012).

3.3 Responsabilidad de los distintos profesionales intervinientes

3.3.1. Responsabilidad de los médicos

Continuando la discusión en el tema que nos compete en este TFG, como es la Responsabilidad de los médicos se puede decir que es una de las ramas de la ciencia que ha tenido mayor evolución en los últimos siglos, debido a las múltiples y variadas investigaciones, el desarrollado la industria farmacológica, la expansión del uso de instrumentales quirúrgicos y de los métodos de diagnóstico a través de tecnología avanzada logrando desarrollar fuertemente esta disciplina, lo que ha implicado un acrecentamiento de la actividad médica, ampliando el espectro de situaciones en las que puede eventualmente surgir la responsabilidad profesional.

Si el médico fue requerido y aceptó intervenir, significa que asumió su deber de prestación médica y la omisión de la misma da lugar a una responsabilidad contractual y también acarrea responsabilidad cuando se efectúa una mala praxis, ya sea por error de diagnóstico, inapropiado tratamiento clínico o quirúrgico, o ante una negligente, imprudente o imperita intervención que cause daño a otro.

En la culpa profesional del médico se aplica las mismas reglas de la noción de culpa en general, ya desarrollado en el apartado anterior (Art. 1724 y 1725).

En este caso en concreto, será dable de exigir mayores estándares de conocimiento y mayor será el deber de prudencia de un médico especialista respecto de un médico residente.

La norma aplicable es el Art. 1728 que se extiende a todas las responsabilidades profesionales, pero debe ser analizada en forma complementaria con:

Art. 17, referido a los derechos sobre el cuerpo humano.

Art. 55, sobre disposición de derechos personalísimos.

Art. 56, sobre actos de disposición sobre el propio cuerpo.

Art. 57, sobre prácticas prohibidas.

Art. 58, sobre investigaciones en seres humanos.

Art. 59, sobre consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud.

Art. 60, sobre directivas médicas anticipadas.

Arts. 774, 775 y 776, referidos a las obligaciones de hacer.

Ley de defensa del consumidor sobre la relación médico-paciente. (24240)

Ley N° 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud

(Vázquez Ferreyra, 2015).

En principio la responsabilidad del médico es, en la mayoría de los casos de tipo contractual y excepcionalmente se señala una serie de supuestos que se podría considerar extracontractual:

- a) Cuando los servicios del médico son requeridos por otra persona distinta del paciente.

- b) Cuando son prestados espontáneamente, sin consentimiento del paciente.
- c) Cuando los servicios son prestados en contra de la voluntad del paciente.
- d) Cuando el médico ha cometido un delito del derecho criminal en relación a una persona, sea o no cliente.

(Lorenzetti, 1997; Mosset Iturraspe, 1998).

Se consideran deberes generales del médico:

- Deber de información: La obligación de informar que pesa sobre el médico y la institución sanitaria tiene fundamento jurídico en nuestra Constitución Nacional, (art. 42 que tutela la salud y el derecho a la información), como en diversos tratados de jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22 de la CN) y también en el principio de la buena fe contractual y la autonomía de la voluntad.

Ante el incumplimiento de este deber, en primer lugar obstruye la posibilidad de alcanzar el consentimiento informado y en segundo lugar, dependiendo de las circunstancias del caso, se podría llegar a considerar que el acto médico se ha tornado ilícito o viciado. Los riesgos específicos que el facultativo sabe que el acto médico puede llegar a producir son las que deben ser puestas en conocimiento del paciente, para que de este modo tenga la posibilidad de asumir o no el eventual riesgo de dañosidad de la ejecución de la terapéutica a realizar, si estas son desconocidas el facultativo debe soportar el riesgo por sí solo (Gherzi & Weingarten, 1998).

Deber de recabar el consentimiento del paciente: Como ya hemos expuesto, este deber es correlativo con el anterior y alude a la declaración de voluntad del paciente luego de habersele brindado suficiente información sobre el procedimiento o intervención quirúrgica propuesta como médicamente aconsejable (López Mesa & Trigo Represas, 2005).

“El médico debe revelar información adecuada al paciente, de manera tal que le permita participar inteligentemente en la toma de decisión del tratamiento propuesto y luego obtener su consentimiento o bien la manifestación de su rechazo a dicho tratamiento. Tales deberes son propios del ejercicio de la actividad médica”. (Calvo Costa, 2007, p. 316).

Nuestro código lo regula estableciendo que “el consentimiento libre e informado del damnificado, en la medida en que no constituya una cláusula abusiva, libera de la responsabilidad por los daños derivados de la lesión de bienes disponibles” (art 1720).

Pero cabe aclarar que en relación a las practicas médica, se debe tener en cuenta lo establecido en leyes especiales que regulan bajo qué condiciones puede el consentimiento informado del paciente constituir una causa de justificación como son, la ley 26743 sobre Identidad de Género, la ley 26657 sobre Derecho a la Protección de la Salud Mental, la ley 24193 de Trasplantes de Órganos y la ley 26529 sobre Derechos de los Pacientes que la interpretaremos con mayor detenimiento en el apartado siguiente, entre otras (Tolosa y González Rodríguez, 2015)

El paciente puede negar su consentimiento y en tal caso el médico no podrá actuar salvo, que quede abandonado o cuando en caso de urgencia no permitiere obtener el consentimiento necesario, el mismo deberá prestar la asistencia que corresponda, aun sin esa conformidad.

El error de diagnóstico genera responsabilidad al médico por los daños que sufra el enfermo como consecuencia de un tratamiento inadecuado o de haberse sometido a una intervención inadecuada.

El error debe ser grave e inexcusable. Respecto a este punto, existe un precedente judicial que resolvió que el médico está obligado a detectar lo detectable; de no hacerlo, se evidencia una impericia manifiesta, la jurisprudencia resolvió que si se interviene a un paciente quirúrgicamente, sin haber antes realizado un examen preoperatorio adecuado y los

correspondientes análisis de laboratorio, radiológico y cardiológico pertinentes, se incumple con los deberes de diligencia, prudencia y pericia.¹⁵

Si se interpreta el art. 1725 (valoración de la conducta), se puede considerar que en los contratos médico-asistenciales existe una relación especial de confianza entre paciente y su familia con los profesionales que atienden su salud, es decir que se tiene en cuenta la condición especial o la facultad intelectual del médico y se estima el grado de responsabilidad, por su condición de agente que se encarga de la salud humana y cualquier déficit de la prestación, deriva en la muerte o lesiones graves o gravísimas hacia el “paciente”.

Este podrá eximirse de responder si acredita que el cliente abandono el tratamiento o la atención médica por parte del mismo.

3.3.2. Responsabilidad de los equipos médicos

Según la OMS (1973), el equipo de salud se define como aquella “Asociación no jerarquizada de personas de diferentes disciplinas y profesionales con un objetivo en común, que es el proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención de salud más integral posible”

Para conseguir este objetivo, se debe trabajar en equipo a través de un compromiso diario con el paciente, con procedimientos y herramientas de trabajo clínico y administrativo apropiados para cumplir los mismos y efectiva división del trabajo (designación, seguimiento del desempeño, formación de los roles y la necesidad de un líder), una comunicación intra e intergrupales, que compartan la misma idea y fines (identidad de grupo) (APXII, 2011).

15 CAMARA DE APEL. EN LO CIVIL, COM. Y CONTENC. ADM. RIO CUARTO, CORDOBA, 1RA. NOM, “Avalos - Cenzano - Souza) B.D.F. c/ F.M.G. y Otros s/ Ordinario” - Expte. N° 505946 Nro. Fallo: 13160120 (2013) <http://www.pensamientocivil.com.ar/system/f.iles/2015/02/Fallos563.pdf>.

Los equipos médicos responden en forma colectiva y anónima, esto se ha dado por la complejidad de la actividad médica, que lleva a que la misma sea efectuada cada vez más como un acto colectivo más que como el de un profesional individual. Se requiere mayores conocimientos y especializaciones, dando lugar a lo que se denomina pluriparticipación profesional, estos pueden manifestarse como prestaciones en equipo propiamente dicho, en este caso deberá analizarse si el paciente ha contratado individualmente con cada especialista o lo ha hecho con el jefe del grupo, quien, a su vez, ha seleccionado a sus colaboradores.

Como también en Prestaciones separadas pero simultáneas, cuando la intervención galénica no se produjera en equipo, sino que fuese de cada especialista separadamente, la responsabilidad será individual si puede probarse la causa del daño, es decir que se pruebe quien ha sido el causante (Tanzi & Casazz 2015).

Pero “Si el daño proviene de un miembro no identificado de un grupo determinado responden solidariamente todos sus integrantes, excepto aquel que demuestre que no ha contribuido a su producción” (Art.1761)

La norma soluciona el problema, estableciendo que se pruebe la culpa del grupo o alguno de sus miembros indeterminados y que cada profesional pruebe individualmente su no culpa y así quedara eximido de responsabilidad.

También resulta de aplicación el Art. 1762 “Si un grupo realiza una actividad peligrosa para terceros, todos sus integrantes responden solidariamente por el daño causado por uno o más de sus miembros. Sólo se libera quien demuestra que no integraba el grupo”.

3.3.3. Responsabilidad de los establecimientos públicos o privados, sistema de medicina prepaga u obras sociales

Cabe resaltar que las clínicas, los sistemas de Medicina prepaga u obras sociales, también deben responder en ciertos supuestos.

Cuando un paciente es atendido en establecimientos asistenciales públicos o privados se produce una coexistencia de actos de carácter hospitalario o para médicos y de actos galénicos.

El paciente tiene una acción directa contra el médico en caso de su incumplimiento profesional por la obligación nacida de aquella estipulación a su favor, y a su vez posee una acción directa, en el mismo caso, contra la entidad estipulante en razón del contrato de asistencia.

En principio no se rige por los principios de la responsabilidad por el hecho de sus dependientes, ya que el médico posee autonomía científica y técnica, salvo que haya un contrato de relación de dependencia entre el médico y el sanatorio, en este caso el establecimiento responde objetivamente por los daños que cause el profesional siempre y cuando acaezca en ejercicio o en ocasión de las funciones, aquí responden concurrentemente (Art. 1753)

Además de la responsabilidad del médico, la entidad hospitalaria o sanatorial lleva implícita una obligación tácita de seguridad de carácter general y accesorio en ciertos contratos que requieren la preservación de las personas de los contratantes, contra los daños que puede originar la ejecución del mismo.¹⁶

En tal sentido, no basta que el ente asistencial aproxime al paciente, profesionales habilitados para el ejercicio de la medicina, sino que debe asegurarle una prestación médica

16 Cámara Nacional Civil y Comercial Federal “Rodríguez, Enrique Carlos c/YPF s/ daños y perjuicios”, Sentencia del 27.07.10 Boletín de jurisprudencia del Poder Judicial de la Nación (2009-2012).

diligente e idónea, de acuerdo a las circunstancias particulares, lo menos reprochable posible.¹⁷

3.3.4. Responsabilidad de otros profesionales en el arte de curar

Todo lo dicho en apartados precedentes, también resulta aplicable a otros profesionales del arte de curar (v. g. parteras, enfermeros, etc.).

En el caso de los farmacéuticos, cabe hacer una distinción entre tareas realizadas como profesionales, que aquí actúan como auxiliares de los médicos en la preparación de recetas o despacho de medicamento prescripto, comprometiendo su responsabilidad profesional en caso de falta de diligencia, impericia o negligencia.

Y por otro lado las realizadas en calidad de comerciantes, que responden como proveedores de productos elaborados, asumiendo la responsabilidad contractual por el deber de seguridad implícito en el contrato.

3.4 ¿A quiénes recurrir?: Organismos competentes

Desde 2013 CONSAVIG, (Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género), dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, coordina una Mesa de Trabajo interinstitucional que aborda la Violencia Obstétrica de la que participan la Dirección de Maternidad e Infancia y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, la

¹⁷ . Cámara Nacional Civil y Comercial Federal, sala 1ª, “G., J. y otra v. Hospital Militar Central y otros”, LN (1990).

Superintendencia de Servicios de Salud y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI).

En caso de ser víctima de maltrato en el proceso del pre-parto, parto o post-parto y post aborto, se puede ratificar una denuncia a través de un reclamo administrativo gratuito ante esta comisión, la misma lleva un registro de las denuncia con fines estadísticos y luego las deriva al organismo pertinente para que tome intervención, cada uno de ellos fijan un término de caducidad, por ejemplo en el caso de la Superintendencia de Servicios de Salud toman denuncias hasta 2 años de acaecido el hecho.

Tienen como objetivo promover acciones tendientes a la prevención y modificación de las prácticas médicas, entendidas como VO y ayuda además a contribuir a la visibilización de este tipo de violencia no tan conocida.

Se necesita la presentación de una nota con los datos de la denunciante y de la institución de salud responsable de la situación denunciada, relatando detalladamente los hechos sucedidos, firmada y acompañada con una copia del documento nacional de identidad y se debe establecer también si se ha presentado previa o paralelamente una denuncia judicial, se podrá hacer en forma personal o enviando un correo o mail.

Se tratará de verificar la existencia de prácticas y/o condiciones en el establecimiento asistencial denunciado y puede realizarse una auditoria en el mismo y formular recomendaciones para procurar que las situaciones de violencia detectadas no vuelvan a suscitarse (No se investigan cuestiones vinculadas con una posible “mala praxis”).
(CONSAVIG, s/d).

3.5 Conclusiones parciales

Entonces terminada la discusión la responsabilidad de todos los sujetos involucrados será siempre subjetiva, salvo que se haya comprometido un resultado en concreto o que el daño se produjo por la utilización de una cosa, que conlleva un vicio en sí misma, siendo el dueño o guardián autor material.

La medicina es un actividad riesgosa por naturaleza, por ende siempre se responde en forma subjetiva. Por lo tanto a esta, se aplica la doctrina de las cargas probatorias dinámicas, que consiste en imponer la carga de la prueba a quien está en mejores condiciones de aportarla, es decir el personal de salud.

Con respecto a su naturaleza siempre es de origen contractual y se encuentra en forma tácita y accesoria la obligación de seguridad, salvo ciertas excepciones que enumera la doctrina, se puede considerar extracontractual.

Responden en forma directa por acción u omisión, siempre que no se haya establecido una relación de dependencia entre el establecimiento (público o privado) y el personal de salud, en este caso la responsabilidad es indirecta y concurrente.

El error grave e inexcusable del diagnóstico genera como consecuencia un inadecuado tratamiento o intervención según el caso, al cual se debe responder.

Con respecto a los equipos médicos, responden en forma solidaria, colectiva y anónima, por la complejidad que implica la actividad médica se requiere cada vez más participaciones, con diversos conocimientos y especialidades, salvo que se pueda probar su no participación o no pertenencia al grupo.

Por último se establece que ante un caso de VO, se deberá realizar un reclamo administrativo ante CONSAVIG (Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género), sin perjuicio de las acciones judiciales que se pueda entablar en forma paralela o simultánea. La vida, la salud, la integridad física son algunos bienes personales que la leyes protegen en miras del interés individual y general.

CONCLUSIONES FINALES

Al iniciar mi trabajo final de grado, para obtener el título de abogada, me enfrenté al nerviosismo típico de la elección del tema a desarrollar, considerando con cuidado que es un

asunto desconocido, con poca información disponible, que presentaba vacíos legales y lagunas en el derecho.

Durante la revisión normativa y antecedentes teóricos pude comprobar un error, que la evidencia que se mostró anteriormente demuestra, que existe amplia regulación legal, en todos sus niveles. Tanto a nivel nacional existe un ley específica llamada “ley de parto humanizado”, que se centra en los derechos de los padres e hijos, que si bien no habla específicamente de VIOLENCIA, ni menos OBSTÉTRICA, en su posterior reglamentación la nombra y es ahí, donde se comienza a hablar del personal de salud, es una figura que se encuadra en el Código Civil, dando como resultado una sanción pecuniaria de daños y perjuicios, por culpa negligente profesional y puede alcanzar a diversos actores de manera solidaria y si se entiende por daño a la salud la desinformación y otras prácticas que no garanticen un parto humanizado tal y como está contemplado en la ley.

A nivel provincial, inclusive existen leyes antes de la sanción de la ley 25.929, el resto se adhirieron a la misma o dictaron sus propias legislaciones e internacionalmente, se evidencio innumerables Tratados, Guías y Recomendaciones que se han dictado para dar solución a esta problemática.

Si bien, se puede observar que hay varias leyes, decretos, normativas que buscan proteger y ampliar los derechos de las mujeres, en especial en casos de violencia obstétrica, vale la pena preguntar ¿Por qué con tantas regulaciones, organismos específicos encargados de tomar denuncias, se siguen vulnerando los derechos de la mujeres?

Como mujer contesto, con una frase de uso cotidiano “no hay peor sordo que el que no quiere oír, ni peor ciego que el que no quiere ver”, ¿Acaso somos todas sordas y ciegas?.

Creo, que de a poco el feminismo se está despertando, la violencia y específicamente la violencia obstétrica es sufrida históricamente, por la estructura social patriarcal y la indudable posición machista de los profesionales de salud y sistema biomédico imperante que

ve al cuerpo gestante como un cuerpo a ser tratado sujeto a lo que se disponga de este por su bienestar como se mencionó en principio de este trabajo.

Esto es una muestra de que este tipo de abuso es naturalizado, a tal punto de ser invisibilizado por la sociedad misma, aquí está la tarea principal “desnaturalizar” estas prácticas estereotipadas; y es este el inconveniente más grave y más difícil de resolver.

No se puede negar, que la ciencia permitió la baja de la mortalidad materna e infantil, pero muchas intervenciones médicas rutinarias que se han dejado de recomendar hace años, siguen siendo utilizadas, sin necesidad y menos con el consentimiento de la mujer, porque nadie puede decidir sobre algo que desconoce.

Esto se debe a que se despersonaliza la atención médica, porque considera a la mujer un objeto, no un sujeto de derecho y conlleva a la deshumanización.

El medico omnipotente decide sobre esos cuerpos sumisos y resignados que le deben respeto porque “gracias a él, yo voy a traer un hijo al mundo”, aparte de que acorte la libertad de expresión y se violente el derecho de no sufrir discriminación en razón de género, se tiene una noción errada, el parto es un proceso natural.

Muchos de ellos dirían que son “de la vieja escuela”, con ese fundamento no actualizan sus conocimientos ni replantean sus prácticas, transmitiéndolas de generación de generación a los nuevos residentes que realizan las prácticas junto a ellos.

Hay veces que la historia nos impone modificar el futuro; sin embargo, así estamos en el siglo XXI, de allí la consideración de que no hace falta una modificación legislativa o creación de mecanismos para solucionar este tema, sino más bien para la prevención, erradicación y sanción, se requiere de un profundo cambio social.

Finalmente como aporte, considero que el aumento del personal de salud, la mejora en la infraestructura y la promoción al uso del “plan de parto “serian buenas estrategias para superar la VIOLENCIA OBSTÉTRICA.



BIBLIOGRAFÍA

DOCTRINA

- Albacete (2011). Medicalización de la vida. Revista Clínica Médica de Familia. 4 (2). Recuperado el 17 de mayo de 2018 de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011
- Amezcua M (2000). Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. Revista cultura de los cuidados; IV(7-8): 60-67.
- Amezcua, M (2010). Seguridad compartida en el entorno asistencial. Negociando los significados del riesgo. Revista ROL Enfermería 33(7-8): 496.
- APXII [Atención Primaria, 12 meses para 12 causas] Recuperado el 18 de mayo de 2018 <https://apxii.wordpress.com/tag/enfermeria-familiar-y-comunitaria/>
- Arias, A.E (2016/06/11). Web medica argentina. Recuperado el 18/07/2018 de
<https://www.webmedicaargentina.com.ar/index.php/articulosk2/item/46-guias-del-ministerio-de-salud-obstetricia-argentina>
- Armus, D. y Belmartino, S. (2001) “Enfermedades, Médicos y Cultura Higiénica”, Cattaruzza, A. (dir.) Nueva Historia argentina. Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930–1943), tomo VII. Buenos Aires: Sudamericana.
- Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS). (26 de agosto de 1999). Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España. XV Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.
- Batida, A. (2018/18/07). Bebesymas. Recuperado de
<https://www.bebesymas.com/recien-nacido/el-contacto-piel-con-piel-tras-nacer-podria-conllevar-ciertos-riesgos-para-la-vida-del-bebe>

- Belli, L. (2013) La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos, [Versión electrónica] Revista Redbioética/UNESCO, 1 (7): 25-34.
- Belmartino, S. (2005) La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Belmartino, S. (2007) “Los servicios de atención médica: un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad”, Torrado, S. (comp.) Población y bienestar en la Argentina del primer centenario. Una historia social del siglo XX, Tomo II , Buenos Aires: Edhasa.
- Calvo Costa. C A. (2007). Daños ocasionados por la prestación médico asistencial. Buenos Aires: Hammurabi.
- Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG) .Ministerio de justicia y derechos humanos. Presidencia de la nación. Recuperado el 18 de mayo de 2018 <http://www.jus.gob.ar/areas-tematicas/violencia-de-genero/denuncia-de-la-violencia-obstetrica-modelos-e-instructivo.aspx>
- Echeburúa, E y Del Corral, P (2001).Xunta de Galicia. Recuperado el 18 de mayo de 2018 <http://igualdade.xunta.gal/es/content/que-es-la-violencia-de-genero>
- Fernández, JM (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. Revistas científicas complutenses, (18): 7-31. Recuperado el 17 de mayo de 2018 de: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PierreBourdieu.pdf>
- Fortaleza’85. (2018/18/07). Fortaleza’85 [Salud perinatal y sus derechos]. Recuperado de <http://fortaleza85.blogspot.com/2018/06/peligra-el-parto-planificado-en.html>.

- Fortaleza'85. (2018/18/07). Fortaleza'85 [Salud perinatal y sus derechos]. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1qMvppnLGtBc9B-mXOthWrjxGThvrdQvl/view>
- Fresneda, L.G. Serpadres. Recuperado el 18/07/2018 de <https://www.serpadres.es/embarazo/parto-posparto/articulo/que-es-el-plan-de-parto-y-como-se-elabora>
- FUNDALAM. (2018/07/05). Fundación lactancia y maternidad. Recuperado el 18/07/2018 de <http://www.fundalam.org.ar/wp-content/uploads/2012/12/Ficha-Rol-de-la-Puericultora.pdf>
- Ghersi, C. A., Weingarten, C. (1998). La responsabilidad médica – El derecho de información y decisión del paciente. El estado de necesidad. El consentimiento y la aceptación de riesgos. LL – E, 116.
- González, A. (1990) “La profesión de obstétrica: género y subordinación”, La producción oculta. Mujer y antropología. III Congreso Argentino de Antropología Social. Buenos Aires: Contrapunto.
- <https://www.humanium.org/es/definicion/>
- Informe sobre la salud en el mundo (2006). Organización mundial de la salud. Recuperado el 17 de mayo de 2018 http://www.who.int/topics/health_workforce/es/
- INSGENAR (2008). Con todo al aire 2. Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos (2ª ed.). Rosario, Argentina: Instituto de Género, Derecho y Desarrollo y CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer).
- Jara, C y Paba, M. Humanium. Recuperado el 18 de mayo de 2018

- Knibiehler, Y. (2001) Historia de las madres y de la maternidad en Occidente. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Liguori, N. (2018/18/07). Licenciada Natalia Liguori [Psicóloga con orientación clínica y formación en Salud Mental Perinatal]. Recuperado de <https://licenciadanatalialiguori.wordpress.com/2016/09/25/plan-de-parto/>
- López Mesa, M. J. & Trigo Represas, F. A. (2005). Responsabilidad civil de los profesionales. Buenos Aires: Lexis Nexis.
- López, A.D (2017). PARTIR DEL RESPETO PARA EVITAR LA VIOLENCIA. Revista electrónica furia Recuperado el 17 de mayo de 2018 de: <http://revistafurias.com/partir-del-respeto-violencia-obstetrica/>
- Lorenzetti, R. (1997). Responsabilidad civil del médico. Santa Fe: Editorial RubinzalCulzoni.
- Lorenzetti, R.L, Highton de Nolasco, E & Kemelmajer de Carlucci, A (2012). Fundamentos del anteproyecto del código civil y comercial de la nación. [Versión electrónica] <http://goo.gl/K8bpzE> 174-195.
- Maoño, C y Vázquez, N (2006).Diccionario de acción comunitaria y cooperación al desarrollo. Recuperado el 18 de mayo de 2018 <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/66>
- Martín, L. (2018/18/07).Premium Madrid. Recuperado de <https://rehabilitacionpremiummadrid.com/blog/laura-martin/que-es-el-plan-de-parto-en-el-embarazo/>
- Mazzeo, V. (2006) La inequidad en la salud-enfermedad de la primera infancia. Las políticas de salud y la capacidad resolutive de los servicios en la Ciudad de BuenosAires. s/d.

- Michel ramón, A & Allori, A.(2017). El parto respetado como asunto de derechos: el mapa jurídico en la Argentina. Mora. Revista del instituto interdisciplinario de estudios de género 23 (1). Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2017000100010
- Ministerio de salud de Perú. Recuperado el 18 de mayo de 2018 <http://www.minsa.gob.pe/portalminsa/efemerides/ninopornacer/default.asp>
- Molaro, L.P (2018/18/07).Lobamaterna [Es un proyecto creado para acompañar a las mujeres y sus parejas durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia. Maternidad-Paternidad consciente y presente]. Recuperado de <https://lobamaterna.com/2016/03/14/normal-x-humanizado-sabes-la-diferencia/>
- Molaro, L.P. (2018/18/07).Lobamaterna [Es un proyecto creado para acompañar a las mujeres y sus parejas durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia. Maternidad-Paternidad consciente y presente]. Recuperado de <https://lobamaterna.com/2015/11/05/una-doula-como-se-inventan-de-cosas/>
- Moreno, J. L. (2009) Éramos tan pobres...: de la caridad colonial a la Fundación Eva Perón. Buenos Aires: Sudamericana.
- Mosset Iturraspe, J. (1998). Responsabilidad por daños. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni.
- Nari, M. (2004). Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- OMS (2014) Estadísticas Sanitarias Mundiales. Datos del observatorio mundial de la salud. Recuperado el 18/07/2018 de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1973) Salud 21. Salud para Todos en el siglo XXI Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.1999.
- Organización mundial de la salud(2018,12).Concepto.de. Recuperado el 17 de mayo de 2018 de: <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
- Pedro (2018). El enema en el parto. Revista para madres con consejos sobre embarazo, bebés y niño. Recuperado el 18/07/2018 de <https://eresmama.com/el-enema-en-el-parto/>
- Pezoa. M. G. (2012) ¿Qué elementos de la atención de salud son, desde la perspectiva del usuario los que más contribuyen a que se sienta satisfecho? Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud. Recuperado el 17 de mayo de 2018 de: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articulos-7392_recurso_1.pdf
- Pizarro R. D. & Vallespinos, C. G. (2012). Instituciones de Derecho Privado. Obligaciones. V. Buenos Aires: Hammurabi.
- Pizarro R. D. & Vallespinos, C. G. (2013). Instituciones de Derecho Privado. Obligaciones. III. Buenos Aires: Hammurabi.
- Pizarro, R. D. & Vallespinos, C. G. (2014). Compendio de derecho de daños. Buenos Aires: Hammurabi.
- Rooks J. P. (1999) Midwifery and Childbirth in America Temple. Philadelphia, Estados Unidos: University Press.
- Sagarna, F. A. (2014). Responsabilidad civil directa y por el hecho de terceros. En el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. La Ley. Sup. Especial Nuevo Código Civil y Comercial 2014.
- Shorter, E. (1984) Le corp des femmes, Paris: du Seuil.

- Soto, c.(2014/30/09) Tras el parto, la primera hora es “sagrada” para él bebe y la mama. Infobae. Recuperado el 18/07/2018 de <https://www.infobae.com/2014/09/30/1598549-tras-el-parto-la-primera-hora-es-sagrada-el-bebe-y-la-mama/>
- Tanzi, S. Y. & Casazza, M. S. (2015). Responsabilidad colectiva, anónima y por la actividad peligrosa de un grupo en el Código Civil y Comercial. La Ley. N° 20
- Tolosa, P. & González Rodríguez, L. (2015). Asunción de riesgos y consentimiento del damnificado en el nuevo Código Civil y Comercial. RCyS. 2015-IV, 46.
- Unicef para cada niño. Argentina. Recuperado el 18 de mayo de 2018 <https://www.unicef.org/argentina/que-hace-unicef>
- Vázquez Ferreyra, R. A. (2015). La responsabilidad civil profesional en el nuevo Código. La Ley.
- Villaverde M. (2006). Salud Sexual y Procreación. Responsable. Jurisprudencia Argentina, Buenos Aires, pp: 31-32.
- Walsh, D.J (2010). Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. Estados Unidos: Sociol Health Illn.
- Zeppelín, M (2016). La deshumanización de la salud. Revista Altus. Recuperado el 17 de mayo de 2018 de: <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/la-deshumanizacion-de-la-salud>

LEGISLACION

- Ley Nacional N° 25.929 de parto humanizado.

- Ley Provincial N° 9227 adhesión a la Ley N° 25929. Córdoba.
- Ley Provincial N° 10035 Derecho de padre e hijos durante nacimiento.

Entre Ríos.

- Decreto 2035/2015 de Ejercicio de la Obstetricia que reglamenta Ley N° 25.929 de parto humanizado.
- Ley Nacional 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.
- Ley Provincial N° 10.058 adhesión a 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.
- Ley Provincial N° 10352 adhesión a 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. Córdoba.
- Decreto 1011/2010 reglamenta 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.
- Ley Nacional N° 24.240 de defensa del consumidor sobre la relación médico-paciente.
- Ley Nacional N° 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
- Ley Nacional N° 26.743 sobre Identidad de Género.
- Ley Nacional N° 26.657 sobre Derecho a la Protección de la Salud Mental.
- Ley Nacional N° 24.193 de Trasplantes de Órganos.

- Ley Nacional N° 17.132 de Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas.
- Ley Nacional N° 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y garantiza la Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Proyecto de ley Exp. 2070-D-2018. EJERCICIO PROFESIONAL DE LA OBSTETRICIA. REGIMEN. Cámara De Diputados De La Nación. 17/04/2018. Recuperado el 18/07/2018 de <https://www.hcdn.gob.ar/proyectos/proyectoTP.jsp?exp=2070-D-2018>
- Ley Provincial N° 5146 creó el "Programa de Acción en Favor de la Salud de la Mujer y el Niño. Corrientes.
- Ley Provincial N° 3263 Protección de la Mujer Embarazada. Río Negro.
- Ley Provincial N° 1040 Derecho de la mujer a estar acompañadas durante el parto. Ciudad de Buenos Aires.
- Ley Provincial N° 7839. San Juan.
- Ley Provincial N° 8130. Mendoza.
- Ley Provincial N° 7747 Institución del Parto Respetado. Tucumán.
- Ley Nacional N° 23.592 sobre actos discriminatorios.
- Código Civil y Comercial de la Nación Art. Art. 17,19, 55 - 60, 773 - 776, 1720, 1723 - 1725, 1729- 1731, 1734, 1735, 1749, 1753 1761, 1762, 1768.
- Código Penal de la Nación Art. 80, 89 a 91, 94, 248 y 249.
- Constitución Nacional Art 42 y 33.
- Constitución de Córdoba Art. 59.

- El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR).
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará).
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW).
- Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña (CDN).
- Conferencia Internacional “21 Recomendaciones y Principios acerca del cuidado perinatal”. Organización Mundial De La Salud, Fortaleza-Brasil, 1985.
- IV Conferencia Internacional de Poblaciones y Desarrollo. El Cairo, 1994.
- Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Ministerio De Salud De La Nación, 2010.
- Programa de maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural. Ministerio De Salud De La Nación, 2000.
- Guía para la atención de las principales emergencia Obstétricas. Ministerio De Salud De La Nación, Ministerio De Salud De La Nación, 2012.
- Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Ministerio De Salud De La Nación, 2013.
- Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas. Ministerio De Salud De La Nación, 2015.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsables. Ministerio De Salud De La Nación, 2003.

- Guía Práctica para Cuidados en el Parto Normal. Organización Mundial De La Salud, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva Ginebra, 1996.
- Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. Organización Mundial De La Salud, 2001 y 2002.
- Propuesta Normativa Perinatal Res. Ministerial 348/03 y N° 647/2003. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 2003 y 2004.
- 16 Recomendaciones sobre la atención del parto y el nacimiento. Organización Mundial De La Salud, 1985.
- 10 Principios. Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. Organización Mundial De La Salud, 2001.

JURISPRUDENCIA

- CAMARA DE APEL. EN LO CIVIL, COM. Y CONTENC. ADM. RIO CUARTO, CORDOBA, 1RA. NOM, “Avalos - Cenzano - Souza) B.D.F. c/ F.M.G. y Otros s/ Ordinario” - Expte. N° 505946 Nro. Fallo: 13160120 (2013) .
- Cámara Nacional Civil y Comercial Federal “Rodríguez, Enrique Carlos c/YPF s/ daños y perjuicios”, J.A (2010).
- Cámara Nacional Civil y Comercial Federal, sala 1ª, “G., J. y otra v. Hospital Militar Central y otros”, LN (1990).

