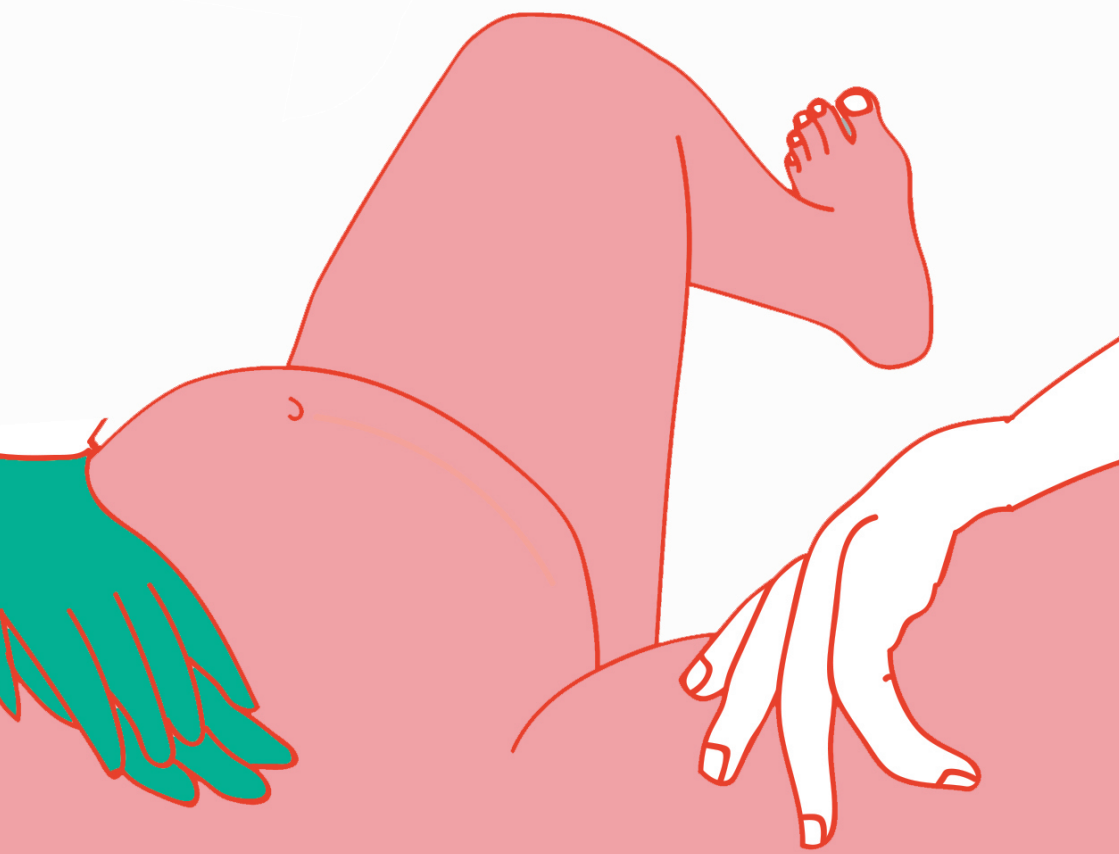


“PARÍ COMO CONDENADA”

Experiencias de violencia obstétrica de
mujeres privadas de la libertad



"PARÍ COMO CONDENADA"

Experiencias de violencia obstétrica de
mujeres privadas de la libertad



Procuración
Penitenciaria de la Nación
"En defensa de los DD.HH. de las personas privadas de su libertad"

Defensoría
Provincia de Buenos Aires



Ministerio Público
de la **Defensa**



LEGALES + NOMBRE DE ILUSTRACION DE TAPA

Contenido

Organismos	11
Prólogo	13
Introducción	17
I. Violencia Obstétrica: consideraciones preliminares	23
1.1. La violencia obstétrica en la normativa internacional	24
1.2 La violencia obstétrica en la normativa nacional	34
1.3 La violencia obstétrica en el encierro carcelario	43
1.4 Violencia obstétrica como forma de tortura o malos tratos	50
II. Estudio sobre Violencia Obstétrica en el encierro carcelario	59
2.1 Antecedentes	59
2.2 Alcances del estudio y perfil de las mujeres encuestadas	65
2.2.1. Características de las unidades relevadas	66
2.2.2. Perfil de las mujeres entrevistadas	69
2.3. Resultados	70
2.3.1 Parto en el penal	70
2.3.2. Traslado al hospital y presencia penitenciaria	75
2.3.3. La experiencia en el hospital	80
2.3.4. Vínculo con la/el recién nacido/a y lactancia	93
2.3.5. Posparto y egreso del hospital	97
2.4 Conclusiones de los resultados obtenidos	100
IV. Recomendaciones	105
V. Anexo Metodológico	111
5.1 Metodología	111
5.2 Cuestionario	113
VI. Bibliografía	133

ORGANISMOS

Procuración Penitenciaria de la Nación

Dr. Francisco Mugnolo

Es un organismo oficial, dependiente del Poder Legislativo, creado mediante la Ley 25.875 y dotado de plena autonomía e independencia. Tiene la misión de proteger los derechos fundamentales de las personas detenidas en el ámbito federal y controlar la actuación del SPF. Lleva a cabo distintos tipos de inspecciones y monitoreos a lugares de detención ubicados en todo el territorio nacional. Cuenta a su vez, con un Equipo específico de Género y Diversidad Sexual por medio del cual buscar la transversalización de la perspectiva de género dentro del sistema penal y penitenciario.

Equipo de trabajo: Verónica Manquel, Natalia Castillo, María Santos y Lic. Bernarda García

Ministerio Público de la Defensa de la Nación

Dra. Stella Maris Martínez

Es una institución de defensa y protección de derechos humanos que garantiza el acceso a la justicia y la asistencia jurídica integral, en casos individuales y colectivos, de acuerdo a los principios, funciones y previsiones establecidas en la ley 27.149. Promueve toda medida tendiente a la protección y defensa de los derechos fundamentales de las personas, en especial de quienes se encuentren en situación de vulnerabilidad.

Equipo de trabajo: Raquel Asensio, María Eugenia Barragán, Daniela Dibilio, Mariano Fernández Valle, Luciano Hazán, María de la Paz Herrera, Natalia Pandolf.

Defensoría del pueblo de la provincia de Buenos Aires

Dr. Guido Lorenzino

El Defensor del Pueblo de la provincia de Buenos Aires es un órgano de garantía, unipersonal, autónomo e independiente, que promueve los derechos individuales y colectivos de los habitantes de la provincia de Buenos Aires y quienes se encuentren en tránsito por ella. Así mismo, debe controlar a las instituciones y funcionarios/as de gobierno para el cumplimiento de sus deberes y el respeto de la Constitución y las leyes, ejerciendo la magistratura de opinión y persuasión no a través de la confrontación sino de la colaboración crítica.

El Defensor del Pueblo creó el Observatorio de Violencia de Género (OVG) para contribuir en el avance hacia la unificación de los registros sobre violencia de género, monitorear el cumplimiento de los estándares internacionales en materia de violencia de género e incidir en las propuestas de políticas públicas.

Equipo de trabajo: Laurana Malacalza, Analía Carrillo

Defensoría del Pueblo de la Nación

Dr. Juan José Böckel

Defensor del Pueblo de la Nación es una institución de la Nación que actúa con plena independencia y autonomía funcional, es la única Institución Nacional de Derechos Humanos (INDH) de Argentina reconocida por Naciones Unidas con el status clase A.

Su misión es la defensa y protección de los derechos, garantías e intereses tutelados en la Constitución Nacional y las leyes, ante hechos, actos u omisiones de la Administración y el control del ejercicio de las funciones administrativas públicas. Se instituye en el ámbito del Congreso de la Nación y su competencia surge de los artículos 86 y 43 de la Constitución Nacional y de la Ley N° 24.284, modificada por la Ley N° 24.379.

Equipo: Laura Amado y Graciela Massanti

PRÓLOGO

Diana Maffía

El Informe que aquí se ofrece es en muchos sentidos excepcional. Lo es por el tema que aborda. la violencia obstétrica es de los modos más extendidos y menos visibles de la violencia, dado que la medicalización e institucionalización del embarazo y el parto ha enajenado a las mujeres de la centralidad de la experiencia para convertirlas en "pacientes" obedientes a mandatos por lo general decididos sin su participación ni autorización, en nombre de un supuesto beneficio para ellas y sus criaturas (beneficio de cuya definición integral también han sido privadas). Excepcional por el contexto de análisis: la situación de mujeres privadas de libertad durante algunas o todas esas etapas de la experiencia gestante, lo cual suma a la específica violencia obstétrica muchas otras formas de violencia, humillación y maltrato por parte de un sistema carcelario que la aísla de recursos, afectos y apoyos sin sustituir este aislamiento con cuidado estatal responsable. En tercer lugar, es excepcional por el marco de abordaje garantista en términos de derechos humanos y perspectiva de género; dos aspectos que deberían estar presentes en toda política pública y en toda medición de su aplicación y cumplimiento, pero por ignorancia, desdén o cinismo sólo en escasas instituciones se cumple.

En sus Consideraciones Preliminares se realiza un compendio valioso por sí mismo como compromiso de cualquier intervención en violencia de género, aunque reafirma la descripción de garantías en particular en violencia obstétrica y de modo singular en contextos de encierro. Al leerlas advertimos con cierta amargura que mucho antes de encontrar un nombre específico para nuestras experiencias, los derechos humanos debían protegerlas. La dificultad de las mujeres en general, personas trans subalternizadas por su condición de género, personas migrantes, pobres, sin protección social, niños y niñas, personas con discapacidad, adultos y adultas mayores, se revela en que tardaron décadas en ser nombradas como sujetos cuyos derechos fueran admitidos por las instituciones protectoras como universales y merecedores de reclamo a los Estados. Qué acciones cuentan como tratos crueles, inhumanos y degradantes, en particular qué acciones cuentan como tortura, es el resultado de una definición política. Esa definición se ha ido haciendo más inclusiva a medida que los sujetos androcéntricos de la primera declaración de derechos fueron cediendo lugar a voces disidentes y en algunos casos fueron reemplazados por experiencias y demandas que daban cuenta de la diversidad de lo humano y sus sufrimientos. El resultado de estas consideraciones es la inapelable definición de la violencia obstétrica en contextos de encierro como una violación a los derechos humanos, con responsabilidades individuales e institucionales.

El estudio sobre esta forma de violencia en las cárceles nos da un valioso aporte cualitativo. En principio por la reunión de datos dispersos de organismos que se han ocupado de modo excepcional de describir este contexto al reclamar las deudas del Estado en la vulneración de derechos, resumiendo algunos de los casos objeto de denuncia que nos acercan a la sordidez y desvalimiento allí expresados. De modo más sistemático en la encuesta y entrevistas en profundidad diseñadas expresamente para este estudio. Este diseño y su posterior y cuidadoso procesamiento permiten distinguir diversas etapas en la vulneración del parto respetado, y describir en primera persona el relato y la percepción de las reclusas incluyendo su subjetividad y emociones cuyas

voces muchas veces están ausentes de todo registro. Y a la vez, en la reiteración de experiencias encontrar las sistematicidades que permitan caracterizar estas violaciones de derechos como algo que no depende de la relación interpersonal de la mujer con las personas con las que interactúa en las diversas instituciones, sino de patrones que como una lente de aumento nos muestran la vulnerabilidad de todas. Es sobrecogedor el desconocimiento de las normas y los derechos de quienes están privadas de libertad por estar en conflicto con la ley. Pero es gravísimo ese desconocimiento en el personal efector de salud, que ignora o miente cuando niega un derecho que debería estar garantizado.

No vale que aquí lo cuente ni lo resuma, es importante abrir la mente y el corazón para escuchar estos testimonios. El informe nos brinda un detallado y riguroso análisis de resultados del estudio realizado, y en su última parte una serie de recomendaciones diferenciadas para el Poder Judicial, el Poder Ejecutivo y el Servicio Penitenciario. El Anexo Metodológico y la bibliografía permiten confirmar la rigurosidad del trabajo de investigación realizado y replicarlo si hay voluntad política. Una ejemplar intervención colaborativa de la "Mesa de Trabajo Interinstitucional sobre Violencia Obstétrica hacia Mujeres Privadas de su Libertad", espacio de interlocución y articulación de saberes, talentos y compromisos.

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica afecta numerosos derechos reconocidos en el ámbito internacional y local, como el derecho a la vida, a la integridad personal, a la seguridad, a la libertad, a la salud, a la dignidad, a la intimidad, a la autonomía, a no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes, a la igualdad, y a la no discriminación. Por otra parte, es una de las modalidades de violencia contra las mujeres que recoge la Ley Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (Ley N° 26.485). Allí se define a la violencia obstétrica como *“aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929 (Ley de Parto Respetado)”*, definición que luego se detalla en su decreto reglamentario N° 1011/2010 y en normativa conexa.

El estudio y seguimiento de la violencia obstétrica es de carácter reciente, como también lo es su conceptualización. En sus manifestaciones más recurrentes, se incluyen distintos tipos de hostilidad hacia las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto (coerción, maltrato verbal, humillación, aislamiento, desatención, infantilización, irres-

peto a la confidencialidad y a la intimidad, etc.). También se incluyen intervenciones injustificadas sobre las gestantes (imposición de posturas para dar a luz, limitación de movimientos y de alimentación durante el trabajo de parto, rotura artificial de la bolsa, aplicación excesiva de medicamentos, uso de episiotomías de rutina, cesáreas forzadas, etc.), o sobre los/as niños/as (separación inmediata de su madre, límites al amamantamiento, etc.), que se acentúan por la falta de información sobre estas prácticas y por la inexistencia de medidas que garanticen el consentimiento para someterse a muchas de ellas.

Si bien esta modalidad de violencia afecta de manera transversal al conjunto de mujeres en el embarazo, el parto o el posparto, las mujeres privadas de libertad pueden sufrirla de una forma exacerbada. El encierro carcelario implica restricciones sustantivas para el goce de los derechos reconocidos y una mayor exposición a la violencia institucional, factores que interactúan con otros vectores de desigualdad de las mujeres detenidas, por lo general pertenecientes a estratos económica y socialmente desfavorecidos, con inserción precaria en el ámbito laboral, con hijos/as a cargo y con historiales previos de maltrato. Asimismo, el encierro carcelario implica en la práctica una completa sujeción al aparato estatal, que lamentablemente no encuentra como correlato el deber de garantía más calificado que el enfoque de derechos humanos exige.

A fin de estudiar este campo concreto, en el año 2015 se configuró una “Mesa de Trabajo Interinstitucional sobre Violencia Obstétrica hacia Mujeres Privadas de su Libertad”, integrada por representantes de la Defensoría General de la Nación (DGN), la Defensoría del Pueblo de la Nación, la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires y la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN). En este espacio, se acordó un trabajo conjunto y articulado, dirigido a indagar en las vivencias de las mujeres presas durante sus procesos reproductivos, y a realizar recomendaciones para abordar las dificultades detectadas.

Ese trabajo se puso en marcha en el año 2016. Durante los meses de julio, agosto y septiembre se realizaron encuestas y entrevistas en unidades penitenciarias que alojan mujeres embarazadas o con hijos me-

nores de cuatro años, a través de instrumentos de recolección de datos previamente diseñados. Dentro del relevamiento, se incluyó el Instituto Correccional de Mujeres del Complejo Penitenciario Federal III (Güemes, Salta) y el Centro Federal de Detención de Mujeres - Unidad N° 31 ambas dependientes del Servicio Penitenciario Federal (SPF). Asimismo, se entrevistaron a algunas mujeres que atravesaron el preparto, el parto y el posparto en la Unidad N° 31, pero al momento del estudio permanecían alojadas en el Complejo Penitenciario Federal N° IV – Ezeiza del SPF. También se incluyó la Unidad Penitenciaria N° 33 de Los Hornos del Servicio Penitenciario Bonaerense. En dichas unidades, el universo de análisis se constituyó con las mujeres que atravesaron la experiencia del preparto, el parto y el posparto en contexto de encierro en los últimos cuatro años. En total, 33 mujeres fueron encuestadas y seis de ellas brindaron amplios testimonios sobre esta experiencia en prisión, a través de entrevistas en profundidad.

El presente informe interinstitucional plasma los hallazgos de ese trabajo, y los analiza desde una perspectiva de género y de derechos humanos. En primer término, introduce la normativa general aplicable al tema, en especial aquella que garantiza la protección de las mujeres durante el embarazo, el parto y la lactancia, el acceso efectivo a una adecuada atención médica y el derecho a una vida libre de violencias, tanto en el ámbito público como en el privado. Esta normativa se complementa con los estándares desarrollados por los organismos de control de los tratados internacionales y con un detalle de las regulaciones y avances locales sobre violencia obstétrica. Luego, el informe presenta los alcances de este estudio y describe sus resultados, a través de distintos puntos de análisis que cubren el proceso de gestación y el posparto en el encierro carcelario. También incluye recomendaciones a fin de superar las malas prácticas relevadas. Finalmente, incorpora un anexo metodológico.

1. VIOLENCIA OBSTÉTRICA: CONSIDERACIONES PRELIMINARES

La violencia obstétrica constituye una modalidad particular de discriminación y de violencia de género, en tanto afecta negativa y desproporcionadamente a las mujeres. Por lo general son ellas las que atraviesan el embarazo, el parto, el posparto y la lactancia. En ese tránsito, esta violencia se manifiesta a través de dispositivos de muy diversa clase e intensidad, que van desde la inexistencia de medidas sanitarias especiales y adecuadas para sus distintas etapas, hasta el trato cruel, inhumano y degradante, llegando incluso a la tortura y la muerte.

En lo que sigue, este apartado introduce algunas consideraciones conceptuales y legales vinculadas con la violencia obstétrica, como marco de análisis de los hallazgos del estudio realizado. Por un lado, reseña la normativa internacional de derechos humanos aplicable, junto con los estándares derivados de la labor de sus organismos de control. Por otro lado, sintetiza los avances que las leyes N° 25.929 (Ley de Parto Humanizado) y N° 26.485 han representado a nivel doméstico, y las políticas públicas articuladas como consecuencia. Finalmente, traslada estas consideraciones al espacio penitenciario, y recopila antecedentes internacionales y locales propios de este ámbito.

1.1. La violencia obstétrica en la normativa internacional

Si bien la conceptualización de la violencia obstétrica como violación específica de derechos humanos es incipiente, los tratados generales contienen numerosas disposiciones aplicables a ella, como las que llaman a respetar y garantizar el derecho a la vida, a la integridad personal, a la seguridad, a la libertad personal, a la salud, a la dignidad, a la intimidad, a la autonomía, a no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes, a la igualdad, y a la no discriminación.

Asimismo, algunos de estos tratados contienen protecciones especiales a la maternidad y a la lactancia, que se ponen en vinculación directa con manifestaciones de la violencia obstétrica. La Declaración Universal de los Derechos Humanos indica en su artículo 25 que “[l]a maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales” y la Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre señala en su artículo VII que “[t]oda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales”. El artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dispone que se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto sin discriminación alguna, mientras que el artículo 12 reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. El Protocolo de San Salvador contiene previsiones en la misma línea en sus artículos 10 y 15.

Por otra parte, instrumentos internacionales que hacen parte del *corpus iuris* de derechos humanos de las mujeres, incorporan disposiciones concretas contra la discriminación y la violencia en las distintas esferas de la vida social, entre ellas la de atención sanitaria. La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer dispone en su artículo 12 que:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre

hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

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

El artículo 16 del mismo instrumento reconoce una dimensión central de los derechos sexuales y reproductivos, al estipular que los Estados deben garantizar “[l]os mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos” (inciso e); consideraciones que luego fueron profundizadas en la Conferencia sobre Población y Desarrollo del Cairo de 1994, y en la Conferencia de Beijing del año siguiente. Además, entre los Objetivos del Milenio hay por lo menos tres vinculados con los procesos sexuales y reproductivos: (1) “promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer”, (2) “mejorar la salud materna” y (3) “reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años”.

En lo que se refiere concretamente a la violencia de género, tanto la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de las Naciones Unidas de 1993, como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém Do Pará”) de 1994, constituyen avances importantes. En especial, la convención citada define a la violencia contra la mujer en su artículo 1, detalla algunas de sus manifestaciones más prevalentes en su artículo 2, consagra que “[t]oda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado” en su artículo 3, establece distintos derechos para las víctimas en su artículo 4 y regula los deberes estatales de debida diligencia en la prevención, investigación, sanción y reparación en su artículo 7. Si bien no estipula qué se entiende por “violencia obstétrica”, esta forma de maltrato queda sub-

sumida en las definiciones generales que el tratado establece y, como luego se verá, a nivel nacional se define expresamente en la ley N° 26.485.

Las normas enumeradas precedentemente fueron objeto de un tratamiento más profundo por sus organismos de control, que es útil repasar a los fines de este estudio. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) señaló en su *Recomendación General N° 19* que “[e]l artículo 12 requiere que los Estados Partes adopten medidas que garanticen la igualdad en materia de servicios de salud” y que “[l]a violencia contra la mujer pone en peligro su salud y su vida”¹. A su vez, en su *Recomendación General N° 24* indicó que “[e]l cumplimiento, por los Estados Partes, del artículo 12 de la Convención [CEDAW] es de importancia capital para la salud y el bienestar de la mujer”², y llamó a “garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles”³. En el trámite de peticiones individuales, el mismo organismo concluyó en el caso *Pimentel* que:

La falta de servicios de salud materna apropiados en el Estado parte, que claramente no satisfacen las necesidades de salud y los intereses específicos y diferentes de las mujeres, no solo constituye una violación del artículo 12, párrafo 2, de la Convención, sino que también discrimina contra la mujer con arreglo al artículo 12, párrafo 1, y al artículo 2 de la Convención. Además, la falta de servicios de salud materna apropiados tiene efectos diferenciales sobre el derecho de la mujer a la vida⁴.

1 Comité CEDAW, Recomendación General N° 19, La violencia contra la mujer, U.N. Doc. HRI\GEN\1\Rev.1 at 84 (1994) , 29/1/1992, párr. 19.

2 Comité CEDAW, Recomendación General N° 24, La mujer y la salud-, U.N. Doc. A/54/38/Rev.1 2/2/1999, párr. 2.

3 Ídem, párr. 27.

4 Comité CEDAW, Alyné da Silva Pimentel Teixeira (difunta), CEDAW/C/ 4 9/ D/ 17/ 2008,

También el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) se ha pronunciado en aspectos relacionados. En su *Recomendación General N° 14* señaló que “es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información”⁵. En una línea similar se pronunció luego en su *Recomendación General N° 22*, donde amplió sus consideraciones sobre el acceso a la salud sexual y reproductiva, sin discriminación ni violencia⁶. Estos mismos aspectos además fueron remarcados por la Relatoría Especial sobre el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental de las Naciones Unidas⁷.

En adición, el Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica ha afirmado que “[e]n muchos países, las mujeres no tienen la posibilidad de elegir libremente entre distintas formas de dar a luz” y que “[l]a tasa de cesáreas del 30% que se da en algunos países demuestra la excesiva medicalización del parto, con los consiguientes riesgos de complicaciones obstétricas y problemas de salud”⁸. Asimismo, recomendó a los Estados:

Proporcionar una nutrición adecuada y servicios gratuitos para las mujeres embarazadas y lactantes, de acuerdo con lo solicitado por

27/12/2011, párr. 8.2.a.

5 Comité DESC, Recomendación General N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud-, E/C.12/2000/4, 11/8/2000, párr. 14 -citas del original, aquí omitidas-.

6 Comité DESC, Recomendación General N° 22, El derecho a la salud sexual y reproductiva, E/C.12/GC/22, 2/5/2016.

7 ONU, Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254, 3/8/2011, párr. 6.

8 ONU, Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, A/HRC/32/44, 8/4/2016, párr. 74.

el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

Asegurar que las leyes, políticas y prácticas exijan el respeto de la autonomía de las mujeres en la adopción de decisiones, especialmente en relación con el embarazo, el parto y la atención posnatal⁹.

(...) Reglamentar los servicios de maternidad para asegurar que se respeten la autonomía, la intimidad y la dignidad humana de la mujer, incluido el respeto de la libertad de elección de la mujer respecto del parto en el hogar siempre que no haya contraindicaciones médicas concretas.

Evitar la instrumentalización de la mujer en el proceso del parto y asegurar que se impongan sanciones en caso de violencia ginecológica u obstétrica, como practicar cesáreas abusivas, negarse a dar a las mujeres analgésicos durante el parto o a realizar una interrupción quirúrgica del embarazo, y practicar episiotomías innecesarias¹⁰.

Sin perjuicio de lo indicado hasta aquí, en el ámbito de las Naciones Unidas es la Organización Mundial de la Salud (OMS) la entidad que ha avanzado con mayor detalle respecto de la violencia obstétrica. La OMS ha diseñado estándares de atención respetuosa del parto¹¹ a la vez que ha emitido declaraciones contra los maltratos hacia las mujeres en

9 Ídem, párr. 105 d.vi y d.vii.

10 Ídem, párr. 106 g y h.

11 Organización Mundial de la Salud (OMS), Declaración de Fortaleza, Lancet 1985; 2:436-437; OMS, Cuidados en el parto normal: una guía práctica, Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, Ginebra, 1996; OMS, Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención al parto en los centros de salud, WHO/RHR/14.23, 09/2014; OMS, Recomendaciones para la conducción del trabajo de parto, 2015, disponible en http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/augmentation-labour/es/; OMS, Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el parto, WHO/RHR/16.01, 2015 y OMS, Recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo, WHO/RHR/16.12, 2016, entre otros.

entornos sanitarios. En este último sentido, señaló que:

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos. En particular, las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación y a obtener el más alto nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva.

Un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto —lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables—, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago. Es más probable que las mujeres adolescentes,

las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo¹².

En esta misma línea, emitió distintas recomendaciones a fin de prevenir y erradicar el maltrato y trato irrespetuoso en el parto, entre las cuales incluye ofrecer un mayor respaldo para las investigaciones y acciones sobre el tema; desarrollar programas para mejorar la calidad de la atención de la salud materna; realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto; generar datos acerca de prácticas de atención respetuosas e irrespetuosas, sobre los sistemas de responsabilidad y sobre el respaldo profesional valioso; involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención; y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas¹³. Asimismo, la OMS realizó recomendaciones específicas destinadas a los equipos de salud para optimizar la atención de las mujeres, las cuales pueden sintetizarse en las siguientes:

- Permitir que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado durante el proceso del embarazo y parto;
- Acompañar de manera continua durante el trabajo de parto y el parto;
- Permitir la libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y parto;
- Permitir la toma de líquidos y la ingesta de alimentos en el trabajo de parto;
- No realizar episiotomías de rutina;
- No realizar rasurados y enemas de rutina;

12 OMS, Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, cit.

13 Ídem.

No hacer monitoreo fetal electrónico de rutina;
 Restringir el uso de oxitocina;
 Hacer un uso racional de la analgesia y la anestesia;
 Limitar la tasa de cesárea al 10-15%¹⁴

Por otra parte, en el ámbito interamericano también se desarrollaron estándares vinculados con la violencia obstétrica. La Convención de Belém do Pará reconoce la especial vulnerabilidad de las mujeres embarazadas a padecer violencia (artículo 9). Su órgano de control, el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (en adelante MESECVI), indicó que “nota un vacío dado que la mayoría de los Estados no cuentan o no reportan contar con disposiciones que prevengan y sancionen la violencia obstétrica”¹⁵. Sin embargo, valoró positivamente la normativa de Venezuela –que contiene una definición específica al respecto¹⁶–, la de Argentina –que sigue ese modelo, pero

14 OMS, Recomendaciones para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, WHO/RHR/18.12, 2018. Informe disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>

15 Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (MESECVI), Segundo Informe Hemisférico, 4/2012, p. 39.

16 La “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” de Venezuela, define a la violencia obstétrica como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (artículo 15, inciso 13). Por su parte, el artículo 51 de la misma norma establece que: “Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas; 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical; 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer; 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”. El mismo artículo define la pena

sin especificar medidas de implementación-, y la de otros países que “contemplan disposiciones que, sin referirse expresamente a ‘violencia obstétrica’ afirman el respeto de los procesos naturales antes, durante y después del parto”, entre los cuales incluyó a Uruguay y Ecuador¹⁷. Sobre la base de este diagnóstico, el MESECVI recomendó a los Estados:

Incluir disposiciones que no solo sancionen la violencia obstétrica, sino que también desarrollen los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos en la medicación, apropiadamente informado a las mujeres y adolescentes, así como las garantías para asegurar el consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual¹⁸.

Asimismo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) avanzó a través de su informe sobre *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*. Allí, entre los obstáculos más salientes para el acceso a servicios de salud materna, la CIDH identificó la deficiente accesibilidad física y económica; la falta de equipamiento, suministros y capacitación del personal médico; la carencia de información en materia reproductiva; las barreras culturales; la ausencia de leyes, políticas y programas; la indiferencia, maltrato y discriminación por parte de agentes de salud; y los estereotipos de género, entre otros¹⁹. También indicó que “constituirían una violación al derecho a la integridad personal los casos en los que se atente contra la dignidad de las mujeres, como la denegación de atención médica relacionada con el ámbito reproductivo que ocasiona un daño a su salud,

establecida para estas conductas.

17 MESECVI, Segundo Informe Hemisférico, cit., p. 39.

18 Ídem, p. 40.

19 CIDH, Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, OEA/Ser.L/V/II.Doc.69, 7/6/2010, párr. 30-38.

o que le causa un estrés emocional considerable” y llamó en estos casos a utilizar las disposiciones contenidas en la Convención de Belém do Pará para precisar las obligaciones convencionales de protección de la integridad personal²⁰. En adición, señaló que “[m]uchas mujeres sufren formas de violencia durante el embarazo que pueden ocasionar una afectación a su integridad física, como por ejemplo la esterilidad, y que pueden llegar en algunos casos a vulnerar su derecho a la vida”. Entre otras cosas, el informe recomendó a los Estados:

Asegurar que las y los profesionales de la salud informen a las mujeres sobre su salud para que éstas puedan adoptar decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción. Asegurar que la perspectiva de género se encuentre incorporada en todos los planes, políticas y programas relacionados con la protección y el acceso a la salud materna.

Fortalecer la capacidad institucional para garantizar, con un financiamiento adecuado, el acceso a las mujeres a una atención profesional, tanto durante el embarazo, parto y periodo después del parto, incluyendo en especial servicios obstétricos de emergencia, especialmente para los grupos de mujeres en condiciones de exclusión, respetando las necesidades específicas y preferencias culturales de las mujeres.

Crear mecanismos de referencia adecuados entre establecimientos de salud para atender las emergencias obstétricas.

Garantizar la provisión de programas de nutrición previos al embarazo, durante el embarazo y en el periodo posterior al parto, que incluyan la orientación sobre cómo alimentar a los hijos adecuadamente.

20 Ídem, párr. 39.

Eliminar las barreras que pueden limitar a las mujeres el acceso a los servicios de salud materna, como por ejemplo los costos por honorarios, la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte público adecuado y asequible.

Garantizar que los servicios de salud materna sean proporcionados mediante una atención respetuosa a las mujeres...²¹

En términos más concretos, en 2014 la CIDH realizó una audiencia pública sobre salud materna y violencia obstétrica en México²², mientras que en 2015 realizó otra sobre denuncias de violencia obstétrica en los entornos sanitarios públicos y privados de Costa Rica²³ y una tercera sobre la situación de derechos humanos de las mujeres privadas de libertad por emergencias obstétricas en El Salvador²⁴, lo cual es indicativo de la creciente preocupación regional que existe sobre el tema.

Por su parte, en la instancia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH o Corte Interamericana) la jurisprudencia sobre violencia de género ha crecido exponencialmente en los últimos diez años²⁵ y, dentro de esta jurisprudencia se ha analizado la especial exposición de las mujeres embarazadas a la violencia institucional, incluso en contextos carcelarios²⁶. Esta línea jurisprudencial ha sentado al-

21 Ídem, párr. 32.

22 La audiencia completa puede verse en: <https://www.youtube.com/watch?v=UCy0m-R6Gp5c>

23 La audiencia completa puede verse en: <https://www.youtube.com/watch?v=w4UuN-FyGo54>

24 La audiencia completa puede verse en: <https://www.youtube.com/watch?v=h9Op-28nM2U>

25 Para un detalle de esta jurisprudencia, véase Amnistía Internacional y Defensoría General de la Nación, *Femicidio y debida diligencia: estándares internacionales y prácticas locales*, Buenos Aires, 2015, pp. 51-71 y pp. 129-160.

26 Véase al respecto Corte IDH, *Caso del Penal Miguel Castro Castro vs. Perú*, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 160, 25/11/2006, párr. 292-293 y *Caso Gelman vs. Uruguay*, Fondo y Reparaciones, Serie C No. 221, 24/2/2011, párr. 97.

gunas bases importantes asociadas con el respeto a la igualdad de género, a la integridad personal, a la libertad y a la salud, que pueden ser trasladables al campo abordado en este trabajo. También ha remarcado los especiales deberes que tiene el estado como garante de los derechos de quienes están sujetos/as a su custodia y que dependen exclusivamente de su estructura para verlos satisfechos. En sus palabras:

El Tribunal ha señalado que de las obligaciones generales de respetar y garantizar los derechos que establece el artículo 1.1 de la Convención Americana derivan deberes especiales determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre. En tal sentido, en relación con las personas que han sido privadas de su libertad, el Estado se encuentra en una posición especial de garante, toda vez que las autoridades penitenciarias ejercen un fuerte control o dominio sobre quienes se encuentran sujetos a su custodia. Lo anterior, como resultado de la interacción especial de sujeción entre la persona privada de libertad y el Estado, caracterizada por la particular intensidad con que el Estado puede regular sus derechos y obligaciones y por las circunstancias propias del encierro, en donde al privado de libertad se le impide satisfacer por cuenta propia una serie de necesidades básicas esenciales para el desarrollo de una vida digna, en los términos que sean posibles en esas circunstancias²⁷.

En cuanto a la violencia obstétrica como forma específica de violencia de género, la Corte Interamericana ha dado algunos pasos trascendentales de manera reciente, en el marco del *Caso I. V. vs. Bolivia*. Entre los hechos allí analizados, se incluye el sometimiento de la Sra. I.V., luego de una cesárea y sin su consentimiento, a una intervención quirúrgica de ligadura de las trompas de Falopio. Desde la perspectiva de

27 Corte IDH, Chinchilla Sandoval vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 312, 29/2/2016, párr. 168 -citas del original, aquí omitidas-.

la Corte, dicha situación constituyó una esterilización no consentida en detrimento de la autonomía y de la capacidad reproductiva de la peticionaria. El tribunal sostuvo al respecto que:

...la esterilización constituye un acto médico con consecuencias graves, debido a que genera la pérdida permanente de la capacidad reproductiva de la mujer. En este sentido, una esterilización quirúrgica femenina sólo debe realizarse luego de haber obtenido de la paciente un consentimiento previo, libre, pleno e informado, sobre todo porque el procedimiento consiste en un acto médico de gran envergadura, el cual implica una injerencia importante en la salud reproductiva de una persona, e involucra, a su vez, diversos aspectos de su integridad personal y vida privada²⁸.

1.2 La violencia obstétrica en la normativa nacional

A nivel nacional, la ley N° 25.929 reconoce distintas dimensiones de los derechos de las mujeres durante el parto, el parto y el posparto (artículo 2), de la persona recién nacida (artículo 3) y de los padres y madres de niños/as en situación de riesgo (artículo 4). El artículo 2 de la citada ley dispone puntualmente que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, tiene los siguientes derechos:

a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas; b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales; c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como perso-

28 Véase al respecto Corte IDH, Caso I. V. vs. Bolivia, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 329, 30/11/2016, párr. 228.

na sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto; d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer; e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales; f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética; g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y posparto; h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales; i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar; j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña; k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Este artículo fue objeto de una exhaustiva reglamentación a través del decreto N° 2035/2015. En lo pertinente a este estudio, dicha norma señala que:

a) El equipo de salud interviniente deberá informar en forma fehaciente a la persona en estado de gravidez y a su grupo familiar, en forma comprensible y suficiente acerca de posibles intervenciones que pudieran llevarse a cabo durante los procesos de embarazo, parto, trabajo de parto y puerperio, especificando sus efectos, riesgos, cuidados y tratamientos. Cada persona tiene derecho a elegir de manera informada y con libertad, el lugar y la forma en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulación, posición, analgesia, acompañamiento) y la vía de nacimiento. El equipo de

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

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

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

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

(...) g) Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto tiene derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto. No se podrá exigir requisitos de género, parentesco, edad o de ningún otro tipo, al/la acompañante elegido/a por la mujer embarazada, salvo la acreditación de identidad (...) No podrá reemplazarse sin su consentimiento la persona elegida por la mujer. Si así lo deseara, la mujer puede solicitar ser acompañada por acompañantes sustitutos/as. Deberá ser respetado el derecho de la mujer que no desee ser acompañada. Todo lo referido en el presente inciso deberá ser considerado cualquiera sea la vía de parto.

- h) Con el objeto de favorecer el vínculo precoz, el equipo de salud deberá fomentar desde el momento mismo del nacimiento e independientemente de la vía del parto, el contacto del/la recién nacido/a con su madre y familiares directos y/o acompañantes que ésta disponga, con la acreditación de identidad como único requisito.
- i) La institución y/o entidad deberá brindar a la mujer las condiciones necesarias y adecuadas para que pueda amamantar, desde la sala de partos y durante toda su internación. (...) Aquellas personas que por su condición médica tengan contraindicado amamantar deberán ser informadas oportunamente sobre dicha situación y facilitársele el tratamiento para la inhibición de la lactancia.
- j) El equipo de salud y la institución asistencial deberán proveer a la mujer y a su acompañante información respecto del proceso fisiológico y vital que comprenden el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el posparto y/o el puerperio, así como del rol del equipo de salud...²⁹.

La normativa citada debe articularse con las disposiciones contenidas en la ley N° 26.485, de *Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ambientes en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Esta ley contempla una definición general sobre esta forma de violencia, en línea con las regulaciones internacionales y, especialmente, con la Convención de Belém do Pará. También define distintos “tipos” de violencia, entre los que incluye la violencia física, psicológica, sexual, económica y simbólica (artículo 5), y “modalidades” que cubren la violencia doméstica, laboral, institucional, contra la libertad reproductiva y obstétrica (artículo 6).

29 Decreto N° 2035/2015, Anexo I, reglamentación del artículo 2 de la ley N° 25.929. El decreto también reglamenta todo lo concerniente a los deberes de los efectores públicos, las obras sociales, las empresas de medicina privada y/o entidades de medicina prepaga (artículo 1); los derechos de la persona recién nacida (artículo 3) y los derechos de los padres y madres de niños/as en situación de riesgo (artículo 4).

Esta ley pertenece al selecto grupo de normas que a nivel global incluyen de manera explícita una definición de “violencia obstétrica”. En esta definición, incluso se incorporan las previsiones de la ya referida ley N° 25.929.

Art. 6. (e). *Violencia obstétrica*: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

A su vez, esta definición se especifica en el decreto reglamentario N° 1011/2010.

Inciso e).- Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no.

Se considera personal de salud a los efectos de la ley que se reglamenta, a todo aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza.

Las mujeres que se atienden en las referidas instituciones tienen el derecho a negarse a la realización de las prácticas propuestas por el personal de salud. Las instituciones del ámbito de la salud pública, privada y de la seguridad social deben exponer gráficamente, en forma visible y en lenguaje claro y accesible para todas las usuarias, los derechos consagrados en la ley que se reglamenta.

Por otra parte, la ley N° 26.485 también contiene entre las modalidades reguladas en su artículo 6 indicaciones importantes sobre la “violencia institucional” y sobre la “violencia contra la libertad reproductiva”. Ambas indicaciones resultan de suma utilidad a los fines de este estudio, en razón de que muchos de sus hallazgos denotan la coexistencia de distintas modalidades de violencia contempladas normativamente, así como la participación de distintos actores, no sólo del ámbito sanitario (médicos, enfermeros, anestelistas, etc.) sino también de la esfera penitenciaria (médicos, celadores, agentes de traslado, etc.). Dispone en este sentido:

Art. 6. (b). *Violencia institucional contra las mujeres*: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil;

Art. 6. (d). *Violencia contra la libertad reproductiva*: aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

En adición a lo señalado, el decreto reglamentario N° 1011/2010 repara en que no todas las mujeres se encuentran en la misma posición a la hora de ejercer los derechos reconocidos en la ley N° 26.485. Entre las variables que obstaculizan ese acceso, la norma reconoce expresamente a la privación de la libertad y ordena el establecimiento de medidas específicas dirigidas a ese colectivo. En concreto, el mencionado

decreto señala que “la condición de mujer privada de libertad no puede ser valorada para la denegación o pérdida de planes sociales, subsidios, servicios o cualquier otro beneficio acordado o al que tenga derecho a acceder, salvo disposición legal expresa en contrario”. A su vez, señala en su artículo 9.º que:

Se garantizarán todos los servicios de atención específica previstos en esta ley a las mujeres privadas de libertad para lo cual se deben implementar medidas especialmente diseñadas que aseguren:

- 1) El acceso a la información sobre sus derechos, el contenido de la Ley N° 26.485, los servicios y recursos previstos en la misma y los medios para acceder a ellos desde su situación de privación de libertad.
- 2) El acceso a un servicio especializado y un lugar en cada unidad penitenciaria o centro de detención, en el que las mujeres privadas de libertad puedan hacer el relato o la denuncia de los hechos de violencia.
- 3) El acceso real a los distintos servicios previstos en la ley que se reglamenta, ya sean jurídicos, psicológicos, médicos o de cualquier otro tipo. Para ello, se deben implementar programas específicos que pongan a disposición estos servicios en los lugares en que se encuentren mujeres privadas de su libertad, mediante la coordinación con los organismos con responsabilidades o trabajo en las distintas áreas.

Por último, corresponde mencionar que fuera de la letra de las normas reseñadas previamente, así como de otras vinculadas como la ley N° 26.529 (*Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*), pueden destacarse también algunos avances en políticas públicas dirigidas a prevenir y erradicar la violencia obsesiva. Este aspecto es de radical importancia, en tanto las políticas

públicas son, por antonomasia, la forma institucional en la que las disposiciones legales y los derechos en ellas contemplados se convierten en realidades tangibles para sus titulares.

Entre los ejemplos más salientes, en el año 2011, a través de la Resolución N° 120/2011, se creó la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (CONSAVIG) en el ámbito del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, que, en lo que a la violencia obstétrica atañe, diseñó un mecanismo de reclamos, junto con un instructivo para realizarlos³⁰. A su vez, se puso en marcha una “Mesa interdisciplinaria e interinstitucional” para trabajar en la problemática, integrada por la propia CONSAVIG, la Defensoría del Pueblo de la Nación, la Superintendencia de Servicios de Salud, el Instituto Nacional Contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) y la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación.

Por otro lado, el Ministerio de Salud de la Nación implementó una línea de consultas sobre temas de salud sexual y reproductiva³¹, que incluye expresamente la recepción de dudas y reclamos por situaciones de violencia obstétrica. Además, adoptó una *Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades centradas en la Familia*³², destinada a los equipos de salud que asisten a mujeres y recién nacidos sanos durante el período perinatal. La *Guía* destaca la importancia de que las mujeres durante el proceso de parto se encuentren acompañadas por alguien de su elección, como vínculo de contención y apoyo continuo, y como forma de mejorar la evolución de ese tránsito. Por otra parte,

30 El instructivo se encuentra publicado en formato digital en <http://www.jus.gob.ar/areas-tematicas/violencia-de-genero/denuncia-de-la-violencia-obstetrica-modelos-e-instructivo.aspx>. Este documento también sugiere presentar la denuncia ante el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) y ante la Defensoría del Pueblo de la Nación, para que actúen en el marco de sus competencias.

31 Línea de Salud Sexual 0800-222-3444.

32 Ministerio de Salud de la Nación – UNICEF, *Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades centradas en la Familia*, noviembre de 2010, disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

también establece cuál es la evaluación de las condiciones maternas que deberían seguir los equipos de salud durante el trabajo de parto, y realiza recomendaciones sobre determinadas prácticas médicas habituales, tales como enemas, rasurado perineal, falta de ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto, amniotomía temprana, infusión intravenosa de oxitocina, presión fúndica del útero (maniobra de Kristeller), entre otras, con fundamentos para limitar o desaconsejar su uso.

Más allá de los desarrollos y avances reseñados a lo largo de este apartado, aún no existe información pública actualizada que cuantifique el fenómeno de la violencia obstétrica a nivel nacional, ni estudios suficientes sobre sus manifestaciones en entornos sanitarios del país, menos aún carcelarios. Por lo general, la escasa información disponible proviene de casos particulares que han tomado estado público, o que han sido objeto de trámite ante organismos con competencia en la materia³³. Excepciones a esta regla sólo pueden verse en trabajos recientes, como el llevado a cabo por el *Observatorio de Violencia Obstétrica de Las Casildas* a nivel nacional³⁴ y por el *Observatorio de Violencia de Género de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires* (OVG) en el ámbito bonaerense³⁵. Este último ha incorporado una dimensión específica sobre la violencia obstétrica en el encierro carcelario, que luego se retoma con fines ilustrativos en este informe.

33 En este sentido, pueden destacarse intervenciones de la Defensoría del Pueblo de la Nación. En el marco de denuncias tramitadas, la DPN ha exhortado a las instituciones de salud involucradas a revisar y modificar prácticas que constituyen violencia obstétrica en los términos de la ley Nº 26.485, a cumplir la normativa sobre parto humanizado (Ley Nº 25.929), a optimizar la atención de las mujeres embarazadas y sus familiares, etcétera.

34 El trabajo de Las Casildas tuvo por objetivo dimensionar estadísticamente la prevalencia del fenómeno a nivel nacional. Su relevamiento cubrió el período 2015-2016, y se realizó sobre cerca de 5.000 nacimientos reportados. El informe se encuentra disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B-ucL20WyuYRYTRZWThPcWVY1U/view>.

35 Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires - OVG, Informe 2014/2015, Mon-

1.3 La violencia obstétrica en el encierro carcelario

La normativa y las políticas públicas referidas aplican a las mujeres en general; entre ellas, las que transitan el encierro carcelario. De hecho, esta condición particular requiere una serie de medidas especiales, en atención a las dificultades que a las mujeres presas se les presentan para acceder a sus derechos. Numerosos estudios e informes³⁶ señalan al ámbito carcelario como uno especialmente hostil a las necesidades de las mujeres, hostilidad que se manifiesta en la existencia de estructuras inadecuadas; en la falta de tratamientos penitenciarios específicos; en la implementación de ofertas de educación, trabajo y salud sin perspectiva de género; en la desatención de los historiales de violencia y victimización que presentan esas mujeres, entre otros. El entramado de vectores de vulnerabilidad que afectan a las mujeres en prisión ha generado una tendencia a diseñar remedios jurídicos que atiendan a sus requerimientos. En lo que aquí interesa, existen disposiciones encaminadas a garantizar sus derechos sexuales y reproductivos, junto con las prestaciones sanitarias adecuadas para ejercerlos.

A la fecha, las *Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres de-*

iteo de políticas públicas y violencia de género, Capítulo 7: (In) Definiciones institucionales para el abordaje de la violencia obstétrica en la provincia de Buenos Aires, 2/2016, pp. 180-221.

36 Véase CEJIL, *Mujeres privadas de libertad. Informe regional: Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay*, 2007; Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Ministerio Público de la Defensa de la Nación (MPD) y Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN), *Mujeres en prisión: los alcances del castigo*, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2011; Cornell Law School's Avon Global Center for Women and Justice and International Human Rights Clinic, Defensoría General de la Nación Argentina, The University of Chicago Law School International Human Rights Clinic, *Mujeres en prisión en Argentina: Causas, condiciones y consecuencias*, Buenos Aires, 2013; Defensoría General de la Nación, *Punición y Maternidad: acceso al arresto domiciliario*, Buenos Aires, 2015, entre otros. Véase también Relatoría sobre la Violencia contra la Mujer, sus Causas y Consecuencias, Causas, condiciones y consecuencias de la encarcelación para las mujeres, A/68/340, 21/8/2013.

lincuentes (“Reglas de Bangkok”) de las Naciones Unidas³⁷ constituyen uno de los instrumentos que se detienen en la situación de las mujeres privadas de libertad. Son numerosas las disposiciones allí contenidas que aplican a la temática abordada en este trabajo. Respecto de la atención sanitaria, la regla 6.c incorpora al reconocimiento médico³⁸ –siempre que medie voluntad de la detenida– “[e]l historial de salud reproductiva (...), incluidos un posible embarazo en curso y los embarazos anteriores, los partos y todos los aspectos conexos”. Por otra parte, la regla 24 dispone que “[n]o se utilizarán medios de coerción en el caso de las mujeres que estén por dar a luz ni durante el parto ni en el período inmediatamente posterior”. Asimismo, si bien este instrumento establece una preferencia por la utilización de medidas no privativas de la libertad, las reglas 48 a 52 se dedican específicamente al universo de mujeres embarazadas, lactantes y con hijos/as en la cárcel, y contienen disposiciones vinculadas con la atención de su salud y de su nutrición (reglas 48.1 y 48.3); y con el derecho de amamantar a sus hijos/as (regla 48.2), de permanecer junto con ellos/as en el lugar de detención –de conformidad con su interés superior– (regla 49) y de gozar del máximo de posibilidades de dedicarles tiempo.

También las *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos* (“Reglas de Mandela”) de las Naciones Unidas³⁹, de carácter más reciente, contienen innovaciones importantes. La regla 24.1 dispone que “la prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado” y que “gozarán de los mismos están-

37 ONU, Asamblea General, Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (“Reglas de Bangkok”), A/RES/65/229, 21/12/2010.

38 Sobre el reconocimiento médico, véase también ONU, Asamblea General, Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (“Reglas Mandela”), E/CN.15/2015/L.6/Rev.1, 21/5/2015, párr. XXX y CIDH, Resolución 1/08, Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de Personas Privadas de Libertad en las Américas, OEA/Ser/L/V/II.131 doc. 26, 29/7/2008, principio IX.3.

39 ONU, Asamblea General, Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (“Reglas Mandela”), cit.

dares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior”. La regla 28 contiene el deber de los establecimientos penitenciarios de poseer instalaciones especiales para el cuidado y tratamiento de las mujeres durante su embarazo, así como durante el parto e inmediatamente después. Además estipula que, en la medida de lo posible, se procure que el parto tenga lugar en un hospital civil. La regla 29.b incorpora el deber de proporcionar servicios de atención sanitaria especiales para niños/as que convivan con sus madres o padres en prisión. Luego, la regla 48.2 reitera la obligación internacional de no utilizar instrumentos de coerción física sobre las mujeres que estén por dar a luz, ni durante el parto ni en el período inmediatamente posterior.

Asimismo, los órganos de contralor internacional han avanzado en el desarrollo de medidas especiales para la atención sanitaria de las mujeres en prisión. La Relatoría Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias ha dicho al respecto que:

Muchas prisiones no ofrecen una atención física o mental adecuada a las reclusas y, de hecho, puede que dispensen menos atención sanitaria a las presas que a los presos. La consecuencia de no tener en cuenta las necesidades de salud específicas de las mujeres es que se ignoran las necesidades de salud reproductiva y también las afecciones médicas, derivadas de un historial de pobreza, malnutrición, maltrato físico o abuso sexual, consumo de drogas o atención médica inadecuada⁴⁰.

También llamó la atención sobre la realidad de distintos países, en los que las mujeres reclusas reciben una inadecuada atención de necesidades específicas como el embarazo y el parto, y de otras necesidades de salud sexual y reproductiva. Este organismo cuestionó prácticas tales como encadenar de manera rutinaria a las mujeres presas embarazadas mientras dan a luz o cuando están siendo llevadas a una visita

40 Relatoría Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Causas, condiciones y consecuencias de la encarcelación para las mujeres, cit., párr. 44.

externa de tratamiento médico, y señaló a su vez que “[e]l encadenamiento de las reclusas embarazadas representa el fracaso del sistema penitenciario a la hora de adaptar el protocolo a situaciones excepcionales a las que se enfrenta la población carcelaria femenina”⁴¹.

En el ámbito interamericano, los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de Personas Privadas de Libertad en las Américas⁴² contienen previsiones emparentadas con las anteriores. El principio X regula todo lo relativo al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad, entendida “como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social”. Este principio recoge los estándares básicos sobre atención sanitaria, que incluyen la confidencialidad de la información médica, la autonomía de los/as pacientes respecto de su propia salud y el consentimiento informado en la relación médico-paciente. Sobre las mujeres y niñas, señala que:

Las mujeres y las niñas privadas de libertad tendrán derecho de acceso a una atención médica especializada, que corresponda a sus características físicas y biológicas, y que responda adecuadamente a sus necesidades en materia de salud reproductiva. En particular, deberán contar con atención médica ginecológica y pediátrica, antes, durante y después del parto, el cual no deberá realizarse dentro de los lugares de privación de libertad, sino en hospitales o establecimientos destinados para ello (...)

En los establecimientos de privación de libertad para mujeres y niñas deberán existir instalaciones especiales, así como personal y recursos apropiados para el tratamiento de las mujeres y niñas embarazadas y de las que acaban de dar a luz.

41 Ídem, párr. 57; ver, en igual sentido, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/HRC/31/57, 5/1/2016, párr. 21.

42 CIDH, Resolución 1/08, Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de Personas Privadas de Libertad en las Américas, cit.

Cuando se permita a las madres o padres privados de libertad conservar a sus hijos menores de edad al interior de los centros de privación de libertad, se deberán tomar las medidas necesarias para organizar guarderías infantiles, que cuenten con personal calificado, y con servicios educativos, pediátricos y de nutrición apropiados, a fin de garantizar el interés superior de la niñez⁴³.

Por otra parte, la jurisprudencia reciente de la Corte IDH ha ampliado los estándares de atención sanitaria para las personas privadas de libertad. Al respecto:

La Corte ha considerado que los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana. En este sentido, la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación.

Por ello, con base en el principio de no discriminación, el derecho a la vida de las personas privadas de libertad también implica la obligación del Estado de garantizar su salud física y mental, específicamente mediante la provisión de revisión médica regular y, cuando así se requiera, de un tratamiento médico adecuado, oportuno y, en su caso, especializado y acorde a las especiales necesidades de atención que requieran las personas detenidas en cuestión⁴⁴.

43 Véase también principio XII.1, sobre el deber de tener en cuenta las necesidades especiales de alojamiento de mujeres embarazadas y de madres lactantes, y principio XXII.3, sobre la prohibición de aplicar medidas de aislamiento a las mujeres embarazadas y a quienes conviven con sus hijos/as en el establecimiento penitenciario.

44 Corte IDH, *Chinchilla Sandoval vs. Guatemala*, cit., párr. 170-171 -citas del original, aquí omitidas-.

De regreso al orden local, las disposiciones de las leyes N° 25.929, 26.485 y 26.529 resultan plenamente aplicables al encierro carcelario, así como sus reglamentaciones. También la ley N° 24.660, de ejecución de la pena privativa de la libertad, contiene regulaciones que, sin abordar la violencia obstétrica específicamente, alcanzan cuestiones conexas. En este sentido, su artículo 143 reconoce en general el derecho de las personas detenidas a la salud y a la oportuna asistencia médica integral; el artículo 192 exige dependencias especiales para la atención de las mujeres embarazadas y para aquellas que han dado a luz, junto con el deber de adoptar las medidas necesarias para que el parto se lleve a cabo en un servicio de maternidad; el artículo 193 exime a las mujeres embarazadas de trabajar y de satisfacer otras modalidades de tratamiento incompatibles con su estado; el artículo 194 prohíbe ejecutar medidas disciplinarias que a criterio médico puedan afectar la gestación o al lactante, y el artículo 195 permite a la mujer privada de libertad tener consigo a sus hijos/as menores de cuatro años. Asimismo, la ley N° 26.472 contempla el supuesto de prisión domiciliaria para mujeres embarazadas y madres con hijos menores de cinco años.

Por otro lado, el Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias⁴⁵ de nuestro país ha realizado indicaciones para mejorar la provisión de servicios de salud a las mujeres en prisión, en particular las que cursan un embarazo y las que cohabitan en el ámbito carcelario con sus hijos/as. Desde esa plataforma se indicó que “[l]a vital importancia de la salud física y mental para las con-

45 El Sistema está integrado por la Comisión de Ejecución Penal de la Cámara Federal de Casación Penal; su Subcomisión, compuesta por una magistrada de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional y jueces de tribunales orales y un juez de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y correccional Federal; los jueces nacionales de ejecución penal; la Procuración General de la Nación representada por la Procuraduría contra la Violencia Institucional; la Defensoría General de la Nación –Comisión de Cárceles–; la Procuración Penitenciaria de la Nación; y, en carácter de miembros consultivos, el Colegio Público de Abogados de la Capital Federal y el Centro de Estudios Legales y Sociales. Más información disponible en: <http://www.consejomagistratura.gov.ar/index.php/secgral/45-informacion-general/2923-recomendaciones-del-sistema-de-coordinacion-y-seguimiento-de-control-judicial-de-unidades-carcelarias>

diciones humanas de vida hace necesario valorar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención sanitaria, en función de las necesidades de las mujeres, de sus hijos en prisión y su particular vulnerabilidad en términos sanitarios”⁴⁶, y se realizaron recomendaciones al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, al Ministerio de Salud de la Nación y al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Allí, el Sistema encomendó que estas dependencias:

- a) Generen dispositivos institucionales de atención que garanticen el acceso a la salud de las mujeres detenidas y que esos dispositivos tengan en cuenta el impacto diferencial que el encierro acarrea para ellas, junto con la epidemiología de la población a tratar (...).
- b) Dispongan los medios necesarios para que las acciones de los profesionales de la salud se desarrollen de modo autónomo de las cuestiones disciplinarias, del régimen penitenciario, de la ejecución de la pena o de las evaluaciones periciales (...).
- c) Aseguren el desarrollo efectivo de los programas de promoción y prevención de la salud previstos por las autoridades locales y nacionales. En particular, aquellos destinados a las mujeres embarazadas y a los niños y niñas dada su significación en términos de salud pública (...).
- d) Dispongan de los recursos e instrucciones necesarias para dar cumplimiento a las disposiciones de la ley 26.529 “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud”, con especial énfasis en los modos de registro de las intervenciones y de los consentimientos informados, a efectos de posibilitar el contralor de las acciones implementadas y el respeto a la autonomía de las pacientes.
- g) Garanti[cen] a las mujeres detenidas los derechos reconocidos en la ley N° 25.929 (“ley de protección del embarazo y del recién nacido”) y la provisión de servicios de tocoginecología de 24 hs.

46 Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias, Recomendación VI/2016, 24/5/2016, Considerando 14.

en los establecimientos penitenciarios que alojen mujeres embarazadas a los fines de una mejor lectura de las urgencias que pudieran presentarse y la oportuna derivación para que los partos se realicen en centros de salud de la comunidad fuera del lugar del detención. Asimismo garanti[cen] la implementación de las Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional prenatal y puerperal de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación que aseguren cuidados prenatales no medicalizados, multidisciplinarios e integrales basados en evidencias e integrados con todos los niveles de complejidad del sistema de salud en la comunidad. Se asegurará la provisión de un suplemento dietario adecuado para las mujeres embarazadas, para las madres en período de lactancia y para las niñas y niños⁴⁷.

1.4 Violencia obstétrica como forma de tortura o malos tratos

La prohibición absoluta de tortura, al igual que la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes, es una norma *ius cogens*, por ende, absoluta e inderogable en toda y cualquier circunstancia⁴⁸.

Esta prohibición se encuentra específicamente contemplada en la Convención de Naciones Unidas contra la Tortura Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes y en la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, ambas con jerarquía constitucional (artículo 75 inciso 22 CN). Estas normas son complementarias a lo previsto en otros instrumentos de derechos humanos de carácter general, que consagran el derecho a la vida, la integridad física, la dignidad del hombre al derecho integridad física, psíquica, dignidad

47 Ídem, punto VII.

48 Corte IDH, Cantoral Benavides vs. Perú, Fondo, Serie C No. 69, 18/8/2000, párr. 99; Hermanos Gómez Paquiyauri vs. Perú, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 110, 8/7/2004, párrs. 111-112; Tibi vs. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 114, 7/9/2004, párr. 143.

humana, igualdad y no discriminación⁴⁹. Y a ello hay que adicionarle los instrumentos internacionales cuyo objeto principal es la violencia contra las mujeres ya reseñados en los párrafos anteriores. Todo este cuadro, compone el marco teórico de análisis de esta prohibición y sus derivaciones, específicamente en materia de violencia obstétrica.

Así, el artículo 1 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, define tortura como

“todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia...”

En tanto, el artículo 16 del mismo instrumento señala que todo Estado Parte también se comprometerá a prohibir otros actos que constituyan penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes y que no lleguen a ser tortura en los términos del artículo 1.

Respecto de la relación de las mujeres con los servicios de salud y la posibilidad de ser sometida a tratos indebidos o tortuosos, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes señaló que:

49 La Declaración Universal de Derechos Humanos establece que “Nadie estará sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (artículo 5); la Convención Americana sobre Derechos Humanos dispone que “Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral” (artículo 5.1) y que “Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad” (artículo 11.1); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos afirma que “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (artículo 7).

“Los órganos internacionales y regionales de derechos humanos han empezado a reconocer que los malos tratos infligidos a mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género. Ejemplos de esas violaciones son el maltrato y la humillación en entornos institucionales; las esterilizaciones involuntarias; la denegación del acceso a servicios autorizados de salud como el aborto y la atención posaborto; las esterilizaciones y abortos forzados; la mutilación genital femenina; las infracciones del secreto médico y de la confidencialidad en entornos de atención de la salud, como las denuncias de mujeres presentadas por personal médico cuando hay pruebas de la realización de abortos ilegales; y la práctica de intentar hacer confesar a una mujer como condición para que reciba un tratamiento médico que podría salvar su vida después de un aborto⁵⁰.”

En 2016, el mismo Relator Especial reforzó este pronunciamiento en un informe específico sobre tortura y malos tratos a mujeres, niñas y personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero, indicando que:

“[l]os proveedores de servicios sanitarios tienden a ejercer una autoridad considerable sobre sus pacientes, lo que sitúa a las mujeres en una posición de indefensión, mientras que la falta de marcos jurídicos y normativos que permitan a las mujeres ejercer su derecho a acceder a los servicios de salud reproductiva las hace más vulnerables a la tortura y los malos tratos”⁵¹.

En este sentido el Relator Especial vinculó el acceso a los servicios de salud materna con la posible exposición a riesgos elevados de sufrir

50 Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1/2/2013, párr. 46 -citas del original, aquí omitidas-.

51 Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/31/57, 5/1/2016, párr. 42.

malos tratos, en particular, durante las etapas “prenatal y puerperal”. Mencionó en qué pueden consistir esos malos tratos, señalando ejemplos como: “...desde alargar los plazos para llevar a cabo ciertos procedimientos médicos, como suturar las heridas del parto, hasta no emplear anestesia”.

También observó la práctica de colocar grilletes, y la calificó como constitutiva de malos tratos en los términos de la Convención:

“el uso de grilletes y esposas en mujeres embarazadas durante el parto e inmediatamente después de él está absolutamente prohibido e ilustra la incapacidad del sistema penitenciario para adaptar los protocolos a las situaciones que afectan exclusivamente a las mujeres. Cuando se utiliza como castigo o medida de coacción, por cualquier razón basada en la discriminación o para causar un dolor intenso, que pueda incluso suponer una amenaza grave para la salud, ese trato puede ser constitutivo de tortura o malos tratos”⁵².

Sobre la causa de estas prácticas, el Relator Especial refirió: “este tipo de vejaciones suelen estar motivadas por ciertos estereotipos sobre el papel procreador de la mujer e infligen un sufrimiento físico y psicológico que puede constituir malos tratos”⁵³. Asimismo indicó que “[l]a mayoría de las políticas y servicios sanitarios de las prisiones no han sido diseñados para satisfacer las necesidades de salud específicas de las mujeres” y agrega a ello que “tampoco tienen en cuenta la elevada incidencia de exposición a diferentes formas de violencia en el marco de las políticas estatales de salud sexual y reproductiva”⁵⁴.

En esa dirección el Relator mencionó que, en lo que a este estudio interesa, la falta de atención especializada como el acceso a médicos ginecólogos y obstetras, el trato deficiente ofrecido por el personal sa-

52 Ídem, párr. 21.

53 Ídem, párr. 47.

54 Ídem, párr. 25.

nitario en las prisiones, así como la desatención médica y la denegación de medicamentos son prácticas que generan especial preocupación. Y asimismo refirió que:

La falta de una atención sanitaria orientada específicamente a la mujer en los centros de detención puede constituir malos tratos o, cuando se impone de manera intencionada o con una finalidad prohibida, tortura. El hecho de que un Estado no garantice una higiene y un saneamiento adecuados ni facilite las instalaciones y los materiales apropiados puede también equivaler a malos tratos o incluso tortura. Es fundamental impartir la formación adecuada y capacitar a los funcionarios de prisiones y al personal sanitario para que aprendan a identificar y abordar las necesidades de salud e higiene específicas de la mujer⁵⁵.

En una línea similar respecto del derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en torno a la gestación, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sostuvo que:

“... el deber de los Estados de garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas. Los Estados como mínimo deben garantizar servicios de salud materna que incluyan factores determinantes básicos de la salud”⁵⁶.

55 Ídem, párr. 26.

56 CIDH, Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna..., cit., párr. 84.

En este sentido, el derecho a la salud guarda una estrecha relación con el derecho a la integridad física y psíquica siendo claves la provisión de servicios adecuados y oportunos de salud materna, en particular en contextos de encierro⁵⁷. El acceso irrestricto a la salud resulta entonces una de las medidas principales para evitar hechos de tortura y malos tratos. En efecto, el Protocolo de Estambul en el artículo ⁵⁸ en su punto 145 n) específicamente menciona como uno de los métodos de tortura la privación o restricción de la atención médica.

Y en el mismo sentido, la Corte Interamericana ha considerado como constitutivos de tortura, en los términos del artículo 2 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, circunstancias tales como que “la presunta víctima ha[ya] padecido serios problemas de salud que no han sido adecuadamente tratados por las autoridades”⁵⁹. También ha señalado que, la medida restrictiva de libertad ambulatoria no debe someter a la persona “a angustia o dificultad que exceda el nivel inevitable de sufrimiento intrínseco a la detención...”⁶⁰

Asimismo, corresponde mencionar que nuestro país ha sido objeto, en los últimos años, de múltiples observaciones y recomendaciones por parte de órganos internacionales respecto de la práctica de la tortura en el te-

57 La Corte Interamericana, por su parte, ha desarrollado en numerosos precedentes, el vínculo entre los derechos a la integridad personal y a la vida y el derecho a la salud, estableciendo que ambos se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana. El artículo 10 del Protocolo de San Salvador (adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos) expresa que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Asimismo, el artículo 3 del mismo Protocolo establece que los Estados se comprometen a garantizar los derechos enunciados en dicho instrumento sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

58 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Protocolo de Estambul, Manual para la Investigación y Documentación Eficaces de la Tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes, HR/P/PT/8/Rev.1, 2004.

59 Corte IDH, Caesar Vs. Trinidad y Tobago, Fondo, Reparaciones y Costas, 11/3/2005, párr. 49.18.

60 Corte IDH, Lopez Álvarez Vs. Honduras, Fondo, Reparaciones y Costas, 1/2/2006, párr. 106

rritorio. En efecto, el Comité contra la Tortura se ha hecho eco de las deficiencias concretas en la materia y en su último informe instó al Estado “...a que intensifique sus esfuerzos para combatir todas las formas de violencia de género, incluida dentro de los centros de privación de libertad, velando por que se investiguen a fondo todas las denuncias, se enjuicie a los presuntos autores, se les impongan penas apropiadas de ser condenados, y velando asimismo por que las víctimas obtengan reparación integral del daño. El Comité reitera la recomendación formulada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer con respecto a las mujeres en detención (CEDAW/C/ARG/CO/7, párr. 45) y recomienda al Estado parte que desarrolle y mejore los programas de acceso a la salud de mujeres en detención a nivel federal y provincial (reglas 48 y 51 de las Reglas de Bangkok)”⁶¹.

Desde el punto de vista interno puede señalarse que algunas de estas situaciones de gravedad ocurridas al interior de las prisiones por cuestiones de salud de las personas encarceladas podrían encuadrar penalmente en los artículos 106 y siguientes, 144 bis, tercero, cuarto y quinto y 248 del Código Penal de la Nación. La omisión dolosa y prolongada de tratamiento médico, en casos donde por ejemplo un detenido sufre una grave lesión intramuros o contrae alguna enfermedad que le produce fuertes dolores físicos, ha sido considerada como tortura cuando se verificaron los graves sufrimientos físicos o psíquicos exigidos en el tipo⁶².

En función de ello, debe resaltarse que las situaciones de violencia obstétrica respecto de personas detenidas pueden constituir violaciones a los derechos humanos consagrados en diferentes tratados suscriptos por Argentina, y en consecuencia, generar responsabilidad internacional para el Estado. Por ello resulta necesario que se investiguen las responsabilidades individuales que puedan surgir de estas prácticas a nivel interno, tanto en los ámbitos penales como en los civiles y con-

61 Comité contra la Tortura, Observaciones finales sobre el quinto y sexto informe conjunto periódico de Argentina, CAT/C/ARG/CO/5-6, 24/5/2017

62 Rafecas, Daniel Eduardo, “La tortura y otras prácticas ilegales a detenidos”, Editores del Puerto, Buenos Aires, 2010.

tencioso administrativos, respecto de los funcionarios dependientes de los servicios penitenciarios o fuerzas de seguridad que tengan a cargo la custodia de las detenidas, como de los profesionales de la salud que no dependan de estas estructuras.

2. ESTUDIO SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL ENCIERRO CARCELARIO

2.1 Antecedentes

Como ya se adelantó, aún no existe información suficiente para evaluar las características de la violencia obstétrica a nivel nacional, menos aún en el entorno carcelario. En el ámbito penitenciario federal, existen estudios que si bien no se detuvieron específicamente en la violencia obstétrica, realizaron aportes vinculados con la atención que reciben por parte de agentes penitenciarios y efectores de salud las mujeres embarazadas y aquellas con niños/as a cargo en prisión⁶³. También existe información relevada por organismos con funciones de contralor en cárceles federales. A modo de ejemplo, pueden verse los informes presentados por la Procuración Penitenciaria de la Nación⁶⁴ y por la Defen-

63 Véase CELS, MPD y PPN, Mujeres en prisión: los alcances del castigo, cit., pp. 171-189.

64 Véase PPN, Informe Alternativo en el marco de la presentación del séptimo informe periódico de Argentina ante el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 65º período de sesiones, 24 de octubre – 18 de noviembre 2016, p. 14, disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT_CEDAW_IFS_ARG_25409_S.pdf

soría General de la Nación⁶⁵ a distintos organismos internacionales, en los que se detallan situaciones de violencia obstétrica en esos espacios.

Por otra parte, en el ámbito bonaerense, el Observatorio de Violencia de Género de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires, relevó problemas de coordinación entre las áreas penitenciarias y las de salud para la asistencia de las detenidas embarazadas⁶⁶, dificultades en los traslados a los hospitales extra muros (situaciones de violencia y abuso, demoras, medidas de seguridad excepcionales) y numerosos supuestos de violencia obstétrica en el embarazo, el parto y el posparto⁶⁷. Al momento del parto, el OVG identificó que las mujeres no podían ser acompañadas por alguien de su elección, sino que concurrían únicamente con personal penitenciario. También corroboró el uso de grilletes durante la permanencia en el hospital, incluso al momento de amamantar, y que personal penitenciario masculino y femenino uniformado cumplía funciones de vigilancia en las puertas de las salas de parto y de internación. En el posparto, el OVG indicó que fueron recurrentes las denuncias de mujeres porque se les impidió el contacto con sus hijos recién nacidos, en razón de que fueron devueltas a sus unidades penales mientras los niños/as continuaron hospitalizados.

El panorama sintéticamente reseñado se complementa con distintos hechos que han llegado a conocimiento de los organismos involucrados en este estudio, vinculados con prácticas de violencia obstétrica a mujeres privadas de libertad, muchas de ellas de extrema gravedad. A continuación, se relatan algunas de las denuncias recibidas por distintos organismos que forman parte del equipo de redacción de este in-

65 Véase DGN, Informe presentado ante el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 65º período de sesiones, 24 de octubre – 18 de noviembre 2016, pp. 8-10, disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT_CEDAW_IFN_ARG_25369_S.pdf

66 Véase Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires-OVG, Informe 2014/2015, Monitoreo de políticas públicas y violencia de género, Capítulo 7: (In) Definiciones institucionales para el abordaje de la violencia obstétrica en la provincia de Buenos Aires, cit., p. 196.

67 Véase Ídem, pp. 200-201.

forme, y que fueron especialmente tenidos en cuenta como antecedentes del trabajo que aquí se presenta, e incluso lo motivaron. La descripción de los hechos se funda en los propios relatos de las damnificadas y, en algunos casos, en prueba documental a la que se tuvo acceso.

Caso W.Y. – Unidad N° 31 de Ezeiza

El 31 de agosto de 2014, W.Y. fue trasladada desde la Unidad N° 31 al Hospital Eurnekian de Ezeiza para dar a luz. El niño nació a las 12.55 hs. de ese mismo día. La médica se lo mostró sin que ella pudiera tener contacto con el bebé y lo retiró de la sala. Durante las 5 horas posteriores, W.Y. solicitó desesperadamente que le informen el estado de su hijo, recibiendo como única respuesta que estaba en neonatología y que se iba a acercar el médico para explicarle lo sucedido. Recién alrededor de las 18 hs., W.Y. fue llevada a neonatología donde, por primera vez, pudo estar con él.

El día 3 de septiembre, una médica le transmitió que ya no podía permanecer junto con su hijo debido a la causa que la mantenía presa. W.Y. se encontraba procesada por homicidio agravado por el vínculo presuntamente cometido contra un hijo pequeño pero aún no contaba con condena firme. Aunque razonablemente podían existir dudas acerca de si la mujer podría revestir un riesgo para su hijo recién nacido, el SPF tenía la oportunidad de establecer las medidas necesarias para verificar si ello era así de manera previa al parto. Podían haberle hecho entrevistas o estudios para despejar esa duda durante el embarazo así como posibilitar el contacto madre-hijo mediado por un profesional especializado en vez de que se prohibiera u obstaculizara el vínculo. Sin embargo, nada de ello ocurrió. No hubo ninguna medida judicial que planteara la imposibilidad de contacto o que especificara algún recaudo que debía tomarse en el particular, sino que las actuaciones respondieron únicamente a la decisión de las autoridades del hospital, que resolvieron que W.Y. y su hijo no podían pasar a internación conjunta hasta tanto no tomara intervención el servicio social y el área de salud mental del hospital.

Desde el hospital se procedió a dar intervención al Equipo Zonal de Lomas de Zamora, que solicitó a su vez una evaluación psiquiátrica de W.Y. donde se especificara si constituía una amenaza o no para su hijo. Pasados seis días del nacimiento, y luego de un informe de la psiquiatra de la Unidad N° 31 que avalaba la internación conjunta, W.Y. fue trasladada a la unidad junto con su bebé. A partir de los hechos ocurridos, la Procuración Penitenciaria de la Nación canalizó la presentación de una denuncia ante la Defensoría del Pueblo de la Nación. Este constituye el primer caso denunciado que fue encuadrado dentro de la figura de violencia obstétrica sufrido por una mujer en contexto de encierro

Caso A.T. – Unidad N° 31 de Ezeiza

A.T. fue alojada en la Unidad N° 31 de Ezeiza cuando estaba embarazada de tres meses. Por sus antecedentes obstétricos (muerte fetal previa en el octavo mes de gestación), su actual embarazo era de alto riesgo, con posibilidades de sufrir parto pretérmino. Sin embargo, esto no fue debidamente consignado en su historia clínica y por ende no fue tratada con los cuidados especiales que requería. El 29 de agosto de 2015, tras sentir fuertes contracciones durante varias horas, A.T. fue derivada al Hospital Eurnekian. Allí, el médico no comprobó contracciones durante diez minutos, pero dictó pautas de alarma. A.T. fue reingresa en la Unidad donde, en lugar de monitorearla en el centro médico, la enviaron a su celda. Con posterioridad, volvió a requerir atención sanitaria, ya que los dolores persistían y eran similares a los que había tenido antes de dar a luz en el embarazo anterior. Le comunicaron que no podían llevarla aduciendo que ya había estado en el hospital.

En la madrugada del 30 de agosto, cuando ya gritaba de dolor, trasladaron a A.T. al centro médico, en donde le inyectaron un analgésico. En dicha oportunidad, la médica del SPF dejó constancia en la historia clínica sobre la necesidad de adoptar “pautas de alarma”. Pese a ello, le ordenaron que regresar a su celda, sin monitoreo alguno sobre la evolución de las contracciones y del emba-

razo en general: la llevaron en silla de ruedas, pues no podía caminar por el dolor. Al llegar allí, A.T. volvió a pedir atención médica pero los agentes penitenciarios se lo negaron, invocando que acababa de ser atendida.

A los pocos minutos, y con ayuda de dos compañeras de pabellón, A.T. comenzó a dar a luz en el piso de su celda. Todas las detenidas gritaban pidiendo ayuda por lo que la celadora llamó a la médica de guardia (pediatra) quien colaboró con la finalización del parto. Entre la celadora y la médica de guardia envolvieron al bebé nacido prematuramente con una sábana, ataron el cordón umbilical y la trasladaron en una ambulancia con su hijo hacia el Hospital Eurnekian.

El hijo de A.T. nació con múltiples problemas de salud y un mes más tarde falleció. Tres semanas antes, la mujer había sido excarcelada. A.T. denunció lo sucedido, dándose inicio a un proceso penal, que aún se encuentra en trámite.

Caso V.T. – Unidad N° 33, Los Hornos

El 15 de mayo de 2015, V.T. comenzó a tener contracciones dentro de la Unidad Penitenciaria Bonaerense N° 33 de Los Hornos y fue trasladada al Hospital Interzonal General de Agudos General José de San Martín de La Plata, acompañada por personal penitenciario.

Al llegar al hospital, la esposaron y encadenaron a la camilla mientras hacía el trabajo de parto. Por razones médicas, el parto terminó en una cesárea. El quirófano fue el único lugar donde le sacaron las esposas. Apenas terminó la intervención, colocaron a V.T. convaleciente en una camilla y la volvieron a esposar. La beba presentó un problema neurológico al momento del nacimiento, que determinó su internación en el sector de neonatología.

El domingo 17 de mayo V.T. obtuvo el alta y se la alojó nuevamente en la Unidad N° 33. Perdió el contacto con su hija recién nacida y se interrumpió la lactancia. El día siguiente sólo pudo estar con ella durante una hora.

Esta situación se judicializó y el Juez de ejecución sólo requirió una

copia de la historia clínica de la niña y de V.T. También requirió que se lo mantenga informado sobre el estado de salud de la niña y sobre el tratamiento médico-farmacológico que estaría recibiendo. Respecto de lo sucedido durante el parto, se inició una causa penal a fin de determinar si se cometió algún delito. Actualmente esa investigación se encuentra archivada.

A partir de estos antecedentes, y a fin de profundizar en las experiencias de las mujeres que dieron a luz en condición de detenidas, se promovió la conformación de una “Mesa de Trabajo Interinstitucional sobre Violencia Obstétrica hacia Mujeres Privadas de su Libertad”, integrada por representantes de la Defensoría del Pueblo de la Nación, la Procuración Penitenciaria de la Nación, la Defensoría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires⁶⁸. Como se adelantó en la introducción de este estudio, en este espacio se acordó un trabajo conjunto y articulado, dirigido a indagar en las vivencias de las mujeres presas durante sus procesos reproductivos, y a realizar recomendaciones para abordar las dificultades que en ese sentido se detecten.

En una primera etapa, la tarea de la Mesa se centró en indagar acerca de la existencia o no de lineamientos o protocolos de atención de mujeres embarazadas privadas de su libertad, durante el proceso del parto, parto y posparto. Además, se intentó relevar los niveles de acceso a los derechos establecidos en la normativa vigente en materia de Parto Respetado, en especial lo referido al cumplimiento de la ley N° 25.929. Asimismo, se solicitó información a las autoridades de la Unidad N° 31 de Ezeiza y del Complejo Penitenciario Central III de Güemes, como también a los responsables de los hospitales receptores

68 En el marco de la actuación N° 5159/15 del Defensor del Pueblo de la Nación, caratulada: “DEFENSOR DEL PUEBLO DE LA NACION sobre investigación referida a la atención de las mujeres embarazadas privadas de su libertad, en ocasión del parto de sus hijos”, el Defensor del Pueblo de la Nación dictó la Resolución N° 18/16, mediante la cual creó una Mesa de Trabajo interinstitucional sobre violencia obstétrica hacia mujeres privadas de su libertad, e invitó a conformarla a las áreas pertinentes de la PPN, de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires y de la Defensoría General de la Nación (DGN).

de las mujeres al momento del parto, a saber: Hospital de Ezeiza y Maternidad Sardá (receptores de la Unidad N° 31 de Ezeiza) y Hospital Joaquín Castellanos de la ciudad de Güemes y Hospital Materno Infantil de la ciudad de Salta (receptores del CPF III).

En esta instancia se constató que si bien pueden existir pautas de atención en cada unidad penitenciaria (como pasa en la Unidad N° 31 del SPF con la *Guía de Procedimiento Obstétricos*, sobre la que habrá mayor referencia en el siguiente apartado), no existen protocolos comunes de atención y derivación de las mujeres embarazadas al momento del parto, pero los organismos y establecimientos de salud requeridos informaron en términos generales que se cumplía con las disposiciones de la normativa vigente en la materia⁶⁹. Sin embargo, la Procuración Penitenciaria de la Nación, la Defensoría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires aportaron datos e información que contrastaba con esa afirmación, producto de su trabajo de monitoreo continuo en unidades carcelarias. Por tal motivo, en una segunda etapa la Mesa de Trabajo convino realizar un estudio de campo para dimensionar adecuadamente el fenómeno, con las características y los resultados que a continuación se detallan en este informe.

2.2 Alcances del estudio y perfil de las mujeres encuestadas

El objetivo del relevamiento se orientó hacia la realización de un informe interinstitucional por medio del cual acceder a un primer diagnóstico acerca de las experiencias de violencia obstétrica atravesadas por las mujeres alojadas en las unidades penitenciarias destinadas a mujeres embarazadas y/o con hijos/as menores de 4 años. Ello, a fin de delinear observaciones y recomendaciones dirigidas a las autoridades penitenciarias y médicas para la protección de los derechos reproductivos de las mujeres detenidas.

El trabajo de campo se realizó en los siguientes establecimientos: el Instituto Correccional de Mujeres - CPF III de Güemes (Salta), el Cen-

69 Ref.: Act. DNP N° 7319/14, caratulada: "W., Y, sobre presunta violencia obstétrica".

tro Federal de Detención de Mujeres, Unidad N° 31 de Ezeiza (Buenos Aires), ambas dependientes del Servicio Penitenciario Federal, y la Unidad Penitenciaria N° 33 de Los Hornos, bajo la órbita del Servicio Penitenciario Bonaerense⁷⁰. En total, se encuestaron 33⁷¹ mujeres que cumplieran con los requisitos del estudio. Asimismo, se relevaron algunos testimonios a través de entrevistas en profundidad a seis mujeres que atravesaron el parto, parto y posparto en condiciones de detención. A continuación, se realizará una descripción de las unidades penales relevadas, así como también un breve análisis de las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

2.2.1. Características de las unidades relevadas

El Instituto Correccional de Mujeres - CPF III se encuentra emplazado en la localidad de Güemes, provincia de Salta. El establecimiento fue inaugurado en el año 2011, como intento de dar respuesta al aumento de la población detenida en los cruces fronterizos por infracción de la ley N° 23.737⁷². Se estructura sobre la base de dos unidades: el Instituto Federal de Condenados de Salta, que aloja población masculina, y el Instituto Correccional de Mujeres. A pesar de presentarse como un establecimiento de mediana seguridad, su régimen de vida resulta más cercano a una cárcel de máxima seguridad, con dinámicas propias de

70 Vale aclarar que, dentro de la órbita del SPF también se encuentra la Unidad N° 13, en la provincia de La Pampa, con cupo para mujeres embarazadas y/o con hijos/as menores de 4 años. A su vez, el SPB también cuenta con otras unidades destinadas para este colectivo específico, a saber: Unidad N° 3 de San Nicolás, Unidad N° 40 de Lomas de Zamora, Unidad N° 50 de Mar del Plata y la Unidad N° 54 de Florencio Varela. La decisión respecto de la selección de las unidades respondió a que concentran el mayor porcentaje de mujeres embarazadas y/o con hijos/as menores de edad.

71 De este total, 18 se encontraban alojadas en las unidades del SPF y 15 de ellas en la Unidad N° 33 del SPB.

72 PPN, *Informe Anual 2011. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, Buenos Aires, 2012, pp. 21.

un espacio cerrado⁷³.

El Instituto cuenta con alojamiento específico para mujeres embarazadas y/o con hijos/as menores de cuatro años, también denominado “planta de madres”, compuesto por dos pabellones con celdas individuales. Según información del Servicio Penitenciario Federal, a diciembre de 2016 alojaba a cuatro mujeres embarazadas, 12 mujeres madres y 12 niños/as (seis menores de 1 año, cuatro de 2 años, y dos de 3 años)⁷⁴. Durante el 2016 no se sucedieron partos en la unidad, mientras que en el año 2017 hubo cinco.

Otra de las particularidades que presenta el establecimiento es su ubicación geográfica, que se sitúa a 3 km. del pueblo de Güemes -donde se accede al hospital más cercano- y a 55 km. de la ciudad de Salta. Este panorama, además de presentarse poco recomendable para afrontar situaciones de urgencia médica, se complejiza frente a la falta de móviles disponibles para la realización de traslados, hecho que suele caracterizar al SPF⁷⁵, lo cual muestra cierto panorama de aislamiento socio-territorial de estas mujeres detenidas.

Por su parte, la Unidad N° 31 de Ezeiza se encuentra ubicada en la provincia de Buenos Aires y fue inaugurada en 1996 para el alojamiento exclusivo de mujeres, decisión que estuvo vinculada con el aumento acelerado de la población penal femenina durante la década de los noventa. Dentro de ella, tiene dispuestos siete pabellones específicos destinados al alojamiento de mujeres embarazadas y/o con hijos/as menores de cuatro años. Según información del SPF, a diciembre de 2016 se encontraban alojadas allí 14 mujeres embarazadas, 28 mujeres madres y 34 niños/as (19 menores de 1 año, siete de 2 años, cuatro de 3 años, y

73 PPN – Comisión por la Memoria – Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos, Registro Nacional de Casos de Tortura, *Informe Anual 2015*, Buenos Aires, 2016, pp. 150

74 Durante el 2016 no se sucedieron partos en la unidad, aunque en el año 2017 hubo cinco.

75 PPN, *Informe Anual 2012. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, Buenos Aires, 2013, pp. 545

cuatro de 4 años). Hacia el año 2016 se sucedieron en la Unidad 13 partos de mujeres detenidas, mientras que en el 2017 hubo 11⁷⁶. La gran mayoría de los partos se suelen llevar a cabo en el Hospital Eurnekian, con excepción de aquellos que, por razones de complejidad, son derivados a la Maternidad Sardá⁷⁷.

Por otra parte, la unidad cuenta con un centro médico donde se realizan algunos controles prenatales, mientras que para la realización de las ecografías obstétricas las mujeres deben ser trasladadas al Hospital Penitenciario Central (HPC) del Complejo Penitenciario Federal I (CPF I) de Ezeiza. El centro médico posee a su vez una médica toco-ginecológica y dos licenciadas en obstetricia, aunque no dispone de guardias permanentes de las mencionadas disciplinas.

El SPF dispone de un *Protocolo de Asistencia Obstétrica – Atención de la mujer embarazada* y de un *Protocolo de asistencia obstétrico – diagnóstico de embarazo* aprobados por Boletín Público N° 625 del año 2017, que describe la atención prenatal que debe brindarse a las mujeres detenidas, aunque no cuenta con pautas específicas dirigidas a su situación particular de encierro, como aquellas que se vinculan con las necesidades de traslado o con las formas de trato, entre otras. Asimismo, la Unidad N° 31 cuenta con un *Protocolo de Asistencia a Internas Embarazadas o Alojadas con sus Hijos en casos de Emergencia*: éste sí con un enfoque que tiene en cuenta la realidad del encarcelamiento, para lo que establece acciones concretas a cargo del personal penitenciario frente a alguna emergencia obstétrica o pediátrica (identificando el rol de cada funcionario según el caso)⁷⁸.

Finalmente, la Unidad Penitenciaria N° 33 del Servicio Penitenciario Bonaerense se encuentra en el barrio de Los Hornos, en las afueras de la ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires. Fue inaugurada el 29

76 Información suministrada a la PPN por Nota D N° 09/2018 (U 31), Exp. 3343, fojas 2491.

77 Información suministrada a la PPN por Nota N° D N° 425/2016 (U 31), Exp. 3343, fojas 2251.

78 Información provista a la DGN por la Directora de la Unidad 31 mediante Nota D N° 192/17 (U-31) de fecha 7 de junio de 2017.

de marzo de 1999. La Unidad está dividida en 3 módulos: A – B – C, con tres o cuatros pabellones cada uno. La característica primordial de este establecimiento es la de poseer cinco pabellones destinados al alojamiento de mujeres embarazadas y de madres con niños menores de cuatro años. Cada uno de esos pabellones tiene un cupo para 15 personas.

Los controles del embarazo se pueden realizar en el sector de sanidad de la Unidad, en la Unidad Hospital N° 22, o en algún hospital extramuros, dependiendo de la complejidad de la práctica. Las mujeres allí alojadas al momento de parir son trasladadas al Hospital Interzonal General de Agudos San Martín, al Hospital Gutiérrez o al Hospital Alejandro Korn, según la capacidad de internación de cada establecimiento. Durante el año 2016 nacieron 31 bebés cuyas madres se encontraban privadas de libertad en la Unidad N° 33. Hasta el mes de noviembre de 2017, la cifra ascendía a 37.

2.2.2. Perfil de las mujeres entrevistadas

Dentro de la población de mujeres privadas de la libertad, la proporción de mujeres embarazadas o alojadas junto con sus hijos/as pequeños suele rondar porcentajes mínimos⁷⁹. Asimismo, la población penal femenina se caracteriza por mantener porcentajes altos de prisión preventiva, fundamentalmente por delitos no violentos vinculados con la infracción a la ley N° 23.737, en el marco de los cuales ocupan los eslabones más débiles dentro de la cadena de narcotráfico⁸⁰.

El mayor porcentaje de las mujeres encuestadas en este estudio tenía menos de 30 años, lo cual se encuadra dentro de un fenómeno más ge-

79 Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación - Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal, *Mujeres privadas de la libertad en el Sistema Penitenciario Argentino*, 2015. Según el último informe del SNEEP, hacia fines de 2015 este porcentaje alcanzaba el 5% de la población total de mujeres, porcentaje que ha ido variando mínimamente en los últimos años (140 en 2015; 162 en 2014; 164 en 2013; 148 en 2012; 164 en 2011).

80 Véase CELS, MPD y PPN, *Mujeres en prisión: los alcances del castigo*, cit., pp. 55 y 202.

neral que concentra la criminalización femenina dentro de los sectores más jóvenes de la sociedad (66%). Asimismo, al preguntarles sobre el máximo nivel de estudios alcanzado, el 73% del total de las encuestadas refirió tener completos sólo los estudios primarios, lo que ofrece un indicador importante del alto grado de vulnerabilidad socioeconómica que experimenta este colectivo (se incluye en este grupo a quienes refirieron haber iniciado el nivel medio pero sin haberlo completado -30% del total-). Por otro lado, la gran mayoría indicó ser de nacionalidad argentina (88%), mientras que aquellas mujeres de nacionalidad extranjera refirieron provenir de países como Uruguay, China y Bolivia. Sólo tres de las mujeres que participaron del estudio atravesaron su primer parto en prisión. Casi el 50% de la muestra tenía entre tres y cinco hijos/as al momento de la investigación.

2.3. Resultados

2.3.1 *Preparto en el penal*

Analizar el final del embarazo y el parto de las mujeres presas encarna un proceso de asimilación de vivencias muy disímiles de aquellas que atraviesan las mujeres que se encuentran en el medio libre. Una de estas particularidades se vincula con el transcurso del trabajo de parto en el establecimiento de encierro. Experimentar esta instancia en la cárcel implica, entre otras cuestiones, no poder contar con el acompañamiento de una persona del propio entorno familiar y/o social. En esta primera etapa, la presencia de una persona cercana al círculo afectivo y personal funciona como un vínculo de contención y apoyo que generalmente mejora la evolución del parto. Esto, a su vez, puede facilitar un parto con un menor nivel de medicalización, disminuir el temor de las mujeres y ayudar también a la salud del/la recién nacido/a⁸¹.

Los datos relevados en el presente estudio reflejan que la gran mayo-

81 Ministerio de Salud de la Nación – UNICEF, Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia, cit.

ría de las mujeres encuestadas (94%) inició el trabajo de parto en la unidad penitenciaria, y buena parte de ellas –casi el 76%- específicamente en su pabellón de alojamiento. Varias hicieron mención a las demoras (casi un 25% del total refirió haber tenido que esperar más de media hora para ser trasladada y algunas llegaron a informar hasta dos horas de espera), así como a los múltiples y variados intermediarios que debieron superar hasta ser atendidas por un profesional de la salud⁸². En este punto, sobresale como dificultad la tensión existente entre la lógica institucional fundada en la política de seguridad interna y el derecho al acceso a la salud integral de las mujeres detenidas. Como revela el estudio y se verá nuevamente con posterioridad, esta tensión continúa presente durante todas las etapas del parto, lo cual inevitablemente tiene como resultado un perjuicio sobre las experiencias reproductivas de las mujeres, así como también efectos negativos sobre sus hijos/as. Véase el siguiente testimonio, que ilustra las dificultades señaladas:

“(...) el viernes a la noche me voy a acostar. A las 3 de mañana siento un dolor fuerte y voy al baño. Yo le quería avisar a mi mamá. Yo sabía que no se podía (usar el teléfono a la noche), pero igual quería avisarle. No te dejan usar el teléfono. Tienen un horario. Y mis compañeras estaban durmiendo. Entonces tampoco quería molestarlas. Me vio una compañera y me preguntaba qué me pasaba. Yo le digo que estoy con contracciones. Así que llamo a la celadora. Le digo que venga rápido. Me dice que le va a avisar a la jefa y que vaya preparando todo (...) Yo tenía preparado mi bolsito, lo cargué yo porque ellos no te ayudan en nada. (...) Así que me sacan, me llevan adelante (centro médico). Ahí tenía que esperar que me revisara un médico para ver si estaba en trabajo de

82 A las demoras generales del espacio del encierro, la Unidad N° 31 posee la particularidad de contar con presencia de hombres detenidos por delitos de lesa humanidad desde el año 2014. Este hecho ha sido referido, tanto por las propias mujeres detenidas como en el marco del habeas corpus que se tramita por este caso, como un factor más de demora, en virtud de la prohibición de contacto de las mujeres con los hombres detenidos.

parto. Se tardó media hora en llegar (...) Era un médico de guardia que queda a la noche, un clínico (...) Cuando llega, me revisó, no me dijo nada, si estaba o no. Sólo me dijo que me iba a hacer la salida acá a Güemes (Hospital San Bernardo)” (CPF III - SPF).

Asimismo, otra de las entrevistadas identificó el período nocturno como el momento más crítico para las mujeres detenidas que inician el trabajo de parto dentro del penal. El horario nocturno es identificado como un punto crítico para la atención de salud no sólo al momento del trabajo parto, sino también en relación con la atención médica de los/as niños/as que conviven con sus madres en prisión, aspecto señalado por otra de las personas entrevistadas. Véanse los siguientes relatos:

“El problema principal es durante la noche. Las celadoras están durmiendo y si las llamas vienen de mala gana y te dicen ‘justo ahora vas a parir’. Te hacen esperar mucho, hasta último momento y te sacan justo para parir” (U31 – SPF).

“Los bebés se enferman a la medianoche y te dicen: ‘¿A esta hora se tiene que enfermar?!” (CPFIII – SPF).

Por otra parte, el 30% de las mujeres encuestadas en este estudio indicó haber sido atendida por un/a médico/a de una especialidad distinta a la obstetricia. Esto último se vincula con el hecho de que varios de los partos se desencadenaron dentro del tiempo y espacio de las guardias, momento en el cual no se suele contar con un/a profesional especializado. Este punto ha sido señalado por la PPN en el marco de la Recomendación 829 dirigida al Director del SPF, donde se solicita la implementación de una guardia médica obstétrica y pediátrica nocturna activa en las unidades que alojen a mujeres embarazadas o con niños/as pequeños⁸³. También ha sido un requerimiento específico del Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unida-

83 PPN, Informe Anual 2015. La situación de los derechos humanos en las cárceles feder-

des Carcelarias⁸⁴.

Además del reclamo institucional, las mujeres entrevistadas también hicieron hincapié en que la falta de especialistas les generó sentimientos de inseguridad al interior de los penales, al no tener a disposición un/a médico/a obstetra a quien consultar en cualquier momento del día o de la noche frente a una situación considerada “rara”, “irregular” o “desconocida”. Ese sentimiento se intensifica de manera particular en el caso de mujeres primerizas, como lo muestra el siguiente testimonio:

“Me atendió un médico pediatra, no había médico, ni nada. Había pediatra en ese momento. Había que esperar que venga una enfermera o alguien. No había casi nadie en el centro médico. Era un día domingo, o sea, no había nadie” (U33 - SPB).

Resulta aún más preocupante la situación de las mujeres que permanecieron detenidas en Escuadrones o puestos de Gendarmería, frente a la falta total de asistencia, y a las prácticas de violencia institucional que marcaron sus experiencias. Así lo relataba una de las mujeres entrevistadas, quien indicó que luego de ser trasladada a un hospital de la zona al momento del parto, el Jefe de la Brigada solicitó de forma inmediata su alta médica y su regreso al Escuadrón, impidiendo de tal modo su internación durante el posparto. Este tipo de hechos no son nuevos. En la investigación *Mujeres en Prisión, los alcances del castigo*,

ales de la Argentina, Buenos Aires, 2016, p. 453. Ante este pedido, desde la Dirección Nacional del SPF remitieron Nota N° 211/2016 DGRC, de fecha 8/06/2016 donde informan que: “En relación a esta recomendación, llevo a su conocimiento que esta institución se encuentra en plena campaña de reclutamiento de personal profesional de estas especialidades a los fines de conformar las guardias allí requeridas. Asimismo, se destaca que dicha tarea se torna infructuosa en razón de que estos médicos especialistas, encuentran un mayor atractivo para su inclusión laboral, por cuestiones económicas, en instituciones sanitarias públicas y privadas. Cabe señalar además que no todas las instituciones hospitalarias públicas, cuentan con dichas guardias, dan cobertura a una población que supera ampliamente a la población de los establecimientos antes referidos” (PPN - Exp. 3343, Cuerpo 11, fojas 2189).

84 Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias, Recomendación VI/2016, 24/5/2016, punto VII.

ya se hacía mención a la altísima situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres detenidas en estos espacios de alojamiento no penitenciarios, quienes permanecen durante largos períodos en condiciones inhumanas de encierro⁸⁵.

En otro orden, en el marco del estudio las mujeres participantes expresaron la falta de contención recibida por parte de los profesionales y funcionarios de seguridad que intervinieron durante esta etapa. Una de ellas, alojada en la Unidad N° 33 del SPB, refirió que durante el trabajo de parto se sentía muy débil, se desmayaba y no podía hacer fuerza, pero que ningún/a médico/a o enfermero/a la ayudó. En sentido coincidente, otra de las mujeres alojada en la misma cárcel manifestó que durante el trabajo de parto y el parto: *“quieren sacarnos de encima, lo dicen y todo”*, e indicó que sufrió discriminación por el hecho de estar detenida. Si se añade a esto la falta de acompañamiento del círculo afectivo señalada anteriormente, la experiencia se traduce en escenarios aún más angustiantes. Uno de los testimonios recogidos lo describió así:

“En el hospital de la unidad te hacen sufrir, es realmente parir, le decís que te sentís mal y te dicen ‘andá al pabellón y acostáte’”
(U31 – SPF).

Finalmente, el temor que genera el momento del parto, posiblemente vinculado con el mítico mandato de ‘parirás con dolor’, impacta fuertemente en las subjetividades de las mujeres. Frente a esto, el acceso a la información sobre la evolución del proceso de parto y el trato respetuoso por parte de los profesionales y del personal de seguridad, no sólo constituyen derechos legalmente reconocidos, sino que resultan precondiciones indispensables para que las mujeres presas atravesasen esta experiencia en las mejores condiciones. En este sentido, varios de los relatos reflejaron formas de trato que distan de aquellas sostenidas en el respeto y el reconocimiento de la dignidad humana:

“Me decían que tenía que esperar, que no podían hacer nada”

85 Véase CELS, MPD y PPN, Mujeres en prisión: los alcances del castigo, cit., p. 56.

(U31 – SPF).

“Me decían que deje de gritar, que me la aguante” (U31 – SPF).

“Me decían que me calle” (U31 – SPF).

“El médico del SPF me insistía diciendo que me tenía que calmar, que aguantara porque todavía no llegaba el móvil del traslado”
(U31 – SPF).

“Me decían que me calle porque si no, no venía el móvil”
(CPFIII – SPF).

2.3.2. *Traslado al hospital y presencia penitenciaria*

Transitar un embarazo en prisión implica mayor estrés y angustia que la que suele acompañar a las mujeres embarazadas que no están privadas de libertad. En el encierro, la limitación del contacto afectivo y las restricciones materiales propias de la cárcel son circunstancias que hacen que una mujer embarazada transite esta etapa con preocupaciones diferenciales respecto de las mujeres gestantes en el medio libre. Por su parte, frente a la inminencia del parto, surge la necesidad de que las mujeres sean trasladadas desde las unidades penitenciarias hacia hospitales o centros de salud extramuros con celeridad y en condiciones apropiadas.

La satisfacción de estas condiciones resulta imperiosa si se tiene en cuenta que los traslados suelen ser situaciones en las que se concentran las mayores prácticas de violencia institucional por parte del personal penitenciario⁸⁶.

Un aspecto sensible al momento del traslado al hospital se vincula

86 Estudios recientes han puesto de resalto las numerosas dificultades que experimenta la población penitenciaria femenina al respecto: traslados en unidades móviles junto con varones detenidos; disposición de lugares específicos para mujeres sin luz ni ventilación suficientes, y en condiciones de hacinamiento; uso de medidas de sujeción que empeoran las circunstancias experimentadas; límites a la posibilidad de llevar bebidas y alimentos, así como a la posibilidad de ir al sanitario. También se ha indicado la falta de móviles especialmente acondicionados para el traslado de mujeres en general, y en particular para las embarazadas y las que residen junto con sus hijos/as en prisión (Ídem, p. 129; Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires - OVG, Informe. De traslado. Violencia de Género y Poder Carcelario, 2017, pp. 25-26). En el caso de la Unidad 31, en razón de la tarea

con la demora que se verifica entre su indicación y su efectivización. En el marco del presente estudio, 24 de las 33 mujeres encuestadas (72,7%) informaron que el traslado desde la cárcel al hospital tomó menos de media hora. No obstante, preocupa que un importante número manifestara significativas demoras, ancladas principalmente en la burocracia penitenciaria. En efecto, en el 15% de los casos las mujeres entrevistadas manifestaron que transcurrió entre media hora y una hora desde que se observó la necesidad de trasladarla al hospital hasta llegar al centro de salud, y en el 9% de los casos este período duró entre una y dos horas. Al respecto, una de ellas expresó:

“Acá no es que vos decís que estás por parir y te sacan volando. Tiene que venir judiciales, te toma las huellas, que venga el médico, me haga la salida” (CPFIII - SPF).

Por otra parte, cuando se trata del traslado de mujeres embarazadas para tener el parto en un centro sanitario, es preciso que se realice en un medio adecuado y con personal médico especializado⁸⁷, a fin de asegurar condiciones acordes con la situación reproductiva de las mujeres. De acuerdo con las encuestas realizadas para este estudio, si bien un 72,7% de las mujeres informaron que fueron conducidas a los hospitales en ambulancia, debe advertirse que el 18% mencionó que fue-

de monitoreo que realizó la DGN entre 2008 y 2009 sobre las condiciones de detención de mujeres, el SPF dispuso mediante Resolución D.N. N° 453/2009 que el traslado de mujeres embarazadas o que permanecen con sus hijos/as en la Unidad se realice a través en un móvil especialmente acondicionado, lo que mejoró sustancialmente las condiciones en que se venían realizando los traslados.

87 Al respecto, la PPN realizó dos recomendaciones dirigidas al SPF (Recomendación N° 673/PPN/07 y Recomendación N° 801/PPN/13) por medio de las que se solicitó al Director Nacional la disposición de móviles específicos para el traslado de mujeres embarazadas y/o con hijos/as menores alojadas en la Unidad N° 31 de Ezeiza y en el CPF III de Güemes. Tal como se manifestó en la nota anterior, en el mismo sentido trabajó la Comisión sobre Temáticas de Género de la DGN que también realizó monitoreos sobre este aspecto entre 2008 y 2009 y recomendó acciones para mejorar las condiciones en las que se realizan los traslados.

ron transportadas en un camión de traslado y que en el 6% de los casos restantes fueron trasladadas en otros móviles (como un patrullero o colectivo de visitas). Por su parte, 10 de las 33 encuestadas refirieron no haber sido acompañadas por un médico/a durante el traslado. Estos datos se complementan con los testimonios de algunas de ellas, respecto del estado y las características de los móviles utilizados:

“[El traslado] Se demoró porque tenían que arreglar el móvil, acá como están todos los móviles rotos, tenían que arreglar los móviles y la ambulancia tenía la rueda pinchada (...) teníamos que ir despacio. Me trasladaron sentada (...) y esposada” (U33 – SPB).

“En el móvil me acompañaban celadoras y celadores, ningún médico” (U31 – SPF).

“La camioneta saltaba re mal y yo pensaba que lo iba a tener ahí” (CPFIII – SPF).

“El móvil que me trajeron era en una ambulancia. Pero vos tenés que ver las condiciones de esa ambulancia... No tiene nada para atenderte por cualquier cosa que pase” (U31 – SPF).

A su vez, varios de los relatos recogidos en las entrevistas señalaron numerosos obstáculos experimentados en el contexto de los traslados:

- Una mujer contó que, debido a un golpe, rompió bolsa al momento de la detención y estuvo más de 24 hs. sin recibir ningún tipo de control médico o profilaxis (CPFIII – SPF).
- Otra mujer relató que estuvo con trabajo de parto desde las 3 de la madrugada hasta las 12 hs., pues tuvo que esperar a que la requisen, después al médico para que la revise, y luego ir a la oficina de judiciales y esperar allí el móvil (CPFIII – SPF).
- Otra de las consultadas dijo que en total tuvo tres horas de espera, pues primero fue al centro médico, donde esperó a un médico (pediatra) para que la revisara, luego esperó a que hagan los papeles de traslado, y después aguardó a que preparen la ambulancia (U31 – SPF).

- Otra contó que tuvo que cargar el bolso desde el pabellón hasta el centro médico, donde esperó media hora al médico (quien nunca la revisó), luego esperó una hora más la llegada de la ambulancia, y por último tuvo alrededor de una hora de viaje hasta llegar al hospital. Allí la atendieron enseguida, porque su hijo ya nacía (CPFIII – SPF).

De los relatos recabados se puede advertir la presencia de una multiplicidad de intermediarios que *burocratizan* y, por ende, retardan la salida de las mujeres al hospital: personal de requisa, médicos/as (en diversas ocasiones, de una especialidad distinta a la tocoginecología), área de judiciales, entre otros. A ello debe sumarse la espera de la ambulancia, que no siempre está disponible o no se encuentra en buen estado de mantenimiento. Por último, la efectividad del traslado depende a su vez de que cada persona encargada de actuar lo haga en tiempo y forma. Es decir, a diferencia de lo que sucede con las mujeres que se encuentran en libertad, una mujer en prisión depende de que múltiples personas realicen diversos controles y, sobre todo, de que actúen con celeridad, para poder llegar a tiempo al hospital. Todas estas intervenciones se dan durante el trabajo de parto, con lo que resulta indispensable actuar de modo tal de no incrementar el riesgo de que el nacimiento se desencadene en un medio inapropiado. Al respecto, a título de ilustración paradigmática, cabe recordar el hecho señalado con anterioridad, donde una mujer detenida dio a luz en su celda a su hijo prematuro, que luego de un mes de internación falleció⁸⁸.

Es necesario notar que una mujer encarcelada tiene una gran dependencia hacia los agentes del servicio penitenciario. Necesita del personal penitenciario en todo momento: en la escucha; para la apertura de las puertas; para ser conducida a la atención en el centro médico, al área de judiciales y al sector de requisas; para el traslado oportuno, etcétera. Asimismo, de advertir una atención deficiente, las mujeres carecen de la opción de acudir a alguien más o hacerlo por sus propios medios.

88 Véase al respecto el caso de A.T., mencionado en el apartado “Antecedentes”.

La vulnerabilidad que atraviesan las mujeres presas en la fase del parto es realmente extrema y particular, no sólo por el proceso biológico que transitan sino también por la ausencia de libertad para gestionar por sí mismas la concurrencia al hospital. Esta situación activa un deber de garantía reforzado a cargo de las autoridades estatales y, en especial, las penitenciarias. Requiere de una escucha activa a sus demandas y de un accionar eficiente para no generar complicaciones en la salud o mayores angustias en las futuras madres.

Desde otro punto de vista, cabe decir que en el momento del traslado nuevamente surge con claridad la tensión existente entre la obligación de garantizar la salud integral de las mujeres embarazadas y la implementación de las medidas de seguridad. En casi la totalidad de los casos abordados en este estudio (97%), las mujeres fueron acompañadas por personal de seguridad y en el 54,5% fueron trasladadas con alguna medida de sujeción (18 de las 33 mujeres entrevistadas), ya sean esposas o “pateras” (esposas en las extremidades inferiores). Todas las mujeres de este último subgrupo estaban alojadas en la Unidad 33 de Los Hornos, provincia de Buenos Aires. Esta práctica de esposar o aplicar “pateras” a las mujeres durante los traslados ya viene siendo denunciada por el OVG de la Defensoría del Pueblo bonaerense⁸⁹; pese a ello el SPB mantiene esta conducta lesiva de la dignidad humana, que tiene un impacto particular en las mujeres gestantes que están siendo trasladadas para dar a luz.

Como ya fue dicho en apartados previos de este informe, las indicaciones internacionales prohíben el uso de ese tipo de medidas de seguridad en este contexto. En particular, las “Reglas de Bangkok” establecen que “no se utilizarán medios de coerción en el caso de las mujeres que están por dar a luz ni durante el parto ni en el período inmediatamente posterior” (regla 24).

⁸⁹ Véase Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires - OVG, Informe. De traslado, cit., pp. 7-11.

2.3.3. *La experiencia en el hospital*

2.3.3.1. *Acompañamiento*

El parto suele ser un proceso largo e intenso, que usualmente genera niveles de ansiedad y estrés en las mujeres, los que a su vez tienen directa incidencia en la mayor o menor salud física y emocional de los/as niños/as⁹⁰. Como se adelantó, el acompañamiento de una persona de confianza (sea familiar, amigo/a o pareja), tanto al momento de dar a luz como en la etapa previa y con posterioridad, se torna central desde lo afectivo. Constituye además una medida de resguardo ante el accionar del personal de salud, y una valiosa ayuda a la mujer una vez que transcurrió el nacimiento. En adición a ello, el apoyo continuo de la mujer durante el parto ha demostrado tener beneficios, como son una menor utilización de analgesia farmacológica y del número de partos vaginales instrumentales y de cesáreas, y una mayor satisfacción con la experiencia del parto⁹¹.

El derecho a estar acompañada por una persona de confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto se encuentra previsto legalmente y debe ser efectivamente satisfecho. La ley N° 24.660 de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad no contempla estos casos en su normativa⁹², aunque como ya fue indicado, la ley N° 25.929, de Parto Respetado, refiere en su artículo 2.g que toda mujer tiene derecho a “estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto”. Si bien este derecho de-

90 Ministerio Público de la Defensa – UNICEF, Mujeres Privadas de la Libertad. Limitaciones al encarcelamiento de las mujeres embarazadas o con hijas/os menores de edad, Buenos Aires, 2009, p. 6.

91 Véase al respecto Ministerio de Salud de la Nación - UNICEF, Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia, cit., p. 25 y : Federación de Asociaciones de Matronas de España, El apoyo en el parto, disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/apoyo-en-el-parto/>.

92 Aunque no haga referencia específica a la situación de las mujeres al momento de parir, debemos mencionar que la Ley 24.660 sostiene la importancia de fomentar y facilitar los vínculos de las personas detenidas. De este modo, el artículo 168 expresa que “[l]as relaciones del interno con su familia, en tanto fueren convenientes para ambos y compatibles con su tratamiento, deberían ser facilitadas y estimuladas (...)”.

be ser garantizado sin discriminación, no es usual que se informe a las mujeres detenidas sobre la posibilidad de estar acompañadas en este momento vital. Asimismo, en las ocasiones en que la existencia del derecho se conoce y se intenta hacer valer, las mujeres encarceladas se enfrentan a numerosas dificultades para su cumplimiento.

En el contexto de este estudio, la mayoría de las mujeres relató que le gustaría haber estado acompañada por algún ser querido; por lo general, algún familiar directo. Sin embargo, gran parte de ellas no sabía que podía requerirlo. En el universo de aquellas que solicitaron acompañante (33,3%), en dos tercios de los casos su pedido fue rechazado (63,7%). Véanse los siguientes relatos sobre este punto, que ilustran sobre las dificultades y sobre las presuntas razones esgrimidas por el personal penitenciario para omitir la manda legal:

“Me sentí más sola que nunca, nunca me sentí tan sola como en ese momento” (U33 - SPF).

“Me dijeron que no estaba permitido, que necesitaba orden judicial” (U31 - SPF).

“Cuando me ligaron las trompas, había venido mi mamá para quedarse con el bebé. Pero no la dejaron entrar” (U31 - SPF).

“[No pedí el acompañamiento] porque no está permitido. Vino mi familia y le prohibieron ingresar al hospital” (U33 - SPB).

“No los dejaron ingresar porque dijeron que es por protocolo del SPB, que no se permite” (U33 - SPB).

“[No pedí el acompañamiento] porque me dijeron que no te dejan, nadie le avisó a mi familia, lo hicieron mis compañeras” (U33 - SPB).

“No sabía que podía solicitarlo” (U33 - SPB).

“No sabía que podía pedir que me acompañen, mi marido quería estar” (CPFIII - SPF).

“(…) Yo le pedí al médico de la Unidad que quería estar con mi marido. Pero me dice que iba a haber mucha gente en el parto: las enfermeras, los médicos, la encargada de requisa, tu marido, el encargado que tiene que cuidar a tu marido... ¿No te parece que es medio incómodo para vos también?” (CPF III - SPF).

Muchas de las mujeres entrevistadas manifestaron sentimientos de nostalgia o tristeza por haber tenido el parto en soledad. La soledad es una condición facilitadora de sentimientos de miedo y angustia, y ofrece un terreno fértil para el despliegue de arbitrariedad y de violencia. Muchas mujeres desean estar acompañadas y lo demandan, otras desconocen el derecho pero lo desean, y algunas prefieren estar solas. La pregunta es sencilla: *¿desea estar acompañada?* Y en función de la respuesta, el personal penitenciario debería actuar. No obstante, por distintas razones el derecho al acompañamiento durante el parto se ve altamente insatisfecho en el caso de las mujeres presas. La falta de información, los alegados motivos de seguridad, y la situación de privación de libertad son elementos definitorios a la hora de garantizar (o no) este derecho y de propiciar que las mujeres detenidas puedan vivir el parto de sus hijos/as en las mismas condiciones que las mujeres que se encuentran en libertad.

Por último, las condiciones descriptas también se complementan y se resignifican en función de la asimetría vincular que existe entre las mujeres, por un lado, y los/as médicos/as y el personal penitenciario, por otra parte. En el supuesto del personal médico, la asimetría excede la situación de encarcelamiento, y está dada por el dominio del saber, que avala el accionar sobre los cuerpos de las mujeres, tanto en la dimensión individual como institucional. De este modo, en el vínculo con el personal médico se observa una despersonalización en la relación comunicativa, donde las mujeres usualmente no conocen siquiera el nombre de quien las atendió y rara vez son llamadas ellas mismas por su propio nombre. Es un vínculo generalmente anónimo, despersonalizado, distante, frío. Otras veces, hasta agresivo. Asimismo, existen signos de distinciones, como el guardapolvo⁹³. Por su parte, en el caso del personal penitenciario también se da una despersonalización en el vínculo, donde el trato generalmente es a través del apellido de

93 Canevari Bledel, Cecilia, *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*, Barco Editá; Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE, Santiago del Estero, 2011, pp. 87-88.

las “internas”. Y la asimetría está dada por el poder punitivo que ejerce el servicio penitenciario sobre las mujeres, mediado por el contexto carcelario y por la fuerte restricción a la libertad personal que allí se experimenta, que reduce drásticamente la capacidad en la toma de decisiones autónomas.

Por ende, la soledad de las mujeres se vuelve un elemento de singular significado para que, en el contexto del encarcelamiento y el parto, experimenten nuevos abusos de poder y violencias, frente a las cuales, por la particular vulnerabilidad en la que se encuentran, no cuentan con margen para protestar o defenderse. Tampoco con una persona de su confianza que puede brindarle contención afectiva, protegerla y exigir el cese de cualquier trato indigno o inhumano.

2.3.3.2. *Trato recibido*

La violencia obstétrica, como cualquier otra modalidad de violencia, puede ser analizada tanto desde sus efectos físicos como psicológicos. En esta última dimensión generalmente se incluyen el trato deshumanizado, discriminatorio y humillante que puede recibir la mujer por los profesionales de la salud durante la práctica obstétrica, así como también por el personal penitenciario que interviene en el proceso. Como pudo observarse en los capítulos anteriores, buena parte de la normativa local e internacional hace hincapié en el trato recibido en el preparto, el parto y posparto a los fines de categorizar a una situación como una forma o no de violencia obstétrica. Asimismo, la propia ley N° 26.485 introduce como elemento de la definición de violencia obstétrica, entre otros, al “trato deshumanizado” (art. 6.e), dentro del cual el decreto reglamentario a su vez incluye “el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante” (Decreto N° 1011/2010).

En el marco de este estudio, cabe resaltar que el 85% de las mujeres encuestadas manifestó haber experimentado durante el trabajo de parto realizado en el penal algún tipo de maltrato verbal de parte del personal penitenciario, sea éste parte del cuerpo de seguridad, administrativo o de salud.

Asimismo, el 79% de las mujeres que participaron en el estudio ex-

presó haber sufrido algún tipo de maltrato, discriminación y/o comentario irónico o despectivo por parte del personal de salud del hospital en donde dio a luz. Estos fragmentos dan cuenta de ello:

“Las médicas me dijeron que me calle y que lo escupa. Me dijeron ‘si no es tu primer hijo, ya sabés lo que hay que hacer’” (U31 – SPF).
“[Me decían] ¡hacé fuerza! ¡Despertala o dale un cachetazo! Me hacía sentir que era sólo una presa” (U33 – SPB).

En una línea similar, otros testimonios refirieron formas de indiferencia y omisiones que también pueden ser leídas como maltrato, en consideración al contexto en el que se suceden. Véanse los siguientes relatos al respecto:

“Me decían: tenés que pensar antes de tener un hijo, ¿Ahora te quejás?” (CPF III SPF).

“Me sentía muy poco contenida, encima escuchaba que los médicos decían, [Esta mujer] No puja, no puja” (CPFIII – SPF).

“Los médicos se dirigían más a la celadora que a mí y hablaban entre ellos, yo prestaba mucha atención para saber de qué se trata. Te sentís todo el tiempo en estado de inferioridad” (U.31 - SPF).

“La pase muy mal, muy mal, no sabían nada de mí” (U.33 - SPB).

También se dio cuenta de formas de dirigirse a las mujeres que tienen gran prevalencia a nivel social, son toleradas o naturalizadas, y muchas veces no son percibidas como problemáticas. En este sentido, el 22% de las encuestadas respondió que fue tratada con algún sobrenombre o diminutivo durante el parto; a modo de ejemplos: *“mami”* (U.31 SPF), *“negra”* (U. 33 SPB), *“flaca”* (CPFIII SPF) o *“gordi”*. Una de las entrevistadas incluso refirió que el médico le dijo *“no me vayas a rasguñar gordita, con cuidado”* (CPF III - SPF).

Finalmente, los datos del estudio también muestran que un 20% de las mujeres se sintió discriminada por su condición de deteni-

da. De acuerdo con lo informado, en ocasiones esta discriminación también se vinculó con el tipo de delito por el cual se encuentran en esa situación:

“la enfermera no quiso darme agua porque era una presa” (U. 33 SPB).

“... no me sentía igual a las demás. Ellos [por los médicos] marcaban una diferencia...” (U. 31).

“la enfermera y los médicos se sentían incómodos de ver personal penitenciario y se ofuscaban” (CPF III SPF).

“Cuando yo llegué al hospital, me preguntaron por la causa los médicos ...” (U31 – SPF).

“Me preguntaron hace cuánto estaba detenida” (U. 33 - SPB).

“Me dijeron que era una molestia tenerme ahí” (U. 31 - SPF).

Otra cuestión no menor radica en que en el 91% de los casos relevados las mujeres embarazadas fueron acompañadas al hospital por penitenciarios/as que estaban vestidos/as con el uniforme de servicio, lo que se traduce en un factor de discriminación que impacta de manera singular en las mujeres presas durante esta instancia vital. Dicha situación orienta el trato dispensado tanto por el personal médico como también por el resto de las personas que transitan por el establecimiento, y se convierte en una señal que marca y estigmatiza a las mujeres en esta especial situación.

Al respecto, se indicó que:

“En la sala de parto estaba el médico, dos enfermeras, la encargada de requisa. (...) ellos no te pueden dejar sola porque dicen que te podés escapar. Yo no sé cómo te vas a escapar en pleno trabajo de parto...” (CP-FIII – SPF).

“Siempre estaba con el servicio (...) El personal del servicio que me acompañaba estaba al lado mío. Prefería estar sola pero no se podía” (personal femenino adentro de la habitación y masculino afuera, U31 - SPF).

“Me sentía como sapo de otro pozo, como una extraña. Era la primera vez que estaba detenida embarazada (...) era incómodo es-

tar con alguien del servicio penitenciario [en el hospital], que llegás y la gente te mira, porque estás presa, embarazada” (U31 – SPF).

Asimismo, pudo observarse que si bien en la totalidad de los casos analizados las mujeres fueron acompañadas por personal penitenciario femenino, en el 79% de ellos también asistieron agentes masculinos. Esta situación, en un contexto de relaciones asimétricas de subordinación entre los géneros, incrementa la incomodidad y la sensación de exposición.

Dentro de la vulnerabilidad propia de este momento vital, para muchas mujeres el hecho de estar presa adiciona sentimientos de vergüenza, sumisión y temor, y la presencia de personal uniformado y el uso de medios de sujeción potencian esa experiencia. Esta situación cobra una particular relevancia al no estar acompañadas por personas de su red familiar o social de referencia.

2.3.3.3. Movilidad y vigilancia

De acuerdo con la base científica disponible, las prácticas y procedimientos que la Organización Mundial de la Salud aconseja para un parto normal han demostrado ser útiles y deberían ser instrumentados. Entre ellos, el organismo promueve no interferir en los deseos de las mujeres de ingerir líquidos por vía oral y alimentos durante el trabajo de parto⁹⁴, así como la libertad de movimiento⁹⁵.

En contraste con estas indicaciones, la información reunida en este estudio pone en evidencia que, una vez ingresadas al hospital, sólo 8 mujeres de las 33 entrevistadas refirieron haber podido beber y/o comer a lo largo del trabajo de parto. En algunos casos las entrevistadas

94 OMS, Cuidados en el parto normal: una guía práctica, Ginebra, 1996, p. 17 y Ministerio de Salud de la Nación - UNICEF, Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia, cit., p. 24.

95 Ministerio de Salud de la Nación - UNICEF, Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia, cit., p. 29.

refirieron que les dijeron que no se podía, sin recibir mayores explicaciones al respecto, mientras que en otros casos recibieron como respuesta que por la cesárea o por haber comenzado la dilatación del cuello uterino no era recomendable. Con relación a la libertad de movimiento y de acción, el estudio arrojó que solo el 51% de las mujeres encuestadas tuvo acceso directo al baño mientras se encontraba en el hospital y que solo el 30% pudo moverse y caminar en esta instancia sin restricciones. Véanse los siguientes relatos que complementan los datos obtenidos:

“(...) fue distinto con mis otros partos. Sólo podés caminar en ese espacio, sólo 5 pasos. Las otras veces, podía caminar por el pasillo” (CPFIII – SPF).

“No me dejaban salir de la pieza” (U. 31 - SPF).

“La penitenciaria no quería que me moviera mucho” (CPFIII – SPF).

En buena parte de los casos relevados, estas restricciones alcanzan niveles alarmantes y contrarios a la normativa y los estándares vigentes en materia de derechos humanos. Varias mujeres señalaron que durante su permanencia en el hospital –ya sea en el parto, parto o posparto- se encontraron sujetas a una patera o esposa, práctica que, de acuerdo con la información disponible, suele ser utilizada de forma generalizada por el SPB⁹⁶. Los datos recabados revelan que en el 42,4% de los casos evaluados en esta investigación (14 de las 33 encuestadas), las mujeres fueron inmovilizadas con un mecanismo de sujeción en el tiempo que estuvieron hospitalizadas. Y que ello se aplicó tanto en los momentos previos como posteriores al parto e incluso durante él. Estos testimonios muestran la clara vulneración de derechos que afectan las condiciones en que las detenidas ejercen la maternidad:

96 Vale mencionar que no se registraron casos de mujeres a las que se le haya aplicado esposas o patera en la órbita del SPF, en donde la técnica de control y vigilancia se caracteriza por la presencia constante del personal penitenciario en todo el proceso del parto.

“Tenía la patera puesta, pedía que me la saquen” (U. 33 - SPB).

“Tenía la patera puesta durante el parto” (U. 33 - SPB).

“Estaba con la patera puesta, me sentí como un perro” (U. 33 - SPB).

“Patera todo el tiempo, cuando tenía que amamantar, para cambiarlo, todo el tiempo...” (U33 - SPB).

Debe notarse al respecto que el establecimiento de ese tipo de medidas de sujeción ha sido una práctica sostenidamente condenada por organismos internacionales. En este sentido, *el Relator Especial de la ONU sobre la Tortura y otro Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas y Degradantes* ha indicado expresamente que el “uso de grilletes y esposas en mujeres embarazadas durante el parto e inmediatamente después de él está absolutamente prohibido e ilustra la incapacidad del sistema penitenciario para adaptar los protocolos a las situaciones que afectan exclusivamente a las mujeres. Cuando se utiliza como castigo o medida de coacción, por cualquier razón basada en la discriminación o para causar un dolor intenso, que pueda incluso suponer una amenaza grave para la salud, ese trato puede ser constitutivo de tortura o malos tratos”⁹⁷. Como fue señalado respecto del uso de medidas de sujeción durante el traslado de las mujeres desde las unidades penitenciarias a los hospitales para parir, esta práctica también está proscripta por las Reglas de Bangkok (Regla 24).

Otro aspecto de especial importancia captado en el presente estudio se vincula con las condiciones de privacidad en las que se transitó esta

97 Relatoría Especial sobre Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, Informe del Relator Especial sobre la Tortura y otro Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas y Degradantes, cit. Al respecto, también el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura ha señalado que “(...) de vez en cuando, el CPT encuentra ejemplos de mujeres embarazadas que están encadenadas o sujetas por otros medio a las camas u otros elementos del mobiliario durante los exámenes ginecológicos y/o el parto. Este enfoque es totalmente inaceptable, y podría calificarse ciertamente como trato inhumano y degradante. Se pueden y deben encontrar otros medios de satisfacer las necesidades de seguridad”(Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes, Normas del CPT, CPT / Inf / E (2002) 1 - Rev. 2006, Extracto del 10º Informe General [CPT/Inf (2000) 13], párr. 27).

instancia del trabajo de parto. Al respecto, los datos revelan que en el 42,4% de los casos las mujeres refirieron no haber tenido privacidad; en el 75,8% de los casos se refirió la presencia de personal penitenciario; incluso, se registran casos en los que la presencia penitenciaria no sólo fue de personal femenino, sino también masculino. Los siguientes relatos ilustran lo señalado:

“Estaba acompañada por la celadora, en una sala de parto. Otros celadores también estaban presentes en la puerta de salida de la sala. A todos lados estaban conmigo” (U31 – SPF).

“El personal del servicio que me acompañaba estaba al lado mío. Adentro de la habitación. El masculino afuera, la femenina adentro. (...) Prefería estar sola, antes de verla 24 hs., verla, verla... Que me dejen respirar un minuto sola, prefería estar sola pero no se podía” (U31 – SPF).

“Las enfermeras le pedían a los celadores que salgan de la habitación, más que nada por la otra chica que estaba en la habitación, y que esperen afuera [durante el postparto], si era por ellos, estaban sentados al lado mío” (CPFIII – SPF).

“Los médicos se sentían incómodos con el SPF presente en el hospital” (CPFIII – SPF).

Cabe resaltar que el hecho de que la custodia se ubique dentro de la habitación resulta desproporcionado, en consideración a la escasa probabilidad de que durante el trabajo de parto, el parto o los momentos posteriores a dar a luz, una mujer intente fugarse, eludir el accionar de la autoridad o agredir al personal. Por otro lado, aun si se considerara la existencia de un riesgo cierto en ese sentido, los estándares internacionales indican que las medidas de seguridad deberían ser conducentes, razonables y lo menos restrictivas posibles a fin de neutralizarlo. No deberían afectar el derecho a la intimidad, ni la dignidad de la mujer y el niño⁹⁸. Al respecto, una de las mujeres entrevistadas indicó que:

98 Véase CELS, MPD y PPN, Mujeres en prisión: los alcances del castigo, cit., p. 183.

“(...) En la sala de parto estaba el médico, dos enfermeras, la encargada de requisa. (...) ellos no te pueden dejar sola porque dicen que te podés escapar. (...) yo no sé cómo te vas a escapar en pleno trabajo de parto! (...) también al otro día, cuando me estaban ligando las trompas, la requisa estaba ahí” (CPFIII – SPF).

2.3.3.4. Parto

En relación con el parto, los datos relevados en el presente estudio arrojaron que el 78,8% de las mujeres entrevistadas tuvo un parto vaginal, en tanto en el 21,2% restante fue a través de cesárea. Más allá del tipo de parto, los resultados de este estudio evidencian que transitar ese momento fue estresante y de escasa contención. En este sentido, cabe indicar que un 42,4% de las mujeres consultadas refirió que tuvo alguna medida de sujeción -como esposas o pateras- durante su estancia en el centro sanitario (ya sea durante la internación, incluso en el parto o posparto), lo que ya se ha resaltado como un hecho especialmente grave ejercido sobre este colectivo específico de mujeres. Asimismo, algunas mujeres también señalaron indiferencia, trato despersonalizado y vigilancia sostenida.

“Los médicos no me hablaban ni me explicaban. Les hablaban a la celadora”. (U. 31 – SPF)

“Me nombra[ba]n por el apellido”. (CPFIII - SPF)

“Durante el trabajo de parto estaba una penitenciaria. Nunca me dejaron sola, cuando iba a neo a ver a mi bebé, también estaba ella” (U. 31 - SPF).

“Nadie me ayudó ni me tocó, solo me miraban sin hablar” (U. 31 - SPF).

Por otra parte, como se mencionó precedentemente tanto la OMS como el Ministerio de Salud de la Nación elaboraron una serie de recomendaciones y guías para la adecuada atención de la mujer en el momento del parto, y cuestionaron determinadas prácticas médicas habituales, tales como los enemas, el rasurado perineal, la falta de ingesta de líquidos

y alimentos durante el trabajo de parto, la amniotomía temprana, la infusión intravenosa de oxitocina, la presión fúndica del útero (“Maniobra de Kristeller”), dando fundamentos para limitar o desaconsejar su uso. Por lo general, estas prácticas siguen siendo utilizadas por los profesionales de la salud, sin atender las particularidades de cada paciente.

Al respecto, los resultados del estudio realizado muestran que:

- al 51,7% de las mujeres entrevistadas le colocaron una vía intravenosa y que solo a la mitad se les solicitó su conformidad;
- a un 6,9% le realizaron el rasurado de genitales (2 casos) y en ninguna ocasión se requirió el consentimiento de las mujeres involucradas;
- a un 3,4% le realizaron un enema (es decir, a una única mujer pero sin solicitarle su acuerdo);
- a 26 de las 33 mujeres que componen la muestra, le realizaron tactos vaginales (es decir, a un 78,8 %). A 8 de esas 26 mujeres la práctica le fue realizada en más de una ocasión y por profesionales diferentes (lo que representa alrededor de un 31%);
- al 62,1% le aplicaron monitoreos fetales;
- a un 36% le realizaron la rotura artificial de la bolsa (12 casos), pero sólo la mitad indicó que le solicitaron el consentimiento;
- un 18,2% de las mujeres dijo que le practicaron la maniobra de Kristeller (6 de las 33 mujeres encuestadas) pero prestaron su conformidad con su realización solo un tercio de ellas;
- el 21,2% de la muestra refirió que le realizaron episiotomía;
- a un 9% le aplicaron epidural (3 de las 33 mujeres que compusieron la muestra), pero sólo a una de ellas le solicitaron su consentimiento.

Los datos expresados previamente dan cuenta de algunos problemas. Entre ellos se destacan la falta de acceso a la información respecto de

las prácticas médicas que se les realizaban a las mujeres, en particular, cuando se tratan de intervenciones invasivas (tactos vaginales, rotura artificial de bolsa, rasurado de genitales o aplicación de enemas). Y como consecuencia, la ausencia de prestación del consentimiento médico para la realización de dichas intervenciones.

Desde otro punto de vista, preocupa la realización de tactos vaginales por diferentes personas: si bien se entiende que la práctica está orientada a verificar la evolución del trabajo de parto, no menos cierto es que su ejecución a través de distintos profesiones puede significar un trato irrespetuoso hacia las mujeres en una circunstancia tan particular de su vida reproductiva y en estado de mayor vulnerabilidad debido a su encarcelamiento.

Desde otra óptica, la monitorización fetal aplicada a más del 60% de las mujeres encuestadas podría estar dando cuenta de su uso estandarizado, aspecto que ha sido puesto en tela de juicio por las autoridades sanitarias locales e internacionales. Del mismo modo también se visualiza la realización de prácticas que no tienen ningún fin útil a la luz de las recomendaciones sanitarias actuales (rasurado de genitales o aplicación de enemas) aunque su incidencia es mínima.

Algunos de los datos señalados se acompañan con los siguientes testimonios:

“Pujé dos veces y nada, pujé una vez más y nada. Y escucho que el doctor dice, ‘rompéle nomás la bolsa’” (CPFIII – SPF).

“...me apretaron la panza para que salga...” (U. 31 – SPF).

“[El médico] era bruto para atenderte. En los tactos no me decía lo que iba a hacer” (U. 33 – SPB).

Por último, cabe también notar que las personas sometidas a cesárea refirieron que se les informaron las razones de su realización, pero dos de ellas indicaron que no se les solicitó el consentimiento necesario para llevarla a cabo. A la hora de indagar en los motivos por los cuales se les realizó una cesárea, las entrevistadas ofrecieron variadas respuestas, entre ellas:

“Porque ya había tenido hijos por cesáreas” (U. 31 - SPF).

“Hipertensión” (U. 31 - SPF).

“Porque eran mellizos” (U. 33 - SPB).

“Porque estaba sentado” (U. 33 - SPB).

“Embarazo múltiple, uno estaba atravesado” (U. 33 - SPB).

2.3.4. Vínculo con la/el recién nacido/a y lactancia

Con relación al posparto, la ley N° 25.929 establece que las mujeres tienen derecho a tener contacto de manera inmediata con sus bebés. A su vez, el decreto N° 2035/15, que reglamenta la mencionada ley, aclara que “con el objeto de favorecer el vínculo precoz, el equipo de salud deberá fomentar desde el momento mismo del nacimiento e independientemente de la vía del parto, el contacto del/la recién nacido/a con su madre y familiares directos y/o acompañantes que ésta disponga”. En el marco de este estudio, los resultados al respecto fueron dispares: un 60,6% respondió haber tenido contacto al instante; el 12,1% en menos de una hora; el 3% en un período de entre una y tres horas; el 21,2% en más de tres horas; y el 3 % no aportó datos sobre ello.

Si bien los resultados indican que una mayoría de las mujeres vio satisfecho su derecho al contacto inmediato con el/la recién nacido/a, preocupa que en un universo cercano al 40 % (12 mujeres) esto no haya sido así y que, dentro de él, 2 de cada 3 mujeres haya explicitado la imposibilidad de mantener contacto con el/la niño/a dentro de la llamada “hora sagrada”. Asimismo, se destaca una altísima proporción de mujeres a las que se les impidió conocer a sus hijos/as hasta después de 3 horas de ocurrido el nacimiento (21,2% de las encuestadas). Asimismo, en el caso particular de W.Y. este impedimento se extendió durante días. Ella relató que:

“Primero me decían que le faltaba oxígeno al bebé. Después vino una médica y me preguntó por qué había matado a mi primer bebé... estuve 6 días sin poder verlo” (U31 – SPF).

Según surge de los relatos de algunas mujeres entrevistadas, los motivos por los que se las separó de sus hijos/as recién nacidos/as fueron muy diversos, algunos de ellos pueden ser compartidos por las mujeres que tuvieron el parto en libertad. Véanse los siguientes testimonios:

“...mi nena nació con toxoplasmosis, y es no vidente del ojo derecho. Una enfermera me dijo de mala manera: ‘escuchame, tu hija nació mal, la vamos a curar, llevar a neo, vos podés gritar todo lo que quieras’” (U. 31 – SPF).

“Como tuve cesárea y no estaba acompañada no pude verlo en seguida” (U. 31 – SPF).

“No me permitieron verlo inmediatamente, tardé 10 horas en tener contacto con mi bebé, porque no tenía la faja de la operación por cesárea” (U. 31 – SPF).

“...tuve que ser intervenida después de la cesárea. Me llevaron a una máquina (no sé el nombre) por haber tenido la presión alta. Mi hijo fue llevado a neo” (U. 31 – SPF).

“llevaron a mi bebé a neo porque yo no me podía mover, y no dejaron entrar a ningún familiar” (U. 33 – SPB).

“Me dijeron que se lo iban a llevar para revisar. Lo vi cuando se lo llevaron y una mujer penitenciaria se fue para acompañar al bebé... El otro penitenciario se quedó conmigo” (CPFIII – SPF).

Un dato de especial relevancia es que dentro del universo estudiado, el 36,4% de las mujeres (12 de las 33 entrevistadas) indicaron que los/as bebés debieron quedar internados en el área de neonatología. Al indagar en los motivos por los cuales se determinó la internación, llama la atención que en dos casos las madres entrevistadas refirieron que nunca los conocieron ni les fueron informados. Asimismo, se ve en algunos casos que la condición de detenida de la madre condicionó tal decisión. En un caso particular, incluso se habría determinado la internación por motivos que no eran médicos. Cabe aclarar en ese sentido que el artículo 4 del decreto N° 2035/15 específicamente establece que la internación en

neonatología procederá sólo en una situación de riesgo que la exija. Las razones dadas a las recientes madres para hospitalizar a sus hijos/as recién nacidos/as se ilustran en los siguientes relatos:

“Mi bebé quedó en neo porque debían resolver si me entregaban al bebé o no” (U. 31 – SPF).

“Porque tuve cesárea y no tenía nadie ... que me acompañara. Sólo la celadora” (U. 31 – SPF).

“Quedó internado porque tenía un poco de fiebre” (CPFIII – SPF).

“Lo pusieron en observación por los golpes que recibí antes del parto” (U. 31 – SPF).

“Porque le tuvieron que hacer un lavaje de estómago” (U. 31 – SPF).

“Yo no podía tenerlo y no tenía ningún familiar que me ayude” (U. 33 – SPB).

“Porque fue un parto difícil (trillizos)” (U. 33 – SPB).

“Me dijeron que era por control. Por haber tenido un parto instrumental” (U. 33 – SPB).

Los resultados a su vez muestran que en un 42% de los casos en que el bebé quedó internado en neonatología (5 de 12), la madre no pudo tener contacto con su hijo/a durante la internación, a pesar de que el artículo 4.b de la ley N° 25.929 establece que el padre y la madre de la persona recién nacida cuentan con el derecho a tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita. Las narraciones de las entrevistadas indicaron:

“...mientras estuvo en neo no pude ir porque estaba en la cama internada y no podía moverme” (U. 31 – SPF).

“...no podía entrar a neo porque me dijeron que le estaban haciendo estudios” (U. 31 – SPF).

Asimismo, en el universo de mujeres a las que sí se les permitió tomar contacto con su hijo/a durante su internación en neonatología (7 de 12 casos), se verifica que sólo en dos oportunidades se contempló la

posibilidad de que tuvieran contacto con el/la bebé en el momento que quisieran. Ello a pesar de que el ya citado decreto N° 2035/15 es muy claro al establecer que “[l]os servicios de internación neonatal, aún en sus áreas de terapia intensiva, deberán brindar acceso sin restricciones para la/s madre/s y/o el/los padre/s del/la recién nacido/a, permitiendo el contacto físico”. Como surge de los testimonios, este contacto en ocasiones se refirió supeditado a ciertas situaciones específicas, mientras que otros relatos dieron cuenta de posibilidades estandarizadas, según determinada cantidad de horas.

“Podía ingresar cada vez que necesitaba darle de amamantar” (U. 31 – SPF).

“Podía entrar una sola vez durante media hora” (U. 33 – SPB).

“Dos veces al día” (CPFIV – SPF).

“Cada tres horas” (U. 33 – SPB).

“Cada tres horas” (U. 31 – SPF).

“No sé. Varias veces durante el día” (CPFIII – SPF).

En otro orden, el 33% de las mujeres entrevistadas respondió que no recibió ningún tipo de información sobre los controles que les realizaron a sus bebés, a pesar de que la ley N° 25.929 prevé en sus artículos 2, 3 y 4, el derecho a recibir información sobre los cuidados, tratamientos, actuaciones e intervenciones profesionales que recibirán tanto ellas como sus hijos/as. La norma establece que esa información, además, deberá ser transmitida de manera que sea comprensible para la madre.

Por su parte, otro de los derechos que de acuerdo con el orden legal vigente tienen las madres y los recién nacidos es que se facilite la lactancia materna. El decreto reglamentario de la ley N° 25.929 establece como obligación de los centros de salud la adecuación de sus instalaciones a fin de contar con centros de lactancia materna. Además, la norma dispone que el equipo de salud deberá brindar información y apoyo suficiente a las mujeres para los casos en que sea necesaria la extracción de su leche para ser administrada a los/as recién nacidos/as. Sin embargo, en casi el 40% de los casos relevados en este estudio se

suministró leche de fórmula (13 casos) y en el 77% de ellos (10 casos) no se solicitó el consentimiento de la madre. De acuerdo con los relatos recabados, se verifica que sólo en 6 ocasiones las madres fueron informadas sobre los motivos por los que se optó por la leche de fórmula, que se ubican dentro de una amplia gama:

“Me dijeron que era por la bebé” (U31 – SPF).

“Me dijeron que era porque tengo HIV” (CPFIV – SPF).

“Le dieron mamadera porque vomitaba mucho” (CPFIII – SPF).

“Porque recién los pude ver al otro día” (U33 – SPB).

“Le dieron mamadera porque eran tres bebés” (U33 – SPB).

Finalmente, de acuerdo con los resultados obtenidos, si bien el 54,5% de las mujeres recibió información sobre cómo amamantar, sólo la mitad tuvo acceso a una puericultora que las ayude en el inicio de la lactancia.

2.3.5. Posparto y egreso del hospital

Fuera de lo relacionado con el vínculo con el/la recién nacido/a y la lactancia, el estudio permitió indagar en otras dimensiones del posparto. Una de ellas se refiere a la información recibida sobre métodos anticonceptivos. En ese sentido, lo primero que llama la atención es que al 54,5% de la población entrevistada no se le brindó información sobre ningún método anticonceptivo.

Asimismo, un aspecto relevado específicamente durante el estudio fue la práctica de ligadura de trompas. Al respecto, los resultados muestran que en el 33,3% de los casos (11) los profesionales ofrecieron a las mujeres ligarse las trompas, pero sólo en el 63,6% de ellos (7 casos) las mujeres indicaron haber recibido información sobre las ventajas y desventajas de la intervención. Cuando se consultó por los motivos que ofrecieron los profesionales para recomendar la ligadura de trompas, una mujer relató que era porque tenía muchas cesáreas previas (U31 – SPF), mientras que otra señaló que fue porque era muy chica para tener hijos (U31 – SPF). De todas las mujeres encuestadas, el 15,2% se li-

gó las trompas tras dar a luz durante su encarcelamiento. Resulta en especial preocupante que en uno de los casos relevados la mujer refirió que no solicitaron su consentimiento informado para realizar una intervención de este tipo, aunque no quiso hacer la denuncia por este hecho.

Otra de las dimensiones indagadas referida al posparto se vincula con la posibilidad de las mujeres de acceder en esta instancia a diferentes elementos de higiene y cuidado personal, así como a otros elementos necesarios para el cuidado del/la recién nacido/a. Al respecto, las respuestas fueron muy variadas.

El 85% de los casos tuvo acceso a apósitos (28 mujeres), pero en el 61% de este subuniverso los compró la mujer (17 casos), en el 29% los brindó el hospital (8 casos) y en un caso (lo que representa el 3,5%) los aportó el servicio penitenciario (de los dos casos restantes no se obtuvo información, lo que implica un 7%).

El 67% de los casos tuvo acceso a antisépticos, que en el 59% los brindó el hospital, en el 32% los adquirió la mujer, y en el 5% el servicio penitenciario (lo que equivale a 22, 13, 7 y 1 casos, respectivamente).

El 88% de las mujeres encuestadas necesitó de ropa, que en el 79 % de esos casos estuvo a cargo de la mujer o de algún familiar conseguirla. Por otra parte, durante la internación en el 91% de los casos las mujeres consumieron algún tipo de comida y/o bebida. En el 47% de los casos el costo lo cubrió el hospital, mientras que en el 30% lo debió afrontar la mujer privada de libertad o sus familiares. Sólo en dos casos relevados, el servicio penitenciario cubrió la comida y/o bebida de la mujer internada. Particularmente sensibles fueron los relatos de las mujeres alojadas en el CPF III, quienes manifestaron que en el Hospital de Güemes no se les brindó ningún tipo de comida ni bebida, y que el estado general del establecimiento sanitario no resultaba óptimo.

En cuanto a los elementos de higiene y cuidado del recién nacido, se observó que en el 60,6% de los casos se utilizó óleo calcáreo, que en el 65% lo adquirió la mujer, en el 25% lo brindó el servicio penitenciario y en el 5% el establecimiento de salud. Asimismo, en el 30,3% de los casos se brindó leche de fórmula al/la bebé, que en un 60% fue otorgada por el hospital, en un 30% adquirida por la mujer y en un 10% cubier-

ta por el servicio penitenciario. En el 88% de los casos se requirió la utilización de pañales, que en un 45,5% fueron adquiridos por la mujer o por algún familiar, en un 30,3% por el servicio penitenciario y en un 9,1% por el hospital. El 63,6% necesitó de mamadera, que en el 52,4% de las oportunidades fue aportada por la mujer y en un 33,3% por el servicio penitenciario. En el 48,5% de los casos se tuvo acceso a chupete, que en el 62,5% de las oportunidades lo llevó la mujer, en el 25% lo otorgó el servicio penitenciario y en el 12,5% el hospital. En línea con todos estos datos, una de las mujeres entrevistadas mencionó:

“Me sirvió mi experiencia previa. Llevé las cosas de higiene del bebé, el algodón, el óleo calcáreo, las toallitas, la ropa que le había comprado, el chupete, mamadera, los pañales” (U. 31 – SPF).

Otra de las dimensiones relevadas se vincula con los controles médicos anteriores al egreso del hospital. Si bien todas las mujeres respondieron que habían recibido estos controles, cabe notar que fueron variados y de muy diferente profundidad. De los relatos recabados surge que algunos versaron sobre los puntos de la episiotomía o de la cesárea. Asimismo, en la mayoría de los casos se limitaron a palpar el abdomen, tomar la temperatura y la presión. A algunas mujeres también se les extrajo sangre.

Finalmente, con relación al egreso del hospital se entendió necesario indagar en si las mujeres habían recibido algún tipo de propuesta o comentario relativo a la posibilidad de que otra persona cuidase de su bebé, indagación sustentada en el extendido estereotipo que desconfía de las aptitudes y capacidades parentales de las mujeres en conflicto con la ley penal. Si bien la mayoría respondió que no, cabe notar que en dos casos la capacidad de cuidado se habría visto cuestionada por el hecho de estar privadas de libertad. En uno de ellos, la entrevistada indicó que un médico le dijo que cuidase muy bien a ese bebé, que no debía estar en una cárcel (CPF III – SPF). En el otro, la entrevistada señaló que una alta autoridad del lugar donde se encontraba alojada se ofreció para ayudarla para que dé a su hijo a un familiar o en adopción.

2.4 Conclusiones de los resultados obtenidos

El presente estudio permitió indagar en una variable poco explorada dentro de la bibliografía criminológica y sociojurídica de género, vinculada con los derechos reproductivos de las mujeres presas y, en particular, con sus experiencias en el parto, el parto y el posparto. Muchas de esas vivencias son comunes a las de mujeres no privadas de libertad que acuden a los mismos centros de salud y encuentran las mismas formas extendidas de trato inadecuado y violencia obstétrica. Sin embargo, el estudio también mostró formas específicas de maltrato ejercidas por la institución penitenciaria y de salud, vinculadas de forma directa con su condición de mujer privada de su libertad. Los datos y relatos relevados ratifican la necesidad de replantear la política criminal actual, en particular, respecto de las mujeres.

Las experiencias singulares de las mujeres en prisión, en especial de aquellas que transitan un embarazo, poseen particularidades que requieren un abordaje desde una perspectiva de género y de derechos humanos. Es así que resulta necesaria la adopción de prácticas institucionales diferenciales que eviten la profundización de su vulnerabilidad, así como la disposición de servicios e infraestructura específica que permita la satisfacción de sus necesidades y que garantice de esta forma su adecuada protección.

Por una parte, atravesar el embarazo desde la prisión contiene una dificultad estructural vinculada con la imposibilidad de disponer del acompañamiento de un ser querido. De esta forma, el embarazo y el parto son experimentados con sentimientos de soledad, ansiedad y angustia, sin perjuicio de los lazos afectivos que pueden articularse entre las propias compañeras detenidas. Frente a este escenario, las agencias vinculadas con el sistema penal, ya sea a través de sus servicios penitenciarios, juzgados y defensorías, deben valorizar la importancia de generar soportes institucionales a través de los cuales garantizar durante todo el proceso de encarcelamiento la vinculación familiar de las mujeres, más aún al momento del parto. Esta práctica se traducirá indiscutiblemente en una mejor experiencia y en una correcta atención tanto para la madre como para el/la recién nacido/a.

A su vez, las demoras encontradas al momento de acceder al hospital extramuros dan cuenta de la multiplicidad de intermediarios que burocratizan una experiencia vital como es el parto. Estos circuitos burocráticos exponen a las mujeres gestantes a situaciones de mayor riesgo; ejemplo de ello es el ya citado caso de A.T., quien tuvo a su hijo en su propio sector de alojamiento. De manera complementaria, tener presente las necesidades especiales de las mujeres embarazadas implica la disposición de móviles adecuados y aptos para el traslado oportuno, y el debido acompañamiento médico en caso de ser necesario, tal como fuera señalado en reiteradas oportunidades por los diferentes organismos que integran el presente estudio.

En otra línea, la falta de acceso a la información respecto del desarrollo del embarazo y el parto obtura también el ejercicio de la autonomía reproductiva, pues impide que las mujeres tomen decisiones y experimenten sus procesos de manera consciente e independiente. Los relatos demostraron que esta variable no resulta un derecho ejercido por las mujeres ni tampoco respetado por los actores penitenciarios y médicos. Especialmente, preocupa la registrada falta de consentimiento informado previo, libre y voluntario frente a procedimientos que inciden en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y/o de sus hijos/as. Un caso particularmente grave fue la referencia a una ligadura de trompas sin el consentimiento de la mujer involucrada. También, tanto en el caso de las roturas artificiales de bolsa de líquido amniótico, la realización de maniobras sobre el útero durante el parto, las cesáreas como en el caso del suministro de leche de fórmula a los/las bebés, hubo un porcentaje importante de mujeres que indicó no haber prestado su consentimiento.

Como pudo verse en este estudio, los relatos también dieron cuenta de formas de trato caracterizadas por la discriminación y la despersonalización, en ocasiones incluso sostenidas en la condición de mujer presa. Muchas entrevistadas señalaron como factor particular de discriminación la presencia del personal penitenciario uniformado durante la atención hospitalaria, lo que las individualiza y las posiciona de manera diferente frente al resto de las mujeres presentes en los establecimientos sanitarios. Dentro del trato dispensado, la práctica más

extrema de violencia detectada, tanto obstétrica como institucional, puede encontrarse en la dimensión de vigilancia y seguridad. Es alarmante que en la actualidad se continúen aplicando medidas de sujeción sobre mujeres embarazadas, y más grave aún resulta su utilización durante los procesos de parto y parto. Hechos de esta envergadura deben ser señalados y denunciados como formas exacerbadas de malos tratos.

Asimismo, los datos recabados dan cuenta de distintas dificultades en la satisfacción de los derechos vinculados con el contacto entre la madre y el/la recién nacido/a. Algunas de las mujeres encuestadas indicaron que no vieron satisfecho este derecho, sin información suficiente respecto de los motivos. También indicaron haber experimentado reglas estandarizadas para acceder a este contacto, sin razones médicas que las justificaran. Por su parte, el estudio mostró llamativos índices de internaciones en neonatología (36,4% de los casos), por razones que no siempre fueron debidamente informadas a las madres, y que a juzgar por los testimonios, no siempre se vinculan con cuestiones médicas. Otra esfera de compleja satisfacción fue aquella asociada con la lactancia materna, como puede verse si se atiende a los datos sobre el uso de la leche de fórmula y sobre la falta de consentimiento informado al respecto.

Por último, los datos relevados mostraron que las mujeres no siempre cuentan con acceso a todos los elementos necesarios para la higiene y el cuidado personal, así como tampoco son provistas de elementos esenciales para el recién nacido, como mamaderas, chupetes, ropa, pañales, etcétera. En buena proporción, suelen ser adquiridos por ellas mismas o por sus familias. En consecuencia, más allá de la necesidad de proveer de estos insumos básicos a través de las autoridades públicas involucradas, el acceso a asignaciones familiares o al cobro de la Asignación por Embarazo para Protección Social⁹⁹ se torna fundamental a los fines de poder solventar los gastos adicionales que implica el nacimiento de un/a hijo/a durante la detención.

99 Para más información sobre este subsidio social, véase <https://www.anses.gob.ar/prestaciones/asignacion-por-embarazo-para-proteccion-social/>

En definitiva, a lo largo del estudio se vio presente en las diferentes etapas del proceso de parto la pugna entre el paradigma de salud y el de seguridad. Las políticas de seguridad dificultan y limitan el derecho de las mujeres a tener un parto respetuoso de sus derechos. Esta puja se presenta tanto al interior de los establecimientos penitenciarios como en la relación entre el sistema penitenciario y el sistema de salud extramuros. Los testimonios recabados dieron cuenta de esta pulsión institucional que va a contramano del desarrollo de la autonomía de las mujeres frente a sus procesos reproductivos y la atención de su salud. La falta de movilidad durante el parto, el parto y el posparto, la ausencia de información, los mecanismos de vigilancia y control, son muestras de la imposibilidad de decisión que enfrentan las mujeres en el ámbito de su salud sexual y reproductiva. Todo ello, aunado a la falta de satisfacción de derechos elementales en la relación de las madres con sus hijos/as, es demostrativo de la precariedad institucional en la que se transita este importante proceso vital y de la imperiosa necesidad de fomentar medidas alternativas al encierro carcelario para este grupo poblacional. Como pudo verse, las experiencias del parto en el encierro marcan fuertemente las historias personales y de vida de esas mujeres. En sus propias palabras:

“Yo tengo otros hijos, pero en este embarazo sufrí mucho, físicamente y psicológicamente (...)” (U. 31- SPF).

“(...) Yo tenía miedo, estaba sola sin un familiar... tenía miedo (...) Pero al mismo tiempo yo sabía que tenía que seguir, para poder tener a mi bebé” (CPFIII – SPF).

“Anímicamente es diferente parir estando detenida” (U33 – SPB).

“Cuando me vaya, esta experiencia no me la sacan más, es feo” (U. 33 – SPB).

“Un día entendí que también tenía derechos aparte de obligaciones y ese día empecé, despacito, siempre con respeto, a hacer valer mis derechos. Lo primero que perdés cuando te detienen, sentís que perdés la dignidad y los derechos. Lo primero que hace la cárcel es despersonalizarte (...) Todos las personas tenemos derecho a la salud” (U. 31 – SPF).

4. RECOMENDACIONES

Sobre la base del relevamiento realizado y de las conclusiones señaladas se considera oportuno plantear una serie de lineamientos propósitos, que deben estar acompañados del presupuesto necesario y de una adecuada capacitación de las y los operadores que los ejecuten. Tal es el mandato de las “Reglas de Bangkok”, que aluden a la capacitación del personal relativa a las necesidades específicas de las mujeres presas y a sus derechos humanos. También es una consecuencia directa del mandato internacional de capacitar a las autoridades públicas en temáticas vinculadas con el enfoque de género, a fin de garantizar una actuación respetuosa de los derechos y libre de estereotipos.

Como recomendación principal es necesario acentuar los esfuerzos del Poder Judicial, así como también de los servicios penitenciarios, para garantizar el acceso de todas las mujeres en conflicto con la ley penal a medidas alternativas a la detención o, en su defecto, a formas de detención morigeradas tales como el arresto domiciliario, procurando a su vez eliminar las barreras socioeconómicas y jurídicas que restringen su implementación. En el caso de la detención domiciliaria, esto implica tanto la aplicación del instituto a las mujeres embarazadas o con hijos/as pequeños, como la garantía de sus necesidades básicas de alimentación, trabajo, salud y educación.

Fuera de esa recomendación general, resulta también importante desarrollar una serie de recomendaciones específicas y dirigidas a los diferentes actores con competencia en la temática, vinculadas directamente con los hallazgos de este estudio.

Respecto del Poder Judicial:

- Aplicar medidas alternativas a la privación de libertad o, cuando no sea posible, medidas morigeradas de detención (como el arresto domiciliario), a mujeres embarazadas.
- Capacitar al personal judicial sobre la temática del parto respetado, a fin de visibilizar prácticas y condiciones que conllevan una carga de violencia hacia las mujeres encarceladas en el proceso de parto, parto y posparto a los efectos que procuren la garantía de sus derechos mediante el monitoreo apropiado de sus condiciones de detención.
- Garantizar el acceso a la justicia para las mujeres que son víctimas de violencia obstétrica. En particular, facilitar a las mujeres detenidas canales de denuncia seguros, brindando los recursos necesarios para ello y las condiciones de confidencialidad y protección necesarias.

Respecto del Poder Ejecutivo:

- Garantizar la definición de políticas sociales que acompañen el acceso a formas alternativas de detención o a la detención domiciliaria en todos los casos correspondientes a mujeres embarazadas.
- Implementar políticas públicas que garanticen el acceso a los derechos reproductivos de las mujeres detenidas.

Respecto del Ministerio de Salud de la Nación y de los ministerios de salud de las provincias:

- Elaborar e implementar programas de capacitación continua a los equipos de salud receptores de mujeres detenidas al momento del parto, el parto y el posparto.
- Impartir, dentro de los servicios penitenciarios, cursos de parto a todas las mujeres que se encuentren cursando el último

trimestre de embarazo, en los que se informe sobre los derechos que reconoce la ley N° 25.929.

- Garantizar el derecho de las mujeres detenidas a la confidencialidad y al consentimiento informado, libre y voluntario en todo procedimiento vinculado con su salud sexual y reproductiva.
- Garantizar la internación conjunta en los casos en que el/la recién nacido/a deba quedar internado en neonatología e informar a las mujeres detenidas de todo lo relativo a dicha internación.
- Garantizar el acceso de las mujeres a todos los elementos personales y de higiene necesarios para ellas y sus hijos/as durante el proceso del parto y el posparto, en coordinación con el hospital interviniente y con los servicios penitenciarios.
- Habilitar mecanismos para la recepción de denuncias por hechos de violencia obstétrica que permitan iniciar las acciones administrativas y sancionatorias previstas en el artículo 6° de la Ley N° 25.929, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 6°, inciso e) de la Ley N° 26.485.

Respecto del Servicio Penitenciario Federal y de los servicios penitenciarios provinciales:

- Garantizar condiciones apropiadas de detención para las mujeres que se encuentran atravesando el embarazo y el posparto en prisión.
- Disponer de guardias obstétricas y pediátricas activas durante las 24 horas en los lugares de detención donde se alojan mujeres embarazadas y niños/as pequeños/as.
- Elaborar desde sus direcciones de sanidad o afines protocolos de atención y procedimiento ante embarazos y partos, que incluyan guías específicas para la atención de embarazos de riesgo y que tengan en cuenta las particularidades de cada unidad penal y de los centros de salud receptores.
- Capacitar al personal penitenciario sobre el modo de actuar

frente al parto, y sobre la importancia de hacerlo de modo eficiente y sensible a la situación particular de las mujeres detenidas en esta situación.

Minimizar y agilizar el número de diligencias necesarias para efectuar el traslado de las mujeres en trabajo de parto, desde el penal hasta los centros de salud extramuros, efectivizando los mecanismos de comunicación entre cada área interviniente.

Garantizar que no se brinde información a los hospitales o centros de salud sobre los motivos de detención y la situación procesal de las mujeres.

Informar a las mujeres sobre su derecho a estar acompañadas por personas de su elección en el parto, el parto y el posparto, y garantizar su realización práctica.

Garantizar que las áreas de asistencia social de cada unidad mantengan un listado actualizado de contactos familiares, para lograr la coordinación con la persona que la mujer elija para ser acompañada durante el parto. En particular, cuando el acompañante se encuentre detenido, articular con la unidad correspondiente y gestionar la autorización judicial del traslado cuanto menos con un mes de anticipación a la fecha probable de parto.

Erradicar el uso de medidas de sujeción o inmovilización en mujeres próximas a dar a luz o que hayan dado a luz recientemente, y sancionar a quienes incumplan este mandato.

Establecer guías de actuación que garanticen el respeto y la intimidad durante todo el proceso asistencial en el trabajo de parto, el parto y el posparto de las mujeres privadas de la libertad.

Garantizar que el personal penitenciario que intervenga en este proceso no asista a los establecimientos de salud extramuros con uniforme de servicio.

Informar a las mujeres gestantes sobre la posibilidad de presentar un plan de parto ante el centro de salud donde tendrá lugar el

nacimiento, y en su caso, gestionar su presentación.

Mantener información actualizada sobre la cantidad de mujeres detenidas que han dado a luz y sobre los centros de salud que intervinieron en el procedimiento.

5. ANEXO METODOLÓGICO

5.1 Metodología

El objetivo del relevamiento se dirigió a indagar en las prácticas penitenciarias y médicas que pudieran configurar violencia obstétrica, en un contexto de especial sensibilidad como resulta la privación de libertad de las mujeres. El diseño del estudio se realizó en base a la triangulación metodológica, es decir, combinando herramientas y estrategias propias de los diseños cualitativos y cuantitativos¹⁰⁰. De esta forma, se llevó a cabo un estudio de carácter exploratorio a través de la aplicación de una encuesta a mujeres que hayan atravesado el parto, parto y posparto dentro de los últimos cuatro años anteriores a la fecha del relevamiento. La decisión sobre el recorte temporal seleccionado respondió, por un lado, al requisito establecido por la propia normativa por medio del cual se permite el alojamiento conjunto de las mujeres con sus hijos/as hasta los cuatro años y, por el otro, a la posibilidad de acceder a relatos más detallados y cercanos, teniendo en cuenta que son hechos sucedidos en un pasado reciente. La selección

100 Hernández Sampieri, R. y otros. Metodología de la investigación. Mc. Graw Hill Ed., México, 2010, pp. 26

de las mujeres a encuestar se obtuvo a partir de pedidos de información por medio de notas cursadas al SPF y al SPB.

La encuesta también contó con preguntas abiertas que permitieron registrar algunos relatos textuales, más descriptivos y detallados. Así como también se contó con un anexo de observaciones, en las cuales se pudo volcar información valiosa que surgió durante la encuesta.

El trabajo de campo se llevó adelante durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2016, período en el cual se entrevistó a las mujeres alojadas en el Instituto Correccional de Mujeres - CPF III de Güemes, en la Unidad N° 31 de Ezeiza y en la Unidad N° 33 de Los Hornos. En total, se encuestaron 33¹⁰¹ mujeres que cumplían con los requisitos del estudio. El instrumento diseñado permitió indagar en características estructurales del fenómeno abordado, haciendo hincapié en las características particulares que hacen al contexto de encierro. El procesamiento de los datos cuantitativos estuvo a cargo del Equipo de Estadísticas y Base de Datos de la PPNn quien a su vez asesoró y participó de la construcción de los instrumentos de relevamiento.

Posteriormente, se seleccionaron los casos más relevantes, por medio de la técnica de muestreo cualitativo “por oportunidad”¹⁰², a los cuales se aplicó una entrevista semiestructurada en profundidad. De esta forma, se realizaron seis entrevistas por medio de las que se pudo tener un acercamiento a determinadas percepciones, vivencias y sensaciones de las mujeres frente a sus experiencias de parto, parto y posparto con hincapié en aquellas que podrían encuadrarse dentro de prácticas de violencia obstétrica.

Tanto las encuestas como las entrevistas fueron realizadas por las mismas integrantes de los organismos abocados a la presente investigación, aprovechando así los conocimientos y saberes propios vinculados a la temática y a la población abordada.

101 De este total, 18 se encontraban alojadas en las unidades del SPF y 15 de ellas en la Unidad N° 33 del SPB.

102 Hernández Sampieri, R. y otros. Metodología de la investigación. Mc. Graw Hill Ed., México, 2010, cit. pp. 399

5.2 Cuestionario

Nro. de cuestionario: _____

Introducción: Hola, mi nombre es _____. Pertenezco a (organismo) _____. En esta oportunidad, estamos haciendo un relevamiento sobre las experiencias de parto vividas por las mujeres detenidas. Queremos hacerte algunas preguntas respecto a tu experiencia personal durante el parto. La encuesta es totalmente anónima, no van a figurar tus datos personales. La idea es poder tener un panorama de lo que implica parir estando detenida. La información que se obtenga es muy importante, porque nos va a ayudar a conocer los problemas que ustedes atraviesan durante el pre parto, parto y pos parto. Es importante que tengas en cuenta que todas las preguntas que te voy a realizar son respecto al último parto que hayas tenido estando detenida.

(IMPORTANTE PARA LA ENCUESTADORA: Tener presente que si tuvo más de un parto durante su detención, se deben relevar, únicamente, los datos correspondientes al último parto)

EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA SOBRE MUJERES PRIVADAS DE SU LIBERTAD

Encuestadora: _____
 Fecha: _____
 Unidad: _____ Módulo: _____ Pabellón: _____

INFORMACION GENERAL

p.1 ¿Cuál es tu edad? _____ años

p.2 ¿Cuál es tu nacionalidad?

a. Argentina ☐ b. Extranjera ☐ Especificar _____

p.3 ¿Pertenece a alguna comunidad originaria?

a. Si ☐ Especificar _____ b. No ☐

p.4 ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que alcanzaste, lo hayas completado o no?

- a. Sin estudio ☐
- b. Primaria incompleta ☐
- c. Primaria completa ☐
- d. Secundaria incompleta ☐
- e. Secundaria completa ☐
- f. Terciario/Universitario incompleto ☐
- g. Terciario/Universitario completo ☐

p.5 ¿Sufrió alguna discapacidad?

a. Si ☐ Especificar _____

b. No ☐

p.6 El parto que tuviste estando detenida, ¿fue tu primer parto?

a. Si, era primeriza ☐

b. No ☐ ¿Cuántos hijos/as tenés? ____

p.7 ¿Qué tipo de parto tuviste?

a. Parto por cesárea ☐

b. Parto vaginal ☐ (Pase a p.10)

p.8 En caso de haber tenido un parto por cesárea, ¿te explicaron los motivos por los cuales te realizaban esta intervención?

a. Si ☐ Especificar motivos _____

b. No ☐

c. NS / NC ☐

p.9 En caso de haber tenido un parto por cesárea, ¿te solicitaron tu consentimiento?

a. Si ☐

b. No ☐

c. NS / NC ☐

TRATO DURANTE EL PRE PARTO Y EL TRASLADO

Entrevistadora: En esta sección, te voy a hacer algunas preguntas específicas con respecto al desarrollo del PRE PARTO

p.10 ¿Dónde iniciaste el trabajo de pre parto?

a. En la Unidad ☐

b. En el hospital extramuros ☐ (Pase a p. 20)

c. Otro lugar ☐ (Pase a p. 20) Especificar _____

p.11 Si iniciaste el trabajo de pre parto en la unidad, ¿dónde fue específicamente?

a. En el pabellón ☐

b. En el centro médico/sanidad de la unidad ☐

c. Otro lugar ☐ Especificar _____

p.12 ¿Cuánto tiempo pasó desde que iniciaste el trabajo de pre parto hasta que te revisó un médico en la unidad?

a. ____ minutos ☐

b. ____ horas ☐

c. No me atendio ningún médico ☐ (Pase a p. 14)

p.13 Si te atendió un médico de la unidad, ¿te acordás de qué especialidad era?

a. Obstetra ☐

b. Clínico ☐

c. Otros ☐ Especificar _____

d. NS / NC ☐

p.14 Durante el trabajo de pre parto, ¿el personal del SPF/SPB (ya sea médico, administrativo, etc.) te hizo algún comentario irónico, descalificador o en tono de chiste respecto de tu comportamiento?

a. Si ☐ Especificar quién y qué le dijeron: _____

b. No ☐

c. NS / NC ☐

p.15 Durante el trabajo de pre parto, ¿el personal del SPF/SPB (ya sea médico, administrativo, etc.) se dirigía a vos con sobrenombres o diminutivos (gorda, mami, nena, etc.)?

a. Si ☐ Especificar quién y qué le dijeron: _____

b. No ☐

c. NS / NC ☐

p.16 Durante el trabajo de pre parto, ¿el personal del SPF/SPB (ya sea médico, administrativo, etc.) te criticó o maltrató por llorar, gritar o expresar tus emociones?

a. Si ☐ Especificar quién y qué le dijeron: _____

b. No ☐

c. NS / NC ☐

p.17 Durante el trabajo de pre parto, ¿te sentiste contenida y pudiste manifestar tus miedos o inquietudes al personal del SPF/SPB (ya sea médico, administrativo, etc.)?

a. Si ☐ Especificar: _____

b. No ☐

c. NS / NC ☐

p.18 Durante el trabajo de pre parto, ¿te sentiste discriminada o recibiste comentarios negativos debido a tu religión, situación socio económica, discapacidad, etnia, nacionalidad, color de piel, lengua o idioma por parte del personal del SPF/SPB (ya sea médico, administrativo, etc.)?

- a. Si ☐ Especificar quién y qué le dijeron: _____
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.19 Durante el trabajo del pre parto, ¿te sentiste discriminada o recibiste comentarios negativos debido a tu estado civil, orientación sexual o identidad de género y/o expresión por parte del personal del SPF/SPB (ya sea médico, administrativo, etc.)?

- a. Si ☐ Especificar quién y qué le dijeron: _____
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.20 En el momento del traslado, ¿en qué tipo de móvil te llevaron al hospital?

- a. Ambulancia ☐
- b. Camión de traslado ☐
- c. Móvil especial para embarazadas y niños/as ☐
- d. Otro ☐ Especificar: _____

p.21 ¿Quién te acompañaba en el móvil? (Respuesta múltiple)

- a. Personal/Agente de seguridad ☐
- b. Profesional/es médico/s ☐
- c. Otros ☐ Especificar: _____
- d. NS / NC ☐

p.22 ¿Te aplicaron alguna medida de sujeción durante el traslado al hospital? (Esposas, grilletes o sogas en las manos y/o en los pies)

- a. Personal/Agente de seguridad ☐
- b. Profesional/es médico/s ☐
- c. Otros ☐ Especificar: _____
- d. NS / NC ☐

p.23 ¿Cuánto demoraste desde que te subiste al móvil de traslado hasta que llegaste al hospital?

- a. ____ minutos ☐
- b. ____ horas ☐
- c. NS / NC ☐

- p.24 Registrar el relato del traslado, desde que solicitó atención en la unidad hasta que llegó al hospital (Especificar cómo la llevaron, a dónde la llevaron, si la hicieron esperar, dónde, por qué, quién la acompañaba, si estuvo en distintos lados, si viajaba con otras personas, etc.)

EN EL HOSPITAL

Entrevistadora: En esta sección, te voy a hacer algunas preguntas con respecto a situaciones vividas en el hospital

- p.25 Al momento de ingreso al hospital, ¿te hicieron firmar un consentimiento informado/formulario?

a. Si ☐ b. No ☐ c. NS / NC ☐

- p.26 El personal penitenciario que te acompañaba, ¿vestía ropa civil o penitenciaria?

a. Ropa civil ☐

b. Ropa penitenciaria ☐

c. No me acompañaba ningún penitenciario ☐ (pase a p.28)

d. NS / NC ☐

- p.27 El personal penitenciario que te acompañaba, ¿de qué sexo era? (Respuesta múltiple)

a. Femenino ☐ b. Masculino ☐ c. NS / NC ☐

- p.28 Durante el trabajo de pre parto y/o parto, ¿solicitaste estar acompañada por alguien de tu elección?

a. Si ☐ - ¿Por quién? _____

- ¿Esta persona se encontraba detenida?

1. Sí ☐ Dónde: _____

2. No ☐

- ¿A quién le realizaste el pedido?

1. Al servicio social de la unidad ☐

2. Al director de la unidad ☐

3. Otro ☐

b. No ☐

c. NS / NC ☐

p.29 ¿Te **permitieron** estar acompañada por una persona de tu elección durante el pre parto y el parto?

a. Si ☐ ¿Por quién? _____

b. No ☐ ¿Por quién? _____

c. NS / NC ☐

p.30 Durante el trabajo de pre parto, ¿te colocaron vía intravenosa, también llamada suerito, goteo? (pueden haberte explicado que era para acelerar el parto o aumentar las contracciones)

a. Si ☐ - ¿Te pidieron tu consentimiento?

1. Si ☐

2. No ☐

3. NS / NC ☐

b. No ☐

c. NS / NC ☐

p.31 Durante el trabajo de pre parto, ¿te realizaron rasurado de genitales?

a. Si ☐ - ¿Te pidieron tu consentimiento?

1. Si ☐

2. No ☐

3. NS / NC ☐

b. No ☐

c. NS / NC ☐

p.33 Durante el trabajo de pre parto, ¿te realizaron tactos vaginales para controlar la dilatación que tenías?

a. Si ☐ ¿Cuántas veces? _____

b. No ☐ (Pase a p.37)

c. NS / NC ☐

p.33 Durante el trabajo de pre parto, ¿te realizaron tactos vaginales para controlar la dilatación que tenías?

a. Si ☐ ¿Cuántas personas te realizaron tactos vaginales? _____

b. No ☐

c. NS / NC ☐

p.35 ¿Te avisaron los motivos por los que te hacían tacto?

- a. Si ☐
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.36 Durante el trabajo de pre parto, ¿te realizaron monitoreos fetales?

- a. Si ☐ - El monitoreo fue:
 - 1. Continuo ☐
 - 2. Intermitente ☐
- b. No ☐ (Pase a p.37)
- c. NS / NC ☐ (Pase a p.37)

p.37 ¿Te informaron los motivos por los cuales te monitoreaban?

- a. Si ☐ Especificar motivos: _____
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.38 Durante el trabajo de pre parto, ¿tenías posibilidad de moverte, pararte, caminar, etc.?

- a. Si ☐
- b. No ☐ ¿Porque?: _____
- c. NS / NC ☐

p.39 Durante el trabajo de pre parto, ¿tenías posibilidad beber o comer?

- a. Si ☐
- b. No ☐ ¿Porque?: _____
- c. NS / NC ☐

p.40 El espacio donde realizaste el trabajo de pre parto tenía:
(marcar con una cruz X lo que corresponda):

Características edilicias	Si	No	Especificar respuesta
Acceso al baño	☐	☐	
Privacidad (si había familiares de otras mujeres, si estaba en una habitación o en el pasillo, etc.)	☐	☐	

p.40 El espacio donde realizaste el trabajo de pre parto tenía:
(marcar con una cruz X lo que corresponda):

Características edilicias	Si	No	Especificar respuesta
Limpieza e higiene			
Climatizada según época del año			

p.41 ¿Algún personal penitenciario se encontraba presente durante el trabajo de pre parto?

- a. Si ☐
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.42 Durante el trabajo de pre parto, ¿estuviste en un espacio separado respecto de las otras mujeres internadas?

- a. Si ☐ ¿Sabés si esta separación se debía a tu situación de detención?
 - 1. Si ☐
 - 2. No ☐
 - 3. NS / NC ☐
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

Especificar punto a. (indagar en el tipo de espacio que estuvo, si era una habitación o un pasillo, porqué la llevaron ahí, etc.)

Entrevistadora: En esta sección, te voy a hacer algunas preguntas específicas con respecto al desarrollo del PARTO

p.43 Durante el parto, ¿alguien del personal del hospital (ya sea médico, administrativo, etc.) te hizo algún comentario irónico, descalificador o en tono de chiste respecto a tu comportamiento?

- a. Si ☐ Especificar quién y qué le dijeron: _____
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.44 Durante el parto, ¿alguien del personal del hospital (ya sea médico, administrativo, etc.) se dirigía a vos con sobrenombres o diminutivos (gorda, mami, nena, etc.)?

- a. Si ☐ Especificar quién y qué le dijeron: _____
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.45 Durante el parto, ¿alguien del personal del hospital (ya sea médico, administrativo, etc.) te criticó o maltrató por llorar, gritar o expresar tus emociones durante el trabajo de parto?

- a. Si ☐ Especificar quién y qué le dijeron: _____
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.46 Durante el parto, ¿te sentiste contenida y pudiste manifestar tus miedos o inquietudes a alguien del personal del hospital (ya sea médico, administrativo, etc.)?

- a. Si ☐ Especificar quién y qué le dijeron: _____
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.47 Durante el parto, ¿te sentiste discriminada debido a tu religión, situación socio económica, discapacidad étnica, nacionalidad, color de piel, lengua, idioma por alguien del personal del hospital (ya sea médico, administrativo, etc.)?

- a. Si ☐ Especificar quién y qué le dijeron: _____
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.48 Durante el parto, ¿te sentiste discriminada debido a tu estado civil, orientación sexual o identidad de género y/o expresión por alguien del personal del hospital (ya sea médico, administrativo, etc.)?

- a. Si ☐ Especificar quién y qué le dijeron: _____
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.49 Durante el parto (marcar con una cruz X lo que corresponda):

Práctica	¿Te brindaron información sobre esta práctica?		¿Te realizaron alguna de estas prácticas?		¿Te pidieron tu consentimiento?	
	Si	No	Si	No (Pase a sig. práctica)	Si	No
Rotura artificial de bolsa						
Maniobra de Kristeller						
Episiotomía						
Epidural						
Otras. Especificar _____						

p.50. Durante el parto, ¿solicitaste permanecer en alguna posición en particular que te resultaba más cómoda?

- a. Si ☐ ¿Te permitieron?
1. Si ☐
2. No ☐
3. NS / NC ☐
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.51 Durante todo el tiempo que estuviste en el hospital (pre parto, parto y post parto) ¿algún profesional (ya sea médico, administrativo, etc.) hizo algún comentario sobre tu situación de detención? (Que estabas presa o comentarios vinculados a tu causa)

- a. Si ☐ Especificar quién y qué le dijeron: _____
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

- a. Si ☐ Especificar quién y qué le dijeron: _____
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.53 ¿Algún personal penitenciario se encontraba presente durante el parto?

- a. Si ☐
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

DURANTE EL POS PARTO

Entrevistadora: En esta sección, te voy a hacer algunas preguntas específicas con respecto a la etapa del POS PARTO

p.54 ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que pariste hasta que tuviste el primer contacto con el bebé?

- a. Al instante ☐ (Pase a p. 56)
- b. Menos de una hora ☐
- c. Entre una y tres horas ☐
- d. Más de tres horas ☐

p.55 Si el contacto no fue inmediato, ¿cuál fue el motivo? (Indagar en las justificaciones médicas sobre esa demora, si solicitó verlo y no se lo permitieron, si la demora estuvo relacionada con su situación de detención, etc.)

p.56 ¿Cuánto duró ese contacto inicial? _____

p.57 ¿Te informaron sobre los controles que le realizaron al bebé al nacer?

- a. Si ☐
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.58 El bebé ¿estuvo internado en neonatología (Neo)?

- a. Si ☐ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Por qué motivo? _____
- b. No ☐ (Pase a p. 61)
- c. NS / NC ☐ (Pase a p. 61)

p.59 Durante el tiempo que permaneció en Neo, ¿dónde estuviste alojada?

- a. en el hospital ☐
- b. en la unidad ☐
- c. otro lugar ☐ Especificar: _____

p.60 Durante el tiempo que permaneció en Neo, ¿pudiste tener contacto?

- a. Si ☐ ¿Con qué frecuencia? _____
- b. No ☐ ¿Por qué no pudiste tener contacto? _____
- c. NS / NC ☐

p.61 ¿Le dieron mamadera con fórmula a tu hijo/a?

- a. Si ☐ - ¿Te pidieron tu consentimiento?
 - 1. Si ☐
 - 2. No ☐
 - 3. NS / NC ☐
- b. No ☐ (Pase a p. 63)
- c. NS / NC ☐ (Pase a p. 63)

p.62 En caso de haberle dado mamadera con fórmula ¿te explicaron los motivos?

- a. Si ☐ ¿Qué te dijeron? _____
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.63 ¿Te dieron información y te explicaron como poder amamantar?

- a. Si ☐ ¿Pudiste conversar con una puericultora?
 - 1. Si ☐
 - 2. No ☐
 - 3. NS / NC ☐
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.64 Luego del parto ¿te ofrecieron ligarte las trompas?

a. Si ☐ ¿Te dieron información y te explicaron los motivos?

1. Si ☐

2. No ☐

3. NS / NC ☐

b. No ☐

c. NS / NC ☐

p.65 ¿Te realizaron la intervención de ligadura de trompas?

a. Si ☐ ¿Te pidieron tu consentimiento?

1. Si ☐

2. No ☐

3. NS / NC ☐

b. No ☐

c. NS / NC ☐

p.66 Durante tu permanencia en el hospital ¿tuviste acceso a los siguientes elementos?

(marcar con una cruz X lo que corresponda):

	¿Tuviste acceso?		¿Cómo lo obtuviste?			
	Si	No (Pase a sig)	Me lo dieron en el hospital	Lo tuve que comprar (yo/filia/amigo)	Otro (una mujer internada, fundaciones de caridad, etc.)	SPF / SPB
Apósitos y/o toallitas higiénicas					Especificar quién:	
Pervinox					Especificar quién:	
Gasas esterilizadas					Especificar quién:	
Analgésicos					Especificar quién:	

	¿Tu viste acceso?		¿Cómo lo obtuviste?			
Elementos	Si	No (Pase a sig)	Me lo dieron en el hospital	Lo tuve que comprar (yo/flia/amigo)	Otro (una mujer internada, fundaciones de caridad, etc.)	SPF / SPB
Bebida o comida					Especificar quién:	
Protectores mamarios					Especificar quién:	
Crema de caléndula					Especificar quién:	
Algodón					Especificar quién:	
Óleo calcáreo					Especificar quién:	
Leche de fórmula					Especificar quién:	

EGRESO DEL HOSPITAL

p.67 ¿Cuánto tiempo permaneciste en el hospital?

a. 1 día ☐

b. 2 días ☐

c. más de 2 días ☐

p.68 ¿Te realizaron algún control durante tu permanencia en el hospital?

a. Si ☐ ¿Cuáles?: _____

b. No ☐

c. NS / NC ☐

p.69 Al momento del egreso del hospital, ¿alguien del personal del hospital (ya sea médico, administrativo, etc.) te hizo algún comentario descalificador respecto a tu capacidad de ser madre?

- a. Si ☐ ¿Quién y qué te dijeron?: _____
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.70 Al momento del egreso del hospital, ¿alguien del personal del hospital (ya sea médico, administrativo, etc.) te hizo algún comentario respecto a la posibilidad de que tu hijo sea cuidado por otra persona, ya sea familiar, u otra persona?

- a. Si ☐ ¿Quién y qué te dijeron?: _____
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.71 ¿Te informaron sobre los controles médicos del pos parto que te debías realizar?

- a. Si ☐ ¿Pudiste comprender la información que te brindaron?
 - 1. Si ☐
 - 2. No ☐
 - 3. NS / NC ☐
- b. No ☐
- c. NS / NC ☐

p.72 ¿Te brindaron información sobre los diferentes métodos anticonceptivos que podías utilizar?

- a. 1 día ☐
- b. 2 días ☐
- c. más de 2 días ☐

Observaciones: (tener presente de anotar el NOMBRE de la mujer que se crea interesante para la ENTREVISTA)

5.3 Pautas de entrevista

EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA SOBRE MUJERES PRIVADAS DE SU LIBERTAD

Guía de pautas de la ENTREVISTA

Entrevistadora: Hola, en esta parte la idea es poder conversar un poco más sobre tu experiencia durante el parto. Tratando de hacer más hincapié en aquello que sentiste, cómo lo viviste y cómo fuiste tratada por los profesionales que te acompañaron, tanto en la unidad, durante el traslado y en el hospital.

I. Datos sociodemográficos

En principio, te voy a pedir algunos datos tuyos:

- Edad
- Nacionalidad
- Último lugar de residencia
- Tipo de parto: vaginal, por cesárea, si fue de riesgo, si era primeriza o si tenía más hijos
- Nivel educativo alcanzado

II. Etapa de PRE PARTO

Parto desencadenado en la Unidad

- Contáme un poco cómo y cuándo te diste cuenta que se había desencadenado el parto. (*preguntas: ¿dónde estabas? ¿Te acordás cómo reaccionaste? , ¿cómo reaccionaron tus compañeras?, etc.*)
- ¿Cómo reaccionó el personal del SPF / SPB?
(*preguntas: ¿Tuviste que reclamar que te atiendan?, ¿quién te atendió?, ¿qué te dijeron?, ¿te trasladaron a otro lugar de la unidad?*)
- ¿Qué sentiste en ese momento en que te diste cuenta de que estaba por nacer tu bebé? (*preguntas: Especialmente para las PRIMERIZAS: ¿sabías qué era lo que iba a pasarte durante el parto y lo que tenías que hacer?, ¿asististe a un curso de pre parto?*)

- ¿Estuviste o te sentiste sola en algún momento? ¿Por qué?
(*repreguntas*: ¿sentiste temor en algún momento? ¿Qué temor tenías? ¿te sentiste contenida por alguien? ¿por quién? ¿Pudiste avisar a alguien de tu entorno familiar o a amigos? ¿a quién le avisaste y cómo?)

Traslado al hospital

- Cuando estabas por salir de la unidad, ¿cómo fue el momento de la requisita? (*repreguntas*: ¿Dónde y quiénes te requisaron?, ¿en qué consistió la requisita? ¿cómo te trató el personal?)
- ¿Te pareció que se demoró tu salida al hospital? ¿Por qué? (*repreguntas*: ¿te hicieron firmar algún papel antes de salir de la unidad?, ¿tuviste que esperar alguna autorización judicial, etc.?).
- ¿Pudiste llevar algún bolso con pertenencias, tanto tuyas como del bebé? (*repreguntas*: ¿qué llevaste en el bolso?, si no lo pudiste llevar en ese momento, ¿tuviste la oportunidad de que te lo alcanzara alguien después?)
- ¿Cómo fue el traslado en el móvil? (*repreguntas*: ¿cómo fuiste: sentada, acostada, parada?, ¿te acompañaba alguien? ¿Quién? ¿Cómo te trataron en ese trayecto?)
- ¿Te acordás si quisieron aplicarte alguna medida de sujeción? ¿Qué dijiste al respecto? ¿Qué respuesta te dieron?

En el hospital

- Cuando llegaste, ¿cómo fue el ingreso al hospital? (*repreguntas*: ¿Quién te recibió en el hospital?, ¿Tuviste que hacer algún trámite?, ¿quién te acompañó en ese momento?, ¿Pudiste estar con algún familiar, amigo o pareja?)
- Una vez que ingresaste al hospital, ¿a dónde te llevaron? (*repreguntas*: ¿con quién estabas? ¿te acompañó alguna persona del personal del hospital? ¿estuviste sola en algún momento?)
- En la sala o habitación, ¿algún profesional del hospital te recibió y te explicó lo que iba a pasar? (*repreguntas*: ¿tenías dudas sobre lo que te estaba pasando? ¿pudiste hablarlo con alguien?)

- El personal del SPF / SPB que te acompañaba, ¿dónde permanecía? (Indagar especialmente acerca de la presencia del servicio penitenciario: si estaban con ella en la habitación / sala o en el lugar de espera)
- ¿Cómo te trataba el personal del SPF / SPB que te acompañaba? ¿qué te decía?
- Los profesionales que te atendían en el hospital ¿cómo se dirigían hacia vos? (*repreguntas*: ¿cómo te trataban? ¿pudiste consultarles tus dudas, miedos? ¿los conocías?, ¿te dijeron sus nombres?)
- El resto de las personas que estaban en el hospital, ya sea pacientes, familiares, etc. ¿te dijeron algo? ¿cómo te trataban? (*repreguntas*: ¿tuviste algún inconveniente?)

III. Etapa de PARTO

Parto en el hospital

- Cuando ya estabas lista para el parto ¿A dónde te llevaron? Contame cómo fue este trayecto (*repreguntas*: ¿sabías que estaba pasando? ¿qué te decían los profesionales que te acompañaban? ¿cómo te trataban? ¿estuviste sola en algún momento?)
- Contame cómo fue el parto (*repreguntas*: ¿qué prácticas médicas te realizaron?, ¿te hicieron algo en lo que vos no estabas de acuerdo?)
- ¿Quiénes estaban presentes durante el parto? (*repreguntas*: El obstetra o partera que te asistía, ¿los conocías? ¿sabías sus nombres? ¿Qué decían? ¿Qué te decían sobre lo que estaba pasando? ¿te sentiste acompañada y apoyada por los profesionales? ¿tenías miedo? ¿estabas acompañada por alguien de tu confianza?)
- ¿Cómo te trataban los profesionales? ¿sentiste que el trato era diferente en virtud de tu causa y/o situación de detención?

Vínculo con el bebé

- ¿Cómo fue ese primer contacto con tu hijo/a?
- Qué sentiste cuando lo viste o abrazaste por primera vez?

- ¿Qué hicieron los médicos cuando nació tu bebé? (*repreguntas*: ¿pusieron alguna traba para vincularse con tu bebé? ¿te impidieron verlo? ¿te dijeron algo que te molestó?)
- ¿Se llevaron el bebé en algún momento? (*repreguntas*: ¿qué sentiste? ¿te explicaron lo que pasaba?)
- ¿Cómo trataron los médicos a tu bebé? (*repreguntas*: ¿le hicieron alguna práctica que vos no estabas de acuerdo?)

IV. Etapa de PARTO

- ¿En qué sector del hospital fuiste alojada luego del parto? (*repreguntas*: ¿Te acompañaba alguna persona de tu confianza en ese momento? ¿cómo era el espacio donde estabas internada? ¿Tenías dudas, miedos, dolores?)
- ¿Dónde permanecía el personal del SPF / SPB? (*repreguntas*: ¿Qué te decía? ¿Qué sentías respecto a la presencia del SPF / SPB en el hospital/sala/habitación?)
- ¿Cómo fue el trato con el personal del hospital luego del parto? ¿Y con el resto de las personas que estaban internadas o acompañando a una persona internada?
- ¿Cómo fue el momento del amamantamiento? (*repreguntas*: ¿Tenías dudas o miedos? ¿Algún profesional te ayudó o acompañó? ¿Qué te decían?)
- En caso de haber quedado internado el/la bebé: ¿sabías los motivos de su internación? (*repreguntas*: ¿te iban informando sobre el estado de salud de tu bebé?, ¿qué sentiste cuando se llevaron a tu bebé?, ¿cómo fue el vínculo con tu bebé mientras estuvo internado/a? ¿Qué sentiste al atravesar esa etapa? Indagar en los casos de alta de la mujer, cómo eran las visitas, si el SPF / SPB le impedía el contacto por alguna razón o si el hospital impidió el contacto)

Egreso del hospital

- Contáme cómo viviste tu vuelta a la unidad (REPREGUNTAS: ¿cómo te trató el SPF / SPB al momento de regresar a la unidad?,

¿cómo te recibieron tus compañeras?)

- ¿Pensaste que iba a ser de esta manera la experiencia del parto?
- ¿Cómo te marcó esta experiencia?
- ¿Qué le recomendarías a otra mujer que pase por esto?

Muchas gracias por compartir esta experiencia con nosotras.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Amnistía Internacional, Defensoría General de la Nación (2015), Femicidio y debida diligencia: estándares internacionales y prácticas locales, Buenos Aires.
- Canevari Bledel, Cecilia (2011), Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública, Barco Editá; Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE, Santiago del Estero.
- CEJIL (2007), Mujeres privadas de libertad. Informe regional: Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay. Informe disponible en https://www.cejil.org/sites/default/files/legacy_files/mujeres_privadas_de_libertad_informe_regional_0.pdf
- Centro de Estudios Legales y Sociales, Ministerio Público de la Defensa de la Nación y Procuración Penitenciaria de la Nación (2011), Mujeres en prisión: los alcances del castigo, Siglo XXI Editores, Buenos Aires.
- Cornell Law School's Avon Global Center for Women and Justice and International Human Rights Clinic, Defensoría General de la Nación Argentina, The University of Chicago Law School International Human Rights Clinic (2013), Mujeres en prisión en Argentina: Causas, condiciones y consecuencias, Buenos Aires.
- Defensoría General de la Nación (2015), Punición y Maternidad: acceso al arresto domiciliario, Buenos Aires.

- Federación de Asociaciones de Matronas de España, El apoyo en el parto, disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/apoyo-en-el-parto/>
- Las Casildas, Observatorio de Violencia Obstétrica (2016), Informe Final Encuesta de atención al parto/cesárea. Informe disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B-ucL20WyuYRYTRZWThPcWVyY1U/view>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación - Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal (2015), Mujeres privadas de la libertad en el Sistema Penitenciario Argentino. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF (2010), Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades centradas en la Familia. Buenos Aires.
- Ministerio Público de la Defensa, UNICEF (2009), Mujeres Privadas de la Libertad. Limitaciones al encarcelamiento de las mujeres embarazadas o con hijas/os menores de edad, Buenos Aires.
- Rafecas, Daniel Eduardo (2010), La tortura y otras prácticas ilegales a detenidos, Editores del Puerto, Buenos Aires.

Jurisprudencia internacional

- Corte IDH, Caesar Vs. Trinidad y Tobago, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 123, 11/3/2005.
- Corte IDH, Cantoral Benavides vs. Perú, Fondo, Serie C No. 69, 18/8/2000.
- Corte IDH, Hermanos Gómez Paquiyauri vs. Perú, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 110, 8/7/2004
- Corte IDH, Caso del Penal Miguel Castro Castro vs. Perú, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 160, 25/11/2006.
- Corte IDH, Caso Gelman vs. Uruguay, Fondo y Reparaciones, Serie C No. 221, 24/2/2011.
- Corte IDH, Caso I. V. vs. Bolivia, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 329, 30/11/2016.
- Corte IDH, Chinchilla Sandoval vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 312, 29/2/2016.

- Corte IDH, Lopez Álvarez Vs. Honduras, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 141, 1/2/2006.
- Corte IDH, Tibi vs. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 114, 7/9/2004.

Documentos de organismos internacionales

- CIDH, Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, OEA/Ser.L/V/II.Doc.69, 07/06/2010.
- CIDH, Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de Personas Privadas de Libertad en las Américas.
Comité CEDAW, Alyne da Silva Pimentel Teixeira (difunta), CEDAW/C/49/D/17/2008, 27/12/2011.
- Comité CEDAW, Recomendación General N° 19, La violencia contra la mujer, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.1 at 84 (1994), 29/1/1992.
- Comité CEDAW, Recomendación General N° 24, La mujer y la salud-, U.N. Doc. A/54/38/Rev.1, 2/2/1999.
- Comité contra la Tortura, Observaciones finales sobre el quinto y sexto informe conjunto periódico de Argentina, CAT/C/ARG/CO/5-6, 10/05/2017.
- Comité DESC, Recomendación General N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud-, E/C.12/2000/4, 11/08/2000.
- Comité DESC, Recomendación General N° 22, El derecho a la salud sexual y reproductiva, E/C.12/GC/22, 02/05/2016.
- MESECVI, Segundo Informe Hemisférico sobre la implementación de la Convención de Belem do Pará, 04/2012. Informe disponible en: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/mesecvi-segundoinformehemisferico-es.pdf>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Protocolo de Estambul, Manual para la Investigación y Documentación Eficaces de la Tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes, HR/P/PT/8/Rev.1, 09/08/1999.
- ONU, Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254, 03/08/2011.

- ONU, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 01/02/2013.
- ONU, Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, A/HRC/32/44, 08/04/2016.
- ONU, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/HRC/31/57, 05/01/2016.
- ONU, Asamblea General, Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (“Reglas de Bangkok”), A/RES/65/229, 21/12/2010.
- ONU, Asamblea General, Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (“Reglas Mandela”), E/CN.15/2015/L.6/Rev.1, 21/5/2015
- Organización Mundial de la Salud, Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, WHO/RHR/14.23, 09/2014.
- Organización Mundial de la Salud, Declaración de Fortaleza – Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, 04/1985. Disponible en: http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf.
- Organización Mundial de la Salud, Cuidados en el parto normal: una guía práctica, Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, 1996.
- Organización Mundial de la Salud, Recomendaciones para la conducción del trabajo de parto, 07/2015. Disponible en http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/augmentation-labour/es/.
- Organización Mundial de la Salud, Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto, WHO/RHR/16.01, 2015.
- Organización Mundial de la Salud, Recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo, WHO/RHR/16.12, 2016.
- Relatoría sobre la Violencia contra la Mujer, sus causas y consecuen-

cia, Causas, condiciones y consecuencias de la encarcelación para las mujeres, A/68/340, 21/08/2013.

Documentos de organismos nacionales

- Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires – OVG (2016), Informe 2014/2015, Monitoreo de políticas públicas y violencia de género, provincia de Buenos Aires.
- Defensoría General de la Nación (2016), Informe presentado ante el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 65º período de sesiones, 24 de octubre – 18 de noviembre 2016, disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT_CEDAW_IFN_ARG_25369_S.pdf
- Procuración Penitenciaria de la Nación (2012), Informe Anual 2011. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina, Buenos Aires.
- Procuración Penitenciaria de la Nación (2013), Informe Anual 2012. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina, Buenos Aires.
- Procuración Penitenciaria de la Nación (2016), Informe Alternativo en el marco de la presentación del séptimo informe periódico de Argentina ante el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 65º período de sesiones, 24 de octubre – 18 de noviembre 2016, disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT_CEDAW_IFS_ARG_25409_S.pdf
- Procuración Penitenciaria de la Nación, Comisión por la Memoria, Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos, Registro Nacional de Casos de Tortura (2016), Informe Anual 2015, Buenos Aires.
- Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias, Recomendación VI/2016, 24/5/2016.

