



Fotografía y edición
Camila Lavandeira y Evangelina Spoto

**Mesa Interinstitucional de Parto Respetado
y Derechos Humanos**

Gestar, Parir y Nacer en Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur

Agosto 2025 | Informe de experiencias
en eventos obstétricos 2013 – 2024



Mesa Institucional de
Parto Respetado &
Derechos Humanos



SECRETARÍA DE LAS
**MUJERES,
GÉNEROS Y
DIVERSIDADES**

somos  Gobierno de
Tierra del Fuego

Gestar, parir y nacer en Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

Informe de experiencias en eventos obstétricos 2013-2024

Índice

Introducción	2
Objetivos de la publicación	4
Fundamentos	6
Aclaraciones metodológicas	8
Análisis y comentario de resultados	10
Medicalización del parto	11
Cesáreas programadas	13
Tactos y episiotomías sin consentimiento	15
Violencia obstétrica y (des)conocimiento de la ley n° 25.929	20
¿Parto respetado?	22
Medicalización del parto y violencia obstétrica	27

Agosto 2025

Mesa Interinstitucional de Parto Respetado y Derechos Humanos

Introducción

El informe preliminar Gestar, Parir y Nacer en Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur es resultado del análisis del primer registro provincial de experiencias en eventos obstétricos sucedidos entre 2013 y 2024.

Este registro, completado por 117 mujeres que transitaron su embarazo y/o parto en la Isla Grande de Tierra del Fuego AelAS en los últimos 11 (once) años¹ releva diversas experiencias relativas al ejercicio de sus derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, y a situaciones de violencia gineco-obstétrica antes, durante y después del parto.

Partiendo de las premisas de que es urgente erradicar las modalidades y formas de la violencia gineco-obstétrica, y de que no se puede transformar una situación que se desconoce, surgió el proyecto de realizar un relevamiento de información situada, actualizada y sistematizada con el apoyo de instituciones nacionales, provinciales y municipales, además de con la participación de organizaciones de la Sociedad Civil. El objetivo común: la construcción de un diagnóstico sobre la asistencia pública y privada en torno al parto y nacimiento en la provincia.

El lanzamiento del registro Gestar, Parir y Nacer en Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur se realizó el 4 de marzo de 2024 en el marco del Día Internacional de las Mujeres. Tuvo como incentivo principal la recolección de nuevas fuentes para la sustentación de políticas públicas que garanticen la implementación de las Leyes nacionales N° 25.929 de Parto Respetado, N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, N° 26.529 de Derechos del Paciente y N° 27.611 de los 1000 días, y de la Ley provincial N° 691, con perspectiva de género, diversidad, interculturalidad y no discriminación; tarea que venía realizándose, pero con información acotada y segmentada².

Esta propuesta fue impulsada por la Mesa Interinstitucional de Parto Respetado y Derechos Humanos, espacio de trabajo coordinado por la Delegación del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) en Tierra del Fuego AelAS, y que por entonces también contó con la participación de representantes del Programa SUMAR, el Programa

¹ El registro provincial de experiencias en eventos obstétricos relevó 123 vivencias de gestación, parto y nacimiento sucedidas en toda la Provincia entre los años 2013 y 2024. En Aclaraciones metodológicas se detalla la justificación de la selección cronológica y el tipo de relevamiento.

² La Mesa Interinstitucional de Parto Respetado y Derechos Humanos se crea como espacio de trabajo para la planificación de propuestas de políticas públicas en la materia desde una perspectiva de género, diversidad, interculturalidad y no discriminación. En su corta trayectoria fue el ámbito de construcción de distintas acciones, como por ejemplo la creación del formulario único para la facilitación del Certificado de Nacido Vivo (CNV) en partos domiciliarios, la incorporación de la opción de inscripción de la identidad indígena en actas de nacimiento y el desarrollo de distintas instancias de formación para profesionales de la salud y comunidad en general sobre parto respetado.

de Salvaguarda Indígena del Ministerio de Salud de Nación, del Programa Acercar Derechos (PAD) del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, la Secretaría de Justicia y Derecho Ciudadano, la Secretaría de Derechos Humanos e Igualdad y el Ministerio de Salud de la Provincia, la Secretaría de las Mujeres, Géneros y Diversidades del Municipio de Ushuaia, la Dirección de Mujeres, Géneros y Diversidad del Municipio de Tolhuin, las organizaciones Por un Parto Humanizado TDF, integrante de la Campaña Nacional contra la Violencia Ginecobstétrica (CAMPVGO), y La Ría, Corriente crítico-feminista, junto a la especial colaboración de Awaiké Salud y Medio Ambiente Asociación Civil.

En este contexto, es imposible no hacer mención de la transformación que atravesó el Estado nacional a partir de diciembre de 2023, especialmente del retroceso en materia de garantía y respeto de los derechos humanos para quienes habitamos Argentina: el INADI, por ejemplo, fue cerrado. El Plan Sumar y el Programa de Salvaguarda Indígena, dependientes del Ministerio de Salud de la Nación, dejaron de participar, y el PAD, del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, también fue cerrado.

Nos oponemos firmemente a las políticas de desabastecimiento y vaciamiento de las instituciones estatales que tenían como función el desarrollo de políticas públicas para la garantía de derechos, la profundización de la equidad, la inclusión y que trabajaban en pos de la visibilización y erradicación de las vulneraciones sistemáticas que afectan a las mujeres y personas con capacidad de gestar. Sin embargo, ante esta realidad, optamos por hacer frente a este panorama desolador, y continuamos funcionando. Es importante mencionar esto último porque esta Mesa Interinstitucional de Parto Respetado y Derechos Humanos continuó su desarrollo, aunque con muchos menos recursos de los que contaba.

Actualmente, la Mesa de trabajo Interinstitucional sobre Parto Respetado y Derechos Humanos se encuentra integrada por la Secretaría de Derechos Humanos e Igualdad, la Secretaría de Justicia y Derecho Ciudadano, la Subsecretaría de Derechos Humanos e Igualdad y la Subsecretaría de Género y Diversidad zona Sur del Ministerio de Bienestar Ciudadano y Justicia, el Departamento de Salud Sexual, Niñez y Adolescencia y el Programa de salud materno-infantil del Ministerio de Salud de la Provincia, la Secretaría de las Mujeres, Géneros y Diversidades de la Municipalidad de Ushuaia, las organizaciones Por un Parto Humanizado TDF y La Ría, y la colaboración de profesionales de la salud, especialistas y activistas feministas y de derechos humanos fundamentalmente de la ciudad de Ushuaia. Este espacio de trabajo se encuentra abierto a la participación y recepción de propuestas, asuntos y cuestiones pertinentes a mejorar las condiciones y el ejercicio de los derechos de las mujeres y las personas que gestan, sin discriminación y sin violencias.

Esperamos que la información sistematizada sobre las distintas experiencias de gestación y nacimiento en la Provincia que en esta ocasión ofrecemos pueda ser útil y considerada por las distintas áreas de incidencia, con el objetivo de fortalecer sus funciones y ponerlas en diálogo con las realidades y necesidades del territorio.

Objetivos de la publicación

La publicación del Informe Gestar, Parir y Nacer en TDF AelAS se propone visibilizar las experiencias de mujeres y personas gestantes que cursaron su embarazo, parto y/o posparto en la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur entre los años 2013 y 2024, y que decidieron voluntariamente participar del primer registro provincial de eventos obstétricos.

Lejos de constituirse en una simple recolección e interpretación de datos, este relevamiento se enmarca en una apuesta metodológica con un sentido ético-político determinado, el de poner en el centro de las políticas públicas las voces de quienes han sido históricamente silenciadas en los espacios de atención perinatal: **las voces de quienes gestan.**

La violencia gineco-obstétrica no es un hecho aislado, sino una forma estructural y naturalizada de violencia de género que opera fundamentalmente en el sistema de salud, incluso a través de prácticas consideradas rutinarias o protocolizadas. Para conocer la problemática real, es decir, tal y cómo sucede en nuestra provincia, optamos por la creación de un insumo técnico de registro de vivencias obstétricas, esperando que sus resultados y lecturas sirvan de base para la identificación de las violencias y para el fortalecimiento del diseño, la implementación y el monitoreo de políticas públicas en la materia con enfoque de derechos, género, diversidad e interculturalidad.

El objetivo principal de este informe es distinguir las condiciones bajo las cuales se transitaron los embarazos, partos y nacimientos entre 2013 y 2024 evaluando el grado de cumplimiento de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, en particular de lo establecido por la Ley Nacional N° 25.929 de Parto Respetado, e identificando las prácticas frecuentes que configuran situaciones de violencia gineco-obstétrica, el nivel de acceso a la información durante la atención, el grado de autonomía en la toma de decisiones, las condiciones de acompañamiento y el impacto emocional de estas experiencias en las personas gestantes.

Es importante señalar que se ha relevado otra información en el formulario referente a Métodos Anticonceptivos, Derechos sexuales y Reproductivos, Partos y Nacimientos en domicilio, otras prácticas e intervenciones médicas, presentaciones de Plan de Parto, Lactancia, Post Parto y trámites relativos, como por ejemplo el la tramitación de DNI, que no abordaremos en este informe ya que, como anticipamos en su caracterización de preliminar, no pretende ser exhaustivo, pero cabe mencionarlos para seguir profundizando a futuro.

Finalmente, esta iniciativa también apunta a fortalecer el compromiso institucional y político de las áreas de salud, de gobierno, de justicia y de derechos humanos, género y diversidad, y del conjunto de organizaciones de la sociedad civil y actores comunitarios comprometidos con la temática, para avanzar hacia un mejoramiento en la atención gineco-obstétrica y en el acompañamiento perinatal basado en la realidad provincial y en el respeto de la dignidad y la autonomía

de las mujeres y las personas gestantes.

Ofrecer y difundir este insumo es, para nosotras, una forma de agradecimiento a quienes apostaron, confiaron y participaron del relevamiento. Lo hacemos validando sus vivencias y reconociendo que sin su testimonio no sería posible imaginar transformaciones profundas ni políticas públicas verdaderamente reparadoras.

Fundamentos

La violencia gineco-obstétrica es una de las formas específicas de la violencia contra las mujeres y las personas con capacidad de gestar. Específicamente, se trata de la violencia “[...] 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 [...]”³.

Esta violencia suele replicarse y encubrirse bajo la forma de mecanismos, protocolos, intervenciones y/o prácticas médicas, sanitarias y/o burocráticas que buscan controlar la reproducción humana, pero que en ello vulneran derechos fundamentales, como el derecho a la integridad, a la dignidad y a la decisión sobre la propia vida reproductiva, solo por nombrar los más generales.

Se trata de una modalidad violencia de género naturalizada y sistemática que debe ser visibilizada y problematizada. Su gravedad es la de un asunto de derechos humanos.

La violencia gineco-obstétrica tiene la característica de afectar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y demás personas gestantes en el marco específico de la atención ginecológica y obstétrica. especialmente durante los procesos de gestación, parto, nacimiento y posparto, generando impactos graves también en sus bebés, que suelen atravesar las situaciones traumáticas junto a sus madres, y sus familias.

Como sucede con la mayoría de las modalidades de violencia contra las mujeres, la normalización de esta forma de violencia es uno de los obstáculos fundamentales para su erradicación. Así, muchas veces, tanto quienes la sufren, como quienes deben prevenirla, naturalizan estas violencias, relativizando, o directamente negando su existencia y/o padecimiento.

Por otro lado, el acceso a la justicia ante este tipo de violencias también es un asunto problemático, ya que los procesos administrativos o judiciales, además de poseer sus propios sesgos, son poco conocidos y lentos, especialmente en las Provincias⁴. De hecho, la Mesa Interinstitucional de Parto Respetado y Derechos Humanos se organizó a partir de un primer acompañamiento e intento de reparación ante un caso complejo de vulneración de derechos que fue

³ Cf. Art. 6 de la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral a las Mujeres.

⁴ En relación a este último punto es importante señalar que los canales de denuncia de violencia gineco-obstétrica sufrieron un gravísimo retroceso. Al momento de diseño de este Registro (2023) la violencia gineco-obstétrica podía denunciarse en más de tres canales nacionales de denuncia gratuita: en el INADI, en la CONSAVIG, en la línea 144 y/o en la Defensoría del Pueblo. En la actualidad solo se mantiene el canal de denuncia de la Defensoría del Pueblo (<https://www.dpn.gob.ar/denunciasVO.php>), por lo que el acceso a la justicia se ha reducido.

escalando desde la violencia gineco-obstétrica e institucional, hasta la vulneración del derecho a la identidad de un niño de 5 (cinco) meses.

Desde estos múltiples fundamentos es que surgió la determinación de diseñar una herramienta específica que nos permita procurar información actualizada y territorial sobre el estado de situación, todo ello con el objetivo ya mencionado de contar con un diagnóstico certero para orientar las decisiones, acciones, prácticas y políticas públicas para la profundización y garantía del Parto Respetado y los Derechos Humanos de las mujeres y personas gestantes en TDF AelAS.

Aclaraciones metodológicas

Como se mencionó, el registro de eventos obstétricos Gestar, parir y nacer en TDF AelIAS surge del trabajo de la Mesa Interinstitucional de Parto Respetado y Derechos Humanos a partir de la necesidad de contar con números e investigaciones propias y actualizadas.

La Mesa contó con el asesoramiento de la Coordinación de Observatorios e Investigaciones y del área de Salud sin discriminación del INADI, y se reunió con la Asociación Civil Awaiké Salud y Medio Ambiente y profesionales de la Universidad Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (UNTDF), quienes nos orientaron y alentaron para la realización de este relevamiento. En esta primera etapa, se definió el enfoque, el objeto de consideración y las características ideales y posibles para el registro planificado.

Decidimos que el relevamiento registraría experiencias **gineco-obstétricas de gestación, parto y posparto narradas en primera persona**, y que estas debían haber **ocurrido en la Provincia de TDF AelIAS**, en el período sucedido **entre 2013 y diciembre de 2024**, fecha en la que se cerró el formulario⁵.

Recuperando el criterio cronológico establecido en la investigación “El ejercicio de poder obstétrico en la relación médico-paciente (mujeres) en el Hospital Regional Ushuaia, período 2013-2018”⁶, **el 2013 es un año clave para abordar la violencia gineco-obstétrica en Argentina** ya que fue recién por entonces que comenzaron las primeras acciones específicas para la sanción de esta modalidad de violencia coordinadas por la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG)⁷.

Este recorte temporal nos ofrece un universo acotado, actual e ilustrativo de la situación en los últimos 11 años, tiempos en los que el parir, gestar y nacer se encuentran protegidos por una serie de leyes enmarcadas en los derechos humanos y la no discriminación, específicamente por la Ley de Parto Respetado y la Ley de Protección Integral de las Mujeres.

Por otro lado, si bien hablamos del “registro de experiencias obstétricas”, buscando evidenciar el carácter excepcional de los saberes y vivencias de las personas gestantes, metodológica-

⁵ El formulario se presentó y convocó a completarlo entre el 4 de marzo y el día internacional de los Derechos Humanos (10 de diciembre) de 2024.

⁶ Trabajo de Integración Final para la Licenciatura en Sociología de la UNTDF de Micaela Lucero, marzo 2020.

⁷ Si bien la Ley Nacional de Parto Respetado fue sancionada y promulgada en 2004, y la provincia adhirió a esta en 2006, el reconocimiento específico de la violencia obstétrica como una modalidad de violencia contra las mujeres y las acciones públicas para su prevención y sanción son deudoras de la posteriormente sancionada Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, aprobada en 2009 y reglamentada en 2010 y Resolución de Creación de la CONSAVIG N°120/2011 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

mente se trata de un relevamiento exploratorio de amplia cobertura y alcance, basado en un muestreo no probabilístico por bola de nieve, de participación voluntaria y confidencial en el marco de la Ley de Protección de Datos Personales N°25.326 realizado mediante formulario digital autoadministrado.

El formulario incluyó preguntas de tipo cerrado y abierto, abarcando aspectos de datos socio-demográficos; acceso a la información, características de la atención recibida durante el embarazo, parto y posparto; percepción sobre el trato recibido; intervenciones médicas realizadas; toma de decisiones y presencia de acompañantes y experiencias de violencia obstétrica. Se excluyeron situaciones de pérdida gestacional y aborto por superar el objetivo de esta exploración.

El formulario estuvo disponible para completar entre mayo de 2023 y diciembre de 2024. Durante este período, se difundió ampliamente a través de redes sociales, correos electrónicos institucionales, medios de comunicación, organizaciones sociales y comunitarias y centros de salud, buscando alcanzar un muestreo representativo en términos geográficos, socioeconómicos y culturales dentro de las tres localidades de la provincia.

Finalmente, este documento es un informe preliminar por su contenido parcial e introductorio a una materia que permite lecturas e investigaciones más completas y profundas. Se trata de un análisis que, sin embargo, al ofrecer ciertos patrones y categorías emergentes, nos permite generar un primer diagnóstico de las experiencias de las participantes en clave de parto respetado y derechos humanos.

Análisis y comentario de resultados

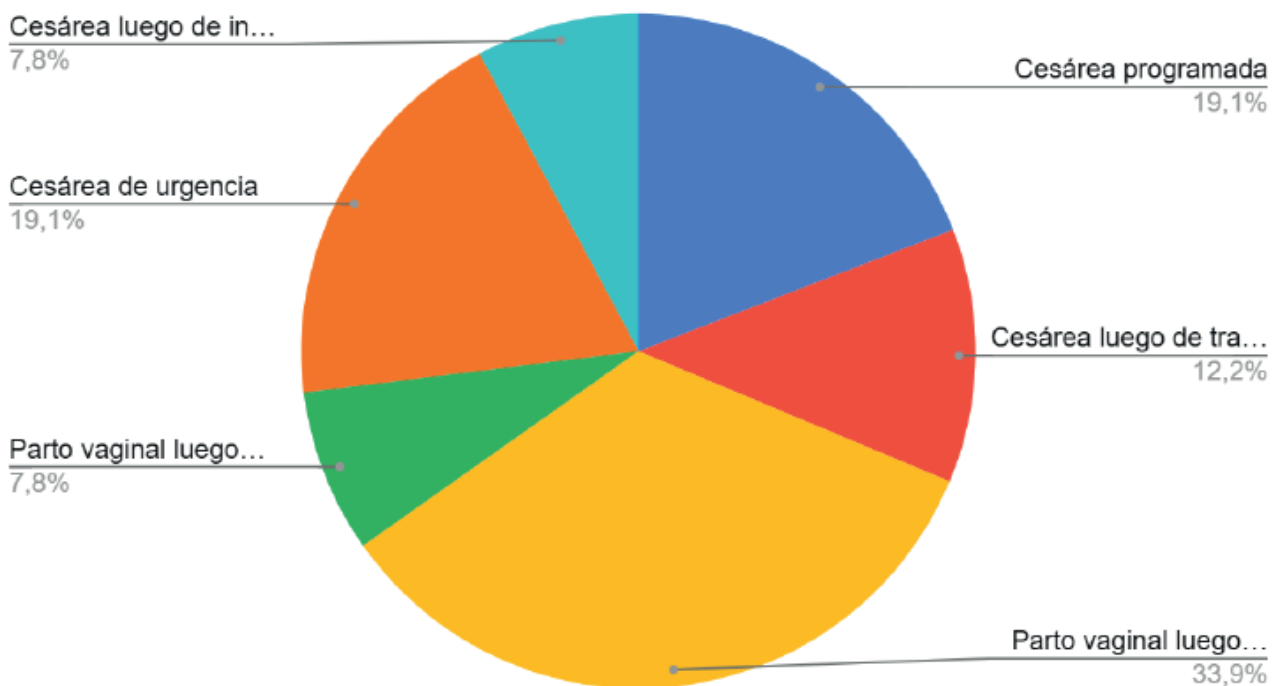
El registro cuenta con 123 experiencias obstétricas vivenciadas por 117 mujeres en su gestación y/o parto en Tierra del Fuego AelAS entre los años 2013 y 2024.

Del 100% de los partos sucedidos en este período, la mitad sucedió en Instituciones privadas, el 45% en Instituciones públicas y el 5% en casa propia, alquilada o prestada para parir. Ello nos indica una evidente preeminencia de la institucionalidad, ya sea pública o privada, en los nacimientos que suceden en la Provincia y por ello, en esta ocasión, no se ofrecerá un análisis particularizado de las experiencias de parto domiciliario.

Medicalización del parto

El análisis de las vías de nacimiento evidencia una fuerte tendencia a la intervención médica, particularmente a través de cesáreas programadas, con carácter de urgencia, luego de inducción o luego de trabajo de parto e incluso en partos vaginales luego de inducción.

El nacimiento fue por...



Del total de experiencias recabadas, el 58,2% se resolvió en cesáreas, cifra que supera ampliamente los estándares internacionales sugeridos, e indica la vigencia de la preocupación sobre riesgos innecesarios para la salud de las personas gestantes y sus bebés:

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como

en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral (OMS, RHR, 2015.02, 1)⁸.

A la vez, los números nos invitan a la reflexión sobre las condiciones reales de autonomía y respeto al plan o deseo de parto de cada mujer gestante.

A la luz de estos datos, urge revisar las prácticas obstétricas y avanzar hacia modelos de atención centrados en el respeto a la decisión, dignidad, tiempos y decisión informada de la persona.

La alta proporción de nacimientos por cesárea, especialmente las programadas (19,1%) y de urgencia (19,1%), pone en cuestión la suposición de que se trate de decisiones basadas exclusivamente en criterios clínicos, y abre la pregunta de si, más bien, no responden a lógicas o intereses mercantilizantes e institucionalizados de medicalización, conveniencia y control del tiempo hospitalario.

Consideremos que, además, el 7,8% de los nacimientos fueron partos vaginales inducidos, y otro 7,8% cesáreas luego de inducción. Esta última combinación da cuenta de la creciente medicalización de los procesos fisiológicos del parto, de la que ya nos alertaba la OMS en su declaración sobre Tasas de Cesárea de 2015 (RHR.2015.02), la cual, según múltiples estudios, se asocia a una mayor tasa de insatisfacción, complicaciones y violencia gineco-obstétrica cuando estas intervenciones no se realizan con información completa y consentimiento.

Toda esta información nos invita a reflexionar sobre cuánto poder de decisión tienen las personas gestantes en torno al modo de parir, especialmente si consideramos que, como muestra otro dato del relevamiento, más del 55% desconocía sus derechos al momento del embarazo⁹.

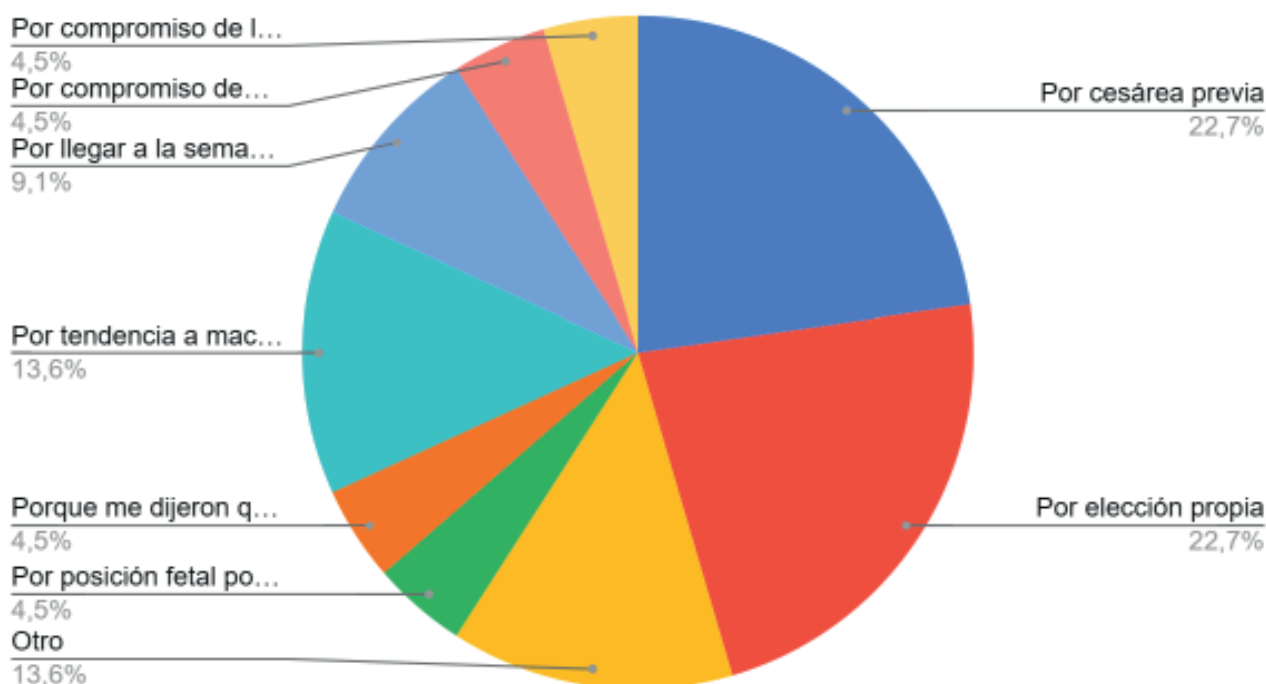
⁸ [Resaltado propio] Disponible en línea: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1

⁹ Cf. Apartado Violencia obstétrica y (des)conocimiento de la Ley N° 25.92 de este Informe.

Cesáreas programadas

En muchos casos, la vía de nacimiento no responde al deseo ni a la planificación previa de quien gesta, sino a criterios médicos unilaterales, sin participación ni consulta activa. Sin embargo, al consultar las razones de las cesáreas programadas se revela una complejidad que no se reduce a lo clínico:

Transitaste una cesárea programada ..



Que un 22,7% del total de las cesáreas programadas hayan sido por elección propia es el primer dato a tomar en cuenta ya que, en principio, señala el ejercicio del derecho a decidir sobre el modo de parir, lo que también deja abierto el interrogante sobre cuál es la información y el posicionamiento que social y culturalmente se maneja respecto de las cesáreas por elección propia. Hay que tener presente que una cesárea es una cirugía mayor, con un gran compromiso de salud tanto de la madre como del bebé, con un requerimiento de cuidado postoperatorio en el que influyen las condiciones de salud previas, la situación socio-económica, entre otros factores.

Que el otro gran grupo de mujeres (22,7%) que transitó una cesárea programada haya sido “por cesárea previa”, a pesar de que, en muchísimos casos, los partos vaginales después de una cesárea pueden ser viables y seguros, indica otra forma de intervención no justificada que

vulnera el derecho a evaluar alternativas con información completa.

Otras de las razones consideradas, como la posición fetal anómala, el compromiso de salud materna o la sospecha de macrosomía fetal, deben ser siempre evaluadas caso por caso y comunicadas con claridad. Si no se explica por qué se propone esta vía, y si no hay un plan de parto discutido previamente, incluso este tipo de cesáreas pueden convertirse en experiencias vividas con malestar, miedo o frustración.

Alarmanamente, al 4,5 % de las mujeres que atravesaron una cesárea programada y completaron este registro les anunciaron que “no podían parir”, concepto sumamente violento para cualquier persona que esté transitando un embarazo deseado.

Finalmente, al hecho de que casi una cuarta parte de las cesáreas programadas hayan respondido a una decisión personal, quisiéramos sumar la perspectiva del impacto que aún tienen sobre las mujeres tanto la narrativa socialmente extendida sobre el parto como un hecho fisiológico atravesado por el dolor, la desinformación, como el temor ante la violencia gineco-obstétrica; cuestiones a tener en cuenta si lo que se busca es fortalecer los procesos de decisión basados en información clara, accesible y con acompañamiento profesional. La cesárea debe ser una opción disponible, segura y respetada, pero no puede convertirse en una práctica rutinaria, sistemática o protocolizada sin escuchar a quien gesta y sin ofrecerle toda la información de lo que implica atravesar este tipo de intervención. Garantizar ese derecho es clave para transformar los modos de nacer en nuestra provincia.

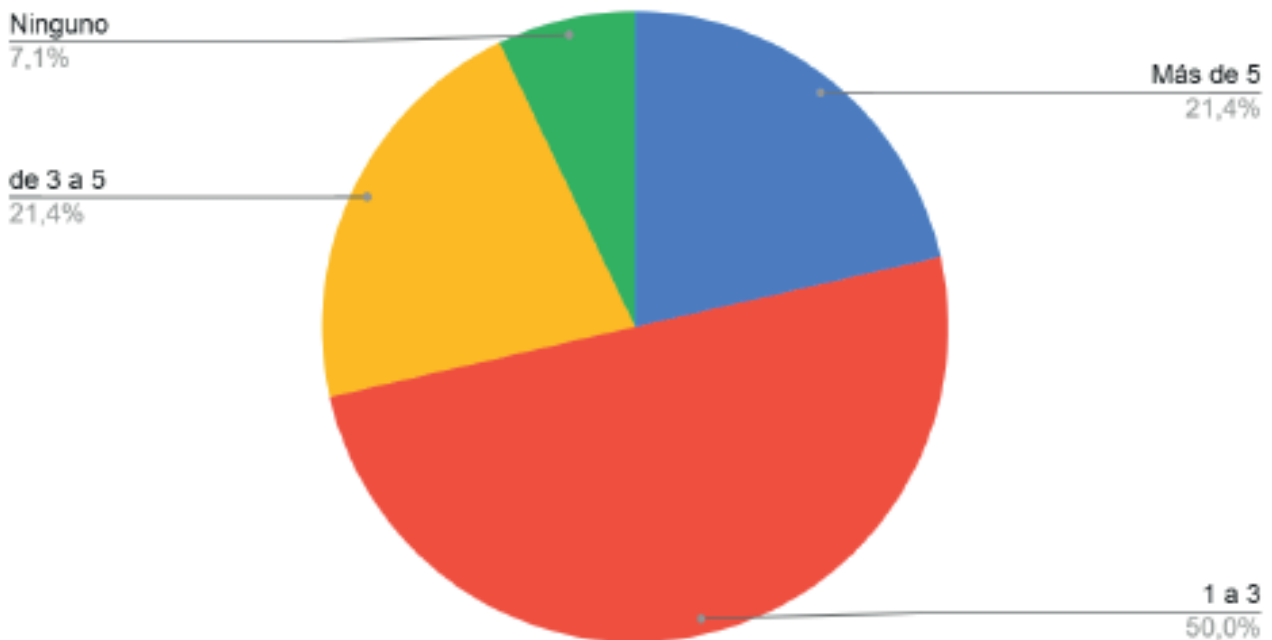
Tactos y episiotomías sin consentimiento

El tacto vaginal es un procedimiento que se ha vuelto de rutina, es absolutamente innecesario y no consta en ningún protocolo de asistencia durante la gestación. Se trata de una de las técnicas diagnósticas más utilizadas en el comienzo y el progreso del parto para evaluar las condiciones del cérvix o cuello del útero, sin embargo puede volverse sumamente cuestionable si se utiliza de más, como puede deducirse de las cantidades expresadas en los gráficos.

Tengamos presente que se trata de una exploración en la genitalidad de la persona gestante introduciéndole los dedos. Los tactos vaginales suelen ser molestos, incómodos y puede registrarse como una invasión al cuerpo dejando un registro sumamente negativo, similar a un abuso, para quien lo vivencia.

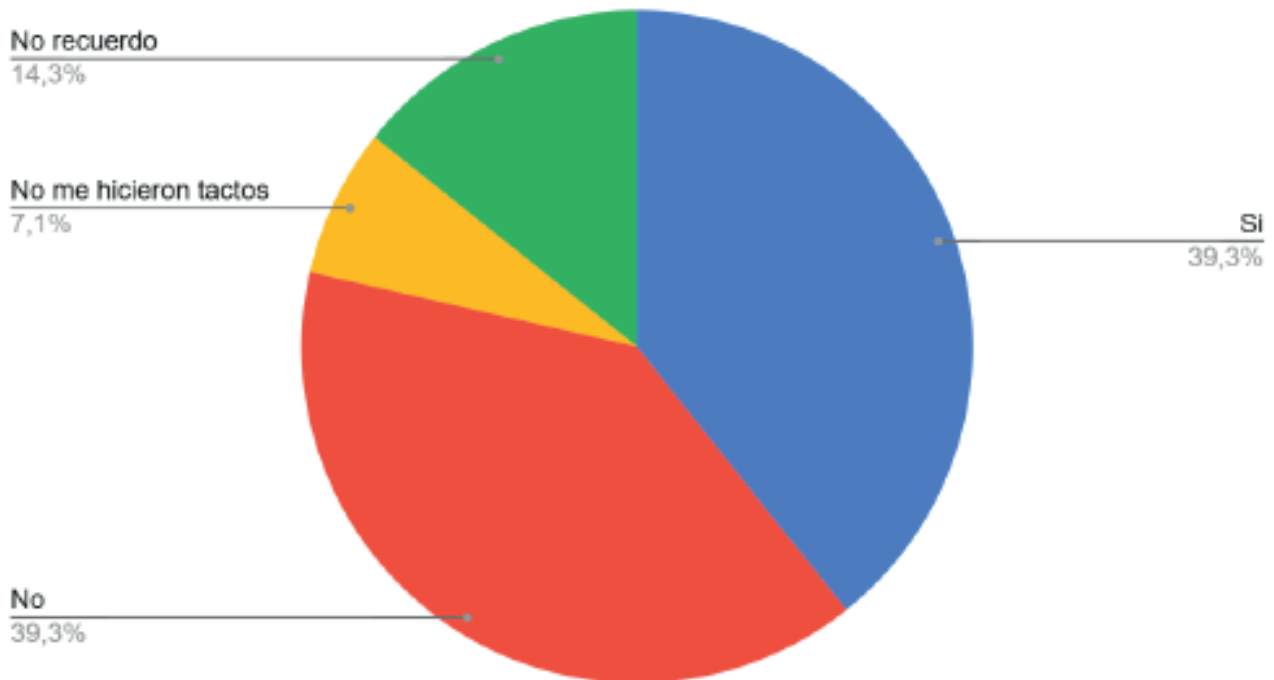
Esta práctica, que solo brinda información al profesional que asiste, debería utilizarse en caso de necesidad, únicamente durante el trabajo de parto y con el consentimiento explícito de la persona gestante.

¿Recordás cuántos tactos vaginales te realizaron durante el trabajo de parto/inducción?



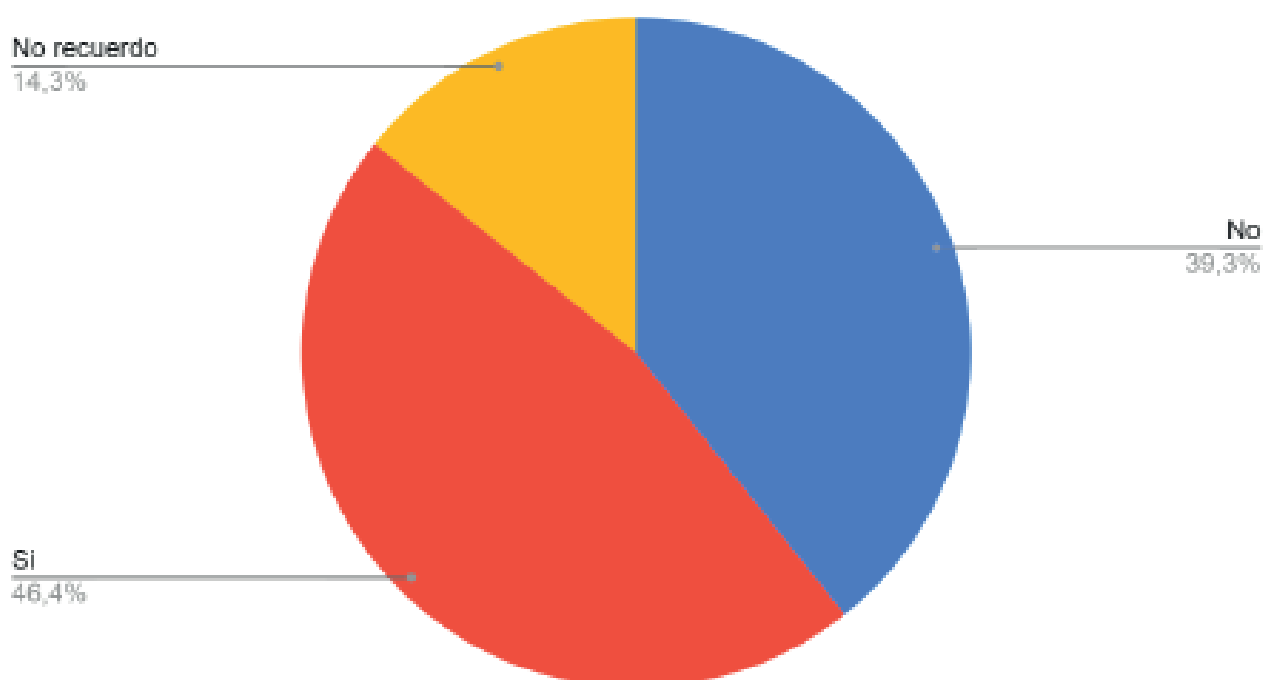
En el segundo gráfico se expone que este procedimiento de tactos vaginales, en la mayoría de los casos, fue llevado adelante por más de una persona (40%).

Si te hicieron tactos, ¿siempre lo hizo la misma persona?



El tacto vaginal rutinario, sin explicación, información ni consentimiento es un claro ejemplo de violencia gineco-obstétrica al tratarse de una invasión a la intimidad y al cuerpo de la persona gestante.

¿Tuvieron en cuenta tu comodidad y dolor?

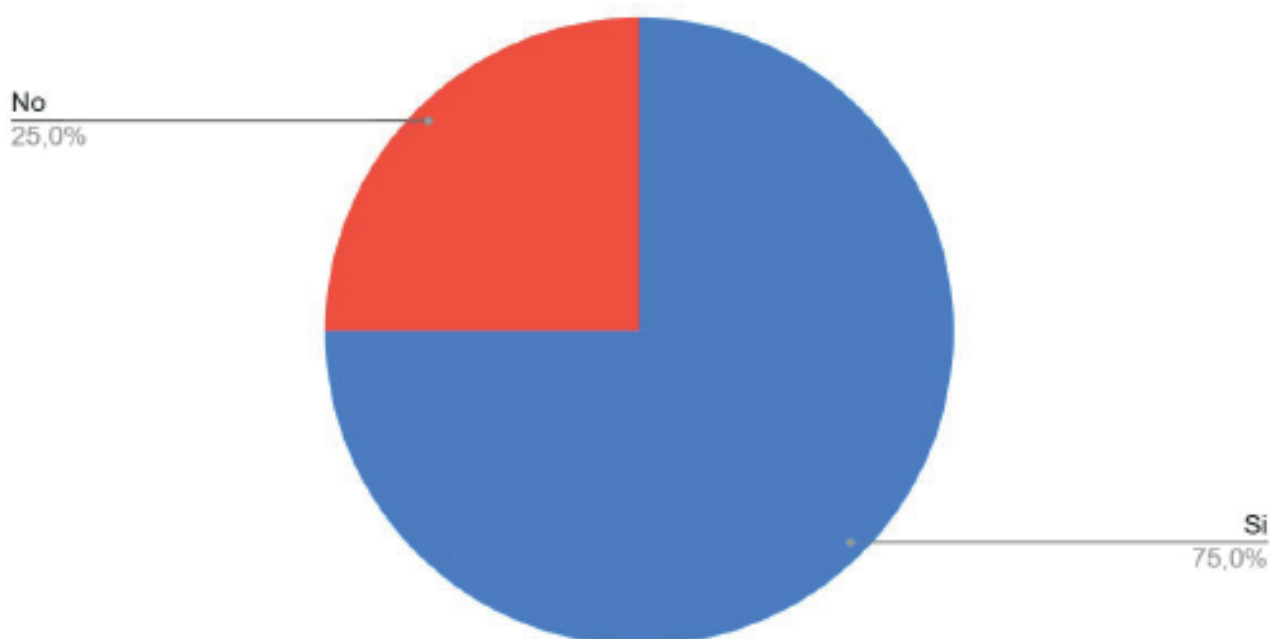


En el 39,3% de las experiencias en las que se realizaron tactos no se tuvieron en cuenta la comodidad ni el dolor de las mujeres gestantes. En relación a este punto, es importante saber que la anticipación y la empatía son condiciones fundamentales para prevenir la violencia gineco-obstétrica. Además, actualmente existen otras técnicas que permiten evaluar la maduración del cuello uterino o la dilatación menos invasivas.

Otros datos relevantes nos ofrece el análisis de las prácticas de la episiotomía, intervención que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), tampoco debería realizarse de forma rutinaria y su uso debería estar limitado a situaciones clínicamente justificadas por sus múltiples complicaciones asociadas.

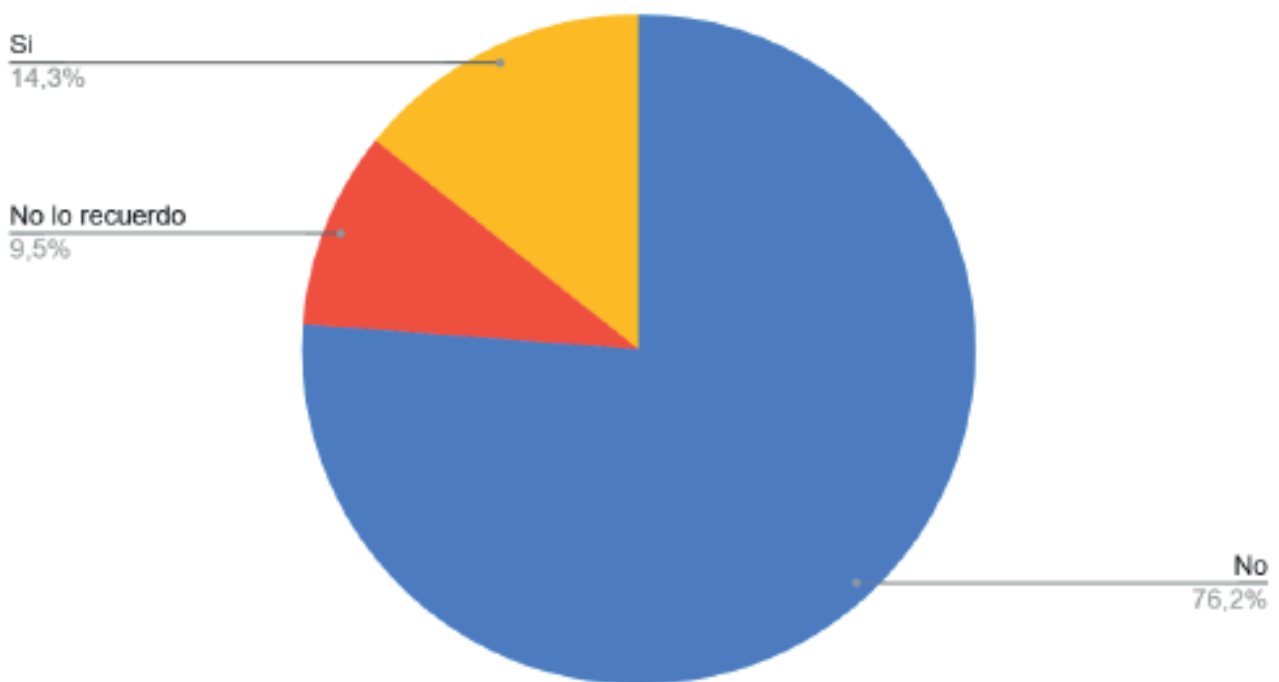
Según la OMS, la tasa ideal de episiotomía debe ser menor al 10%.

¿Te hicieron episiotomía? (La episiotomía es un corte en la vagina)



Que más de tres cuartas partes de las encuestadas hayan sido sometidas a episiotomías evidencia que esta práctica se aplica de forma rutinaria, lejos del enfoque de atención basada en evidencia médica y el marco legal vigente. Más se agrava el diagnóstico cuando los datos confirman una alta prevalencia de episiotomías sin consentimiento, práctica que constituye otro claro ejemplo de violencia gineco-obstétrica.

La episiotomía: ¿fue con tu consentimiento?



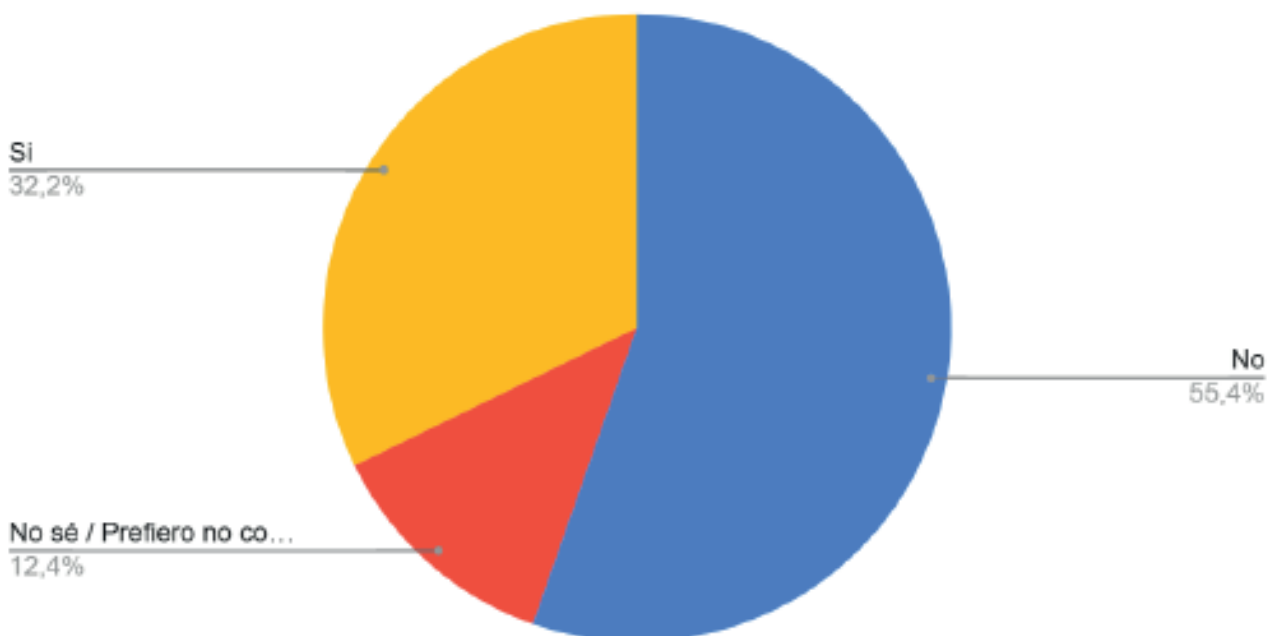
Casi 8 de cada 10 mujeres no dieron su consentimiento para un procedimiento que puede traer múltiples consecuencias para la salud, especialmente para la salud sexual y reproductiva.

Los datos evidencian la urgencia de revisar ciertas prácticas médicas que aún hoy, en pleno siglo XXI, se sostienen de manera acrítica y sistemática, desconociendo la prioridad del consentimiento de la persona y el respeto de la autonomía, la integridad física y el derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

Violencia obstétrica y (des)conocimiento de la ley n° 25.929

Ante la pregunta cerrada y directa sobre haber sufrido violencia gineco-obstétrica, la mayor de las consultadas afirma no haber sufrido violencia obstétrica, mientras que el 32,2% expresó que sí y un 12,4% que no lo sabe, o prefiere no contarle.

Durante la gestación, parto o postparto ¿sufriste violencia obstétrica?



Que sólo un tercio identifique haber atravesado violencia obstétrica puede ser interpretado de distintas maneras. Desde nuestra perspectiva, estas respuestas no pueden interpretarse sin señalar la evidente tensión entre estas y determinadas vivencias, como los tactos y episiotomías sin información ni consentimiento, la no elección de la posición para parir y el desconocimiento de estas situaciones como violencias. De esta manera, creemos que esta información nos permite afirmar que **la violencia gineco-obstétrica está absolutamente naturalizada**, al punto de que muchas mujeres que la han padecido no logran identificarla como tal. En este sentido, la poca promoción y sensibilización para el reconocimiento de qué constituye violencia gineco-obstétrica (maltrato, invalidación, falta de consentimiento, infantilización, prácticas invasivas sin justificación, etc.) es una posible explicación ante esta situación.

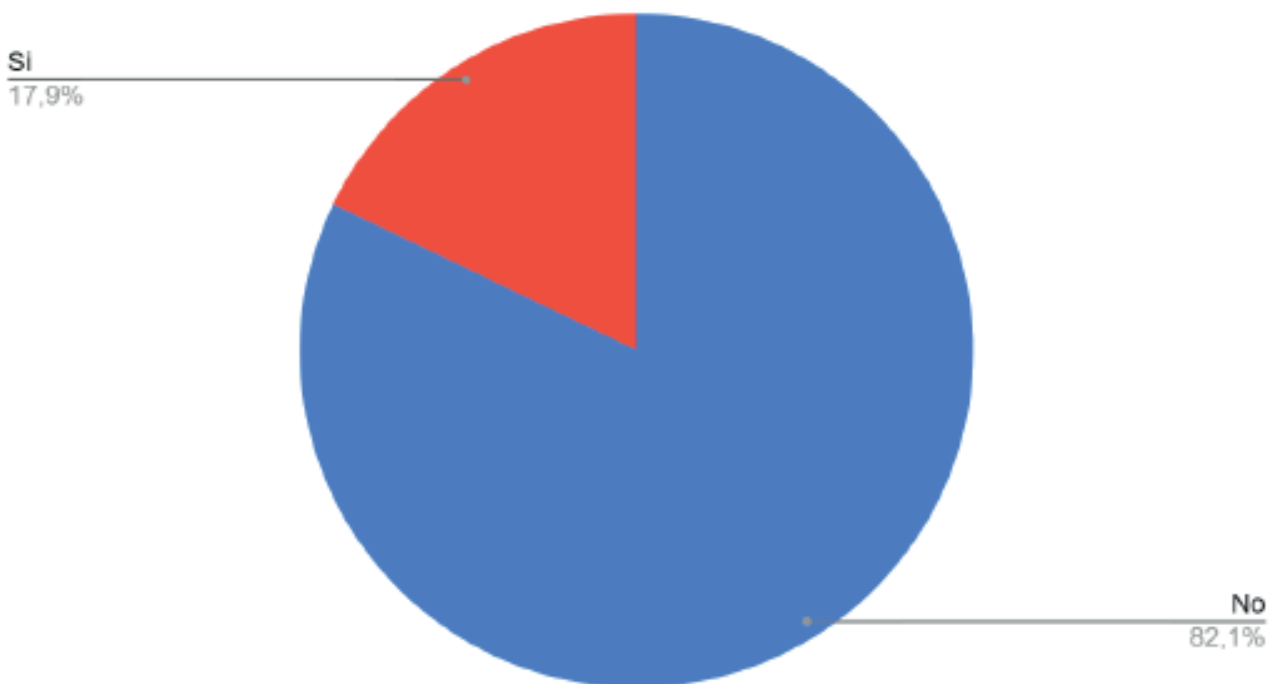
La violencia tiene muchas formas, a veces física o sexual, pero también simbólica o psicológica, que suelen ser las más difíciles de identificar como violencias, aunque sus consecuencias psíquicas y subjetivas sean igual de profundas y duraderas. De hecho, el 12,4% que prefiere no responder puede sentir malestar o dudas al respecto de si atravesó o no violencia gineco-obstétrica.

Aceptar haber sufrido violencia gineco-obstétrica implica muchos desafíos, tal vez demasiados: supone poner en cuestión la institución médica, un saber que goza de legitimidad y reconocimiento social, y también revisar una experiencia personalísima, íntima, deseada o idealizada y sensible que, además, se encuentra atravesada y expuesta como pocos procesos humanos a múltiples mandatos y prejuicios, desde los más tradicionales a los novedosos, contando con reducida validación social para cuestionar y transitarla sin preocupaciones.

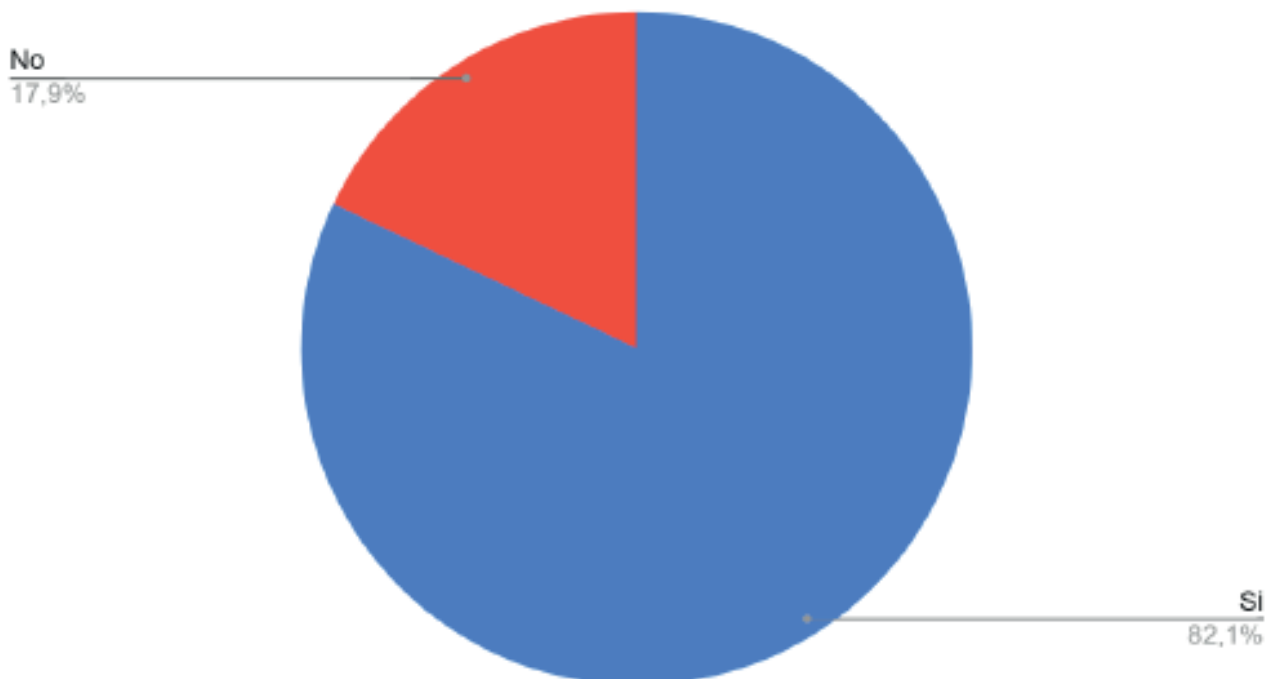
¿Parto respetado?

El art. 2 inciso c) y d) de la Ley 25.929 de Parto Humanizado establecen el derecho “A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que **se facilite su participación como protagonista de su propio parto**” y “ 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”, en especial, evitando “[...] 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**” (Decreto 2035/2015).

¿Elegiste la posición para parir?

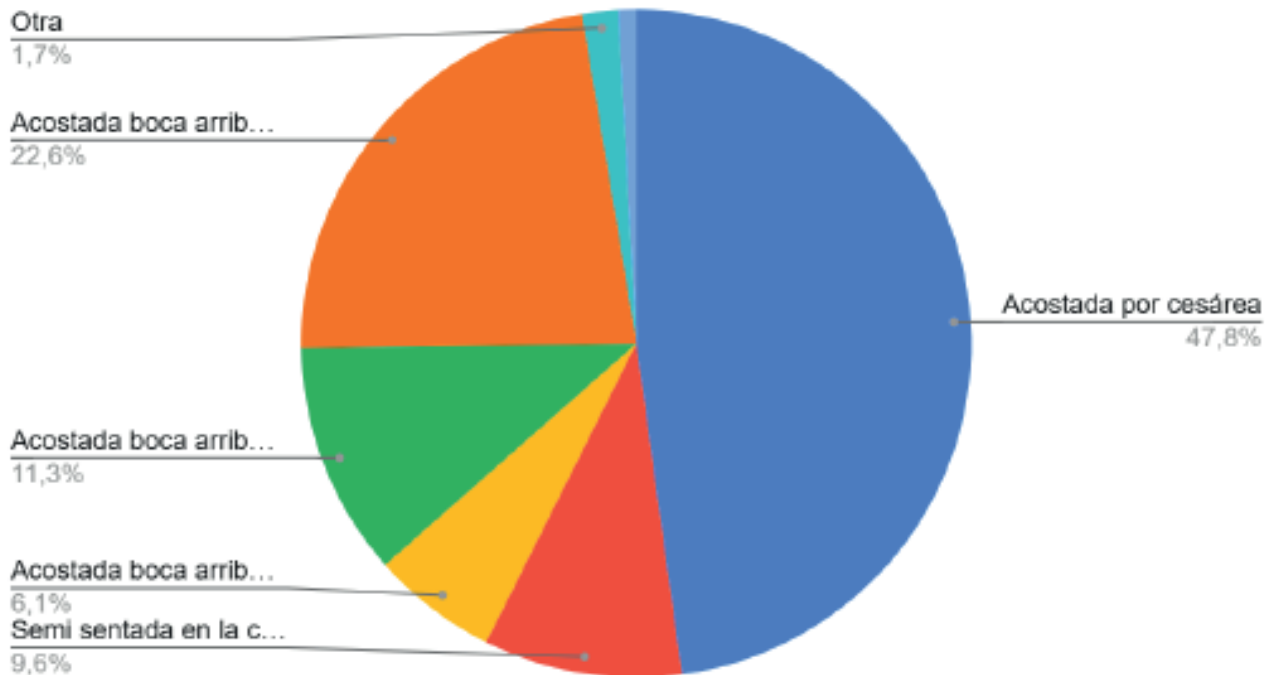


¿Pudiste moverte libremente?



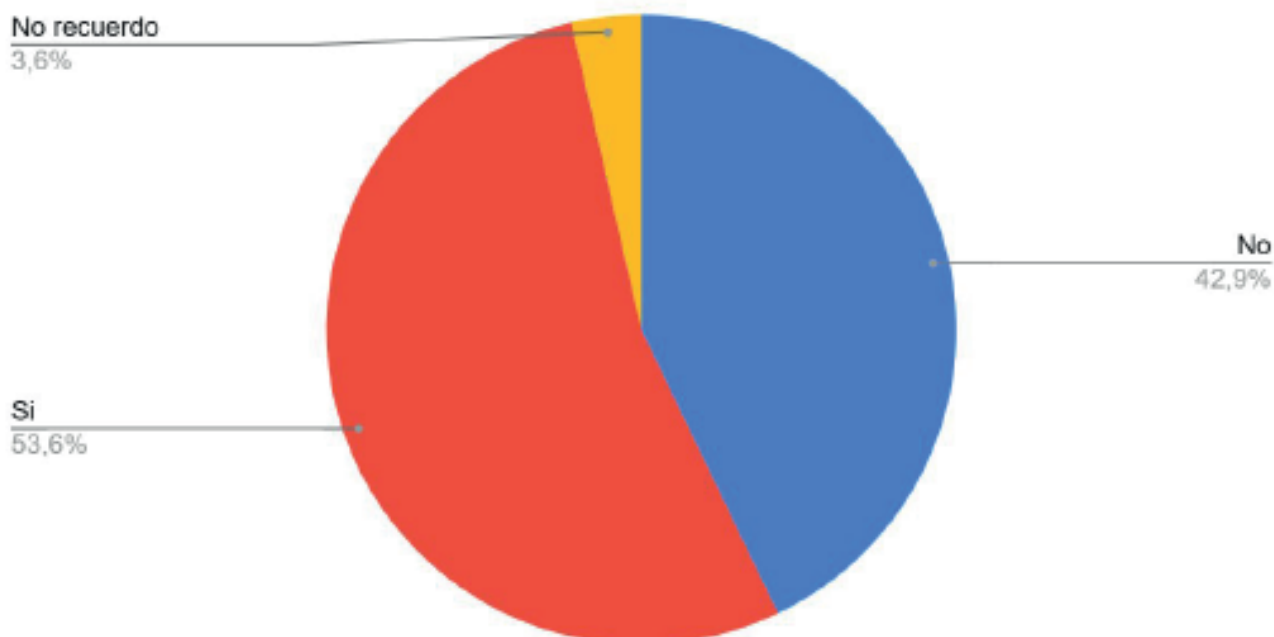
Si bien el 82,1% de las mujeres que completaron el formulario afirma haber podido elegir sus movimientos, en el gráfico anterior, respecto a la posibilidad de elegir la posición de parir, el 82,1 % expresó no haberla elegido. Ello indica una disociación entre el movimiento libre y la elección de la posición durante el parto. Lo que también se infiere es que el movimiento libre sí se garantiza en los momentos previos al parto, pero cuando el parto se efectiviza, la parturienta pierde la capacidad de elegir su posición y se invalidan sus necesidades y deseos, generalmente por priorizarse protocolos y comodidades del personal médico que la asiste.

¿En qué posición estabas cuando nació tu bebé?



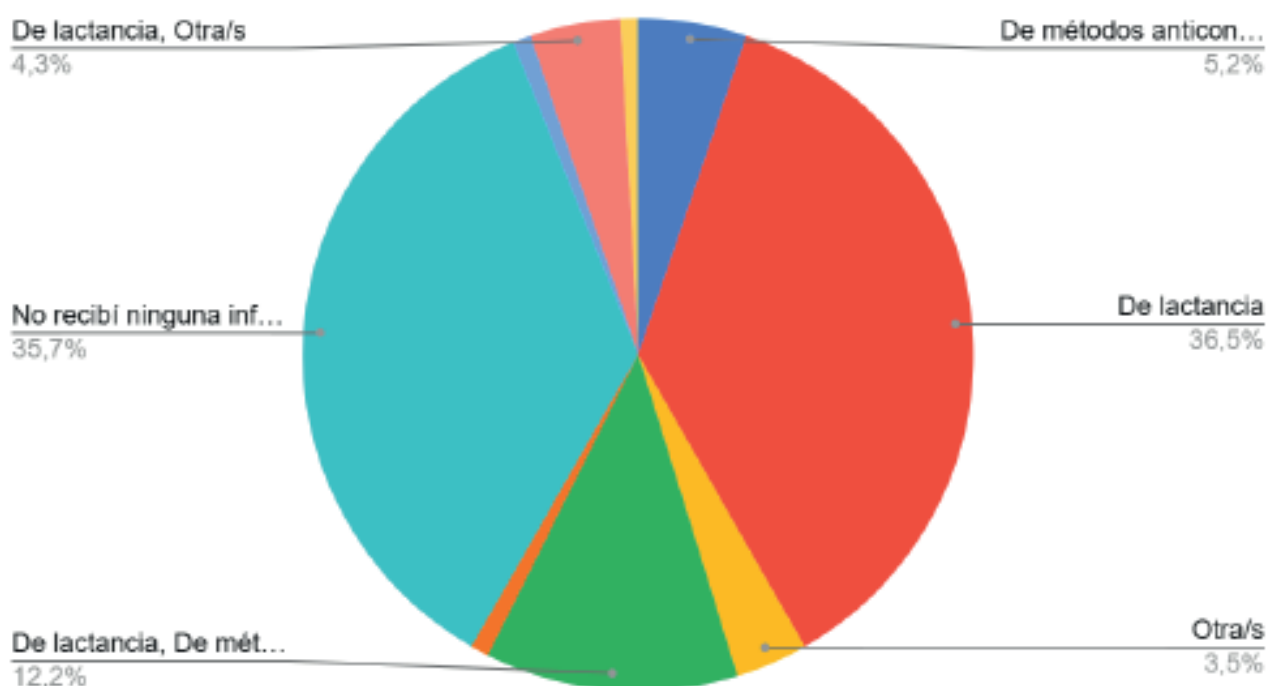
La posición “ginecológica”, “acostada” o de litotomía, con sus distintas variantes (con o sin perneras), además de ser la menos fisiológica y con más alta probabilidad de generar sufrimiento fetal e incomodidad para la madre, es la más común entre las experiencias compartidas, con más de un 87%. Esta postura suele ser la más conocida y representada en, por ejemplo, películas y demás registros visuales, siendo fuertemente sugerida y especialmente cómoda para los cuerpos médicos.

¿Pudiste expresar libremente tus emociones durante todo el trabajo de parto/inducción?



Otro dato preocupante es que, alrededor del 43% de las encuestadas no pudieron expresar sus emociones libremente, lo cual también es un indicador de violencia gineco-obstétrica en casi la mitad de los casos.

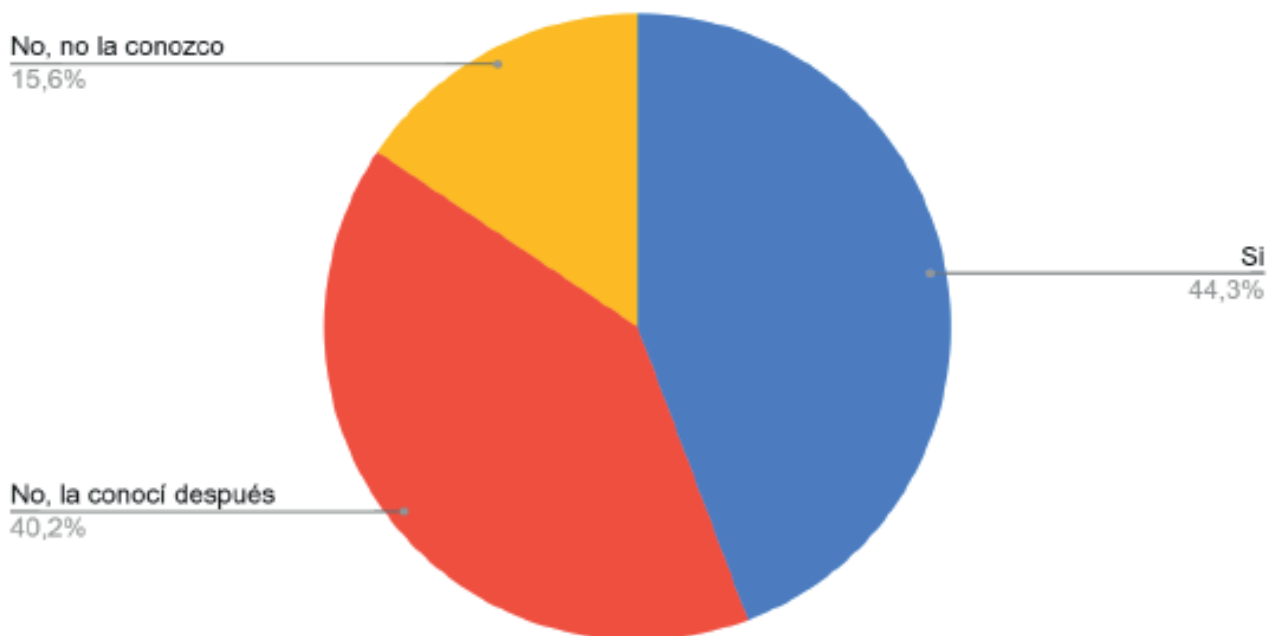
Antes de irte de la institución ¿qué información te brindaron?



El posparto inmediato es un momento crítico, tanto en lo físico como en lo socio-emocional, y requiere acompañamiento activo y acceso a información clara y completa. Sin embargo, de más de un tercio de las mujeres que compartieron sus experiencias de gestación y parto en la provincia, casi el 36% no recibió ninguna información antes de irse de la institución.

Esta situación da cuenta de la vulneración de más derechos establecidos en la Ley 25.929 (Art. 2, incisos a, i, j y k) y es sumamente problemática, ya que evidencia un modelo de atención fragmentado y centrado exclusivamente en aspectos biomédicos que obstaculiza la toma de decisiones informadas y perpetúa tratos discriminatorios que deslegitiman la autonomía de las mujeres y personas gestantes.

Antes de tu embarazo ¿Conocías la Ley Nacional de Parto Respetado N° 25.929?



Para ir finalizando nuestro análisis, es sumamente revelador analizar todos estos números desde el siguiente escenario: antes del embarazo, del total de mujeres que completaron el registro, más de la mitad (55,8%) desconocía la Ley que establece sus derechos como protagonista de su propio parto, además de los derechos de las personas recién nacidas y progenitoras no gestantes. Lo que es peor aún: un 15,6% aún los desconoce.

La información y el conocimiento de nuestros propios derechos son un pilar fundamental para el ejercicio y la defensa de los derechos humanos¹⁰. El desconocimiento de este marco normativo por parte de las personas gestantes puede ser comprendido como una de las razones fundamentales en la obstaculización del ejercicio de los derechos. No conocer el derecho a opinar, participar y fundamentalmente decidir sobre el propio cuerpo, a recibir información clara y a estar acompañadas durante el parto expone aún más a las mujeres y a las personas gestantes a prácticas arbitrarias, invasivas y violentas, sin herramientas para nombrarlas o cuestionarlas.

Este déficit informativo profundiza la asimetría de poder entre el personal de salud y las personas usuarias del sistema. En contextos en los que el conocimiento se concentra exclusivamente en los equipos médicos, el riesgo de producir lógicas de control, obediencia y disciplinamiento, antes que de acompañamiento, es mayor.

¹⁰ Este análisis preliminar no incluyó normativa de otros ámbitos, como por ejemplo de la educación ni el cruce de edades de las mujeres encuestadas, sin embargo nos parece importante tener en cuenta que desde 2006 existe el derecho a la educación sexual integral para todos los niveles y modalidades de la educación obligatoria, técnica y superior, y que supone el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Medicalización del parto y violencia obstétrica

Como señala la Organización Mundial de la Salud,

En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Además, el mayor uso de intervenciones en el trabajo de parto sin indicaciones claras continúa ampliando la brecha sanitaria en cuanto a la equidad entre entornos con muchos recursos y aquellos con pocos recursos ¹¹. (OMS, WHO-RHR-18.12)

El impacto de esta medicalización no es otro que el de la profundización de la violencia gineco-obstétrica que, como todos los tipos de violencia de género, afecta gravemente la dignidad, la vida y la igualdad de derechos y oportunidades de las mujeres.

Desde el punto estrictamente psicológico, el gestar y el parir no serían un evento traumático si las mujeres u otras personas gestantes tuvieran la compañía y sostén necesarios. Sin embargo, en este proceso adviene la violencia gineco-obstétrica como práctica iatrogénica, que suele ser silenciada o invisibilizada, al no poder nombrarse, al no conocerse como tal debido a la naturalización de la misma, teniendo efectos posteriores tanto en la madre como en la persona recién nacida.

Los aspectos psicológicos, físicos, sociales y culturales conforman un tejido dinámico que interactúa y constituye nuestra personalidad. En el acto de gestar y parir también confluyen estos tres factores. Una experiencia singular puede convertirse en una situación traumática porque irrumpe algo para lo que no se está preparada, que se convierte en amenaza, y el efecto que produce en el psiquismo puede ser devastador. Ante ello, se produce una respuesta del organismo: aparecen sentimientos de indefensión, miedo, sensación de peligro inminente, imposibilidad para nombrar estas emociones, se revive en sueños o pesadillas lo displacentero, y esto acrecienta un estado de alerta constante.

¹¹ Cf. OMS, 2018. Disponible en línea en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>

La reacción posterior al evento traumático se define como estrés postraumático, y si estos síntomas persisten y se agravan, obstaculizan cada vez más la vida cotidiana, convirtiéndose en trastorno.

Las prácticas de violencia gineco-obstétrica tienen impacto psicológico y emocional, pudiendo desencadenar la depresión post parto producida por una desregulación entre los factores psicológicos, físicos, sociales y culturales. Entre sus manifestaciones puede darse el temor exacerbado a un nuevo embarazo o al parto para evitar revivir esa experiencia, la acentuación de la idea de que “no se va a poder” con este nuevo estado, la sensación de insuficiencia, el miedo de hacer algo mal, y todo esto lleva a una angustia creciente que, por supuesto, afecta el vínculo de la madre con su bebé, dificultando ser holding o sostén de ese ser en desarrollo.

Durante el período de puerperio, como momento de readaptación fisiológica y psicológica, se desarrolla el vínculo materno filial y es central el sostén emocional de las redes de apoyo. La teoría del apego describe la importancia del primer vínculo emocional, como antecedente de sentimientos que luego serán la seguridad y la empatía. Ese primer contacto tiene impacto en el nacimiento de ambos: **nace un hijo o una hija y a su vez, nace una madre.** La homeostasis que genera un cuerpo unido a otro en el mundo extrauterino es la primera huella aliviadora para el psiquismo. Estas primeras experiencias entre madre y bebe, y el modo en que se vivencie el parto y el post parto, serán fundamentales en la constitución de ese vínculo.

El profundo impacto que tiene para el bebé su llegada al mundo es una experiencia transformadora, pero no deja de ser un estrés fisiológico para el cual estamos preparados. Reunirnos inmediatamente con nuestra madre bajaría nuestro estrés a cero. En conclusión, si bien el nacimiento no tiene por qué ser una experiencia traumática, es posible que sí lo sea. Justamente, la **herida primal** se produce cuando, después de haber pasado por semejante transformación, en vez de reunirnos inmediatamente con nuestra madre, nos toman manos extrañas y nos llevan a un lugar desconocido en donde nos empiezan a manipular. Así, el nacimiento, la manera de ser recibido/a y el primer y necesario contacto con la madre se verá afectado por el estado en el que esta se encuentre. No será de la misma manera el vínculo inicial con una madre traumatizada porque ha vivenciado violencia obstétrica, que con una madre que puede llevar una gestación, un parto, posparto y un puerperio sintiéndose segura y de manera acompañada.

La violencia gineco-obstétrica tiene un impacto directo e indirecto sobre las personas recién nacidas, que también se ven afectadas por la fusión con la madre en un momento de gran vulnerabilidad y ante la dependencia total de cuidado que implica los primeros meses de vida para la supervivencia. Sin embargo, lo que muchas veces debería ser una experiencia de cuidado y acompañamiento se transforma en una vivencia atravesada por prejuicios, maltratos y decisiones impuestas por parte de un sistema de salud que sostiene rutinas y protocolos de atención perjudiciales para la salud integral que no oye, observa ni respeta; y es en este sentido

que no pedimos más leyes: **las leyes ya existen**. Exigimos que se cumplan, que se lleven adelante políticas que difundan la información necesaria para que las personas gestantes puedan conocer sus posibilidades y sus derechos, pero para ello es necesario el compromiso sostenido de las áreas políticas, de la sociedad civil y de los equipos de salud.

Insistimos en la importancia de pensar la gestación, el parto y el nacimiento desde una perspectiva de derechos humanos, de género, intercultural y de salud integral, y celebramos el interés y compromiso de quienes han leído todo este material por conocer la realidad de quienes gestan, paren y nacen.

Desde la Mesa Interinstitucional sobre Parto Respetado y Derechos Humanos de Tierra del Fuego, AelIAS entendemos que el embarazo, el parto y el nacimiento constituyen momentos profundamente significativos en la vida de las personas gestantes, personas recién nacidas y sus familias, y requieren una atención centrada en el respeto irrestricto de sus derechos humanos. La implementación efectiva de la Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado, su adhesión Provincial N° 691, la Ley N° 26.485 de Protección Integral contra la Violencia hacia las Mujeres, la Ley de los 1000 días, entre otras, deben dejar de ser una promesa y transformarse en una realidad concreta para cada persona gestante en nuestra provincia.

Esperamos que este insumo, basado en las voces de protagonistas, sirva de piso para avanzar en la implementación urgente de políticas de prevención y protección contra la violencia gineco-obstétrica. Ellas, antes que nadie, vienen denunciando y organizándose para ser oídas y reconocidas.

somos

Gobierno de Tierra del Fuego



Mesa Institucional de
Parto Respetado &
Derechos Humanos



USHUAIA
MUNICIPALIDAD



SECRETARÍA DE LAS
MUJERES,
GÉNEROS Y
DIVERSIDADES