



Revista de Extensión Universitaria +E

ISSN: 2250-4591

revistaextension@unl.edu.ar

Universidad Nacional del Litoral

Argentina

Pagura, María Fernanda; Spina, Paula; Marano, Milagros; Busaniche, Mabel
El derecho a la salud sexual y reproductiva en el embarazo y parto: mapa de
accesibilidad para pensar las políticas públicas
Revista de Extensión Universitaria +E, núm. 4, enero-diciembre, 2014, pp. 124-129
Universidad Nacional del Litoral
Santa Fe, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=564172833021>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El derecho a la salud sexual y reproductiva en el embarazo y parto: mapa de accesibilidad para pensar las políticas públicas

María Fernanda Pagura

Docente investigadora de la Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional del Litoral.

Paula Spina

Docente investigadora de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Nacional del Litoral.

Milagros Marano

Extensionista de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Nacional del Litoral.

Mabel Busaniche

Integrante de la Asociación Civil "Palabras". Santa Fe. Argentina.

Universidad y salud /
Intervenciones

Resumen

El presente escrito surge de un trabajo colectivo entre un equipo de trabajo del Programa de Género, Sociedad y Universidad de la Universidad Nacional del Litoral, la ong Palabras y la ong italiana Cestas. Los objetivos que direccionan la acción son los siguientes: 1) relevar la accesibilidad a los derechos sexuales y reproductivos de parte de las mujeres que están o estuvieron en situación de parto y posparto en el Hospital Iturraspe durante el segundo trimestre del año 2011; 2) generar recomendaciones e intervenciones con miras a transformar tanto las acciones de políticas públicas como las institucionales con el fin de eliminar barreras en el acceso a los derechos humanos por parte de las mujeres. En esta oportunidad se presentan algunos de los ejes relevados entramados con las recomendaciones generadas a partir de la lectura conjunta con efectores del sistema de salud público provincial (Hospital y Centros de Atención Primaria de Salud).

Palabras clave

- derechos sexuales y reproductivos
- embarazo y parto
- perspectiva de género
- relevamiento cuantitativo
- políticas públicas

1. Introducción

El presente escrito surge de un trabajo colectivo entre un equipo de trabajo del Programa de Género, Sociedad y Universidad de la Universidad Nacional del Litoral, la ong Palabras y la ong italiana Cestas y contó con la activa colaboración de profesionales y directivos del Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe.

En la pesquisa general se abordaron los siguientes tópicos:

- 1) reconocimiento de algunos rasgos socioeconómicos de las mujeres de la muestra;
- 2) reconstrucción de la autopercepción de las mujeres en cuanto a sus vivencias y de la valoración sobre el trato, la información recibida, la preservación de la intimidad, la atención, el acompañamiento de familiares;
- 3) el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos durante el embarazo y el posparto, especialmente en lo referido a la autodeterminación y los embarazos no buscados, el acceso a información e insumos relacionados con los métodos anticonceptivos, los servicios de consejería posparto entre otros temas.

Se concluyó el relevamiento con una serie de recomendaciones, tanto a nivel de la gestión política del Hospital como de las actuales autoridades del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, con miras a remover barreras en el acceso a los derechos de las mujeres en los distintos momentos que constituyen el nacimiento de sus hijos.

2. Marco referencial

Se parte de la noción de salud sexual y la salud reproductiva como derechos humanos. En línea con esta definición, la salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución del bienestar físico, psíquico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Para alcanzarla, no es suficiente garantizar la ausencia de enfermedad sino, sobre todo, el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Levín (2010) plantea que estos derechos han ampliado el vínculo jurídico que fundamenta la idea de ciudadanía con relación al género, aunque no se ha alcanzado aún la plenitud de su ejercicio en las vivencias concretas, particularmente en el caso de las mujeres. Reconocer la separación entre sexualidad y reproducción, permitió pensar las particularidades de cada dimensión, visibilizar los mecanismos de sujeción y discriminación que pesan con mayor fuerza en los cuerpos de las mujeres y reconocer derechos específicos para cada una de las dimensiones, como así también, posibilitó el surgimiento de nuevos instrumentos normativos a nivel internacional, nacional y provincial.

El derecho a la salud sexual y reproductiva en Argentina se encuentra regulado por un vasto plexo normativo que se encuentra integrado por instrumentos de jerarquía internacional, disposiciones constitucionales, leyes nacionales, leyes provinciales y ordenanzas locales. Éste opera como un marco jurídico de tutela posible de ser activado ante eventuales omisiones u acciones del Estado

que vulneren el ejercicio pleno de derechos. El derecho a la salud implica acciones, servicios y prestaciones que el Estado debe garantizar para proteger, promover y asegurar la calidad en el acceso a la salud.

De este mapa normativo interesa mencionar las leyes que operaron como directrices de este monitoreo, a saber: la ley nacional 25.929 de *Parto humanizado* (que establece los derechos de padres, madres e hijos durante el proceso de nacimiento); la ley 26.529 sobre los *Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud* (que establece los derechos esenciales en la relación entre el paciente, los profesionales de la salud, los agentes del seguro de salud y cualquier efector de que se trate); la ley 25673 de *Salud sexual y procreación responsable* (que establece el Programa nacional y los derechos sexuales y reproductivos); la ley 26.130 de *Anticoncepción quirúrgica* (que regula el régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica); la ley 11.888 de *Creación del programa provincial de salud reproductiva y procreación responsable* (que regula el Programa de la provincia de Santa Fe).

3. Abordaje metodológico

Atendiendo a los objetivos propuestos y a los plazos de tiempo acordado, se decidió hacer un relevamiento de corte cuantitativo a partir de la aplicación de una encuesta. Moviliza esta decisión metodológica la intención de reconocer regularidades en la situación vivida por las mujeres que transcurren el nacimiento de sus hijos en el Hospital Iturraspe de Santa Fe.

La selección de esta institución en particular estuvo guiada por una decisión de la organización Cestas, para dar continuidad a una articulación previa entre la ong y el mencionado hospital.

El universo de estudio estuvo compuesto por mujeres que se internaron en el Hospital Iturraspe para ser atendidas durante el nacimiento de su hijo durante el segundo trimestre del año 2011. Según datos correspondientes al año 2010 del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, el Hospital Iturraspe contabiliza cerca de 4000 nacimientos por año. Se decidió tomar una muestra no probabilística casual de 200 mujeres que estuvieron internadas en la sala de Maternidad.¹

En relación al cuestionario, se elaboró a partir de los derechos establecidos en las leyes mencionadas en el apartado anterior, indagándose sobre la accesibilidad, el trato y el conocimiento de sus derechos en los momentos de parto, parto y posparto. El instrumento de medición se elaboró conjuntamente con personal de Maternidad del Hospital Iturraspe (con profesionales de

Medicina, Psicología y Trabajo Social) y autoridades a cargo de la Dirección, como también con funcionarios del Ministerio de Salud provincial con miras a generar un mapeo triangulado desde distintas necesidades según el sector de procedencia.

4. Rasgos del mapa de ejercicio de derechos: construcción desde la triangulación de prácticas y miradas

La universidad actual, como una institución social productora y democratizadora del conocimiento, tiene el desafío de repensar los modos en que se vinculan las prácticas de extensión, docencia e investigación. Estas articulaciones, que muchas veces están ausentes, permiten pensar en espirales, de modo tal que, cualquiera de ellas, convoque, interpele y problematice inevitablemente a las otras dos.

En esta línea, este trabajo tuvo distintas facetas y en todas se promovió la participación intersectorial e interdisciplinaria. Todos los momentos del proceso se llevaron a cabo colectivamente: la definición de la muestra, el instrumento de recolección de datos, el análisis de los mismos en diálogo con las prácticas cotidianas tanto en los servicios de salud, como también en instancias de sensibilización entre organizaciones y población en general. Esta forma de trabajo coadyuva tanto a la validación de los datos y a la democratización del conocimiento, como también a generar acciones para incidir de manera activa en las políticas públicas. A continuación, se presentan algunos de los datos relevados conjuntamente con las propuestas de intervención, que fueron discutidas con los equipos de profesionales del hospital y con los Centros de Salud de Atención Primaria con los que articula. Si bien el relevamiento abarcó diferentes dimensiones, para este escrito y atendiendo al tema de la convocatoria, se eligieron sólo algunos de los indicadores medidos, agrupados de la siguiente manera: 1) acceso a controles durante el embarazo; 2) el derecho a la elección sobre la forma y posturas para el nacimiento; 3) derechos sexuales y embarazo.

4.1. Acceso a controles durante el embarazo

La muestra estuvo constituida por mujeres entre 14 a 41 años de edad. Al cruzar el dato de la edad con el indicador nivel de instrucción, se reconoció que el 75.3 %, no alcanza el nivel secundario completo. Mientras tanto, solamente el 23.6 % de las estas mujeres finalizaron los trece años de escolaridad obligatoria, descendiendo a 4.6 % las que continuaron sus estudios en el nivel terciario.

En cuanto a la inserción laboral, se incluyeron dos indicadores: la disposición de empleo remunerado² y el acceso a la *Asignación*

1) Las encuestas fueron aplicadas entre el 15 de octubre y 30 de noviembre de 2011.

2) Vale aclarar que en el cuestionario se preguntaba si "tenía trabajo remunerado" atendiendo a que la expresión garantiza claridad y precisión, ganando

en confiabilidad del instrumento. Es una decisión metodológica, a pesar del reconocimiento de la diferenciación conceptual entre trabajo y empleo.

universal por hijo. Atendiendo a los objetivos de este relevamiento, se incluyeron solamente estos indicadores con la intención de indagar cómo estaban incluidas en el mercado laboral. Al respecto, el 93 % de las mujeres encuestadas manifestó “no tener empleo remunerado”.³

Del total de encuestadas, el 70 % de las mujeres de la muestra percibe la *Asignación universal por hijo*.

Caracterizada la muestra y retomando el eje a abordar: controles durante el embarazo, entendiéndolo como un derecho a la salud. Este período, se divide en tres trimestres debido a los cambios fisiológicos que se producen en la mujer y el feto.

Tomando la *Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal* del Ministerio de Salud de la Nación (2001), se entiende por control prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. El objetivo principal de este control es cuidar la salud de la mujer gestante, previendo o detectando problemas del embarazo y promoviendo conductas saludables, aunque vale aclarar que no se incluyen en esta listado el asesoramiento e información sobre prácticas sexuales.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el número de controles prenatales es de cinco o más, pero en caso de tratarse de embarazos de riesgo, será definido por los profesionales a cargo. Estas recomendaciones están en línea con lo dispuesto por el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) en la guía mencionada. Con relación a la cantidad de controles prenatales en Argentina, el Sistema de Información Prenatal (SIP-2005) del MSN registra que solamente el 54.1 % de las embarazadas alcanzan los cinco controles o más, el 34,3 % tiene uno y cuatro controles, mientras que el 11,6 % no tiene ninguno.

En el caso de las mujeres de la muestra, se puede observar que el 92 % de las mujeres alcanzan la cantidad de controles establecidos por la OMS y el MSN, e incluso los superan (sumando los intervalos 4 a 6 controles, 7 a 9 y 10 controles o más). En el caso de las mujeres con 10 controles o más, manifestaron cursar embarazos de riesgo. La mayoría de estos casos fueron derivados al Hospital Iturraspe para su seguimiento.

Respecto de la “amplia cobertura” del control prenatal mencionado anteriormente con miras a disminuir la morbilidad, estos datos permiten valorar positivamente la capacidad de atención y seguimiento de los embarazos de parte de los servicios públicos de salud, como así también una actitud de cuidado de sí misma y del embarazo de parte de las mujeres durante este período. Igualmente

no puede dejarse de lado que el 5 % de las mujeres encuestadas no alcanzan los tres controles a lo largo de todo el embarazo.

A este 23 % de mujeres, que hicieron su primer examen durante el segundo y tercer trimestre, se les preguntó sobre las causas en el retardo de los controles prenatales. Al respecto, el 64 % sostuvo que lo hizo después del primer trimestre por no tener conocimiento de que estaba embarazada, mientras que el 11 % consideró que no hacía falta un control previo al mes en que acudió al Centro de Salud. El 7 % afirmó que no conseguía turno para ser atendida, el 5 % manifestó no tener tiempo para ir al Centro de Salud y el 11 % restante no lo efectuó por otras causas.⁴ Se considera oportuno dejar explicitada la necesidad de profundizar sobre estas causas puesto que se puede suponer que se trata de ausencia y/o dificultades en la circulación de información, como también pueden operar otros factores, por ejemplo encontrarse en una situación de violencia.

Al profundizar en los tipos de controles efectivizados, se evidencia que durante el control prenatal hay exámenes que no se llevan a cabo con la misma regularidad que otros y en muchos casos, las mujeres manifiestan que no se los han realizado. Excepto el peso, ecografía, análisis de sangre y presión que, según las encuestadas, se efectivizaron entre el 97 % al 100 % de las mujeres, el resto de los estudios disminuyen considerablemente. A partir de las afirmaciones de las mujeres, se puede afirmar que a la mitad de las mujeres de la muestra no se les practicó una revisión de mamas, y al 44% manifestó que no le hicieron el papanicolaou.

Al abordarse estos datos con los equipos de salud, se reconocieron algunos circuitos que debían revisarse entre los Centros de Atención Primaria y el Hospital, en torno a los criterios que operan en la aplicación del protocolo sobre los controles prenatales (periodicidad y modalidad).

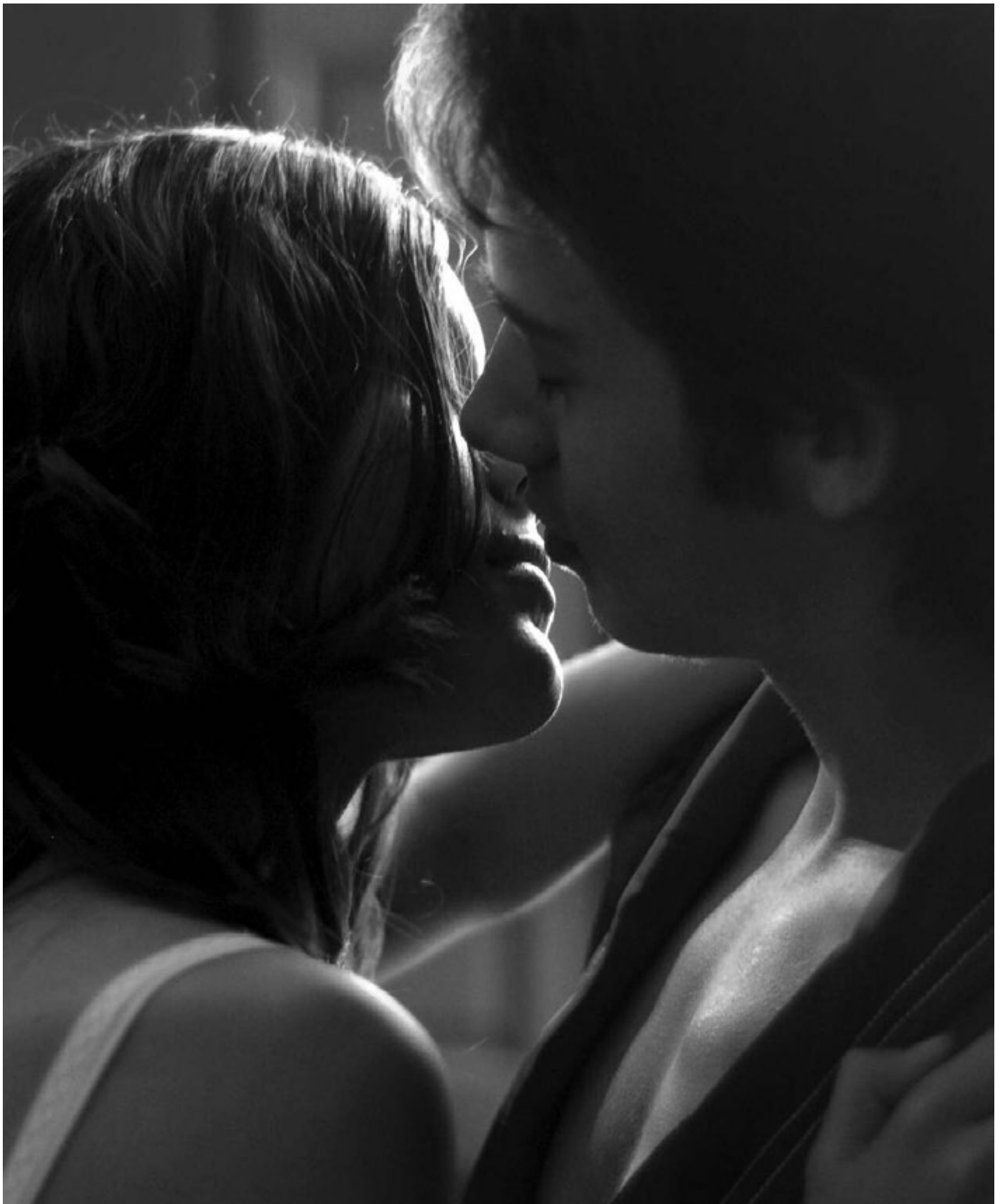
4.2. Acerca de las elecciones sobre la forma y posturas para el parto

La posición para el parto que adoptan las mujeres está influenciada por varios factores entre ellos, las pautas culturales. En algunos países emergentes (como en algunas partes de Asia, África y América), como en distintos grupos étnicos en Argentina, la posición es de cuclillas. Contrariamente a estas prácticas culturales, casi todas las mujeres que tienen el parto en los centros de salud lo hacen en posición decúbito dorsal. Es posible que en algunas regiones de nuestro país la falta de opciones de posiciones para el parto en los hospitales pueda contribuir a que las mujeres elijan tener el parto en sus casas o en otros sitios donde se respete su elección. El caso es que muchas veces, las condiciones

³ Dato alarmante en cuanto a la concentración de mujeres en los márgenes del mundo productivo, pero escapa a este relevamiento la posibilidad de profundizar sobre esta dimensión.

⁴ Al analizar las aclaraciones de estas mujeres explicitaron las siguientes: “consulté por la ligadura tubaria y en ese momento descubrí que estaba embarazada”; “estaba en otra ciudad

y comencé con los controles al volver”; “pensé que era un retraso por una situación familiar que me estresó”, y por último, “sufrí un accidente doméstico”.



de asepsia no son las óptimas aumentando los riesgos de morbimortalidad materno infantil. Tal como plantea Lavender y Mlay R (2006) la medicina occidental moderna hegemónica ha *acostado* a las mujeres para parir y eso suele entrar en tensión con prácticas culturales y también con nuevas tendencias respecto al nacimiento (parto domiciliario, en cuclillas, en el agua, etc.).

En este punto, la ley nacional 25.929 establece que toda mujer tiene derecho al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, 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.

El verdadero desafío de los profesionales de la salud en todos los ámbitos es brindarles a las mujeres 1) información imparcial en la cual basar las opciones de las posiciones para el parto y 2) consejos sobre cómo prepararse para tener el parto en la posición elegida. Posiblemente se requiera la capacitación de ciertos prestadores de salud para apoyar a las mujeres a tener el parto en diferentes posiciones. Es un desafío la creación dentro del sistema de salud de una cultura que apoye la opción de darles a las mujeres la libertad de elegir la posición preferida para el parto.

Al indagar sobre la modalidad de nacimiento, el 64 % de las mujeres de la muestra tuvo su hijo por parto, mientras que el 36 % restante lo tuvo por cesárea.

Entre aquellas mujeres que tuvieron parto, se indagó acerca de la participación en las decisiones sobre la postura adoptada. Respecto a la posición para al momento del parto, el 11 % manifestó haberla elegido, el 88 % sostuvo que los profesionales dijeron cómo debían ubicarse, y menos del 1 % respondió que no lo recordaba.

Además de recuperar la experiencia vivida por cada mujer, se indagó sobre la difusión o no que tienen los articulados de ley de Parto humanizado. En ese sentido, se preguntó si sabían que toda mujer posee el derecho de elegir la posición para el parto contestando afirmativamente el 16.9 % contra el 83.1 % que manifestó desconocer este derecho que se vincula con la autodeterminación sobre el propio cuerpo. En la muestra se traduce que de 124 mujeres encuestadas 103 de ellas ignoran completamente los derechos que por la Ley le asisten. Una vez más observamos que el desconocimiento implica un obstáculo insoslayable para ejercer otros derechos y en consecuencias hacerlos efectivos.

En los espacios de sensibilización que se generaron con organizaciones de mujeres y la Municipalidad de la ciudad de Santa Fe, pudimos relevar que esta situación —imposibilidad de ejercer el

derecho a la libre elección de la postura— se reitera con la misma crudeza en el ámbito privado de esta ciudad. En el caso del ámbito público, corroboramos que se incorporó un sillón de parto y además, en la nueva Maternidad de la ciudad, se diseñaron salas con el espacio suficiente para incorporar tecnologías que posibiliten ejercer el derecho a elegir la postura de parto (Lavender y Mlay R, 2006).

4.3. Sexualidad durante el embarazo

La información en torno a las relaciones sexuales y al placer durante el embarazo es uno de los aspectos descuidados por los efectores públicos de la salud. En este sentido, cabe destacar que el 61 % de las encuestadas no fueron informadas sobre las relaciones sexuales en el embarazo, mientras que sólo el 40 % manifestó haber recibido información.

Durante el embarazo se producen cambios en el cuerpo de la mujer que inciden en su imagen corporal, su sexualidad y en el encuentro con su compañero o compañera sexual. Es común que para algunas mujeres el interés sexual disminuya o en otros casos aumente, variando muchas veces según la etapa del embarazo en la cual se encuentre. Los cambios hormonales que se producen impactan de diferentes maneras en la libido de la mujer, por eso es una etapa donde ésta necesita de asesoramiento sobre como disfrutar de su sexualidad. Estas dimensiones son parte de lo que en educación se denomina el *currículum nulo*, es decir, aquello que queda fuera de las prácticas de atención, no tiene entrada por estar negado. Esto también suele afectar al compañero/a sexual de la mujer.⁵

Es común escuchar algunos mitos tales como que le harían daño al bebé si mantienen relaciones, o que si comparten con el bebé la escena sexual sienten que no están a solas con la mujer embarazada. Así como para algunas parejas erotiza el cambio corporal, para otras suele provocar incomodidad y menos atracción sexual. Despejar estos temores informándose o trabajándolos en los espacios adecuados, ayuda a relajarse para disfrutar plenamente de esta etapa.

Sin embargo, a partir de estos datos, podríamos conjeturar que las concepciones tradicionales sobre sexualidad impactan en la provisión de servicios de salud. Operan a través de estereotipos en torno a la concepción de la *madre inmaculada*, lo cual suele traducirse en prácticas que predicán y reproducen la asexuación de las mujeres embarazadas.

Siendo la sexualidad un aspecto esencial del ser humano y el momento de gestación un tiempo de cambios y reacomodamientos para la pareja, es preciso repensar las consejerías desde una perspectiva del placer sexual.

5) Si bien las investigaciones encontradas remiten a una pareja heterosexual, debemos pensar en parejas homoparentales en el marco de las diversidades sexuales.

Como constitutivo del proceso de asexualización de las mujeres embarazadas subyace la idea de la ausencia de prácticas genitales, pero también la falsa —y peligrosa— noción de estar “inmunizada” ante el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS). En este sentido, corresponde indicar el uso del preservativo. Al preguntar al respecto, el 57% de las mujeres encuestadas manifestó no haber recibido información sobre la necesidad del uso del preservativo durante el embarazo para evitar la transmisión de ITS.

A partir de estos datos se puede inferir que existen falencias en cuanto al asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual durante el embarazo. Es poco común ver campañas de VIH destinadas a mujeres embarazadas.⁶

5. A modo de conclusión

Recuperando el objetivo de este relevamiento, es intención ofrecer rasgos que permitan caracterizar el mapa de accesibilidad de las mujeres a los derechos sexuales y reproductivos durante el embarazo, parto y posparto, a partir del estudio del Hospital Iturraspe de Santa Fe.

Esta cartografía invita a reconocer aquellas buenas prácticas, metodologías y acciones de parte de los efectores de salud, a los efectos de promover el desarrollo de las mismas y de alentar a los actores implicados en el campo de la salud a seguir construyendo cada día una mejor calidad institucional, para que las mujeres puedan acceder efectivamente a sus derechos.

De la misma forma, se despliegan aquellos aspectos que operan como obstáculos para el ejercicio de los derechos, como así también, recomendar líneas y acciones de políticas públicas destinadas al fortalecimiento del sector de salud desde las perspectivas de género y derechos humanos.

Se destaca la amplia cobertura en controles prenatales, cumpliéndose considerablemente en la ciudad de Santa Fe con los parámetros establecidos por la OMS, superando la media nacional. Estos datos permiten valorar positivamente la capacidad de atención y seguimiento de los embarazos de parte de los servicios públicos de salud, como así también una actitud de cuidado de sí misma y del embarazo de parte de las mujeres durante este período, además de mostrar los aspectos positivos de la política de descentralización de los centros de salud.

Requiere de especial atención el hecho de que gran parte de las mujeres encuestadas, manifiestan desconocimiento de los derechos que le asisten según la ley de parto humanizado, como el derecho a tener un/a acompañante, el derecho a la elección sobre

la forma y posturas para el nacimiento y el derecho a la intimidad. Esto se traduce en una limitación al ejercicio de dichos derechos y coarta la libertad de elección, ya que quien ignora los derechos que le asisten difícilmente pueda hacer efectivo su ejercicio.

Es necesario trabajar en la prevención de ITS, y del VIH; con especial referencia a la importancia de su detección y control durante el embarazo. Al respecto, deberían diseñarse campañas de prevención especializadas en VIH y embarazo.

Con relación a la sexualidad como dimensión compleja e integral, se puede inferir que en las prácticas profesionales siguen vigentes asociaciones que vinculan a las mujeres únicamente a su rol materno, desde una mirada asexualada que reproduce los estereotipos de género e impide incluir en la atención primaria de la salud la circulación de herramientas para fortalecer el cuidado de sí misma y de su pareja sexual.

Tanto el desconocimiento como la no apropiación de los derechos sexuales y derechos reproductivos por parte de las mujeres, implican un obstáculo ineludible, dado que los mismos apuntan a lograr un embarazo, parto y nacimiento en plenitud, con los mayores estándares de calidad y sin discriminaciones.

Por último, es intención que las conclusiones y las recomendaciones aportadas en este escrito posibiliten interpelar las políticas públicas y generar acciones para favorecer el ejercicio de la ciudadanía sexual de las mujeres.

Creemos que el análisis de la información obtenida en el relevamiento general permitirá, por un lado, valorar lo hecho y por otro, revisar, ajustar y seguramente generar nuevas ideas y propuestas que admitan mejorar los embarazos, partos y post partos, requisito indispensable para dar la bienvenida amorosa a las nuevas personas que llegan a este mundo y garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en esta etapa de su vida.

Bibliografía

- Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, ELA (2009). *Informe sobre Género y Derechos Humanos. Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en Argentina (2005–2008)*. Buenos Aires, Biblos.
- Ministerio de Salud de la Nación (2001). *El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal*.
- Lavender, T. y Mlay, R. (2006). *Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural. Comentario de la BSR*. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra.
- Levin, S. (2010). *Derechos al revés ¿salud sexual y salud reproductiva sin libertad?* Buenos Aires, Espacio.

⁶ En este sentido, un antecedente a rescatar es la acción de prevención llevada a cabo por la Municipalidad de la Ciudad de Santa Fe, que a través de la Resolución N° 12672 realizó una

campaña de difusión el 18 de septiembre de 2008 en el marco del Programa “Miércoles Saludables”, sobre la transmisión de VIH-SIDA en embarazadas y niños y niñas.