

## Artículos

## Aproximaciones teóricas al fenómeno de la violencia obstétrica: una mirada al marco normativo y jurisprudencial internacional e interamericano\*

Theoretical Approaches to the Phenomenon of Obstetric Violence: A Look at the International and Inter-American Normative and Jurisprudential Framework

Flaminia Maietti <sup>a\*\*</sup>

Universidad Continental, Junín, Huancayo

fmaietti@continental.edu.pe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3545-1720>DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.vj72.atfv>

Recibido: 15 febrero 2023

Aceptado: 23 junio 2023

Publicado: 15 agosto 2023

Julio Francisco Villarreal <sup>\*\*\*</sup>

Universidad Científica del Sur, Perú

jvillarrealg@cientifica.edu.pe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7158-1736>

## Resumen:

El presente artículo de investigación propone estudiar el fenómeno de la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, al buscar identificar aquellos elementos que tipifican esta práctica en relación con sus causas sociales y estructurales. Para tal fin, se examinará el marco normativo y jurisprudencial internacional con el propósito de identificar estándares internacionales de referencia conducentes a evitar y, de manera eventual, sancionar tal proceder. En este sentido, el trabajo sugiere que la posible falta de aplicación de un enfoque de derechos humanos a la hora de intentar prevenir tal conducta ha contribuido a invisibilizar y normalizar tal disvaliosa práctica. Como efectos del abordar la problemática de la violencia obstétrica a partir de una perspectiva teórica, este artículo revisa la literatura existente, apelando a un análisis sociojurídico de tipo cualitativo por medio de una revisión de la normativa y la jurisprudencia.

**Palabras clave:** violencia contra la mujer, violencia obstétrica, embarazo, parto humanizado, derechos humanos, estereotipos de género.

## Abstract:

This research article attempts to study the phenomenon of obstetric violence as a form of gender-based violence by trying to identify those elements that would typify this practice in relation to its social and structural causes. To this end, the international normative and jurisprudential framework will be examined in order to identify international standards of reference conducive to preventing and eventually sanctioning such behavior. It is also suggested that the implementation of a human rights approach in attempting to prevent such misconduct has contributed to the invisibility and normalization of such a disvaluable practice. In order to address the issue of obstetric violence from a theoretical perspective, this article reviews the existing literature, using a qualitative socio-legal analysis through a review of norms and jurisprudence.

**Keywords:** violence against women, obstetric violence, pregnancy, humanized childbirth, human rights, gender stereotypes.

## Fundamentos terminológicos y conceptuales

La violencia obstétrica (en adelante, VO) se configura como un asunto de salud pública estrictamente relacionado a la protección de los derechos humanos y a la administración del sistema de salud; este fenómeno ha permanecido invisible por décadas debido a la falta de *consensus* respecto a los términos en función de la definición de tal conducta y medir su impacto y la escasez de datos oficiales<sup>1</sup>. Puede decirse que esta práctica,

## Notas de autor

<sup>\*\*</sup> Magíster en "Tutela Internazionale dei Diritti Umani" de la Universidad La Sapienza de Roma (Italia). Magíster en Relaciones Internacionales de la Universidad para Extranjeros de Perugia, Italia. Docente de Derechos Humanos y Derecho Comunitario en la Universidad Continental, Junín, Huancayo. Contacto: [fmaietti@continental.edu.pe](mailto:fmaietti@continental.edu.pe)

<sup>\*\*\*</sup> Abogado de la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Magíster en Relaciones Internacionales de la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Magíster en Relaciones Internacionales y Diplomacia por el College d'Europe (Bélgica). Profesor de la Carrera de Derecho en la Universidad Científica del Sur (Lima, Perú). Contacto: [jvillarrealg@cientifica.edu.pe](mailto:jvillarrealg@cientifica.edu.pe)

<sup>a</sup> Autor de correspondencia: [fmaietti@continental.edu.pe](mailto:fmaietti@continental.edu.pe)

que se ha difundido con el proceso de tecnificación y modernización de la medicina y la presión económica sufrida por las instituciones de salud en la última década, afecta, de manera directa, a las mujeres, a los recién nacidos y a las familias en su conjunto, al configurar, tal y como se acreditará, la vulneración de múltiples derechos.

A los efectos de principiar el análisis de la materia, cabe recalcar que el término VO se originó en América Latina en los primeros años del siglo XXI en el ámbito de la lucha para el “parto humanizado”. Es en esta área geográfica donde se promulgan las primeras normas domésticas que la definen y tipifican. En ese sentido, no es irrelevante recordar que el primer Estado en tipificar esta conducta fue Venezuela en 2007. En su “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, la VO es definida 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.”<sup>2</sup>

Huelga referir que, en los últimos años, otros Estados han incluido la VO en su normativa interna, demostrando un consistente interés en el asunto, que supone una mayor consciencia de la existencia de tal flagelo. En ese sentido, podría sustentarse que el término *conciencia* resultaría ser clave, ya que se cree que es justamente la falta de tal consideración a nivel social la que nos ha conducido a invisibilizar la VO. Es que, en definitiva, en una pluralidad de supuestos es por demás aceptada la idea de que estas prácticas del personal médico y obstétrico son comunes y que, en tanto parte de los protocolos médicos, sean aceptadas por las mujeres, que logran olvidarlas sin esfuerzo. Sucede que, en la propia perspectiva de la mujer, el pudor, el miedo, el desconocimiento de la ilegalidad de ciertas conductas y, por último, la sensación de felicidad y goce por la llegada de una nueva vida podrían dejar en el olvido lo ocurrido. Sin embargo, existirían buenas razones para considerar que tal patrón sería cada vez más inusual. En efecto, en los últimos años, debido a una mayor conciencia social respecto a las vulneraciones de derechos humanos de las mujeres, se han registrado más demandas relativas a la comisión de la VO, tanto ante los tribunales nacionales como ante diversos organismos internacionales. Aun así, y de manera paradójica, de hacerse una revisión de las políticas públicas de salud a nivel global, lamentablemente podría concluirse que el concepto de la VO sigue estando ausente en la normativa interna de la generalidad de los Estados, que no la mencionan, de manera expresa, entre los tipos de violencia contra la mujer, lo que explicaría, a su vez, la relativa escasa jurisprudencia en la materia. De hecho, es un recurso común de los Estados la inclusión de la VO bajo la etiqueta de “otros tipos de violencia” junto a la violencia económica y la violencia institucional, sin ofrecer de modo consecuente la atención que merece.

Cabe señalar, de todos modos, que el mentado estado de situación no es uniforme. En efecto, la Organización Mundial de Salud (OMS) ha mostrado mayor interés en la materia a partir de la primera década del siglo XXI; en concreto, tal organismo, en 2014, publicó una declaración titulada: “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, a los fines de denunciar el maltrato y el abuso que las mujeres sufrían durante el parto en centros de salud públicos y privados. Entre los objetivos de la nombrada declaración, se encuentra el de solicitar a los Estados “mayor respaldo en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto” hacia las mujeres, comprometerse a diseñar e implementar programas para mejorar la atención para mujeres gestantes, e incluir un enfoque de derechos humanos en la atención de la salud<sup>3</sup>. Un año más tarde, la OMS emitió la “Declaración sobre la tasa de cesáreas”, con el objetivo de solicitar a los Estados “hacer todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa específica”<sup>4</sup>, objetivo que requería tomar en cuenta las propias necesidades de cada gestante. Con dicho *telos*, de manera consistente, en febrero de 2018, la misma organización hizo públicas las “Recomendaciones para los Cuidados durante el Parto para una Experiencia de Parto Positiva”, un conjunto de 56 recomendaciones dirigidas a los responsables del desarrollo de políticas de salud pública, y de administración de programas de salud, administradores de

centros de atención de salud, las ONG, sociedades profesionales y personal académico encargado de capacitar al personal sanitario. El objetivo de tal documento no suponía solo dirigir la atención internacional a prácticas vulneratorias de derechos durante la atención al parto, sino también mejorar tal experiencia para las mujeres<sup>5</sup>. En este documento, se consigna cómo varios procedimientos utilizados con normalidad por el personal de salud, tales como las cesáreas, el empleo de la episiotomía o de oxitocina, no cuentan con evidencias científicas de resultados positivos para la salud de la madre y del recién nacido. *A contrario sensu*, los procedimientos, cuyos beneficios han sido comprobados científicamente de modo efectivo para las madres e hijos/as son, entre otros, el apoyo psicoemocional durante el parto a la mujer embarazada, la elección de la posición vertical durante el trabajo de parto, el contacto piel a piel entre la progenitora y el recién nacido, la lactancia inmediata después del parto, según informa la OMS<sup>6</sup>.

Consideraciones como las mentadas han sido las que llevaron a la Relatora Especial de la ONU sobre la Violencia contra la Mujer a presentar ante la Asamblea General de la ONU, en 2019, el “Informe sobre la Violencia contra la Mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”. En este documento, se refiere que la VO debe ser entendida como una forma particular de “violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud”<sup>7</sup>, al ser que esta última constituiría, en cuanto tal, un fenómeno generalizado y sistemático, intrínsecamente arraigado en los sistemas de salud. El documento representa un hito histórico, debido a que reconoce la VO como una problemática grave, de naturaleza estructural, que afecta a las mujeres de todo nivel socioeconómico, al presentarla, de modo oficial, como una violación de los derechos humanos. En este sentido, tal informe incluye un listado no exhaustivo de prácticas que son susceptibles de ser consideradas maltrato y violencia de género en el proceso de parto, entre estas las esterilizaciones forzadas y el aborto forzado, el uso no justificado por razones médicas de cesáreas, la técnica de la episiotomía durante el parto vaginal practicada sin consentimiento informado de la paciente (que consiste en un corte profundo en el perineo con el propósito de acelerar el trabajo de parto y ayudar a la madre durante la fase de expulsión), los “puntos para el marido” (una sutura particularmente estricta que aplica más puntos de lo necesario con el propósito de dar más placer y satisfacción sexual al hombre), el uso excesivo de oxitocina para inducir las contracciones uterinas, la maniobra de Kristeller (que consiste de una presión manual del fondo uterino, a veces practicada con el codo o con todo el cuerpo por parte del personal sanitario), suturas sin empleo de anestesia, agresiones verbales y sexistas, entre otras<sup>8</sup>. Asimismo, el informe incluye una serie de recomendaciones para los Estados entre los que se encuentra la necesidad de enfrentar el problema desde un enfoque de derechos humanos<sup>9</sup>. Para tal propósito resulta provechoso apelar a las tesis de Castrillo, que señala que

“[...] esta toma de posición establece tres puntos que considero nodales: 1) la enunciación de la VO como fenómeno sistemático y generalizado a nivel mundial; 2) la validación de la voz y experiencia de las mujeres como sustento para denunciar este tipo de violencia, y 3) el reconocimiento de la falta de abordaje desde los DDHH de esta temática. Justamente bajo este último punto reposa el aporte de su informe.”<sup>10</sup>

Si bien este informe ha contribuido a convertir la VO en una problemática visible, aún se deben realizar considerables progresos en la materia, por lo que sería oportuno trabajar en una estrategia con el fin de enfrentar las causas estructurales y sociales que explican su normalización. Asimismo, podría resultar conducente estudiar la eventual comisión de la VO en función de la responsabilidad estatal por violaciones de derechos humanos, *iter* procesal, que facilitaría la posibilidad de indemnizar a las agraviadas, evitando que tales conductas permanezcan impunes. En este sentido, sería provechoso que la VO no sea considerada solo como “otra” forma de violencia de género, sino que fuese codificada a nivel internacional y doméstico como un tipo específico de violencia contra las mujeres con elementos y características propias que la tipifiquen como un acto ilícito de gravedad identificable y, por ende, sancionable.

## ¿Cómo puede reconocerse la figura de la violencia obstétrica? Análisis de los elementos de la conducta

La VO no sería solo un problema que pervive en los Estados que sufren de una alta tasa de violencia contra la mujer o de sistemas de salud escasamente desarrollados, sino que afectaría a todas las sociedades que han aplicado el paradigma médico y, en tal sentido, se hace necesario reconocerla y denunciarla. El conjunto de prácticas que constituyen VO, se caracteriza por un diferente umbral de gravedad, que va desde la humillación verbal hasta el empleo de tratamientos médicos sin el consentimiento de la paciente y abusos físicos con secuelas permanentes. Retomamos la clasificación hecha por Kukura<sup>11</sup>, que se basa en tres elementos fundamentales: abuso, coerción y falta de respeto. El abuso sería la forma más grave de maltrato y, en ese contexto, podemos referirnos a cinco tipos:

1. Cirugía forzada: este proceder se explica principalmente a partir del empleo de cesáreas<sup>12</sup> y de la episiotomía durante el trabajo de parto. Ambas prácticas involucran incisiones quirúrgicas que, en virtud de su gravedad y peligrosidad intrínseca, deberían ser aplicadas solo si son estrictamente necesarias y que, por el contrario, se utilizan en exceso y muchas veces sin el consentimiento de las mujeres. Estas prácticas, de manera frecuente, suelen conducir a la rehospitalización, dando lugar a procedimientos quirúrgicos adicionales.
2. Tratamientos médicos sin consentimiento: la inducción del trabajo de parto para acelerar los tiempos del proceso, la ruptura de membranas, el uso de fórceps y de ventosa durante la fase de expulsión, y la remoción manual de placenta deben ser empleadas con el consentimiento de la mujer<sup>13</sup>.
3. Violación sexual: en algunos casos se realizan exámenes innecesarios durante el trabajo de parto para monitorear la dilatación, el ensanchamiento del cuello uterino y su posición, o bien se aplica la técnica de los “puntos del marido” sin consentimiento.
4. Restricción física: tal forma de abuso se explica en aquellos supuestos en los que las mujeres no han podido elegir libremente la posición deseada en la fase de expulsión.
5. Otros abusos: como la negación de suministrar anestesia epidural si es requerida, el suministro de medicamentos sin consentimiento, los ataques verbales y sexistas, entre otros.

Otro elemento identificado por Kukura, se encuentra constituido por la coerción frente a la falta de voluntad de poner con el personal sanitario por parte de la paciente. En dichos casos, se pueden llegar a emplear algunas técnicas coercitivas que resultarían ser contrarias al derecho al consenso informado y al rechazo de tratamiento médico como la intervención de un juez en caso de una paciente que rechaza una cesárea u otro cuidado médico necesario por su salud y la del feto. La amenaza de involucrar los servicios de bienestar del menor a los efectos de obtenerse el consentimiento relativo al empleo de determinadas prácticas, la manipulación de la información proporcionada a la paciente y la presión emocional. Por último, Kukura refiere, cuál presupuesto de la VO, la falta de respeto debido a que varias mujeres testimonian haber sido humilladas a causa de su escasa resistencia al dolor, haber recibido comentarios sexistas o relacionados con su estatus familiar, etc. Al considerarse la particular situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres embarazadas, estos insultos y faltas de respeto pueden tener secuelas graves y duraderas.

Las prácticas que se han mencionado configuran la vulneración de múltiples derechos humanos, ya que se relacionan principalmente con la falta de reconocimiento de la mujer como sujeto de derecho. En efecto, en su Declaración de 2014, la OMS denuncia la vulneración del “derecho de las mujeres a una atención respetuosa, [...] de los derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación”<sup>14</sup>, prebendas protegidas en diversos tratados de derechos humanos. Resulta notorio que el empleo de estos procedimientos puede generar graves daños y afectar la vida de la madre y del feto. De igual manera, se ve vulnerado el derecho a la integridad

personal, debido a que, en la mayoría de los casos, estas técnicas son invasivas y son susceptibles de lesionar el cuerpo de las mujeres, circunstancia que suele generar traumas físicos y psíquicos, que en pocas ocasiones se resuelven a corto plazo. En muchos supuestos, la VO supone vulnerar el derecho a la privacidad e intimidad de las mujeres, desde que resulta evidente que nadie debería ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en especial con respecto a las decisiones que afectan nuestros cuerpos. En este sentido, es común que, durante la atención del parto, las mujeres suelen estar expuestas a revisiones frecuentes y exposiciones de órganos genitales innecesarias, y que no reciban información confiable respecto a los tratamientos y prácticas médicas, no logrando participar en el proceso de toma de decisión respecto a su cuerpo. Consideraciones como las precedentes explican que las mujeres se vean totalmente privadas de su rol activo en el proceso del parto, vulnerándose así el derecho al consentimiento informado, que se basa justamente en una comunicación constante entre el médico y el paciente. Frecuentemente, las instituciones de salud discriminan a las mujeres basándose en sus orígenes étnicos, condiciones socioeconómicas, su educación y demás. Es entendible que si una mujer no tiene los conocimientos necesarios para reconocer que estas prácticas sean violatorias de sus derechos nunca tendrá la posibilidad de presentar una queja y, de este modo, preservarlos. En algunos casos, se llega a vulnerar la prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes, por ejemplo, frente a actos de agresión verbal o mental en contra de las gestantes. Por último, debemos considerar la vulneración del derecho a la salud, también protegido en varios instrumentos jurídicos del sistema internacional, como el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, e instrumentos centrados en la protección de grupos vulnerables como la CEDAW y la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>15</sup>.

Finalmente, la afectación a la salud mental de la mujer merece una consideración adicional, debido a que esta explicaría una potencial vulneración del derecho a la integridad psíquica. En este sentido, resultaría razonable sostener que una práctica quirúrgica como la episiotomía podría generar cierto sufrimiento físico y que, a su vez, afectaría a la salud mental de la mujer. De manera evidente, puede postularse que estas prácticas suponen secuelas emotivas que no estarían circunscritas al evento del parto en sí. Este trauma emocional no siempre se resuelve a corto plazo, pudiendo derivar en depresión, ansiedad, sentido de impotencia, culpa por no haber vivido con gratitud la llegada del hijo y eventual dificultad para revivir su propia experiencia de parto. Las mujeres, por lo general, discurren por estos sentimientos empleando estrategias como el silencio y el olvido, pero, en la mayoría de los casos, estos mecanismos no son exitosos. Por lo tanto, son necesarias terapias enfocadas en la gestión de estos eventos traumáticos, como el EMDR<sup>16</sup>.

## **Análisis sistémico de las causas de la violencia obstétrica**

No puede sostenerse que exista consenso internacional respecto a cuáles serían las causas que originan la VO, pero, a la luz de estudios e investigaciones previas<sup>17</sup>, podrían identificarse algunos factores que potencialmente legitiman esta práctica. En este sentido, su legitimación se explicaría a partir de factores de naturaleza social y estructural, siendo estos últimos relacionados a la organización y administración del sistema de salud.

Respecto a las causas de origen social debe referirse que, de manera tradicional, estas se han estructurado en función de la relación de poder existente entre el operador de salud y el paciente. Esta ha sido plasmada por la creencia de que la decisión del operador de salud experto en temas médicos desconocidos por el resto de la población sea materialmente incuestionable para aquellos sujetos ajenos a tal comunidad epistémica. El profesional de la medicina, al tener el poder en las decisiones relacionadas con los temas de la salud, será el que definirá, en última instancia, qué información le será proporcionada al paciente. Este modelo paternalista de la relación médico-paciente se agrava aún más en el caso de la VO, ya que a esta relación de poder asimétrica se suman ideas patriarcales socialmente aceptadas, como la subordinación de la mujer, la debilidad de ella y la cosificación de su cuerpo que en el ámbito médico se traduce con la posibilidad de intervenir sobre este último, con prescindencia de la eventual vulneración a su integridad y sin buscar el consentimiento de la paciente.

Además de estos elementos, suele ser común la concepción de que la mujer no puede o no está capacitada para tomar decisiones relevantes, lo que obsta a que ella tome parte activa en el proceso del parto. Asimismo, en la legitimación de la VO influye la idea tradicional de maternidad que se relaciona con las expectativas sociales del rol materno y los deberes de una “buena madre”, como el sacrificio que se debe realizar por los hijos y su familia y el sufrimiento del que debe tener experiencia durante el parto. Estas ideas y preconceptos han venido permeando nuestras representaciones, de tal manera que las mujeres mismas han terminado por aceptarlas sin cuestionarlas; ellas contribuyen a incrementar la implementación de prácticas discriminatorias que, de modo lamentable, no están percibidas como tales, como la propia negativa por parte de los médicos al uso de anestesia epidural durante el parto, o el eventual empleo de técnicas invasivas innecesarias. A tal propósito resulta, de manera metodológica, provechoso apelar a la tesis desarrollada por Shabot<sup>18</sup>, según la cual las mujeres no tendrían los recursos epistémicos necesarios para advertir que están siendo víctimas de actos lesivos de sus derechos, conductas violentas, innecesarias y potencialmente declinables. El estudio de Shabot está centrado en una práctica específica, la relativa al tacto vaginal durante el trabajo de parto, conducta que la autora considera claramente relacionada a la violencia sexual respecto a otras que, si bien constituyen VO, no involucran penetración vaginal. De igual manera, Shabot considera que uno de los obstáculos epistémicos que dificulta el reconocimiento del tacto vaginal como un acto de violencia contra la mujer es inherente a la vergüenza esencial que caracteriza las mujeres, siendo sus cuerpos “sucios”, existencialmente propensos a la vergüenza perpetua. La “vergüenza de género” que impregna la existencia de las mujeres es la que justifica su excesiva medicalización y el control incuestionado de sus cuerpos “sucios” y “vergonzados” por parte del personal médico. Debe volverse, en ese sentido, a la tesis precedente, la VO se perpetúa porque tanto las parturientas como sus médicos a menudo no la ven como violencia en absoluto, sino como la única forma de “salvar” de sí mismas los cuerpos excesivamente sexuales, contaminados, vergonzados e indómitos de las mujeres. A estos constructos culturales se suman otros factores de naturaleza social, como aquellos preconceptos basados en el origen étnica y racial, las condiciones socioeconómicas, el nivel de escolaridad, la edad y la orientación sexual de las mujeres. Como sabemos, la intersección de estos múltiples factores de discriminación hace que las mujeres tengan un mayor riesgo de ver sus derechos vulnerados.

Cuando hablamos de causas estructurales deben entenderse aquellos elementos intrínsecos al sistema de salud. Uno de los factores que incrementa la posibilidad de que la VO sea perpetrada es la presión económica sobre la organización del sistema de salud. Esta presión afecta al personal sanitario mismo que debe cumplir sus tareas, fraccionando los tiempos de trabajo y atendiendo a los pacientes en necesidad. Asimismo, esta condición supone múltiples implicaciones, ya que, si el Estado recorta los recursos del sistema de salud, se reducirá inevitablemente el número de operadores sanitarios empleados, la cantidad de horas asignadas a cada uno y la cantidad de estructuras hospitalarias que hospedan unidades de obstetricia y ginecología. Todo esto incide, a su vez, en el número de opciones disponibles para las mujeres gestantes, la calidad del servicio, los tiempos de atención, lo que se traduce en un deficiente funcionamiento general del sistema, minando la calidad de la respuesta frente a las emergencias obstétricas. En relación con los servicios de atención al parto, eventuales recortes presupuestarios se traducirían en la necesidad de reducir el tiempo que las gestantes pasan internadas, al hacer que vivan los trabajos de parto en casa sin la debida asistencia de personal médico calificado, debiendo acercarse al hospital solo unas horas antes de dar a la luz. Por otro lado, el hecho de que se les dé de alta antes de lo necesario o que se utilicen métodos para acelerar los trabajos de parto, como el empleo de oxitocina o el uso de cesáreas innecesarias, que pueden ser dañinas para la embarazada y el feto, constituirían terceras manifestaciones de tales recortes<sup>19</sup>.

Otro factor estructural que invalida la identificación de la VO es la medicalización del proceso del parto, es decir, la tendencia a emplear nuevas tecnologías e intervenciones médicas durante tal proceso, lo que contribuye a que este último sea considerado eminentemente patológico, al requerir de cuidados médicos específicos. Esto generaría un mayor control por parte del personal de salud y una consecuente reducción de la participación activa de la mujer. Esta voluntad de medicalizar el parto se debe, de manera principal,

a dos factores: por un lado, la tendencia de los operadores a evitar que la madre y el feto corran riesgos y, por el otro, el incremento de las ganancias para la estructura de salud ya que el empleo de técnicas médicas genera costes más elevados respecto a los generados por un parto vaginal. Este factor se agrava por el hecho de que los profesionales de salud, durante sus entrenamientos a comienzo de su carrera, aprenden que estos procedimientos son empleados de modo común, lo que provoca un efecto cascada.

Otro factor, relacionado con la medicalización del proceso de parto, es el incremento de demandas en contra del personal de salud que ha llevado a muchos operadores a emplear la llamada “medicina de defensa”. Kukura define a esta última como una orientación clínica que tiene el objetivo de reducir la responsabilidad legal por medio del empleo de una cantidad excesiva de exámenes, la prescripción de remedios innecesarios o la recomendación de cirugías superfluas<sup>20</sup>. Las demandas presentadas en contra de los operadores denuncian, entre otras cuestiones, la inadecuada estrategia de comunicación de los primeros, el hecho de haber brindado información de manera parcial o incorrecta al paciente, el escaso tiempo dedicado a las visitas. En otras palabras, todo se remite a una disfuncionalidad en la relación de confianza entre médico y paciente. Consideraciones como las mentadas podrían ser conducentes para postular que el resultado de la medicina defensiva se concreta en un incremento a nivel global de la tasa de cesáreas y una reducción de partos vaginales<sup>21</sup>. En este sentido, el propósito subyacente de la medicina defensiva sería salvaguardar y proteger los intereses de los operadores de salud antes que tomar en consideración las necesidades del paciente, lo que va en contra de los propios términos del juramento hipocrático que los operadores de salud están llamados a celebrar al comienzo de su carrera profesional.

## Marco normativo y jurisprudencial internacional

En el derecho internacional de los derechos humanos, el término VO no ha sido codificado de manera oficial por lo que no lo encontramos en el *corpus juris* internacional. Para hacer frente a este vacío, técnicamente deberíamos hablar de “violencia contra la mujer durante la atención al parto”<sup>22</sup>, como menciona la Relatora Especial ONU sobre la Violencia contra la Mujer en su referido informe. Este vacío contribuye, sin duda alguna, a invisibilizar el fenómeno y a dificultar el proceso de atribución de responsabilidad. A continuación, se presentarán algunos desarrollos en el seno del derecho internacional que podrían representar el camino hacia la oficialización del concepto de VO, su codificación y la consolidación de estándares internacionales en la materia.

En principio, resulta necesario recordar que el instrumento jurídico de referencia del sistema universal cuando hablamos de derechos humanos de las mujeres es la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adoptada en 1981. Este tratado, en su artículo 12, se centra en la discriminación sufrida por las mujeres durante la atención de salud, considerando la particular situación vivida por las mujeres embarazadas<sup>23</sup>. Lo establecido en el artículo 12, se reafirma en el artículo 14, enfocado a amparar las necesidades de las mujeres que viven en zonas rurales<sup>24</sup>. Otro instrumento internacional que debería, en el punto, considerarse es la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, adoptada en 1993. Tal instrumento resulta particularmente sugerente en la materia, ya que, luego de brindar una definición de qué supone ser la violencia contra la mujer<sup>25</sup>, en su artículo 3 f) estipula que la mujer tiene “derecho al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar”. A tal propósito es provechoso recordar que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, en su artículo 10.2, reconoce, en el marco de la garantía del derecho a la salud, la necesidad de que las madres puedan recibir una especial protección antes y después del parto<sup>26</sup>.

En este mismo sentido, cabe referir que el órgano de control de la CEDAW ha adoptado, en 1999, su “Recomendación General n. 24 - La Mujer y la Salud”, que insta a los Estados a

“[...] eliminar la discriminación contra la mujer en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el período posterior al parto.”<sup>27</sup>

El Comité CEDAW se ha pronunciado respecto a la práctica de la VO en reiteradas ocasiones, aunque en los primeros pronunciamientos no se menciona expresamente el mentado instituto, véase *A.S. vs. Hungría* del 2004 y *Maria de Lourdes Silva Pimentel vs. Brasil* del 2011. En este sentido, la primera demanda individual referida es relativa a un caso de esterilización practicada sin el consentimiento de la paciente. Tal proceder dio lugar a que el Comité decidiera que el Estado, por medio del personal del establecimiento de salud había fallado en brindar la información necesaria a la paciente violando así la disposición del artículo 10 h) de la CEDAW. Asimismo, el Estado había vulnerado el derecho a acceder a los servicios de salud adecuados para mujeres embarazadas, protegido en el artículo 12, así como la potestad de las mujeres de decidir respecto al número de hijos en virtud del artículo 16 e) del tratado<sup>28</sup>. Por otro lado, la comunicación *Maria de Lourdes Silva Pimentel vs. Brasil*, se estructura en torno a un caso de aborto a las 27 semanas de gestación. A la agraviada se le realizó una inducción para parir el feto muerto, y, después del procedimiento, los médicos decidieron efectuar una raspadura de modo tal de eliminar porciones de placenta y otros restos del parto, pero las condiciones de la mujer empeoraban continuamente. Luego de esperar ocho horas la ambulancia, la agraviada fue trasladada a otro centro de salud a los fines de recibir atención urgente, sin embargo, ella falleció. En este caso, el Comité concluye que el Estado es responsable por la vulneración del

“art. 12.2 de la CEDAW en relación con el derecho a la salud, el art. 2 c) en relación con el acceso a la justicia y el art. 2 e) en relación con la obligación del Estado de actuar con la debida diligencia para reglamentar las actividades de los proveedores de servicios privados de salud, en relación con el art. 1 del tratado.”<sup>29</sup>

Esto debido a que la víctima no recibió el acceso a servicios adecuados durante su embarazo. La vulneración del derecho a no ser discriminada en este caso no solo se configuró en relación con el propio sexo de la agraviada, sino también por su origen étnico, ya que la víctima era afrodescendiente. A su vez, la propia condición de vulnerabilidad de la víctima se haría particularmente manifiesta en función del hecho de que esta última era de condición socioeconómica humilde.

En 2018, llegó al Comité CEDAW otra comunicación individual que discurría sobre los alcances de la VO: *N.A.E. vs. España*. A N.A.E. se le había inducido el parto mediante oxitocina sin necesidad médica alguna y sin esperar las 24 horas establecidas por los protocolos de atención al parto del hospital a donde acudió y se le realizaron múltiples tactos vaginales sin su consentimiento. Después de 16 horas de la inducción del parto, la agraviada había llegado a una dilatación de 7 cm y la obstétrica, considerando que el parto se encontraba estancado a pesar de las buenas condiciones y la posición del feto, decidió optar por una cesárea que le fue realizada por estudiantes, sin la presencia de su pareja y sin su consentimiento. Una vez nacido su hijo, no se le permitió a la demandante el contacto piel a piel, obstaculizando el proceso de lactancia materna, ya que al recién nacido se le suministró leche artificial. Luego de la cesárea, N.A.E. sufrió de dolor abdominal, hipogástrico y urgencia miccional y, a causa de la experiencia del parto, de trastorno de estrés postraumático. Posteriormente, N.A.E. comenzó un procedimiento administrativo a nivel doméstico, pero su demanda fue desestimada por el juzgado, puesto que se consideró que la decisión de realizar la cesárea se debía a un estancamiento del parto. Tras esta decisión, la agraviada presentó después de un mes su recurso de amparo al Tribunal Constitucional, que también sería desestimado, por lo que decidió acudir al Comité CEDAW. Después de haber declarado admisible la demanda en febrero de 2020, el órgano de tratado concluyó esta vez que las prácticas que se le realizaron constituían un claro caso de VO, basándose en la definición brindada por la Relatora Especial ONU sobre la violencia contra la mujer<sup>30</sup>. Asimismo, tal Comité, al pronunciarse respecto a las vulneraciones de derechos, identificó la causa fuente de la vulneración en el incumplimiento de “los artículos 2, b), c), d) y f), 5 y 12 de la CEDAW”<sup>31</sup> y formuló una serie de recomendaciones al Estado español, entre estas, proporcionar una reparación pecuniaria a la agraviada, realizar estudios sobre la VO a



nivel nacional, “capacitar a los operadores del sistema de salud en materia de derechos de salud reproductiva de la mujer, [...] y asegurar el acceso a recursos eficaces”<sup>32</sup>. Cabe resaltar que tal decisión, por primera vez, emplea el término VO a los fines de tipificar los actos mentados, que demuestra, sin duda, que la conciencia relativa al fenómeno era sustancialmente mayor respecto a los años precedentes. Esta decisión del Comité CEDAW nos proporciona algunos elementos de interés respecto a las causas sociales de la VO, ya que se señala que las conductas se debieron “a una discriminación estructural basada en estereotipos de género con respecto al parto”<sup>33</sup>. Las mismas conductas fueron perpetuadas también en las instancias administrativas y judiciales a nivel interno que desestimaron la demanda *sub examine*.

## Marco normativo y jurisprudencial interamericano

Resulta necesario comenzar, la presente sección, refiriendo que el concepto de VO empieza a ser utilizado de manera oficial en América Latina a comienzos del siglo XXI. Para tal propósito, es interesante mencionar que el MESECVI, “Mecanismo de Seguimiento de la Convención Interamericana para Prevenir, Erradicar y Sancionar la Violencia contra la Mujer”, reconoce y utiliza el término VO en su Declaración por el Día Internacional de la Mujer en 2018<sup>34</sup>. Asimismo, en un recordado informe publicado por la CIDH en 2019, la VO es definida como una violencia que

“abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o posparto, en centros de salud públicos o privados”, y la considera como una “forma de violencia contra la mujer, prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención Belém do Pará.”<sup>35</sup>

En el mismo informe la CIDH hace una tipificación del fenómeno:

“[...] incluye el trato deshumanizado (dejar a mujeres parturientas esperando por largas horas, inmovilización del cuerpo, partos sin anestesia); abuso de medicalización y patologización de los procesos fisiológicos (prácticas invasivas, medicalización injustificadas); maltrato psicológico (burlas, humillaciones, omisión de información, infantilización); o procedimientos no urgentes realizados sin el consentimiento de las mujeres (esterilizaciones, el llamado “punto del marido”), entre otros.”<sup>36</sup>

A los efectos de practicar una revisión de la normativa del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH), resulta necesario apelar a la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, que en su artículo 2 dispone que la violencia contra la mujer es incluso susceptible de ser perpetrada en los establecimientos de salud. En el artículo 9 del mismo tratado se considera la necesidad de brindar atención especial a las mujeres embarazadas víctimas de cualquier tipo de violencia. Con base en las mentadas disposiciones, no cabría duda alguna que, según este instrumento jurídico, las prácticas analizadas, cometidas por el personal de salud, entrarían en el umbral de la violencia contra la mujer. Resulta provechoso referir que el tratado en cuestión, en su artículo 7 (Deberes de los Estados), establece una obligación clara para los Estados que deben condenar esta violencia e implementar políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar esta última; el propio apartado c) del documento refiere a la necesidad de “incluir en sus legislaciones internas normas penales, civiles y administrativas necesarias [...]”<sup>37</sup>. De esta forma, puede concluirse que una obligación manifiesta se desprende del tratado de referencia: se trata de aquella relativa a conminar a los Estados a incluir a nivel doméstico normas de diferente naturaleza que protejan a las mujeres contra toda forma de violencia. Otro instrumento jurídico interamericano que debería, a tal propósito, considerarse es la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH), que en su artículo 26 conmina a los Estados abocarse a proteger de manera progresiva los derechos DESC, en cuya categoría entraría el derecho a la salud. En este mismo sentido, es provechoso recordar el Protocolo de San Salvador que, en su artículo 10,

garantiza el derecho a la salud y en su art. 15.3, acápite a) incluye una perspectiva de género, brindando una especial atención a la situación de las mujeres gestantes<sup>38</sup>.

Para seguir en el análisis jurisprudencial, resultaría conveniente revisar algunos pronunciamientos que se emitieron en ámbito interamericano. En ese sentido, huelga recordar que la CIDH fue el primer organismo de protección de derechos humanos a decidir a nivel internacional respecto al tema de la VO en el caso *María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú*, por el que se llegó en 2003 a una solución amistosa entre las partes. Los hechos de este caso se enmarcan en el Programa de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), llevado adelante durante el gobierno del expresidente Fujimori de Perú. María Mamérita Mestanza Chávez era una mujer indígena de 33 años, madre de 7 hijos que fue forzada, mediante amenazas dirigidas a su familia por parte de profesionales de salud del Distrito de la Encañada, a someterse a la ligadura de trompas. La señora Mestanza Chávez, bajo toda suerte de presiones, se sometió al procedimiento quirúrgico, que fue llevado a cabo sin hacer los exámenes médicos preliminares y sin el consentimiento de la paciente. La víctima fue dada de alta al día siguiente a pesar de reportar algunos síntomas anómalos. La agraviada falleció algunos días después en su casa por una sepsis, según indica el certificado de defunción. De los hechos mentados resulta que los profesionales de salud realizaron procedimientos médicos invasivos sin el consentimiento informado de la paciente y sin explicar las eventuales implicancias. Con base en tal negligencia, el Estado peruano, en el acuerdo de solución amistosa, llegó a reconocer que

“su responsabilidad para violación de los artículos 1.1 (Obligación de respetar los derechos), 4 (Derecho a la vida), 5 (Derecho a la integridad personal) y 24 (Igualdad ante la Ley) de la CADH y el art. 7 de la Convención de Belém do Pará.”<sup>39</sup>

Se obligó a investigar los hechos y sancionar a los responsables, compensando a los familiares de la víctima, tanto dinerariamente como por medio de un seguro permanente de salud. Asimismo, el Estado se comprometería “a realizar las modificaciones legislativas y de políticas públicas sobre los temas de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, eliminando de su contenido cualquier enfoque discriminatorio y respetando la autonomía de las mujeres”<sup>40</sup>. La importancia de este caso, se debe a que, por primera vez, se reconoce la obligación de respetar, proteger y garantizar los derechos reproductivos de la mujer en el ámbito internacional y se empieza a relacionar la práctica de la VO con el concepto de responsabilidad del Estado por violaciones de derechos humanos. Si bien esto, de suyo, supuso un avance por demás relevante en la materia, no debe olvidarse, de todos modos, que todavía no se llega a mencionar expresamente el término VO.

Un tercer caso relevante en la materia es el de *I.V. vs. Bolivia*, cuyos hechos se refieren a la señora I.V., que, después de la ruptura espontánea de membranas a la semana 38 de gestación, fue sometida a una cesárea por las condiciones del feto y su experiencia previa con el mismo procedimiento. Después de la cirugía, el médico le realizó una ligadura de trompas sin su consentimiento; solo al día siguiente la agraviada se enteró de haber perdido su capacidad reproductiva de forma permanente. La Corte IDH observa en la sentencia cómo la falta de garantías legales brindadas por los Estados en la esfera de la salud reproductiva podría afectar de manera directa la autonomía y la libertad reproductiva de las mujeres<sup>41</sup>. En este sentido, tomando en consideración el consentimiento informado y su relación con el derecho a la libertad y autonomía de la persona<sup>42</sup>, la instancia resuelve que

“el consentimiento informado del paciente es una condición *sine qua non* para la práctica médica, el cual se basa en el respeto a su autonomía y su libertad para tomar sus propias decisiones de acuerdo a su plan de existencia.”<sup>43</sup>

Es por demás sugerente que la Corte prosiga al argumentar respecto de las implicancias de los estereotipos de género, afirmando que podrían ser causa de discriminación, lo que se traduce en una ostensible vulneración de derechos humanos<sup>44</sup>. Para tal propósito, resultaría necesario reportar la argumentación del tribunal respecto a la idea patriarcal de la incapacidad de las mujeres de tomar decisiones sobre sus cuerpos:

“Por otra parte, el hecho de que las mujeres son el sexo con la capacidad biológica de embarazo y parto, las expone a que durante una cesárea sea frecuente la ocurrencia de esterilizaciones sin consentimiento al excluirlas del proceso de adopción de decisiones informadas sobre su cuerpo y salud reproductiva bajo el estereotipo perjudicial de que son incapaces de tomar tales decisiones de forma responsable. En razón de lo anterior, la Corte considera que opera la protección estricta del artículo 1.1 de la Convención por motivos de sexo y género, pues las mujeres tradicionalmente han sido marginadas y discriminadas en esta materia.”<sup>45</sup>

En el presente caso, la instancia concluye que Bolivia sería

“responsable por la violación del deber de respeto y garantía, así como de la obligación de no discriminar, del derecho a la integridad personal, a la libertad personal, a la dignidad, a la vida privada y familiar, al acceso a la información y a fundar una familia, las garantías judiciales y la protección judicial así como la vulneración del art. 7 a) y b) de la Convención de Belém do Pará.”<sup>46</sup>

Entre las medidas de reparaciones ordenadas pueden identificarse algunos elementos interesantes de vocación transformadora como el diseño de una cartilla que explique los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la adopción de programas de educación y formación para estudiantes de medicina<sup>47</sup>.

Resulta, además, provechoso referirnos al caso Eulogia Guzmán vs. Perú de 2009, que se estructura en torno a la presunta responsabilidad del Estado peruano por las vulneraciones de derechos humanos de la señora Eulogia Guzmán, mujer indígena campesina, y de su hijo Sergio, debido a negligencia médica durante el parto en el Centro de Salud de Yanaoca, Cuzco. La señora Guzmán no fue atendida de manera adecuada durante el parto por el personal de salud. En efecto, durante la fase de expulsión, el feto colisionó con el piso rompiendo el cordón umbilical y reportando un traumatismo encéfalo craneano, lo que resultó en una severa discapacidad física, sensorial e intelectual del recién nacido. Frente a tal contingencia, la señora Guzmán, agotamiento previo de las vías de recursos internos, decidió acudir al SIDH, alegando las vulneraciones del derecho a la vida, el derecho a la integridad personal, las garantías judiciales, los derechos del niño, la protección judicial, el artículo 26 (desarrollo progresivo) de la CADH, en relación con el artículo 1.1 del tratado (obligaciones de respetar los derechos) y, por último, el derecho a la salud en virtud de lo establecido en el artículo 10 del Protocolo de San Salvador. Asimismo, se configuraría “la violación del art. 7 de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer en relación al art. 24 de la CADH (Igualdad ante la ley)”<sup>48</sup>. En el punto resulta, por demás sugerente, que la CIDH apela a un criterio amplio para examinar la responsabilidad estadual en la materia, ya que, si bien el personal de salud de la clínica privada no sería entendido como agente o personal médico institucionalmente dependiente del Estado, este último sería funcionalmente responsable de controlar y supervisar el cumplimiento de un estándar de diligencia razonable en el sistema de salud. A falta de una decisión definitiva, respecto a este caso, estamos de acuerdo con Valverde Caimán<sup>49</sup> en considerar que podría generar estándares internacionales nuevos en materia de VO basado en un enfoque de interseccionalidad debido al origen étnico y a las condiciones socioeconómicas de la agraviada y su hijo.

Finalmente, se considera provechoso recordar el caso Brítez Arce vs. Argentina, cuya sentencia ha sido publicada en noviembre de 2022. Los hechos del caso se refieren al fallecimiento por paro cardiorrespiratorio de Cristina Brítez Arce, madre de dos hijos menores de edad, acontecido en 1992 luego de que le fue inducido el parto, procedimiento llevado a cabo debido a la muerte del feto durante la semana 40 de gestación. La Corte IDH consideró al Estado “responsable por la violación de los derechos a la vida, a la integridad personal [...] en relación con lo dispuesto en el art. 1.1”<sup>50</sup>, así como el derecho a la salud en perjuicio de la agraviada; las garantías judiciales, la protección judicial, el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará, el derecho a la integridad personal, la protección de la familia, y los derechos de la niñez en perjuicio de los hijos de la víctima. En este sentido, el tribunal señaló que “las mujeres tienen derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica”<sup>51</sup> y por primera vez en un caso contencioso ante el SIDH, se resuelve, de manera expresa, que “la actuación del personal sanitario fue constitutiva de violencia obstétrica”, que vulneraría tratados

interamericanos<sup>52</sup>. Entre las medidas ordenadas por la Corte como garantía de no repetición, sería provechoso mencionar la manda de “diseñar una campaña de difusión acerca de los derechos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el post-parto y las situaciones que pueden configurar casos de ‘violencia obstétrica’”<sup>53</sup>.

De la revisión de la jurisprudencia interamericana puede concluirse, por tanto, que la VO es reconocida como una forma de violencia de género que configura una vulneración de los derechos sexuales y reproductivos. En ese sentido, una de las formas más reconocidas de la VO sería la esterilización forzada, que puede ser fácilmente probada, respecto a los demás tipos que, en algunos casos, pueden ser justificados por la urgencia de la situación. Asimismo, en todos los casos analizados, quien perpetra el acto es el personal de salud en el ejercicio de sus funciones, tanto en instituciones de salud públicas como privadas, cuya práctica estaría fuertemente orientada por los estereotipos de género, así como por la condición socioeconómica y el origen étnico de las mujeres. A la luz de todo lo suscripto, podría concluirse que el tipo penal de la VO configuraría un patrón de violaciones de derechos humanos, que generaría una responsabilidad directa del Estado por incumplimiento del derecho a la vida, la integridad personal, las garantías judiciales, la protección judicial, el derecho a la salud y la vulneración del deber de actuar con las debidas diligencias a los fines de prevenir, investigar y sancionar actos de violencia contra la mujer, que es sancionada por la Convención de Belém do Pará. Respecto a las medidas ordenadas, estas serían tributarias a aquellas propuestas de transformación social que la Corte IDH ha sugerido en reiteradas oportunidades en sus decisiones<sup>54</sup>.

## Conclusiones

Para prevenir, sancionar y erradicar la VO, se necesita una voluntad de los Estados de legislar sobre la materia, así como implementar políticas públicas *ad hoc*, dirigidas a contrarrestar esta práctica según los estándares internacionales de protección de los derechos humanos. Estas normas deben ser negociadas, incluyendo un enfoque de derechos humanos que garantice a las mujeres una protección real de sus derechos, y con una perspectiva de género que permita considerar, entender y contextualizar la situación de las mujeres que acuden al sistema de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. En este sentido, sería provechoso que, en este proceso, participen mujeres que hayan vivido la experiencia del embarazo, parto y posparto, de modo tal que esta experiencia sea capitalizada en el desarrollo de normas y políticas públicas eficaces, diseñadas a la luz de las necesidades reales de las mujeres. Asimismo, sería conveniente examinar el asunto por medio de un enfoque de interseccionalidad para centrarse en la situación especial de las mujeres que habitan zonas rurales, mujeres indígenas, mujeres que viven en condiciones de pobreza, entre otras. De esta forma, los centros de salud, tanto públicos como privados, podrían implementar programas y proyectos de mejora constante de su atención de salud a las mujeres embarazadas en la fase pre y posparto, así como al recién nacido. En este sentido, sería necesario que los Estados trabajen para instituir organismos autónomos, independientes de la estructura hospitalaria, encargados de vigilar la situación de las unidades de ginecología y obstetricia, y las conductas del personal de salud en la base de indicadores preestablecidos. Tales organismos podrían, de manera eventual, encargarse de recibir reclamos y testimonios de las mujeres que alegan ser víctimas de VO.

De lo analizado en este trabajo, puede concluirse que la jurisprudencia existente acerca de la VO a nivel internacional es limitada, a excepción de los importantes avances del SIDH. Esta situación conduce a hacer una reflexión general respecto a la efectividad de las normas en materia. La ausencia de una jurisprudencia consolidada exterioriza la existencia de una brecha entre las leyes implementadas y la efectiva aplicación de estas, por un lado, y una escasa voluntad estatal de reconocer el fenómeno, por el otro. En este sentido, resultaría necesario seguir trabajando para sentar una línea jurisprudencial específica sobre la VO, tanto a nivel internacional como regional. Se debe entonces remarcar la importancia del marco normativo internacional en materia, ya que los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos constituyen una herramienta para presionar a los Estados a adecuarse a estos, promover cambios a nivel social y legal mediante

una perspectiva transformadora y fortalecer la idea de la responsabilidad estatal por violaciones de los derechos humanos, lo que podría disminuir los índices de impunidad. De igual manera, resultaría provechoso fortalecer el rol de las organizaciones de la sociedad civil que deben monitorear la actuación de los Estados en relación con el cumplimiento de las obligaciones internacionales<sup>55</sup>. De gran relevancia sería el conocimiento de las herramientas de recursos disponibles, a nivel internacional, una vez agotadas las vías internas como el Consejo ONU de Derechos Humanos, los órganos de tratados y el SIDH, que son mecanismos eficaces para señalar situaciones de violación de los derechos humanos en los Estados miembros.

Asimismo, huelga decir que sería necesario reconocer que las normas sociales, que se han identificado como la causa de la VO, logran tener más impacto respecto a las leyes domésticas, ya que la manera de operar del personal de salud parece estar orientada más a estas que hacia las normas vigentes. A tal propósito, se hace necesario desarrollar investigaciones y encuestas a nivel doméstico para entender la magnitud del fenómeno y su impacto; dar a conocer la problemática para que los usuarios del sistema de salud tengan en cuenta sus derechos y reconozcan estas prácticas como lesivas de los derechos humanos de las mujeres. Por otro lado, en lo relativo al sistema de salud, sería provechoso capacitar a los operadores de salud respecto a los lineamientos a seguir a los fines de garantizar una experiencia positiva del parto. En ese sentido, las recomendaciones de la OMS para la atención del parto deben fungir como una base para la práctica médica en las unidades de obstetricia y ginecología; esta estrategia debe ser implementada, de manera compatible, con una asignación de recursos económicos destinada a una mejora de la atención de salud. Se ha mencionado cómo la falta de recursos necesarios dificulta una mejora en la atención del parto y posparto, así como incrementa la práctica de la VO; por ende, es menester establecer presupuestos destinados a la implementación de programas para reducir el impacto del fenómeno. Finalmente, los Estados deben trabajar ardua y, de manera consensuada, para garantizar a las mujeres un acceso adecuado a la justicia para estas violaciones de los derechos humanos, sancionar a los responsables y reparar, de modo adecuado, a las víctimas, al hacer énfasis en el cuidado de su salud mental y su rehabilitación.

## Bibliografía

- B. Castrillo, *Dime quién lo define y te diré si es violento*. Reflexiones sobre la violencia obstétrica, (24) Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana 43-68 (2016). doi: 10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a
- B. Castrillo, *Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas*, 4 (1) Encuentros Latinoamericanos (segunda época) 196-220 (2020). <https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/enclat/article/view/625>
- C. Pereira, A. L. Domínguez & J. Toro Merlo, *Violencia Obstétrica desde la perspectiva de la paciente*, 75 (2) Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 81-90 (2015). [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322015000200002&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002&lng=es&tlng=es)
- C. Clesse & J. Lighezzolo-Alnot et al., *Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices*, 39 (6) Health Care for Women International 644-662 (2018). <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1445253>
- C. L. Tach, B. Toebes & J. M. F. Feriato, *Obstetric violence: a women's human and personality rights violation*, 1 (58) Revista Jurídica 187-206 (2020). <https://doi.org/10.21902/revistajur.2316-753X.v1i58.3841>
- CEDAW, Recomendación General n.º 24, *La mujer y la salud*, Naciones Unidas (1999). <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>
- CEDAW, Dictamen del Comité respecto de la comunicación núm. 4/2004 (Naciones Unidas, CEDAW/C/36/D/4/2004). <https://juris.ohchr.org/Search/Details/1716>
- CEDAW, Dictamen del Comité respecto de la comunicación n.º 17/2008 (Naciones Unidas, CEDAW/C/49/D/17/2008). <https://juris.ohchr.org/Search/Details/1701>

- CEDAW, Dictamen del Comité respecto de la comunicación n.º 138/2018 (Naciones Unidas, CEDAW/C/75/D/138/2018). <https://juris.ohchr.org/Search/Details/2710>
- CIDH, María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú, Informe n.º 71/03, Petición 12191 - 10 de octubre 2003. <http://www.cidh.oas.org/women/Peru.12191sp.htm>
- CIDH, Informe n.º 71/03, Petición 12191 - Solución Amistosa María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú. (2003). <http://www.cidh.oas.org/women/Peru.12191sp.htm>
- CIDH, Informe n.º 35/14, Petición 1334-09 - Informe de Admisibilidad Eulogia y su hijo Sergio vs. Perú (2009). parr. 55. <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2014/PEAD1334-09ES.pdf>
- CIDH, Eulogia y su hijo Sergio vs. Perú, Informe n. 35/14, Petición 1334-09 - Informe de Admisibilidad, 4 de abril 2014. <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2014/PEAD1334-09ES.pdf>
- CIDH, *En el Día Internacional de la Mujer, la CIDH exhorta a los Estados a abstenerse de adoptar medidas que signifiquen un retroceso en el respeto y garantía de los derechos de las mujeres.* (2018). <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2018/044.asp>
- CIDH, *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe* (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233, 2009). <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>
- CIDH, Balbina Francisca Rodríguez Pacheco y Familiares vs. República Bolivariana de Venezuela, Informe n.º 332/20 - Informe de Fondo, 19 noviembre 2020. [https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/corte/2021/VE\\_12.868\\_ES.PDF](https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/corte/2021/VE_12.868_ES.PDF)
- Corte IDH, Caso I.V. vs. Bolivia, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, 30 de noviembre de 2016. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_329\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf)
- Corte IDH, Caso Brítez Arce vs. Argentina, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas, 16 de noviembre de 2022. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_474\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_474_esp.pdf)
- D.M. Barbosa Jardim, C.M. Modena, *La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características*. 26. *Revista Latinoamericana Enfermagem* (2018). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- E. Kukura, *Obstetric Violence*, 106 *The Georgetown Law Journal* 720-801 (2018). <https://www.law.georgetown.edu/georgetown-law-journal/wp-content/uploads/sites/26/2018/06/Obstetric-Violence.pdf>
- F. Valverde Caman & E. L. Espinoza Aguilar, *La violencia obstétrica en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*, 17 (2) *Lumen* 360-371 (2021). <https://doi.org/10.33539/lumen.2021.v17n2.2478>
- L. Villanueva. *El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra*, 15 (3) *Revista CONAMED* 147-151. (2010). <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2010/con103e.pdf>
- L. Villanueva Egan, G. M. Ahuja & S. R. Valdez *et al.*, *¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?* 21 (Suppl:1) *Revista CONAMED* 7-25 (2016). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79665>
- I. Gün, B. Doğan, Ö. Özdamar, *Long- and short-term complications of episiotomy*, 13 (3) *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology* 144-148 (2016). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5558305/>
- J. Faneite, A. Feo & J. Toro Merlo, *Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud*, 72 (1) *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 4-12 (2012). [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es&tlng=es)
- K. J. Souza, D. Rattner, & M. B. Gubert, *Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression*, *Rev Saude Pública* 51-69 (2017). doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006549
- L. Belli, *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*, año 4 (7) 1 *Revista Redbioética/UNESCO* 25-34 (2013). <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868?show=full>
- M. A. Bohren & J. P. Vogel *et al.*, *The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review*, 12 (6) *PLoS Med.* (2015). DOI: 10.1371/journal.pmed.1001847
- OEA, Convención Americana de Derechos Humanos (entrada en vigor: 18 de julio de 1978)

- OEA, Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, (entrada en vigor: 5 de marzo de 1995).
- OEA, Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (entrada en vigor: 16 de noviembre de 1999).
- OMS, *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*, Organización Mundial de la Salud (2013). <http://www.infocoponline.es/pdf/DirectricesOMSTEPT.pdf>
- OMS, *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud: Declaración de la OMS* (Organización Mundial de la Salud, WHO/RHR/14.23, 2014). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134590>
- OMS, *Declaración sobre la tasa de cesáreas* (Organización Mundial de la Salud, WHO/RHR/15.02, 2015). <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02#:~:text=Desde%201985%2C%20los%20profesionales%20de,como%20en%20pa%C3%ADses%20en%20desarrollo>
- OMS, *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación* (Organización Mundial de la Salud, WHO/RHR/18.12, 2018). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>
- ONU, Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer. *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. (Naciones Unidas, A/74/137, 2019). <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf?OpenElement>
- ONU, Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (entrada en vigor: 3 de septiembre de 1981), UN Doc. A/RES/34/180, de 18 de diciembre de 1979.
- ONU, Declaración para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, UN Doc. A/RES/48/104, de 20 de diciembre de 1993.
- ONU, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (entrada en vigor: 3 de enero de 1976), UN Doc. A/RES/2200(XXI), de 16 de diciembre de 1966.
- P. Betrán, J. Ye & A. B. Moller et al. *The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014*, 11 *PLoS One* (2) (2016) doi: 10.1371/journal.pone.0148343
- R. Castro, J. Erviti, *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México*, 19 (1) *Revista CONAMED* 37-42 (2014). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730781>
- R. Khosla R., C. Zampas et al., *International Human Rights and the Mistreatment of Women during, Childbirth*. 11 *Health and Human Rights Journal* (2016). <https://www.hhrjournal.org/2016/11/international-human-rights-and-the-mistreatment-of-women-during-childbirth/>
- Relatora Especial ONU sobre la Violencia contra la Mujer. *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica* (ONU, A/74/137, 11 de julio de 2019), parr. 12. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf?OpenElement>
- S. C. Shabot, *Why "normal" feels so bad: violence and vaginal examinations during labour - a (feminist) phenomenology*, 22 (3) *Feminist Theory* 443-463 (2020). doi:

## Notas

- \* Artículo de investigación - Grupo de Investigación Cátedra de Derechos Humanos y Derecho Comunitario.
- 1 E. Kukura, *Obstetric Violence*, 106 *The Georgetown Law Journal* 720-801 (2018).
- 2 Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, Ley n.º 38668, art. 15, 24 de abril de 2007.
- 3 OMS, *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud: Declaración de la OMS* (Organización Mundial de la Salud, WHO/RHR/14.23, 2014). La declaración menciona lo siguiente: "En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de

- salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación”.
- 4 OMS, *Declaración sobre la tasa de cesáreas* (Organización Mundial de la Salud, WHO/RHR/15.02, 2015). La Declaración menciona lo siguiente: “La tasa de cesáreas idealmente debería oscilar entre el 10% y 15% como establecido en 1985; aunque muchos operadores de salud requieren una revisión de este dato. Las cesáreas hoy en día son siempre más frecuentes a nivel global y se utilizan también cuando no son necesarias lo cual puede tener consecuencias negativas para la salud materno infantil”.
  - 5 OMS, *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación* (Organización Mundial de la Salud, WHO/RHR/18.12, 2018). Entre estas, mencionamos las más relevantes para nuestros fines: atención respetuosa de la maternidad que permita la participación de la mujer en la toma de decisiones durante el proceso de parto; entablar una comunicación efectiva entre el personal de salud y la paciente; no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento ante del umbral de los 5 cm de dilatación cervical, siempre que no haya complicaciones para la madre y el feto; se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, incluso las posiciones erguidas; no se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo, entre otras.
  - 6 *Id.*
  - 7 Relatora Especial ONU sobre la Violencia contra la Mujer, *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica* (ONU, A/74/137, 11 de julio de 2019), parr. 12.
  - 8 *Id.*, págs. 8-11.
  - 9 *Id.*, págs. 4-5.
  - 10 B. Castrillo, *Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas*, 4(1) Encuentros Latinoamericanos (segunda época) 196-220, 206, (2020).
  - 11 E. Kukura, *supra* nota 1, págs. 728-753.
  - 12 A tal propósito, véase P. Betrán, J. Ye & A. B. Moller et al. *The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014*, 11 PLoS One (2) (2016).
  - 13 Sobre este punto, recordamos el estudio conducido en Venezuela mediante la aplicación de una encuesta al personal de salud: J. Faneite, A. Feo & J. Toro Merlo, *Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud*, 72 Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (1) 4-12 (2012).
  - 14 OMS, *supra* nota 4.
  - 15 L. Belli, *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*, 1 Revista Redbioética/UNESCO año 4, 7, 25-34, pp. 30-32 (2013).
  - 16 El EMDR, por su sigla en inglés, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, ayuda a superar los eventos traumáticos y es una terapia avalada por la OMS para tratar trastornos de estrés postraumáticos. Véase OMS, *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress* (Organización Mundial de la Salud, 2013).
  - 17 E. Kukura, *supra* nota 1. B. Castrillo, *Dime quién lo define y te diré si es violento*. Reflexiones sobre la violencia obstétrica, (24) Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana 43-68 (2016). C. L. Tach, B. Toebes & J. M. F. Feriato, *Obstetric violence: a women's human and personality rights violation*. 1, (58), Revista Jurídica 187-206 (2020). L. Villanueva Egan, G. M. Ahuja, S. R. & Valdez et al., *¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?* 21 (Suppl:1) Revista CONAMED 7-25 (2016).
  - 18 S. C. Shabot, *Why “normal” feels so bad: violence and vaginal examinations during labour - a (feminist) phenomenology*, 22 (3) Feminist Theory 451 (2020).
  - 19 OMS, *supra* nota 5. A tal propósito, recordamos que la OMS, entre sus recomendaciones, incluye la Recomendación n.º 9 para la fase de dilatación la cual establece lo siguiente: “Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre” y la Recomendación n. 27 para la fase activa del trabajo de parto establece: “no se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para prevenir la prolongación del trabajo de parto”.
  - 20 E. Kukura, *supra* nota 1, pág. 772.
  - 21 *Id.*
  - 22 ONU, *supra* nota 7, parr. 12.
  - 23 Artículo 12, CEDAW: “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”.
- 24 Artículo 14, CEDAW: “Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia”.
- 25 Artículo 1, Declaración ONU sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.
- 26 Artículo 10.2, PIDESC: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que [...] 2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social”.
- 27 CEDAW, Recomendación General n.º 24, *La mujer y la salud* (ONU, 1999).
- 28 CEDAW, Dictamen del Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo respecto de la comunicación núm. 4/2004 (Naciones Unidas, CEDAW/C/36/D/4/2004, 2004). <https://juris.ohchr.org/Search/Detai/1716> Véase el parr. 11.2 y 11.3.
- 29 CEDAW, Dictamen del Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo respecto de la comunicación n.º 17/2008 parr. 8 (Naciones Unidas, CEDAW/C/49/D/17/2008, 2008). <https://juris.ohchr.org/Search/Details/1701>
- 30 CEDAW, Dictamen del Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo respecto de la comunicación núm. 138/2018 (Naciones Unidas, CEDAW/C/75/D/138/2018, 2018). <https://juris.ohchr.org/Search/Details/2710> Véase el parr. 7.5.
- 31 *Id.*, parr. 7.6.
- 32 *Id.*, parr. 8.
- 33 *Id.*, parr. 15.2.
- 34 CIDH, *En el Día Internacional de la Mujer, la CIDH exhorta a los Estados a abstenerse de adoptar medidas que signifiquen un retroceso en el respeto y garantía de los derechos de las mujeres* (2018).
- 35 CIDH, *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe* (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233. 2019).
- 36 *Id.*, parr. 183.
- 37 OEA, Convención de Belém do Pará, art. 7, (1994).
- 38 OEA, Protocolo de San Salvador, art. 15, 3, a) (1988): “[...] Conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto; [...]”.
- 39 CIDH, Informe n.º 71/03, Petición 12191 - Solución Amistosa María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú. (2003).
- 40 *Id.*
- 41 Corte IDH, Caso I.V. vs. Bolivia, 30 de noviembre de 2016, parr. 157.
- 42 F. Valverde Caman & E. L. Espinoza Aguilar, *La violencia obstétrica en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*, 17 (2) Lumen 360-371 (2021).
- 43 Corte IDH, *supra* nota 41, parr. 159
- 44 En el párrafo 187 de la decisión de la Corte IDH se lee: “En el sector de la salud, los estereotipos de género pueden resultar en distinciones, exclusiones o restricciones que menoscaban o anulan el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos, y específicamente, de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer con base en su condición. [...] Una mujer que no tiene conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos puede ser propensa a adoptar una actitud menos asertiva respecto a sus derechos. Esto puede conllevar a que deposite mayor confianza en el criterio de su médico, o que profesionales de la salud adopten una posición paternalista respecto a su paciente”.
- 45 Corte IDH, *supra* nota 41, parr. 243.
- 46 Corte IDH, *supra* nota 41, parr. 256.
- 47 Corte IDH, *supra* nota 41, parr. 372.11: “El Estado debe diseñar una publicación o cartilla que desarrolle en forma sintética, clara y accesible los derechos de las mujeres en cuanto a su salud sexual y reproductiva, en la que se deberá hacer mención específica al consentimiento previo, libre, pleno e informado; [...] El Estado debe adoptar programas de educación y formación permanentes dirigidos a los estudiantes de medicina y profesionales médicos, así como a todo el personal que conforma el sistema de salud y seguridad social, sobre temas de consentimiento informado, discriminación basada en género y estereotipos, y violencia de género”.
- 48 CIDH, Informe n.º 35/14, Petición 1334-09 - Informe de Admisibilidad Eulogia y su hijo Sergio vs. Perú (2009). parr. 55.
- 49 Valverde Camán, *supra* nota 42, pág. 364.

- 50 Corte IDH, Caso Brítez Arce vs. Argentina, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas, 16 de noviembre de 2022, parr. 137.2.
- 51 Corte IDH, *supra* nota 50, parr. 77.
- 52 *Id.*, parr. 20.
- 53 *Id.*, parr. 137.8.
- 54 Véase, entre otros, el caso González y otras vs. México (“Campo Algodonero”), Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C n.º 205; el caso Gonzales Lluy vs. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 1.º de septiembre de 2015. Serie C n.º 298.
- 55 C. L. Tach, B. Toebes & J. M. F. Feriato, *supra* nota 17, pág. 202.

Licencia Creative Commons CC BY 4.0

*Para citar este artículo/To cite this article:* Flaminia Maietti & Julio Francisco Villarreal García, *Aproximaciones teóricas al fenómeno de la violencia obstétrica: una mirada al marco normativo y jurisprudencial internacional e interamericano*, 72 Vniversitas (2023). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.vj72.atfv>