

VIOLENCIA OBSTÉTRICA



Ministerio Público
de la Defensa
República Argentina

Referencia Jurídica e Investigación
Secretaría General de Capacitación y Jurisprudencia
Ministerio Público de la Defensa

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
1. JURISPRUDENCIA INTERNACIONAL Y EXTRANJERA.....	8
1.1. COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS.....	8
1.1.1. Acceso de servicios a salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. 2010.	8
1.1.2. Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes. 2019.	10
1.1.3. Principales estándares y recomendaciones en materia de violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes. Anexo 1. 2019.	11
1.2. COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER	12
1.2.1. Recomendación general 19, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 11° período de sesiones, 1992.	12
1.2.2. Recomendación general 24, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1999.....	13
1.2.3. Recomendación general 35, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, 2017.....	14
1.3. COMITÉ SOBRE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES.....	15
1.3.1. Recomendación General Nº 22, adoptada por el Comité DESC, El derecho a la salud sexual y reproductiva, E/C.12/GC/22, 2/5/2016.....	15
1.3.2. Recomendación General Nº 14, adoptada por el Comité DESC, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud-, E/C.12/2000/4, 11/8/2000.	16
1.4. RELATORÍA ESPECIAL SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.....	17
1.4.1. Informe de la Relatoría Especial de Violencia contra la mujer: Un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia obstétrica durante la atención al parto. 2019.	17
1.5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.....	19
1.5.1. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.....	19
1.6. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS	20
1.6.1. Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2011.....	20
1.7. COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER	21
1.7.1. “SMF v. España”. 28/2/2020.....	21
1.8. CORTE CONSTITUCIONAL DEL ECUADOR.....	23
1.8.1. “NIT”. Causa N° 904/2019. 13/12/2019.	23
2. JURISPRUDENCIA NACIONAL.....	25
2.1. JUZGADO DE VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 1º NOMINACIÓN DE SALTA. “AFS”. CAUSA N° 600894/17. 8/9/2017.....	25
2.2. JUZGADO DE VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 1º NOMINACIÓN DE SALTA. “MMDV”. CAUSA N° 603017/17. 2/10/2017.	27
2.3. TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE JUJUY. “CCG”. CAUSA N° 14890. REGISTRO N° 335. 4/12/2018.	29
2.4. JUZGADO PENAL DE PRIMERA INSTANCIA DEL DISTRITO JUDICIAL N° 1 DE SANTA FE. “RSV”. CAUSA N° 21080646256. 6/7/2020.	30
2.5. JUZGADO DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA, VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 4º NOMINACIÓN DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA. “CLÍNICA DS”. 10/2/2021.....	31

Referencia Jurídica e Investigación
Secretaría General de Capacitación y Jurisprudencia
Ministerio Público de la Defensa

2.6. JUZGADO DE VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 1º NOMINACIÓN DE SALTA. “GÓMEZ CORONEL”. CAUSA N° 734158/21. 3/6/2021.	35
3. ANEXO NORMATIVO	38

INTRODUCCIÓN

En Argentina, en 2004, se sancionó la ley N° 25.929 conocida también como la ley de parto humanizado. Esta norma se convirtió en la primera regulación que abordó la violencia obstétrica sin perjuicio de que no dispuso una definición específica. Luego, en 2009 se reguló la ley N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres que introdujo el concepto de violencia obstétrica como una modalidad de violencia contra las mujeres. Allí, se define este tipo de violencia como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929 (Ley de Parto Respetado)”. A su vez, en 2010 se dictó el decreto reglamentario 1011/2010 de la Ley de Protección Integral que abordó la violencia de género desde una perspectiva más amplia que la existente en la legislación argentina. Además, en 2015 se sancionó el decreto reglamentario 2035/2015 de la ley N° 25.929 que especifica los derechos que tienen las mujeres durante el embarazo, y ellas y sus bebés durante el parto y posparto.

A partir de estas normas se puede concluir que la violencia obstétrica se manifiesta por las conductas, prácticas, acciones y omisiones del personal de salud, de manera directa o indirecta, en el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres y personas gestantes, y de sus hijos en el proceso de nacimiento. Esta definición incluye tanto al sector público como privado. A su vez, es importante enmarcar la violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género que refiere a prácticas médicas en las que se materializa un tipo de discriminación que se encuentra naturalizada. Entre las prácticas médicas que comprende este concepto, se incluyen también casos de pérdida gestacional y perinatal.

No obstante, estas primeras categorizaciones normativas, es necesario mencionar que el alcance del término “violencia obstétrica” está sometido a debate. Estas tensiones se hacen patentes, por ejemplo, en las decisiones emitidas en el marco del sistema interamericano de derechos humanos, arena en la que se han emitido algunas consideraciones en torno a la cuestión. Así, por ejemplo, en el caso IV (Bolivia), en el informe de fondo 72/14 la CIDH resaltó que “la práctica de una esterilización no consentida causa dolor y sufrimiento a las afectadas y constituye una forma de violencia, con secuelas físicas y psicológicas de carácter continuado en la salud reproductiva de las mujeres afectadas. Ello ha sido reconocido expresamente por la legislación de algunos países latinoamericanos, tales como Argentina y Venezuela, que califican a la esterilización forzada como una forma de violencia obstétrica o como una forma de violencia autónoma”. En forma más reciente, aunque sin hacer referencia explícita a la violencia obstétrica, la Corte IDH en el caso Manuela y otros v. El Salvador también reconoció la criminalización de mujeres que han sufrido abortos y otras emergencias obstétricas. En este sentido, la Corte IDH destacó que: “la sentencia que condenó a Manuela incurre en todos los prejuicios propios de un sistema patriarcal y resta todo valor a las motivaciones y circunstancias de hecho. Recrimina a Manuela como si ésta hubiese violado deberes considerados propios de su género y, en forma indirecta, le reprocha su conducta sexual”.

De todos modos, más allá de la relevancia de la discusión conceptual, este documento tiene como finalidad poner de relieve esta problemática. En ese sentido, identifica sentencias **que desarrollan de manera específica el concepto de violencia obstétrica y establecen cuáles fueron sus alcances**. Como se verá, el número de sentencias identificadas que reconocen expresamente este tipo de violencia es muy reducido. A su vez, es importante destacar que en muchos casos este desarrollo se dio en el marco de procesos iniciados como demandas de daños y perjuicios por mala praxis médica, más allá del tipo de daño sufrido por la mujer o persona gestante.

Referencia Jurídica e Investigación
Secretaría General de Capacitación y Jurisprudencia
Ministerio Público de la Defensa

El tratamiento de la violencia obstétrica en el ámbito de los tribunales presenta importantes desafíos. El primero de ellos es que muchas prácticas médicas violentas son naturalizadas. Esto puede deberse, en parte, al contexto en el que ocurren, el cual está sujeto a una marcada relación asimétrica entre las mujeres y personas gestantes y los/las profesionales de la salud, cuya formación en el tema es limitada. Esta desigualdad contribuye a que muchas personas no reconozcan el maltrato y, su contracara, que es la posibilidad de reclamar por una mejor atención¹. Además, debe tenerse en cuenta la situación de vulnerabilidad de las mujeres y personas gestantes no sólo respecto de su condición de género y estado emocional, sino también porque, en algunos casos, influyen factores políticos, económicos o culturales que derivan en la ausencia de información y desconocimiento de sus derechos. En consecuencia, no siempre habrá un solo condicionante de género, sino muy probablemente otros factores de vulnerabilidad que actúan de manera entrelazada.

El segundo desafío vinculado al tratamiento de la cuestión por parte de los tribunales es que, por el momento, no existen profesionales del derecho versados en la materia. Así, por ejemplo, en general, en las facultades no existen materias que aborden la cuestión o que permitan reflexionar sobre los alcances que puede tener esta práctica.

De todos modos, en el ámbito nacional, se han registrado algunos avances en la identificación de esta problemática. Por ejemplo, a Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG) –creada mediante la [resolución 120/2011](#)–, ha comenzado a registrar información que releva las características de este fenómeno, el tipo de violencia obstétrica desplegada, la provincia y la clase de institución en la que ocurrió, entre otras cuestiones. Así, por ejemplo, para el año 2020 se determinó:

Denuncias según las prácticas y/o situaciones y/o condiciones de atención que incurren en violencia obstétrica	f	%
Trato deshumanizado	40	80 %
Falta de información	29	58 %
No respeto a la decisión de la mujer	19	38 %
Negar acompañante	19	38 %
Medicación, Patologización	12	24 %
Privacidad e intimidad	8	16 %
Contacto con hijos	6	12 %
Cesárea	3	6 %
Problemas edilicios	2	4 %
Neonatología	2	4 %

Fuente: Informe CONSAVIG

¹ Belli F. Laura (2013) “La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos”. Revista Redbioética, UNESCO, pág. 28.

Boletín de jurisprudencia
Violencia obstétrica

Denuncias por tipo de institución	%
Privada	64%
Pública	36%

Fuente: Informe CONSAVIG

Denuncias por provincia	%
CABA	36 %
Buenos Aires	24 %
Santiago del Estero	0,0 %
Santa Cruz	0,0 %
San Juan	0,0 %
Salta	0,0 %
Neuquén	0,0 %
Misiones	0,0 %
La Rioja	0,0 %
La Pampa	0,0 %
Formosa	0,0 %
Corrientes	0,0 %
Chubut	0,0 %
Chaco	0,0 %
Catamarca	0,0 %

Fuente: Informe CONSAVIG

Comparativo Anual de denuncias	2020	2019	2018	2017
Cesárea	6 %	36 %	12 %	15 %
Medicación, Patologización	24 %	50 %	31 %	42 %
Trato deshumanizado	80 %	100 %	88 %	81 %
Privacidad e intimidad	16 %	19 %	26 %	19 %
Problemas edilicios	4 %	14 %	5 %	5 %
Falta de información	58 %	89 %	60 %	43 %
No respeto a la decisión de la mujer	38 %	58 %	55 %	34 %
Negar acompañante	38 %	22 %	21 %	16 %
Contacto con hijos	12 %	33 %	33 %	28 %
Neonatología	4 %	14 %	10 %	14 %

Fuente: Informe CONSAVIG

Referencia Jurídica e Investigación
Secretaría General de Capacitación y Jurisprudencia
Ministerio Público de la Defensa

A partir de las estadísticas se advierte que existe un mayor porcentaje de denuncias sobre violencia obstétrica en CABA y Provincia de Buenos Aires. No obstante, también refleja interrogantes respecto a la situación de aquellas provincias que no registran denuncias. Esta realidad demuestra la necesidad de seguir trabajando en mecanismos de erradicación y prevención de la violencia más allá de las normas nacionales e internacionales y los diversos organismos que trabajan en esta temática. Precisamente, en algunas investigaciones académicas se destaca que “en América Latina muy pocos países han establecido regulaciones que pretendan enfrentar directamente el fenómeno de la violencia obstétrica y Venezuela, México y Argentina, que lo han hecho, han alcanzado un escaso impacto²”.

En efecto, si bien el fenómeno de la violencia obstétrica ha comenzado a tener visibilidad en el contexto internacional, y en el ámbito nacional, su tratamiento en los tribunales es incipiente. Con la intención de ilustrar los avances que se han dado en los diferentes foros, este documento se organizará de la siguiente manera. En primer lugar, bajo el acápite I, se incluye la jurisprudencia internacional y extranjera. La selección muestra que existen regulaciones específicas que abordan los procesos reproductivos de las mujeres y los lineamientos a tener en cuenta para respetar sus derechos y prevenir la violencia obstétrica. En segundo lugar, bajo el acápite II se incluyen decisiones emitidas por tribunales nacionales de Salta, Jujuy, Santa fe y Córdoba, en los diferentes fueros Civil, Penal y de Violencia Familiar. En estos documentos se observa de manera alternada, tres cuestiones que son importantes destacar a los fines del estudio de la cuestión:

1. La identificación y desarrollo del concepto de violencia obstétrica. Reconocer que implica este tipo de violencia en las diferentes etapas de parto, parto y posparto y su regulación en las diferentes normas nacionales e internacionales.
2. Se define a la violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género y la importancia de abordar este tipo de casos con un enfoque de género.
3. Se advierte que existe, por parte de los profesionales de la salud, un deber de información y la necesidad de contar con el consentimiento informado de la paciente.

Por último, en el acápite III se presenta un cuadro con la normativa internacional y nacional aplicable a los casos de violencia obstétrica.

En atención a que es posible que existan pronunciamientos referidos a esta temática que no se encuentren incluidos en este boletín, solicitamos que por favor nos escriban un correo electrónico a jurisprudencia@mpd.gov.ar en caso de que se haya omitido jurisprudencia cuya incorporación pudiera resultar relevante.

² Díaz García, LI, Fernández, M. (2018). “Situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile”. Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Nro. 51.

1. JURISPRUDENCIA INTERNACIONAL Y EXTRANJERA

1.1. COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

1.1.1. Acceso de servicios a salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. 2010.

“[P]ara la Corte Interamericana, la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados. Por ello ha manifestado que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado...”.

“[L]a Comisión considera que el derecho a la integridad personal implica la obligación de los Estados de respetar y garantizar que nadie sea objeto de agresiones o lesiones físicas y/o mentales. Asimismo, la protección del derecho a la integridad personal de las mujeres en el ámbito de la salud materna, implica la obligación de los Estados de garantizar por disposiciones legislativas o de otro carácter, que las mujeres disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental sin discriminación. Para ello, si bien la Comisión ha señalado que los Estados deben acreditar la adopción de medidas razonablemente a su alcance y expeditas para ofrecer el tratamiento médico requerido a las personas que lo necesitan, la igualdad de trato entre las mujeres y los hombres es una obligación inmediata...”.

- Barreras en el Acceso a Servicios de Salud Materna

“[C]on respecto a la accesibilidad de los servicios de salud materna, la CIDH observa que existen diversas barreras que limitan a las mujeres el acceso a estos servicios. Estas barreras están relacionadas con factores estructurales de los servicios de salud per se; y leyes y políticas que regulan los servicios. Asimismo ciertas prácticas, actitudes y estereotipos, tanto al interior de la familia y la comunidad así como del personal que trabaja en los establecimientos de salud pueden operar como barreras para las mujeres en el acceso a estos servicios. Es muy importante tener en cuenta, en este sentido, que las mujeres han sido sujetas a varias formas de discriminación históricamente, y la obligación de remediar dicha discriminación requiere la integración de la perspectiva de género en el diseño e implementación de las leyes y las políticas públicas que les afecten.

En cuanto a los factores estructurales, la CIDH ha recibido información que indica que una de las barreras principales que las mujeres enfrentan en el acceso a servicios de salud materna son los gastos relacionados con la atención del servicio. El pago del servicio se convierte en un determinante para decidir si acudir o no a los servicios de salud frente a algún síntoma de riesgo durante el embarazo y/o parto, situación que afecta desproporcionadamente a las mujeres pobres reflejándose con ello la falta de apoyo estatal para las personas con escasos recursos. Así, la falta de priorización de recursos refleja la ausencia en muchos casos de perspectiva de género en las políticas públicas sobre el acceso a servicios de salud materna fundamentales...”.

“[A]demás de la accesibilidad física y económica de los servicios de salud que resulten económica y geográficamente alcanzables, es importante que las mujeres, sus familias y comunidades conozcan los servicios de salud, así como que puedan ser capaces de identificar señales de advertencia que requieran de atención médica. En consecuencia, la falta de información en materia reproductiva opera como otra barrera en el acceso a los servicios de salud materna debido a que

Referencia Jurídica e Investigación
Secretaría General de Capacitación y Jurisprudencia
Ministerio Público de la Defensa

impide a las mujeres adoptar decisiones libres y fundamentadas sobre su salud, y como consecuencia de ello la falta de comportamientos adecuados para la prevención y promoción de su salud y la de sus hijos. Sobre este punto, el Comité DESC, en su Observación General 14 determinó que ‘la accesibilidad comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de cuestiones relacionadas con la salud’...”.

“[O]tro factor estructural que opera como barrera para las mujeres en su acceso a servicios de salud materna, son los estereotipos de género persistentes en el sector salud. Así, las leyes, políticas o prácticas que exigen a las mujeres la autorización de terceras personas para obtener atención médica, y que permiten formas de coerción tales como la esterilización de la mujer sin consentimiento, perpetúan estereotipos que consideran a las mujeres vulnerables e incapaces de tomar decisiones autónomas sobre su salud. En efecto, situaciones en las que a las mujeres les nieguen la atención médica por su condición de mujer, su estado civil o su nivel de educación, constituyen formas de discriminación en el acceso a estos servicios⁶⁰. Igualmente, las políticas, prácticas y estereotipos de género que no respetan el derecho de las mujeres a la confidencialidad, pueden constituir barreras en el acceso a los servicios de salud materna, particularmente en las adolescentes...”.

“[E]l derecho de las mujeres de acceso a la información en materia reproductiva hace surgir una obligación proactiva u oficiosa a cargo del Estado, debido al reconocimiento de las limitaciones que suelen tener las mujeres, particularmente las mujeres pobres, indígenas y/o afrodescendientes y quienes habitan en zonas rurales, para acceder a información confiable, completa, oportuna y accesible que les permita ejercer sus derechos o satisfacer sus necesidades. En estos casos, y como se desarrollará más adelante, el derecho de acceso a la información adquiere un carácter instrumental usualmente, aunque no necesariamente, asociado a la satisfacción de otros derechos humanos consagrados en la Convención Americana...”.

“[E]specíficamente en el ámbito de la salud materna, la CIDH ha destacado que la protección del derecho a la integridad de las mujeres en condiciones de igualdad se materializa a través de la provisión de información y educación en la materia para que las mujeres adopten decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción, incluyendo la planificación familiar. Asimismo la CIDH ha recomendado que para abordar las altas tasas de mortalidad materna deberían implementarse medidas y campañas de difusión destinadas al público en general sobre el deber de respetar los derechos de las mujeres en materia civil, política, económica, social, cultural, sexual y reproductiva.

Además ha sostenido que es importante que las mujeres, sus familias y comunidades conozcan los servicios de salud, así como que puedan ser capaces de identificar señales de advertencia que requieran de atención médica. Por ello, ha señalado que la falta de información en materia reproductiva opera como una barrera en el acceso a los servicios de salud materna debido a que impide a las mujeres adoptar decisiones libres y fundamentadas sobre su salud, y como consecuencia de ello la falta de comportamientos adecuados para la prevención y promoción de su salud y la de sus hijos...”.

“[E]l acceso a la información en materia reproductiva requiere que las mujeres cuenten con información suficiente para tomar decisiones sobre su salud. Para alcanzar dicho objetivo, la información que se brinde debe ser oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa. Asimismo, debe ser comprensible, con un lenguaje accesible y encontrarse actualizada. Según Rebecca Cook, en principio, la información que profesionales de la salud deberían ofrecer comprende:

- La condición de salud reproductiva actual de la paciente en lo referente a los riesgos de embarazo no planeado, infecciones de transmisión sexual, concepción y nacimiento de un niño afectado por una discapacidad razonablemente previsible e infertilidad.
- El acceso razonable a los medios médicos, sociales y de otro tipo que responden a las condiciones e intenciones reproductivas del paciente incluyendo las tasas de éxito predecibles, los efectos colaterales y los riesgos de cada opción...”.

“[L]a CIDH ha sostenido que aparte del derecho general de acceso a la información en poder del Estado, ‘toda persona tiene el derecho a acceder a información sobre sí misma, sea que esté en posesión del gobierno o de una entidad privada’. Este derecho incluye el derecho a modificar, eliminar o corregir la información considerada sensible, errónea, sesgada o discriminatoria. Asimismo, la Declaración de Principios sobre Libertad de Expresión establece que ‘toda persona tiene el derecho a acceder a la información sobre sí mismo o sus bienes en forma expedita y no onerosa, ya esté contenida en base de datos, registros públicos o privados y, en el caso de que fuera necesario, actualizarla, rectificarla y/o enmendarla’...”.

1.1.2. Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes. 2019.

“[E]l derecho de las mujeres, niñas y adolescentes a vivir una vida libre de violencia es un principio fundamental del derecho internacional de los derechos humanos, establecido por el sistema universal como regional de derechos humanos, con deberes jurídicos relativos a la erradicación de la violencia y la discriminación. Estos deberes están basados en los derechos fundamentales a la igualdad, a la no discriminación, a la vida y a la integridad personal. Estos principios, obligaciones y derechos son reconocidos en el marco interamericano por la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante la ‘Convención Americana’, ‘Convención’ o la ‘CADH’) y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (en adelante la ‘Declaración Americana’, ‘Declaración’ o la ‘DADH’). De igual forma, han sido consagrados en instrumentos especializados como la Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (en adelante la ‘Convención De Belém Do Pará’) y por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (en adelante la ‘Convención sobre los Derechos del Niño’ o la ‘CDN’). Todos ellos aluden al deber de los Estados de actuar con la debida diligencia requerida para prevenir, proteger, investigar, sancionar y reparar toda violación a los derechos humanos...”.

“[L]a CIDH ha considerado que “la violencia obstétrica 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 postparto, en centros de salud públicos o privados. Así, la violencia obstétrica se configura en las acciones u omisiones por parte de los médicos y personal de apoyo en servicios de salud, públicos o privados, durante la atención en el proceso de gestación, parto y postparto, que se caracterizan por un trato deshumanizador o discriminatorio que causan un daño físico, psicológico o moral a la mujer...”.

“[L]a CIDH reconoce la violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer, prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención Belém do Pará, dado que atenta contra el derecho de las mujeres a la integridad personal, a la igualdad y no discriminación, a la salud, a la vida privada y respeto a su autonomía y, en muchas ocasiones, involucra el incumplimiento del deber de obtener un consentimiento previo, libre, pleno e informado³. La CIDH advierte que este tipo de violencia encierra concepciones machistas y estereotipadas sobre el rol de las mujeres, su experiencia de la maternidad y sobre sus cuerpos y por tanto, representa una forma de discriminación contra ellas, basándose en el supuesto que el sufrimiento

hace parte de la experiencia del embarazo; en la supuesta inferioridad de las mujeres; en su pretendida incapacidad para tomar decisiones adecuadas sobre sus procesos reproductivos; y en nociones machistas relativas a los cuerpos de las mujeres como objetos de placer sexual para los hombres...”.

“[L]a violencia obstétrica 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...”.

“[L]a Comisión advierte que la violencia obstétrica es una práctica normalizada y común que se ha mantenido invisibilizada por una gran parte de los países de la región como consecuencia del contexto en el que se perpetúa, la relación asimétrica entre el personal de salud y las mujeres, y de la situación de vulnerabilidad acentuada en la que ellas se encuentran. Ante este tipo de violencia, los datos son escasos y difíciles de medir, las mujeres no saben dónde reportar y, en muchas ocasiones, temen que al cuestionar o denunciarlo se les niegue la atención. En este sentido y a modo de ejemplo, la Comisión ha tenido conocimiento que cerca del 25 por ciento de las mujeres embarazadas, en parto o puerperio, en el año 2016 en México reportan haber enfrentado actos de violencia obstétrica; 1 de cada 4 mujeres en Brasil habrían sufrido algún tipo de violencia obstétrica; al tiempo que en el año 2017 se registraron 89 denuncias por estos actos en Argentina...”.

“[L]a Comisión recomienda a los Estados adoptar las medidas necesarias para reconocer la violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer, reglamentar su sanción, establecer mecanismos de denuncia y entablar campañas de concientización con el fin que las mujeres puedan conocer sus derechos, identificar esta forma de violencia y acceder a la justicia. Asimismo, la Comisión recomienda adoptar las medidas necesarias para garantizar la participación de la mujer, dándole acceso a información adecuada y multidisciplinaria sobre su cuerpo y su situación, con el fin de promover su libre elección sobre las formas de tratar su embarazo, respetando su consentimiento y su autonomía. Además, la CIDH recomienda establecer mecanismos de capacitación regular para profesionales de la salud sobre la protección de los derechos de las mujeres en sus procesos reproductivos...”.

1.1.3. Principales estándares y recomendaciones en materia de violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes. Anexo 1. 2019.

Estándares relativos a la relación entre violencia y no discriminación, desde una perspectiva interseccional:

- La prohibición estricta de la violencia y discriminación contra las mujeres basada en su género

“[E]l derecho de las mujeres a una vida libre de violencia es indivisible e interdependiente respecto de otros derechos humanos, como los derechos a la vida, la salud, la libertad y la seguridad de la persona, la igualdad y la misma protección en el seno de la familia, la protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, entre otros...”.

- Discriminación y violencia adicional resultado de situaciones particulares de vulnerabilidad

“[L]a CIDH destaca que a la luz del artículo 9 de la Convención de Belém do Pará, los Estados deben tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer embarazada. Los factores de riesgo enfrentados por las mujeres adquieren una dimensión particular en cuanto se trata de mujeres embarazadas, parturientas o puérperas, atención y protección que solo ellas requieren por su capacidad biológica de embarazo y parto. La CIDH ha indicado que ‘[muchas] mujeres sufren formas de violencia durante el embarazo que pueden ocasionar una afectación a su integridad física, como por ejemplo la esterilidad, y que en algunos casos pueden llegar a vulnerar su derecho a la vida’...”.

1.2. COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER

1.2.1. Recomendación general 19, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 11º período de sesiones, 1992.

“[L]a violencia contra la mujer, que menoscaba o anula el goce de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales en virtud del derecho internacional o de los diversos convenios de derechos humanos, constituye discriminación, como la define el artículo 1 de la Convención. Esos derechos y libertades comprenden:

- a) El derecho a la vida;
- b) El derecho a no ser sometido a torturas o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;
- c) El derecho a protección en condiciones de igualdad con arreglo a normas humanitarias en tiempo de conflicto armado internacional o interno;
- d) El derecho a la libertad y a la seguridad personales;
- e) El derecho a igualdad ante la ley;
- f) El derecho a igualdad en la familia;
- g) El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental;
- h) El derecho a condiciones de empleo justas y favorables...”.

“[E]l artículo 12 requiere que los Estados Partes adopten medidas que garanticen la igualdad en materia de servicios de salud. La violencia contra la mujer pone en peligro su salud y su vida...”.

“[L]a esterilización y el aborto obligatorio influyen adversamente en la salud física y mental de la mujer y violan su derecho a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos.

La violencia en la familia es una de las formas más insidiosas de violencia contra la mujer. Existe en todas las sociedades. En las relaciones familiares, se somete a las mujeres de cualquier edad a violencia de todo tipo, como lesiones, violación, otras formas de violencia sexual, violencia mental y violencia de otra índole, que se ven perpetuadas por las actitudes tradicionales. La falta de independencia económica obliga a muchas mujeres a permanecer en situaciones violentas. La negación de sus responsabilidades familiares por parte de los hombres puede ser una forma de violencia y coerción. Esta violencia compromete la salud de la mujer y entorpece su capacidad de participar en la vida familiar y en la vida pública en condiciones de igualdad...”.

“[A] la luz de las observaciones anteriores, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomienda que: [...] Los Estados Partes aseguren que se tomen medidas para impedir la coacción con respecto a la fecundidad y la reproducción, y para que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad...”.

1.2.2. Recomendación general 24, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1999.

Artículo 12, párrafo 1

“[L]os Estados Partes deberían informar sobre cómo interpretan la forma en que las políticas y las medidas sobre atención médica abordan los derechos de la mujer en materia de salud desde el punto de vista de las necesidades y los intereses propios de la mujer y en qué forma la atención médica tiene en cuenta características y factores privativos de la mujer en relación con el hombre, como los siguientes:

a) Factores biológicos que son diferentes para la mujer y el hombre, como la menstruación, la función reproductiva y la menopausia. Otro ejemplo es el mayor riesgo que corre la mujer de resultar expuesta a enfermedades transmitidas por contacto sexual;

b) Factores socioeconómicos que son diferentes para la mujer en general y para algunos grupos de mujeres en particular. Por ejemplo, la desigual relación de poder entre la mujer y el hombre en el hogar y en el lugar de trabajo puede repercutir negativamente en la salud y la nutrición de la mujer. Las distintas formas de violencia de que ésta pueda ser objeto pueden afectar a su salud. Las niñas y las adolescentes con frecuencia están expuestas a abuso sexual por parte de familiares y hombres mayores; en consecuencia, corren el riesgo de sufrir daños físicos y psicológicos y embarazos indeseados o prematuros. Algunas prácticas culturales o tradicionales, como la mutilación genital de la mujer, conllevan también un elevado riesgo de muerte y discapacidad;

c) Entre los factores psicosociales que son diferentes para el hombre y la mujer figuran la depresión en general y la depresión en el período posterior al parto en particular, así como otros problemas psicológicos, como los que causan trastornos del apetito, tales como anorexia y bulimia;

d) La falta de respeto del carácter confidencial de la información afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física...”.

“[L]a obligación de respetar los derechos exige que los Estados Partes se abstengan de poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud. Los Estados Partes han de informar sobre el modo en que los encargados de prestar servicios de atención de la salud en los sectores público y privado cumplen con su obligación de respetar el derecho de la mujer de acceder a la atención médica. Por ejemplo, los Estados Partes no deben restringir el acceso de la mujer a los servicios de atención médica ni a los dispensarios que los prestan por el hecho de carecer de autorización de su esposo, su compañero, sus padres o las autoridades de salud, por no estar casada o por su condición de mujer. El acceso de la mujer a

una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones...”.

“[L]a obligación de proteger los derechos relativos a la salud de la mujer exige que los Estados Partes, sus agentes y sus funcionarios adopten medidas para impedir la violación de esos derechos por parte de los particulares y organizaciones e imponga sanciones a quienes cometan esas violaciones. Puesto que la violencia por motivos de género es una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer, los Estados Partes deben garantizar:

a) La promulgación y aplicación eficaz de leyes y la formulación de políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios, que aborden la violencia contra la mujer y los abusos deshonestos de las niñas, y la prestación de los servicios sanitarios apropiados;

b) La capacitación de los trabajadores de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género...”.

“[L]as mujeres tienen el derecho a estar plenamente informadas por personal debidamente capacitado de sus opciones al aceptar tratamiento o investigación, incluidos los posibles beneficios y los posibles efectos desfavorables de los procedimientos propuestos y las opciones disponibles...”.

Artículo 12, párrafo 2

“[E]n sus informes, los Estados Partes han de indicar también qué medidas han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto. Asimismo, debe indicarse en qué proporción han disminuido en su país en general y en las regiones y comunidades vulnerables en particular las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad de resultados de la adopción de esas medidas.

En sus informes, los Estados Partes deben indicar en qué medida prestan los servicios gratuitos necesarios para garantizar que los embarazos, los partos y los puerperios tengan lugar en condiciones de seguridad. Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles...”.

1.2.3. Recomendación general 35, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, 2017.

“[E]l concepto de ‘violencia contra la mujer’, tal como se define en la recomendación general núm. 19 y en otros instrumentos y documentos internacionales, hace hincapié en el hecho de que dicha violencia está basada en el género. En consecuencia, en la presente recomendación, la expresión ‘violencia por razón de género contra la mujer’ se utiliza como un término más preciso que pone de manifiesto las causas y los efectos relacionados con el género de la violencia. La expresión refuerza aún más la noción de la violencia como problema social más que individual, que exige respuestas integrales, más allá de aquellas relativas a sucesos concretos, autores y víctimas y supervivientes...”.

Referencia Jurídica e Investigación
Secretaría General de Capacitación y Jurisprudencia
Ministerio Público de la Defensa

“[L]a violencia por razón de género afecta a las mujeres a lo largo de todo su ciclo de vida y, en consecuencia, las referencias a las mujeres en este documento incluyen a las niñas. Dicha violencia adopta múltiples formas, a saber: actos u omisiones destinados a o que puedan causar o provocar la muerte o un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o económico para las mujeres, amenazas de tales actos, acoso, coacción y privación arbitraria de la libertad [...] ...”.

“[E]l derecho de las mujeres a una vida libre de violencia por razón de género es indivisible e interdependiente respecto de otros derechos humanos, a saber: los derechos a la vida, la salud, la libertad y la seguridad de la persona, la igualdad y la misma protección en el seno de la familia, la protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes y la libertad de expresión, de circulación, de participación, de reunión y de asociación.

La violencia por razón de género contra la mujer puede constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante en determinadas circunstancias, en particular en los casos de violación, violencia doméstica o prácticas tradicionales nocivas. En ciertos casos, algunas formas de violencia por razón de género contra la mujer también pueden constituir delitos internacionales...”.

“[L]as violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante...”.

1.3. COMITÉ SOBRE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

1.3.1. Recomendación General Nº 22, adoptada por el Comité DESC, El derecho a la salud sexual y reproductiva, E/C.12/GC/22, 2/5/2016.

“[E]l derecho a la salud sexual y reproductiva implica un conjunto de libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva. Entre los derechos cabe mencionar el acceso sin trabas a toda una serie de establecimientos, bienes, servicios e información relativos a la salud, que asegure a todas las personas el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva en virtud del artículo 12 del Pacto.

La salud sexual y la salud reproductiva son distintas, aunque están estrechamente relacionadas. La salud sexual, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es ‘un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad’. La salud reproductiva, tal como se describe en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, se refiere a la capacidad de reproducirse y la libertad de adoptar decisiones informadas, libres y responsables. También incluye el acceso a una serie de información, bienes, establecimientos y servicios de salud reproductiva que permitan a las personas adoptar decisiones informadas, libres y responsables sobre su comportamiento reproductivo...”.

“[E]l derecho a la salud sexual y reproductiva también es indivisible e interdependiente respecto de otros derechos humanos. Está íntimamente ligado a los derechos civiles y políticos que fundamentan la integridad física y mental de las personas y su autonomía, como los derechos a la vida; a la libertad y la seguridad de la persona; a no ser sometido a tortura ni otros tratos crueles,

inhumanos o degradantes; la privacidad y el respeto por la vida familiar; y la no discriminación y la igualdad. Por ejemplo, la falta de servicios de atención obstétrica de emergencia o la negativa a practicar abortos son causa muchas veces de mortalidad y morbilidad materna, que, a su vez, son una violación del derecho a la vida o la seguridad, y, en determinadas circunstancias, pueden constituir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes...”.

“[D]ebido a la capacidad reproductiva de las mujeres, la realización del derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva es esencial para la realización de todos sus derechos humanos. El derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva es imprescindible para su autonomía y su derecho a adoptar decisiones significativas sobre su vida y salud. La igualdad de género requiere que se tengan en cuenta las necesidades en materia de salud de las mujeres, distintas de las de los hombres, y se presten servicios apropiados para las mujeres en función de su ciclo vital.

La experiencia de las mujeres sometidas a discriminación y violencia sistemáticas durante toda su vida requiere una comprensión global del concepto de igualdad de género en el marco del derecho a la salud sexual y reproductiva. La no discriminación por razón de sexo, garantizada en el artículo 2 2) del Pacto, y la igualdad de las mujeres, garantizada en el artículo 3, requieren eliminar no solo la discriminación directa, sino también la indirecta, y asegurar la igualdad formal y sustantiva...”.

1.3.2. Recomendación General Nº 14, adoptada por el Comité DESC, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud-, E/C.12/2000/4, 11/8/2000.

“[E]l derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud...”.

“[E]l concepto del ‘más alto nivel posible de salud’, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud...”.

“[E]l Comité recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud...”.

“[P]ara suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el

tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos...”.

1.4. RELATORÍA ESPECIAL SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

1.4.1. Informe de la Relatoría Especial de Violencia contra la mujer: Un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia obstétrica durante la atención al parto. 2019.

“[L]a Relatora Especial se propone aplicar un enfoque basado en los derechos humanos a las diferentes formas de maltrato y violencia que sufren las mujeres en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. El maltrato y la violencia contra la mujer no solo violan el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, sino que también pueden poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física, su intimidad, su autonomía y a no sufrir discriminación...”.

“[E]l maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto se examinan en el informe como parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos. Las mujeres y las niñas sufren ese tipo de violencia cuando solicitan otras formas de atención de la salud sexual y reproductiva como exámenes ginecológicos, el aborto, tratamientos de fecundidad y anticonceptivos y en otros contextos de salud sexual y reproductiva...”.

“[C]on respecto a la terminología, la Relatora Especial utiliza el término ‘violencia obstétrica’ para referirse a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud. El término ‘violencia obstétrica’ se utiliza ampliamente en América del Sur, pero no se usa todavía en el derecho internacional de los derechos humanos, por lo que, a fin de abordarlo en el actual marco internacional de los derechos humanos de las mujeres, la Relatora Especial también utiliza el término ‘violencia contra la mujer durante la atención del parto’. En el plano regional, el Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará, que fue el primer mecanismo en reconocer la violencia obstétrica como violación de los derechos humanos, recomendó a los Estados la promulgación de leyes que penalicen la violencia obstétrica. Como resultado de ello, varios países de la región de América Latina y el Caribe han promulgado leyes que tipifican como delito la violencia obstétrica...”.

“[E]l informe también aborda la cuestión del consentimiento informado como derecho humano y como salvaguardia contra ese tipo de violencia. A menudo se niega a las mujeres su derecho a tomar decisiones informadas sobre la atención de la salud que reciben durante el parto y otros servicios de salud reproductiva; esta falta de consentimiento informado constituye una violación de los derechos humanos que puede ser imputada a los Estados y a sus sistemas nacionales de salud...”.

“[E]l consentimiento informado para el tratamiento médico relacionado con los servicios de salud reproductiva y el parto es un derecho humano fundamental. Las mujeres tienen derecho a recibir toda la información sobre los tratamientos recomendados a fin de que puedan pensar y adoptar decisiones bien informadas. La International Federation of Gynecology and Obstetrics reconoce que la obtención del consentimiento informado es una obligación, aun cuando pueda ser difícil y llevar tiempo...”.

“[E]l consentimiento informado es un proceso de comunicación e interacción continua entre el paciente y el personal sanitario, y una firma por sí sola no es una indicación de consentimiento informado. El personal sanitario debe adoptar una actitud proactiva a la hora de facilitar la información. Para que el consentimiento sea válido, debe ser voluntario, y la persona debe contar con toda la información. El consentimiento del paciente es necesario independientemente del procedimiento, y la persona puede retirar su consentimiento en cualquier momento según el principio de una atención centrada en el paciente. La información debe proporcionarse de un modo y en un idioma que sea comprensible, accesible y adecuado para las necesidades de la persona que debe adoptar la decisión. El nivel de formación, la discapacidad física o intelectual y la edad de la persona deben tenerse en cuenta a la hora de determinar la manera en que debe proporcionarse tal asesoramiento e información, y deben respetarse las necesidades y las preferencias de dicha persona. Las personas con discapacidad deben recibir todo el apoyo necesario para adoptar sus decisiones. Debe ejercerse una cautela extrema, sobre todo en el caso de las personas que tienen dificultades para hacerse entender, para asegurar que las decisiones que vayan a adoptarse mediante el proceso de apoyo en dicha toma de decisiones no se conviertan en decisiones de sustitución...”.

“[L]os nocivos estereotipos de género en el ámbito de la salud reproductiva en lo concerniente a la competencia de las mujeres para adoptar decisiones, el papel natural de la mujer en la sociedad y la maternidad limitan la autonomía y la acción individual de la mujer. Estos estereotipos surgen de sólidas convicciones religiosas, sociales y culturales y de las ideas sobre la sexualidad, el embarazo y la maternidad. Estos estereotipos nocivos se justifican además con la creencia de que el parto es un acontecimiento que exige el sufrimiento de la mujer. A las mujeres se les dice que estén felices por tener un niño sano, sin valorar en ningún momento su salud física ni su equilibrio emocional...”.

“[L]a dinámica del poder en la relación entre el centro de salud y los pacientes es otra causa de maltrato y violencia que se ve agravada por los estereotipos de género sobre el papel de la mujer. El centro de salud tiene el poder del conocimiento médico acreditado y el privilegio social de la competencia médica reconocida, mientras que las mujeres dependen básicamente de la información y la atención del centro de salud. Además, las mujeres son especialmente vulnerables durante el parto. Aunque los profesionales sanitarios no necesariamente tienen intención de tratar mal a sus pacientes, la autoridad del servicio médico puede fomentar por ese motivo una cultura de impunidad cuando las violaciones de los derechos humanos no solo no se remedian, sino que pasan inadvertidas. Este desequilibrio de poder se hace especialmente evidente en los casos en que los profesionales sanitarios abusan de la doctrina de la necesidad médica para justificar el maltrato y los malos tratos durante la atención del parto...”.

“[L]os derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud reproductiva y en la atención obstétrica sin ser objeto de discriminación o violencia, de sexismo o de cualquier otro tipo de violencia psicológica, tortura, trato inhumano o degradante o coacción. En el ámbito de la atención de la salud reproductiva y el parto, los sistemas de salud deben contar con los recursos presupuestarios necesarios para proporcionar una

atención de la salud materna y reproductiva accesible y de calidad, a fin de velar por que se atiendan y se cumplan las necesidades y los derechos de salud reproductiva de las mujeres durante la atención del parto, los exámenes ginecológicos o los tratamientos de fecundidad, en caso de aborto espontáneo, aborto, anticoncepción y en otros contextos de la salud sexual y reproductiva...”.

1.5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

1.5.1. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva

“[L]as mujeres desean una experiencia de parto positiva que satisfaga o supere sus expectativas o creencias personales y socioculturales previas. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un entorno sin riesgos clínicos ni psicológicos, y en continuidad con un apoyo práctico y emocional por parte del acompañante o acompañantes durante el parto, así como un personal clínico amable y técnicamente competente. La mayoría de las mujeres desean un trabajo de parto y parto fisiológicos, y tener una sensación de control y logro personal mediante la participación en la toma de decisiones, aun cuando sean necesarias o deseables intervenciones médicas...”.

Recomendación 1: Atención respetuosa de la maternidad

“[S]e recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto...”.

Recomendación 2: Comunicación efectiva

“[S]e recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.

A falta de una definición estandarizada de ‘comunicación efectiva’, el GDG se mostró de acuerdo en que la comunicación efectiva entre el personal de atención de maternidad y las mujeres durante el trabajo de parto y el parto debe incluir, como mínimo, lo siguiente:

- Presentarse a la mujer y a su acompañante, y dirigirse a la mujer por su nombre.
- Ofrecer a la mujer y a su familia la información que necesiten de una manera clara y concisa (en el idioma hablado por la mujer y su familia), evitando la terminología médica y usando materiales visuales y gráficos cuando sea necesario para comunicar procesos o procedimientos.
- Respetar y responder a las necesidades, preferencias y preguntas de la mujer con una actitud positiva. Prestar apoyo a las necesidades emocionales de la mujer con empatía y compasión, mediante el estímulo, el elogio, la tranquilización y la escucha activa.
- Prestar apoyo a la mujer para que comprenda que puede elegir, y garantizar que se respete su elección;
- Asegurarse de que se expliquen a la mujer los procedimientos y de que se obtenga de ella un consentimiento fundamentado verbal y cuando sea apropiado por escrito, para los tactos vaginales y otros procedimientos.

- Alentar a la mujer a que exprese sus necesidades y preferencias, e informarles regularmente a la ella y a su familia acerca de lo que está sucediendo y preguntarles si tienen alguna pregunta; Asegurar que se mantienen en todo momento la privacidad y la confidencialidad.
- Conseguir que la mujer conozca los mecanismos de que dispone para plantear sus posibles quejas.
- Interactuar con el acompañante elegido por la mujer para proporcionarle explicaciones claras sobre cuál es la mejor forma de prestarle apoyo respecto al trabajo de parto y el parto...”.

Recomendación 3: Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto

“[S]e recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.

- En este contexto el acompañante puede ser cualquier persona elegida por la mujer para que le preste apoyo de manera continua durante el trabajo de parto y el parto. Puede tratarse de alguien de la familia o la red social de la mujer, como su cónyuge o pareja, una amiga o pariente, un miembro de la comunidad (como un líder comunitario femenino, una profesional de la salud o una partera tradicional) o una doula (es decir, una mujer que ha recibido capacitación en el apoyo al parto pero que no forma parte del personal profesional de un centro de atención de salud). [...]
- Es importante que se respeten los deseos de las mujeres, incluidos los de las que prefieren no tener ningún acompañante.
- Encontrar un acompañante preferido para que las apoye durante el trabajo de parto podría no resultar fácil para las mujeres marginadas o vulnerables, o que viven lejos de los centros de atención de salud o si la labor del acompañante requiere un pago. Los centros de atención de salud tienen que tener en cuenta esto y considerar los pasos a seguir para lograr que esté siempre disponible el apoyo para todas las mujeres durante el trabajo de parto...”.

1.6. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

1.6.1. Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2011.

“[E]n el presente informe, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental examina la interacción entre las leyes penales y otras restricciones jurídicas relativas a la salud sexual y reproductiva y el derecho a la salud. El derecho a la salud sexual y reproductiva es una parte fundamental del derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados deben asegurar que este aspecto del derecho a la salud se haga plenamente efectivo...”.

“[E]l ejercicio del derecho a la salud requiere la eliminación de las barreras que interfieren en la adopción de decisiones relacionadas con la salud y en el acceso a los servicios de salud, la educación y la información, en particular en lo que respecta a las afecciones que solo afectan a las

mujeres y a las niñas. En los casos en que una barrera es producto de una ley penal o de restricciones jurídicas de otra índole, los Estados están obligados a eliminarla...”.

“[L]as leyes penales y las restricciones de la salud sexual y reproductiva de otra índole podrían afectar negativamente al derecho a la salud en múltiples aspectos, incluso atentando contra la dignidad humana. El respeto de la dignidad es fundamental para el ejercicio de todos los derechos humanos. La dignidad exige que las personas sean libres para tomar decisiones personales sin la injerencia del Estado, especialmente en un ámbito tan importante e íntimo como la salud sexual y reproductiva...”.

“[L]as leyes penales y las restricciones jurídicas de otra índole que reducen o deniegan el acceso a bienes y servicios relacionados con la planificación de la familia o a determinados métodos anticonceptivos modernos, como los anticonceptivos de emergencia, constituyen una violación del derecho a la salud. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer exhorta a los Estados a garantizar el acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia, así como a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia...”.

1.7. COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER

1.7.1. “SMF v. España”. 28/2/2020.

Hechos

Una mujer llevaba 39 semanas y seis días de gestación. Entonces, acudió a un hospital público de Lugo, España, con el fin de recibir orientación sobre el parto mientras su embarazo seguía su curso normal. En ese momento, sin recibir ningún tipo de explicación, fue ingresada en una sala durante 36 horas y no pudo ver a su pareja hasta que empezó a dilatar. En ese momento recibió diez tactos vaginales y, sin prestar autorización, se le indujo el parto con oxitocina. Una vez en la sala de partos, cuando pidió incorporarse para dar a luz, el personal sanitario se lo prohibió y le realizó, sin ningún tipo de información ni autorización, una episiotomía. Al nacer, la bebé presentaba fiebre (provocada posiblemente por infección producto de los múltiples tactos vaginales) y fue ingresada en neonatología.

Al año, la peticionaria presentó una queja formal en el hospital, pero no obtuvo respuestas. Después, trasladó un reclamo ante la Consejería de Sanidad del Gobierno gallego que fue desestimada. Luego, recurrió ante el Juzgado en lo Contencioso-administrativo Número 1 de Santiago de Compostela, que tampoco admitió su demanda. En su sentencia, el juez ponderó que era el médico quien decidía realizar o no la episiotomía y concluyó que no hubo mala praxis. Por este motivo, SFM recurrió ante el Tribunal Superior de Justicia de Galicia, pero tampoco la respaldó y descartó un supuesto de vulneración de la ley de autonomía del paciente. Finalmente, interpuso un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, sin éxito.

Decisión

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas consideró que España era responsable por haber infringido los derechos de la peticionaria en virtud de los artículos 2 b), c), d) y f) (garantía de no discriminación), artículo 3 (derecho a la igualdad), artículo 5 (funciones estereotipadas y prejuicios) y artículo 12 (derecho a la salud y a la atención médica) de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Definición de violencia obstétrica

“[L]a Relatora Especial [sobre violencia contra las mujeres] utiliza el término ‘violencia obstétrica’ para referirse a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud, y afirma que ‘esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático’...”.

“[E]l Comité observa que existía una alternativa a la situación vivida por la peticionaria, dado que su embarazo se desarrolló normalmente y sin complicaciones, que no había emergencia cuando llegó al hospital, pero que, sin embargo, desde su ingreso fue sometida a numerosas intervenciones sin que haya recibido explicaciones al respecto y sin que se le haya permitido opinar al respecto...”.

La violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género

“[E]l Comité [...] observa el reciente informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, ante la Asamblea general, 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...”.

“[L]a Relatora Especial explica que algunas de las causas subyacentes de la violencia obstétrica son las condiciones de trabajo, las limitaciones de recursos, así como la dinámica del poder en la relación entre el centro de salud y los pacientes, que se ve agravada por los estereotipos de género sobre el papel de la mujer...”.

“[E]l Comité considera que la aplicación de estereotipos afecta el derecho de la mujer a ser protegida contra la violencia de género, en el caso presente la violencia obstétrica, y que las autoridades encargadas de analizar la responsabilidad por tales actos deben ejercer especial cautela para no reproducir estereotipos...”.

“[E]l Comité observa que las autoridades administrativas y judiciales del Estado parte aplicaron nociones estereotipadas y, por lo tanto, discriminatorias, al asumir que es el médico quien decide realizar o no la episiotomía, al afirmar sin proporcionar explicación alguna al respecto que era ‘perfectamente comprensible’ que el padre no pudiera estar presente en el parto instrumental, al asumir que las lesiones psicológicas sufridas por la peticionaria eran una cuestión de ‘mera percepción’...”.

Obligaciones del equipo médico. Información que se debe brindar. Obligación de informar las prácticas que se realizan en el cuerpo de la mujer o persona con cuerpo gestante.

“[E]l Comité observa que según el informe clínico ginecológico-obstétrico aportado por la peticionaria, la actuación del personal sanitario no se ha ajustado a la *lex artis*, no se debieron de haber realizado tantos tactos vaginales, la documentación clínica no justificaba el empleo de oxitocina, y no consta el consentimiento de la peticionaria para la episiotomía, de acuerdo a la Ley de Autonomía del Paciente...”.

“[E]l Comité nota que el conjunto de la información proporcionada por las partes en el presente caso demuestra que las autoridades judiciales nacionales no realizaron un análisis exhaustivo de los elementos probatorios presentados por la peticionaria...”.

1.8. CORTE CONSTITUCIONAL DEL ECUADOR

1.8.1. “NIT”. Causa N° 904/2019. 13/12/2019.

Hechos

Una mujer comenzó con dolores de parto. Por este motivo, concurrió a un hospital que formaba parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) al que estaba afiliada por su trabajo. No obstante, la mujer no recibió asistencia médica y dio a luz sola. En esa oportunidad, se le negó la atención por falta de pago al instituto y se la derivó a un hospital público. En consecuencia, la mujer inició una acción de amparo contra las autoridades del IESS y del hospital. El Juzgado Segundo de la Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia de El Oro hizo lugar a la demanda. Entre sus argumentos expuso que, se violó el derecho la atención médica a la mujer y a su hijo. Ante esta decisión los demandados apelaron. Por este motivo, intervino la Corte Provincial de El Oro. En su sentencia, confirmó parcialmente la sentencia de primera instancia y remitió la causa a la Corte Constitucional.

Decisión

La Corte Constitucional del Ecuador ratificó la sentencia de primera instancia. Además, reconoció que la mujer fue víctima de violencia obstétrica y fijó un monto por el daño inmaterial. Asimismo, ordenó tanto al instituto de seguridad social como al Ministerio de Salud que elaboraran una guía integral de atención a mujeres embarazadas y de prevención de la violencia obstétrica.

Definición de violencia obstétrica

La violencia contra la mujer se manifiesta en múltiples escenarios, uno de ellos ocurre en relación a la prestación de servicios y atención de salud, en ese contexto un tipo específico de violencia es la obstétrica, que comprende uno o varias de los siguientes elementos, acciones u omisiones: a) Apropiarse o despreocuparse del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer por parte del personal de salud. b) Tratar a la mujer de forma deshumanizada, inhumana o degradante. c) Abusar de medicalización. d) Patologizar procesos naturales. e) Disminuir o anular la autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad. f) No brindar atención oportuna y eficaz ante una emergencia obstétrica. g) No tratar a la mujer embarazada con dignidad y respeto. h) Efectuar abuso físico, psicológico o sexual, discriminarla o estigmatizarla. i) Actuar de manera negligente, abandonar o demorar la atención. j) Causar dolor o sufrimiento innecesario o actuar de manera indolente ante su dolor, sufrimiento y necesidades. k) No informar acerca de los riesgos, beneficios y alternativas de toda intervención médica a la mujer embarazada. l) Impedir que sea acompañada por una persona de su confianza y elección. m) Obligarle a dar a luz en condiciones inseguras, insalubres, sin el acompañamiento médico adecuado o los instrumentos necesarios. n) Obstaculizar el apego voluntario entre la madre y el recién nacido sin una causa médica justificada, impidiéndole la posibilidad de cargar y amamantar...”.

“[E]n el Ecuador en la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres del 2018 incluyó en su artículo 10, literal (g) a la ‘violencia gineco-obstétrica’: Se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud ginecoobstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y posparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad,

impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico...”.

“[L] Se debe resaltar que tratos como los ocasionados, hacen que personas como la señora N. dejen de utilizar los servicios públicos de salud. Este hecho potencia la situación de vulnerabilidad que tienen las mujeres embarazadas y constituye una manifestación más de la violencia obstétrica. La violencia obstétrica sufrida constituye una violación a su derecho a la salud en conexidad con otros derechos...”.

La violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género

“[L]a atención prioritaria significa que entre varias personas o grupos humanos que requieren prestación de servicios, tienen precedencia, entre otros, las mujeres embarazadas y las personas recién nacidas. Estando en situación de requerir el servicio, el prestador, sea público o privado, debe dar antelación a los miembros del grupo prioritario. La prioridad también se puede entender que, entre las condiciones que se necesitan para ofrecer el servicio, se debe atender a la situación que genera la preferencia, que puede ser la edad o el embarazo...”.

“[L]a atención especializada exige que el servicio o prestación debe ser el específico y adecuado para la necesidad de cada persona. Una mujer embarazada durante la labor de parto y el alumbramiento, requiere de atención hospitalaria adecuada que debe incluir personal médico especializado (ginecólogos y pediatras) capacitados para atender y solventar emergencias ginecoobstétricas. Así como también personal médico de apoyo para cuando, ante complicaciones, se requiera de otros especialistas...”.

“[U]no de los aspectos más actuales y relevantes respecto al derecho a la salud de las mujeres trata sobre la "violencia obstétrica", también denominada 'violencia gineco-obstétrica' concepto que no ha tenido mayor desarrollo jurisprudencial [...], razón por la cual [la] Corte considera necesario pronunciarse al respecto en el marco de este caso. Dicho concepto específico de violencia se deriva del concepto general de 'violencia contra la mujer', el cual consta en varios instrumentos internacionales, entre ellos en el marco de las Naciones Unidas, la 'Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer', que en su artículo primero la define como '...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'.

En igual sentido en el ámbito interamericano, la 'Convención de Belem do Para' reitera que violencia contra la mujer comprende '...cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado'. Dicha Convención establece la obligación de los Estados de respetar los derechos de las mujeres y de tomar acciones concretas para garantizarlos, en especial considerando determinados tipos de violencia ejercidos contra las mujeres en situación de vulnerabilidad, siendo este el caso de la violencia que sufren las mujeres embarazadas en establecimientos de salud...”.

2. JURISPRUDENCIA NACIONAL

2.1. JUZGADO DE VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 1º NOMINACIÓN DE SALTA. “AFS”. CAUSA Nº 600894/17. 8/9/2017.

Hechos

Una mujer embarazada concurrió a un sanatorio y, sin su consentimiento informado, se le realizó tacto ginecológico. La práctica le produjo un desprendimiento de membrana. Luego, dio a luz en una camilla en la que se sintió incómoda para pujar, situación que comunicó al enfermero y fue desoída. A su vez, refirió haber presenciado un diálogo entre el médico de guardia que la atendió y el enfermero respecto a la posibilidad de enviarla al quirófano o a una habitación. Además, no se la cubrió con una manta y quedó en posición ginecológica, incluso al momento de salir de la guardia. Por último, relató haber sufrido maltrato verbal y falta de suministro de analgésicos. Pudo amamantar a su hija casi cuatro horas después de su nacimiento. Al ser dada de alta, advirtió errores en el horario del nacimiento y el nombre del médico que la atendió durante el parto. En este marco, la mujer efectuó una denuncia a través del Defensor del Pueblo de la Nación ante el Juzgado de Violencia de Género 1ª Nominación de Salta.

Decisión

El Juzgado de Violencia Familiar y Género 1º Nominación de Salta, a cargo de la jueza Valdez, ordenó a los directivos del sanatorio y al médico que atendió a la actora que acompañe un programa de planeamiento y abordaje para la prevención de casos de violencia de género y de violencia obstétrica. Asimismo, ordenó capacitar a todo el personal de sanatorio a fin de dar cumplimiento de la ley Nº 7.888 de Protección contra la Violencia de Género, emplazó al Ministerio de Salud Pública a fin de que informe acciones y gestiones tendientes al efectivo cumplimiento tanto de la ley Nº 26.485 como de la ley Nº 7.888 y exhortó al Ministerio de Salud de la provincia a que capacite a todo el personal de la salud en el ámbito público y privado en materia de violencia de género y obstétrica, entre otras medidas.

La violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género

“[U]na modalidad de violencia de género establecida por distintas normas a mencionar, es la violencia obstétrica, contemplada en nuestro ordenamiento jurídico en la Ley Nacional 26.485 de Protección Integral de violencia en contra de las mujeres, en la Ley 25.929 de Parto Respetado que amparan y protege a la mujer en estado de parto, parto, postparto, y también la Ley 26.529 de Derechos del Paciente. Son principalmente estas leyes las protectorias de género...”.

“[L]a Ley Nº 7888 [Ley de Protección de Violencia de Género. Salta] en su Art. 3º refiere específicamente a la violencia obstétrica entre otras: ‘Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción, omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón. La violencia de género incluye entre sus modalidades la violencia doméstica, laboral, institucional, financiera, obstétrica, y contra la libertad reproductiva’...”.

“[L]a legislación nacional y provincial está sustentada por normas convencionales de índole internacional establecidas en las CONVENCIÓNES INTERNACIONALES – CEDAW y BELEN DO PARA que en su art.6 reza: ‘El derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye: a – el derecho a la mujer a ser libre de toda forma de discriminación y b – el derecho a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación’...”.

“[R]especto al caso planteado por la Sra. A. merece la atención institucional en todos los órdenes para asegurar la atención digna de la mujer embarazada, o quienes se hallen en búsqueda de ser madres y también posteriormente a serlo. Ello, no es exclusivo de la mujer sino también necesariamente del menor por nacer y de los niños nacidos protegidos por normas de orden convencional (Convención Internacional de los Derechos del Niño)...”.

“[Q]ue es urgente promover la reflexión –y el cumplimiento de la ley– de los agentes de la salud a los fines de modificar prácticas naturalizadas violatorias de los derechos que le asisten a la mujer. Siendo que la vulnerabilidad en una mujer que quiere tener un hijo, de la mujer embarazada, en la mujer en el preparto, parto y posparto, no puede quedar ajena a la modalidad de atención, por lo que no solo debe efectuarse un adecuado control clínico e identificar los casos de riesgos sino permitir su protagonismo, cuidar el trato, respetar su voluntad siempre que no sean casos de riesgos, informar sus intervenciones...”.

“[L]a mujer quien es la protagonista, tiene bastos derechos, de ser informada, a ser respetada, a elegir el lugar y el proceso de parto, el acompañamiento, la posición a elegir para el parto, libertad de movimiento, contacto inmediato con el recién nacido, entre otros. Los Estados deben garantizar estos derechos implementando políticas públicas para una adecuada atención en salud de las mujeres, incorporando la perspectiva de género y los derechos humanos antes, durante y después del parto. Debe garantizarse el derecho de contar con la información necesaria que hace a los derechos que le asisten en el marco de la normativa vigente...”.

“[C]orresponde a las obras sociales incorporar en su normativa un instructivo/protocolo para el cumplimiento de lo que la ley ordena, con la obligatoriedad para la totalidad del personal de la salud de su capacitación en la temática de género y para el cumplimiento estricto de la Ley Nº 25.929 de Parto Respetado. Capacitación que debe impartirse en todos los niveles jerárquicos a fin de garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos que le asisten a sus afiliadas...” (voto de la jueza Valdez).

Obligaciones del equipo médico. Información que se debe brindar. Obligación de informar las prácticas que se realizan en el cuerpo de la mujer o persona con cuerpo gestante

“[E]l ejercicio de la profesión médica, como la de todo el personal de la salud se encuentra ligado a estrictos actos y acciones de humanidad, que se sustentan en una estructura normativa de orden convencional, nacional y provincial, pero que básicamente, es la sociedad quien exige vocación e interés del personal involucrado en un ámbito tan sensible como el de la salud. Ello fundado en la posición de poder/sabiduría en que se hallan frente a sus pacientes, quienes en su mayoría desconocen las ciencias médicas, los procesos reproductivos, los procedimientos e intervenciones del personal de la salud, (administrativos, camilleros, enfermeros, instrumentistas, médicos, directivos, etc.) como también el desconocimiento de las leyes que los protegen, máxime que su labor es ejercidas en el cuerpo de éstos y en el caso específico, en mujeres con el deseo de lograr un embarazo, mujeres en estado de gravidez, o en estado de postparto...”.

Referencia Jurídica e Investigación
Secretaría General de Capacitación y Jurisprudencia
Ministerio Público de la Defensa

“[Q]ue es urgente promover la reflexión –y el cumplimiento de la ley– de los agentes de la salud a los fines de modificar prácticas naturalizadas violatorias de los derechos que le asisten a la mujer. Siendo que la vulnerabilidad en una mujer que quiere tener un hijo, de la mujer embarazada, en la mujer en el parto, parto y posparto, no puede quedar ajena a la modalidad de atención, por lo que no solo debe efectuarse un adecuado control clínico e identificar los casos de riesgos sino permitir su protagonismo, cuidar el trato, respetar su voluntad siempre que no sean casos de riesgos, informar sus intervenciones...”.

“[L]a mujer quien es la protagonista, tiene bastos derechos, de ser informada, a ser respetada, a elegir el lugar y el proceso de parto, el acompañamiento, la posición a elegir para el parto, libertad de movimiento, contacto inmediato con el recién nacido, entre otros. Los Estados deben garantizar estos derechos implementando políticas públicas para una adecuada atención en salud de las mujeres, incorporando la perspectiva de género y los derechos humanos antes, durante y después del parto. Debe garantizarse el derecho de contar con la información necesaria que hace a los derechos que le asisten en el marco de la normativa vigente...”.

“[C]orresponde a las obras sociales incorporar en su normativa un instructivo/protocolo para el cumplimiento de lo que la ley ordena, con la obligatoriedad para la totalidad del personal de la salud de su capacitación en la temática de género y para el cumplimiento estricto de la Ley Nº 25.929 de Parto Respetado. Capacitación que debe impartirse en todos los niveles jerárquicos a fin de garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos que le asisten a sus afiliadas...” (voto de la jueza Valdez).

2.2. JUZGADO DE VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 1º NOMINACIÓN DE SALTA. “MMDV”. CAUSA Nº 603017/17. 2/10/2017.

Hechos

Una mujer cursaba el cuarto mes de embarazo y se encontraba con presión alta y hemorragias. En consecuencia, decidió concurrir al hospital. Así pues, fue atendida por un médico en la guardia. Asimismo, la mujer relató haber sufrido maltrato verbal y prácticas agresivas sin su consentimiento. Ante esta situación, solicitó el traslado a otro centro médico, pero no recibió respuesta. En consecuencia, se dirigió por sus propios medios a un nuevo hospital en el que le indujeron el parto. El bebé nació con vida, pero falleció horas después. Por este motivo, la mujer denunció al Hospital P.F. y al médico ginecólogo tratante por la violencia obstétrica que sufrió. Entonces, intervino el Juzgado de Violencia Familiar y de Género 1º Nominación de Salta.

Decisión

El Juzgado de Violencia Familiar y de Género 1º Nominación de Salta instó a los directivos del Hospital P.F. a promover las acciones administrativas internas tendientes a determinar la responsabilidad que del médico denunciado y de toda persona que intervino en el hecho concreto. Asimismo, solicitó al Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta la elaboración de un protocolo de atención para la prestación del servicio de obstetricia y ginecología.

Definición de violencia obstétrica

“[L]a doctrina define la violencia obstétrica como ‘toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales’. Del mismo

modo, se distingue la Violencia obstétrica física (que incluye prácticas invasivas y suministro de medicación no justificadas, entre otras conductas), y la violencia obstétrica psíquica (como ser trato deshumanizado, grosero, humillación, omisión de información, para citar las más salientes). Respecto de las omisiones que pueden configurar violencia obstétrica se encuentra la omisión de información sobre las distintas intervenciones médicas y la omisión de intimidad..." (voto de la jueza Valdez).

La violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género

"[L]a Ley Nacional Nº 26.485 protectoria de la violencia en contra de las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, establece en su art. 4º que se 'entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes'. En igual sentido en el Art. 6º del mismo cuerpo normativo, se enuncian las modalidades de violencia que pueden presentarse, entre las que destacan la violencia institucional y obstétrica..."

"[L]a vulnerabilidad en una mujer que quiere tener un hijo, de la mujer embarazada, en la mujer en el parto, parto y pos parto, no puede quedar ajena a la modalidad de atención, por lo que no solo debe efectuarse un adecuado control clínico e identificar los casos de riesgos sino permitir su protagonismo, cuidar el trato, respetar su voluntad siempre que no sean casos de riesgos, informar sus intervenciones. La mujer quien es la protagonista, tiene bastos derechos, de ser informada, a ser respetada, a elegir el lugar y el proceso de parto, el acompañamiento, la posición a elegir para el parto, libertad de movimiento, contacto inmediato con el recién nacido, entre otros. Los Estados deben garantizar estos derechos implementando políticas públicas para una adecuada atención en salud de las mujeres, incorporando la perspectiva de género y los derechos humanos antes, durante y después del parto..."

"[C]abe tener prima facie por configurado un supuesto de VIOLENCIA DE GENERO bajo la modalidad institucional – obstétrica, traducida en el caso concreto en violencia física y psicológica que constituye sin lugar a dudas una violación de elementales derechos humanos como lo es el derecho a la salud; siendo obligación del Estado propiciar condiciones en las que toda mujer no solo tenga derecho a acceder a la salud, sino que al hacerlo reciba un trato diligente, digno y adecuado. Este tipo de violencia ha permanecido invisibilizada por cuanto ha sido naturalizada entre los pacientes y los actores que en el mismo intervienen. Ni unos ni otros conocen sus derechos ni se cuestionan la legitimidad de sus prácticas..." (voto de la jueza Valdez).

Obligaciones del equipo médico. Información que se debe brindar. Obligación de informar las prácticas que se realizan en el cuerpo de la mujer o persona con cuerpo gestante

"[L]a Ley Nº 25.929 de Parto Respetado, que en su art. 2º reconoce amplios derechos a 'toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto', entre los que se destacan el derecho de la mujer a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existen diferentes alternativas..."

"[L]a ley Nº 26.529 sobre Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado consagra en el art. 2º derechos tales como el de trato digno y respetuoso, resguardo de la intimidad del paciente, e información sanitaria..." (voto de la jueza Valdez).

2.3. TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE JUJUY. “CCG”. CAUSA N° 14890. REGISTRO N° 335. 4/12/2018.

Hechos

Una mujer se encontraba embarazada y llevó a cabo varios controles prenatales en el marco del “Plan Nacer” que brindó el Estado. En ese marco, en la última ecografía se le informó que tenía “doble circular de cordón”, pero los médicos no brindaron indicaciones al respecto. No obstante, diez días después del último diagnóstico la mujer no sentía los movimientos del bebé y decidió concurrir de nuevo al hospital. En efecto, se le practicó una cesárea y el bebé nació muerto.

La mujer inició una demanda por daños y perjuicios contra el Estado provincial. Por su parte, el Estado alegó que se cumplió con informar la situación y que, por lo tanto, la mujer era responsable por su conducta descuidada. La Sala primera de la Cámara Civil y Comercial hizo lugar a la demanda y condenó al Estado provincial por los daños y perjuicios causados. Entre sus argumentos, expresó que las prácticas se realizaron por profesionales dependientes del Estado y que el equipo médico omitió advertir la presencia de un embarazo de riesgo. En ese sentido, expresó que se configuró una conducta omisiva de los profesionales dependientes del Estado provincial. Contra esta decisión, el Estado interpuso un recurso de inconstitucionalidad.

Decisión

El Superior Tribunal de Justicia de Jujuy rechazó el recurso de inconstitucionalidad y confirmó la sentencia dictada por la Cámara en lo Civil y Comercial. En este sentido, responsabilizó al Estado Provincial por los daños y perjuicios ocasionados a la actora por la muerte de su hijo. Asimismo, advirtió que se configuró un caso de violencia de género de modalidad obstétrica (voto de la jueza Altamirano, al que adhirieron el juez Jenefes y la jueza De Langhe de Falcone).

Definición de violencia obstétrica

“[E]n la especie se configuró un caso de violencia de género de modalidad obstétrica, ya que la paciente quedó inmersa bajo un ‘trato deshumanizado’ por parte de quienes se limitaron a comunicarle esos diagnósticos –desconcertantes, por cierto, para cualquier futura mamá profana en la materia médica– y nada más hicieron al respecto, dejándola librada a su suerte (cuando, por ejemplo, pudieron brindarle la contención que la especial situación de vulnerabilidad exigía y explicársele los pasos a seguir, mediante instrucciones claras y precisas; nada de lo cual fue acreditado en la especie)...”.

“[L]os Arts. 5º y 6º [Ley 26.485] nos describen sus diferentes tipos y modalidades, entre los que se encuentran la violencia física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica, doméstica, laboral, institucional, contra la libertad reproductiva, obstétrica y mediática; siendo en particular la ‘violencia obstétrica’ definida como ‘aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929’ (inc. e) del citado Art. 6º)...”.

La violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género

“[E]l Art. 4º de la Ley Nº 26.485 propone un concepto de ‘violencia de género’ más amplio que el adoptado por el Art. 1º de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la

violencia contra la mujer, conceptualizándola como ‘toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal’ ...”.

“[E]stimando que los dependientes del Estado Provincial comprobaron que el embarazo que cursaba la paciente era de alto riesgo y que, no obstante ello, nada hicieron para intentar que concluyera exitosamente, resulta que le dispensaron a la mujer gestante un trato deshumanizado que indefectiblemente se traduce en violencia de género [...] ...”.

Obligaciones del equipo médico. Información que se debe brindar. Obligación de informar las prácticas que se realizan en el cuerpo de la mujer o persona con cuerpo gestante

“[N]o basta con que se la haya informado el problema que padecía, sino que, además, debió indicársele qué hacer para intentar solucionarlo, los tratamientos a seguir y/o posibles intervenciones, las eventuales secuelas adversas, los potenciales peligros en caso de no hacer nada, etc.; y no quedarse de brazos cruzados esperando que la propia afectada interprete lo diagnosticado, evalúe y comprenda el cuadro que la aqueja, su pronóstico, y luego actúe per se en consecuencia...”.

“[E]l perito médico interviniente en la causa principal fue claro y categórico al dictaminar que, si bien los controles prenatales son responsabilidad de la paciente y también del equipo médico, ‘... la valoración integral de la salud perinatal, es una responsabilidad de todos los que intervenimos en los controles prenatales. Pero sin duda, ante un bajo o ausente nivel de alarma de la gestante, se debe buscar los medios operativos para la captación de la paciente, más aún, estando cerca del final de la terminación de su embarazo [...]’”.

2.4. JUZGADO PENAL DE PRIMERA INSTANCIA DEL DISTRITO JUDICIAL N° 1 DE SANTA FE. “RSV”. CAUSA N° 21080646256. 6/7/2020.

Hechos

Una mujer tuvo un parto en su casa sin asistencia médica ni de terceros, se desvaneció y el bebé cayó al piso. Entonces, fueron trasladados al hospital. Al llegar al centro médico, el bebé carecía de signos vitales. Esta circunstancia motivó que el personal médico la denunciara. En su declaración indagatoria, la mujer explicó que se había desmayado y que por esa razón el bebé se le había caído. En la etapa de juicio oral, suscribió un acuerdo de juicio abreviado que contemplaba la imposición de una pena de tres años de prisión. El acuerdo fue presentado para su homologación ante el juzgado.

Decisión

El Juzgado Penal de Primera Instancia del Distrito Judicial N° 1 de la ciudad de Santa Fe absolvió a la mujer por considerar que la conducta imputada era atípica.

Definición de violencia obstétrica

“[La denuncia efectuada por el médico del hospital] no hace más que evidenciar la violencia obstétrica posparto [...], a la que fue sometida [RSV] por parte del personal del efector de salud [...]. Ello impactó negativamente en la situación de la nombrada, en tanto pese a ser evidente que acudió al nosocomio en busca de ayuda tras dar a luz a su beba [...] recibió por respuesta una

clara violación a la confidencialidad y a la intimidad, extremo éste último expresamente contemplados en la ley de parto humanizado [...], que detalla los derechos de las mujeres durante el puerperio...” (voto del juez Falkenberg).

La violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género

“[L]as conductas de la mujer embarazada, por más descuidadas que fueran, quedan exentas de la autoridad de los Magistrados, encontrándose amparadas por el art. 19 de la Constitución Nacional, al punto que la ley 25.929 –denominada ley de ‘parto humanizado’–, solo contempla derechos y no obligaciones para la mujer embarazada...”.

“[S]ubyacen en la elaboración de la imputación, diversas circunstancias que evidencian sesgos de género por parte de quienes estuvieron a cargo de la investigación, que invalidan y atentan contra el regular juzgamiento de este tipo de sucesos...”.

“[L]a imputada fue sometida a proceso bajo el influjo de estereotipos de género, al ponderarse desde el comienzo de la investigación una serie de circunstancias que carecían en absoluto de relevancia jurídico penal, para fundar, sobre la base de las mismas, la presunción homicida, que luego fue morigerada por la conducta de una ‘imprudente madre’...”.

“[E]n relación a la novedosa atribución culposa, no cabe más que interpretar que en el reproche a tales ‘in’ conductas, subyacen [...] estereotipos o preconcepciones que están fundados en la visión tradicional y propia de una cultura patriarcal en orden al rol preconcebido de la mujer; a la idea de que su realización como tal sólo puede concretarse mediante la maternidad, por estar predestinada a parir, en razón de ser un atributo que la define. Esta naturalización –de que la mujer tiene un deber de parir por su destino biológico y, por tanto, debe saber cómo, dónde y en qué contexto hacerlo– es conteste con una visión estereotipada del papel social de la mujer como ‘buena madre’, ‘cuidadora’, ‘responsable’, de la que se espera cumpla los controles médicos obstétricos y sólo trasunta una ponderación prejuiciosa sobre la conducta esperable de [RSV], e importa criminalizar su comportamiento por no encajar en los patrones considerados ‘adecuados’ por la sociedad. Respuesta judicial, que, de concretarse, a no dudarlo, constituiría una práctica discriminatoria que no puede ser tolerada...”.

“[Q]uienes [imparten] justicia [deben] concretizar el deber de debida diligencia plasmado expresamente en el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará y ello en la práctica [...] importa tomar decisiones despojadas de ideas preconcebidas al momento de analizar los hechos sometidos a juzgamiento y las evidencias colectadas, pero además y, fundamentalmente, [...] interpela a poder identificar, visibilizar y cuestionar aquéllos estereotipos que son asumidos por las partes y cuyos efectos perpetúan la vulneración de los derechos de las mujeres...” (voto del juez Falkenberg).

2.5. JUZGADO DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA, VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 4º NOMINACIÓN DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA. “CLÍNICA DS”. 10/2/2021.

Hechos

Una mujer cursaba su primer embarazo sin complicaciones. En abril de 2016, comenzó con dolores de parto y sangrado. Según surgía de su historia clínica, se encontraba en la semana 21 de gestación. Entonces, concurrió a la clínica privada donde se atendía, pero no le realizaron monitoreos para controlar el estado del bebé. Por disposición de la clínica, estuvo varias horas sin

compañía de sus familiares, tampoco se les permitió el ingreso. Debido a que era su primer embarazo, la mujer no comprendía qué le sucedía ni que estaba en trabajo de parto. Tampoco los médicos se acercaron para explicarle la situación ni la trasladaron a una sala de parto. La mujer dio a luz sola en una cama de la guardia. Después de unos minutos, se llevaron a la bebé para limpiarla; cuando regresaron, le informaron que había muerto. Respecto de los motivos, sólo le indicaron que la placenta se había desprendido. La mujer solicitó a la clínica que le entregara el cuerpo de su hija y la historia clínica. El centro de salud entregó la historia clínica con datos erróneos e información que no se correspondía con lo que la mujer había vivido. A su vez, el centro de salud consideró que no se trataba de una persona sino de un feto y se negó a entregar el certificado de defunción. La clínica le entregó a su bebé en un frasco con formol.

La mujer inició una demanda por violencia de género bajo la modalidad obstétrica establecida en el artículo 6, inciso e, de la ley N° 26.485. Entre sus argumentos, expresó que se sintió abandonada por la clínica. En ese sentido, agregó que se habían vulnerado sus derechos como paciente ya que no había recibido información ni ayuda de los médicos. Por su parte, la clínica solicitó el rechazo de la denuncia. Sobre este aspecto, señaló que era infundada, que la situación no configuraba un hecho de violencia contra la paciente y tampoco se la había afectado por su condición de mujer. Por último, agregó que se trataba de una “triste situación de aborto”.

Decisión

El Juzgado de Niñez, Adolescencia, Violencia Familiar y de Género 4° Nominación de la ciudad de Córdoba hizo lugar a la demanda y declaró que la mujer fue víctima de violencia de género modalidad obstétrica tipo psicológica y física por omisión.

Definición de violencia obstétrica

“[L]a Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley 26.485), define a la violencia obstétrica como: ‘[a]quella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad a lo previsto en la Ley 25.929’ (art. 6 inc. e)...”.

“[D]e la sola lectura del artículo [6 inc. e, Ley 26.485] se desprende que la definición incluye no solo a los profesionales actuantes durante el proceso del parto, sino también a todo el personal que forma parte de un servicio y que tiene trato con este proceso reproductivo de la mujer (médicos, enfermeros/as, psicólogos/as, camilleros/as, personal administrativos, servicios hospitalarios, administrativo, de maestranza, etc.). Cualquier persona de las arriba referidas, integrante o no del equipo de salud, que se desempeñen en la institución, puede ejercer violencia hacia la mujer durante la atención del parto, parto y pos parto y pos aborto —sea punible o no— conforme el art. 6 inc. e del Decreto Reglamentario 1011/2010...”.

“[E]sta violencia puede manifestarse de diferentes maneras: física que incluye prácticas invasivas y suministro de medicación no justificadas, trato deshumanizado, grosero, humillación, falta de atención o consideración, intervenciones médicas injustificadas sobre el cuerpo de la mujer, falta de información sobre prácticas médicas, falta del pedido de consentimiento informado o la negación al derecho a estar acompañada durante todo el proceso del parto, inclusive si el mismo fue a través de una cesárea...”.

Referencia Jurídica e Investigación
Secretaría General de Capacitación y Jurisprudencia
Ministerio Público de la Defensa

“[El decreto reglamentario 1011/2010] establece que se entiende por trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no...”.

“[D]efinimos violencia obstétrica como el proceso de preparto, parto y posparto en dónde a la mujer gestante no se le respeta el derecho: ‘a la información, al trato digno, respetuoso e individual, propugnándose su libertad de elección respecto de la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto y el posparto, anteponiéndose el parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación, sin perjuicio de la necesidad y obligatoriedad de la utilización de esta práctica cuando lo ameriten el estado de salud de la parturienta y/o la persona por nacer con la previa voluntad de la madre expresamente manifestada por escrito en caso que se requiera someterla a un examen o intervención cuyo propósito sea la investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética’...”.

“[La mujer] transitó en la Clínica Privada D.S. un proceso de parto en las antípodas del parto humanizado, se le proporcionó un parto deshumanizado y deshumanizante [...]. El comportamiento de la Clínica Privada D.S. con posterioridad a tal evento, que gira en torno a la entrega de los restos del alumbramiento sin vida y la documentación correspondiente [historia clínica y partida de defunción], fue cuando menos negligente y cruel, asimismo vivido [...] como una verdadera tortura...” (voto de la jueza Wallece).

La violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género

“[E]l Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a través de la Recomendación general N° 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer (por la que se actualiza la recomendación general N° 18) señaló que ‘Las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer,..., son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante’ (párrafo 18)...”.

“[E]l sistema interamericano cuenta con una norma genérica en la Convención Americana de Derechos Humanos ‘Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes...’ (art. 5 1 y 2) y, a su vez, un sistema singularizado para las mujeres en la Convención de Belém Do Para, que establece: ‘El derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye: a— el derecho a la mujer a ser libre de toda forma de discriminación y b— el derecho a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación’ (art.6)...”.

“[La Convención Belém Do Pará] resalta la situación de vulnerabilidad de la mujer en razón de diferentes circunstancias en particular ‘...objeto de violencia cuando está embarazada (art. 9) [...]’...”.

“[D]e los hechos relatados cabe tener prima facie por configurado un supuesto de VIOLENCIA DE GENERO bajo la modalidad obstétrica, traducida en el caso concreto en violencia tipo física (dolor físico innecesario por omisión de cuidados) y psicológica por parte de la Clínica Privada del Sol S.A., por intermedio de sus profesionales y dependientes, hacia la persona de la [mujer], incurriendo en una palmaria violación a los derechos y garantías fundamentales de la joven madre y a un indebido ejercicio de las funciones que le competen como institución que debe prestar un servicio de salud...”.

“[La mujer] es violentada en su condición de mujer, [...], es materia de violencia de género modalidad obstétrica física (dolor innecesario por omisión de paliativos) y psicológica [...] se le desconocieron los derechos como paciente [...], arraigándose la Clínica Privada D.S, al más arcaico paternalismo médico, realizando prácticas obstétricas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre las implicancias de las mismas, infantilizando a la paciente, anulando e inhibiendo toda posibilidad [...] de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva...”.

“[La mujer] no es una cosa: es una humana con derechos, una ciudadana con derechos, una paciente con derechos, y una parturienta con derechos. El proceso de alumbramiento, incluso de aborto, no ingresa a la mujer en una situación de disolución de su condición de humanidad y sujeto de derechos...” (voto de la jueza Wallece).

Obligaciones del equipo médico. Información que se debe brindar. Obligación de informar las prácticas que se realizan en el cuerpo de la mujer o persona con cuerpo gestante.

“[La convención Belém Do Pará] Destaca como deber del Estado el de ‘abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación’ (art. 7 inc. a)...”.

“[E]sta violencia puede manifestarse de diferentes maneras: física que incluye prácticas invasivas y suministro de medicación no justificadas, trato deshumanizado, grosero, humillación, falta de atención o consideración, intervenciones médicas injustificadas sobre el cuerpo de la mujer, falta de información sobre prácticas médicas, falta del pedido de consentimiento informado o la negación al derecho a estar acompañada durante todo el proceso del parto, inclusive si el mismo fue a través de una cesárea...”.

“[La mujer] no fue debidamente informada respecto a su situación de salud contrariándose el art. 2. inc c y e ley 25.929 [Derecho de padres e hijos durante el trabajo de parto]: siendo que es un derecho esencial estar al corriente de la delicada situación de salud de sí misma y el embarazo que cursaba, no se le explicó las razones de algunos de sus síntomas, por caso los ‘movimientos’ que ella sentía en su vientre y que la predisponían a vincular tales movimiento con la viabilidad del embarazo que cursaba: ‘cuando entraron la primera vez le dijeron que estaba bien que era prematuro, que en ningún momento le dijeron que había algún riesgo’...”.

“[N]o se le entrega Información Sanitaria ni informa el protocolo que se le aplicaba: ‘...Todo lo referido habría transcurrido en una sala de pre parto, sin conocer la joven el protocolo de intervención, sin contar con la información respecto a los pasos que seguiría dicha internación...’. [La mujer] no es una niña, es una adulta enmarcada en un delicado proceso médico, lo que no significa tener anulada sus funciones cognitivas, solo necesitaba una explicación adecuada [...], siendo que el derecho a la información sanitaria lo es antes y/o durante el proceso médico...”.

“[La mujer] se encontró con un desenlace no asumido emocional ni racionalmente, por no haber sido acompañada en su singularidad, como lo indica el art. 2. inc b ley 25.929: una información adecuada a esta paciente, hubiera permitido incorporar, cognitivamente, los hechos que afrontaba, y, con el debido acompañamiento afectivo y terapéutico, asumir desde otro lugar el desgarrro de su pérdida...”.

“[N]o contó con el acompañamiento, durante la totalidad del parto, de una persona de su confianza como le garantiza el art. 2. inc g ley 25.929: en el momento más crítico de su situación, no

solamente se encontraba carente de acompañamiento profesional, sino que se le indicó a quienes la acompañaban rotativamente, que se retiraran. Ella en soledad transitó tan desgarradora situación...”.

“[La mujer] no recibió copia de su historia clínica en tiempo y forma, contrariando el art. 14 ley 26.529: siendo tal información de su propiedad, la Clínica Privada D.S. fue renuente a entregarle la referida copia, generando desvelos adicionales para ejercer sus derechos más elementales...”.

“[R]ecibió copia de su historia clínica donde constan datos inexactos en infracción al art. 15 inc c ley 26.529: luego de transitar el proceso de alumbramiento sin vida de un modo extremadamente traumático, se le entrega la copia del documento que refleja tal doloroso transe con información que no refleja la verdad de los hechos, incluso reconocido por la propia demandada...”.

“[N]o recibió en un tiempo lógico, los restos del parto, configurando trato inhumano y cruel en infracción al art. 5 CDDH y art 5 CADH: la entrega de los restos de quien fuera dada a luz, está rodeada de los más siniestros aspectos, no solo por el estado de su entrega (sin estar cubierta de líquido conservante) y con sospechas de propender así, deliberadamente, a su desnaturalización temprana...” (voto de la jueza Wallece).

2.6. JUZGADO DE VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 1º NOMINACIÓN DE SALTA. “GÓMEZ CORONEL”. CAUSA Nº 734158/21. 3/6/2021.

Hechos

Una mujer que cursaba la semana 38 y 39 de embarazo sintió una molestia. En consecuencia, decidió concurrir a su médico. El médico la atendió, pero subestimó sus dudas y relativizó el dolor que sentía. Además, se negó a indicarle que se realizara una ecografía. Sin embargo, la mujer solicitó un turno en otro centro médico para realizarse ese estudio. En esa oportunidad, el médico que la atendió le informó que el bebé tenía dos circulares de cordón y que la placenta se encontraba madura en grado III. El profesional le recomendó que consultara a su médico cuanto antes. Ante esa situación, la mujer sacó turno para atenderse con su obstetra ese mismo día. Una vez en el lugar, su obstetra le manifestó que le iba a realizar la llamada “maniobra de Hamilton”, pero no le brindó más información. Entonces, le desprendió la placenta sin su consentimiento y la mujer se retiró con fuertes dolores. Ante la persistencia de dolores, la mujer decidió concurrir al hospital. Allí, le diagnosticaron que tenía gastritis y estaba deshidratada. En consecuencia, quedó internada y le realizaron una nueva ecografía que confirmó la doble circular de cordón. Asimismo, le programaron una cesárea. Antes de la operación, comenzó a sentir fuertes dolores y trabajo de parto. Sin embargo, nadie le informó lo que sucedía. Después de dos horas sin información, nació su hija bañada en un líquido verde. La mujer preguntó qué ocurría mientras los médicos le acercaron a su bebé y, sin tener más contacto, se la llevaron. Horas después, le trajeron a su hija para amamantarla. La mujer se encontraba desorientada y asustada. Luego de unos años, durante su terapia, la mujer comprendió todas las consecuencias que ese suceso le produjo. Por este motivo, denunció al centro médico M., al Hospital T.C y a los médicos tratantes por presunta violencia obstétrica. De esa manera, se brindó intervención al Juzgado de Violencia Familiar y de Género 1º Nominación de Salta.

Decisión

El Juzgado de Violencia Familiar y de Género 1º Nominación de Salta instó a los directivos del Centro M a capacitar a todo su personal en materia de violencia de género en la modalidad violencia obstétrica. Además, solicitó a los directivos del hospital T.C que realizaran un informe respecto

de la modalidad de cumplimiento de las capacitaciones de prevención en casos de violencia de género (voto de la jueza Valdez).

Definición de violencia obstétrica

“[U]na modalidad de violencia de género establecida por distintas normas a mencionar, es la violencia obstétrica, contemplado en nuestro ordenamiento jurídico en la Ley Nacional 26.485 de Protección Integral de violencia contra las mujeres, en la Ley 25.929 de Parto Respetado que amparan y protege a la mujer en estado de parto, parto y postparto, y también la Ley 26.529 de Derechos del Paciente. Son principalmente estas leyes las protectorias de género...”.

“[E]s menester en primer lugar, visibilizar prácticas médicas ilegales, innecesarias, inadecuadas, incorrectas y/o la omisión de las mismas; sin perjuicio de la fecha en que los hechos sucedieron, lo que tiene fundamento en las obligaciones convencionales asumidas por el Estado Argentino para dar protección a las mujeres víctimas de violencia en todas sus formas, inclusive, [...] la violencia obstétrica, siendo estas normas protectorias de derechos humanos que merecen respeto irrestricto y estrictamente vinculadas con la dignidad humana...”.

“[D]eberá el personal de salud tener presente el estado anímico de una mujer en situación de parto, parto y postparto merece actitud comprensiva, tolerante y contenedora, considerando así a la mujer en su integridad, de cuerpo, emociones y pensamientos, el no cumplimiento de estos derechos implica directamente Violencia Obstétrica...” (voto de la jueza Valdez).

La violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género

“[L]a legislación nacional y provincial está sustentada por normas convencionales de índole internacional establecidas en las CONVENCIONES INTERNACIONALES – CEDAW Y BELEN DO PARA que en su art. 6 reza: ‘El derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye: a– el derecho a la mujer a ser libre de toda forma de discriminación y b– el derecho a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación...”.

“[D]iversos incumplimientos de los efectores de salud correspondientes a prácticas naturalizadas en la medicina y establecimientos médicos que vulneran a la mujer, prejuicios y estereotipos arraigados en nuestra sociedad, los que deben ser modificados y revertidos inexcusablemente. En ese orden, debe rechazarse y repudiarse toda actuación contraria a derecho que continúe vulnerando a la mujer...”.

“[E]s necesario orientar e instruir al personal de salud, en todas las áreas, pero esencialmente en lo relativo al trato con las mujeres, en el caso, que quieren ser o van a ser madres, incluyendo ello al proceso de reproducción asistida, o bien, mujeres que solo desean información para decidir respecto a la maternidad. Es fundamental el buen trato y la atención adecuada a las mujeres mencionadas, y ello solo se logra identificando conductas, actos, acciones y/u omisiones ...” (voto de la jueza Valdez).

Obligaciones del equipo médico. Información que se debe brindar. Obligación de informar las prácticas que se realizan en el cuerpo de la mujer o persona con cuerpo gestante

“[L]a propia intervención de urgencia sin previa orientación, contención e información de métodos e intervenciones, configura también violencia obstétrica psíquica...”.

Referencia Jurídica e Investigación
Secretaría General de Capacitación y Jurisprudencia
Ministerio Público de la Defensa

“[S]e exige al equipo médico dé estricto cumplimiento sin excepciones al deber de información a sus pacientes de forma clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión de éstos y éstas; cumpliendo también a sus derechos como paciente, mujer y madre, tanto profesionales como personal de maestranza, enfermeros/as, camilleros/as, técnicos/as, anestelistas, recepcionistas, nutricionistas, psicólogos/as; todos los que una u otra razón han mantenido un trato con la paciente en ocasión a su atención médica, a sabiendas que el incumplimiento de todo ello a una mujer embarazada y/o sometida a técnicas de reproducción asistida es también violencia obstétrica...” (voto de la jueza Valdez).

ANEXO NORMATIVO

MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

<u>Declaración Universal De Derechos Humanos</u>	Artículo 5 Artículo 25.2
<u>Declaración Americana Sobre Derechos Y Deberes Del Hombre</u>	Artículo 7
<u>Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Contra La Mujer. Convención Belém Do Pará</u>	Artículo 1 Artículo 2 Artículo 3 Artículo 4 Artículo 7
<u>Convención Sobre La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer. CEDAW.</u>	Artículo 1 Artículo 2 Artículo 12
<u>Pacto Internacional De Derechos Económicos, Sociales Y Culturales</u>	Artículo 10 Artículo 12
<u>Protocolo De San Salvador</u>	Artículo 10 Artículo 15
<u>Convención De Naciones Unidas Contra La Tortura Otros Tratos O Penas Crueles, Inhumanos O Degradantes</u>	Artículo 1
<u>Convención Interamericana Para Prevenir Y Sancionar La Tortura</u>	Artículo 2
<u>Convención Sobre Los Derechos Del Niño</u>	Artículo 3 Artículo 6 Artículo 7 Artículo 24 Artículo 39

Referencia Jurídica e Investigación
Secretaría General de Capacitación y Jurisprudencia
Ministerio Público de la Defensa

MARCO NORMATIVO NACIONAL

<u>Ley N° 25.929 De Parto Humanizado</u>	Artículo 2
<u>Ley N° 26.485 De Protección Integral Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Contra Las Mujeres</u>	Artículo 4 Artículo 6
<u>Ley N° 26.529 Derechos Del Paciente En Su Relación Con Los Profesionales E Instituciones De La Salud</u>	Artículo 2 Artículo 3 Artículo 5 Artículo 6
<u>Decreto Reglamentario 1011/2010</u>	Artículo 3 Artículo 5 Artículo 6
<u>Decreto 2035/2015 Reglamenta Ley De Parto Respetado</u>	Artículo 2
<u>Ley 26061. Ley De Protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños Y Adolescentes.</u>	Artículo 8 Artículo 9 Artículo 13 Artículo 14
<u>Ley 24.540. Régimen De Identificación De Los Recién Nacidos.</u>	Artículo 1 Artículo 2 Artículo 14
<u>Ley 26.413. Registro Del Estado Civil Y De Capacidad De Las Personas.</u>	Artículo 1 Artículo 33 Artículo 40 Artículo 61