

Boletín de Jurisprudencia
EDICIÓN ACTUALIZADA MAYO DE 2024

VIOLENCIA OBSTÉTRICA



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
1. JURISPRUDENCIA INTERNACIONAL Y EXTRANJERA	10
1.1 CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS.....	10
1.1.1 “Brítez Arce y otros v. Argentina”. 18/10/2022.....	10
1.1.2 “RODRÍGUEZ PACHECO v. VENEZUELA”. 1/9/2023.....	12
1.2. COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS.....	14
1.2.1. Acceso de servicios a salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. 2010..	14
1.2.2. Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes. 2019.....	17
1.2.3. Principales estándares y recomendaciones en materia de violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes. Anexo 1. 2019.....	19
1.3. COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER.....	20
1.3.1. Recomendación general 19, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 11° período de sesiones, 1992.....	20
1.3.2. Recomendación general 24, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1999.....	21
1.3.3. Recomendación general 35, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, 2017.....	23
1.3.4 “NAE v. España”. 13/7/2022.....	24
1.3. COMITÉ SOBRE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES	26
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.....	26
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.....	27
1.4. RELATORÍA ESPECIAL SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER	28
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.....	28
1.5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.....	30
1.5.1. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.....	30
1.6. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS	32
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.....	32
1.7. COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER.....	33
1.7.1. “SMF v. España”. 28/2/2020.....	33
1.8. CORTE CONSTITUCIONAL DEL ECUADOR.....	35
1.8.1. “NIT”. Causa N° 904/2019. 13/12/2019.....	35
2. JURISPRUDENCIA NACIONAL.....	37

2.1. JUZGADO DE VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 1º NOMINACIÓN DE SALTA. "AFS". CAUSA N° 600894/17. 8/9/2017.	37
2.2. JUZGADO DE VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 1º NOMINACIÓN DE SALTA. "MMDV". CAUSA N° 603017/17. 2/10/2017.....	40
2.3. TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE JUJUY. "CCG". CAUSA N° 14890. REGISTRO N° 335. 4/12/2018.	42
2.4. JUZGADO PENAL DE PRIMERA INSTANCIA DEL DISTRITO JUDICIAL N° 1 DE SANTA FE. "RSV". CAUSA N° 21080646256. 6/7/2020.	44
2.5. JUZGADO DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA, VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 4º NOMINACIÓN DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA. "CLÍNICA DS". 10/2/2021.	46
2.6. JUZGADO DE VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 1º NOMINACIÓN DE SALTA. "GÓMEZ CORONEL". CAUSA N° 734158/21. 3/6/2021.....	50
2.7 CÁMARA DE APELACIONES EN LO CIVIL Y COMERCIAL DE ROSARIO, SALA SEGUNDA. "PLV". CAUSA N° 21-02895016-8. 6/6/2022.....	52
2.8 JUZGADO DE EJECUCIÓN PENAL DE 1º NOMINACIÓN DE CÓRDOBA. "SUAREZ". CAUSA N° 7459073. 4/10/2022.	55
2.9 JUZGADO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL N° 12. "SOM". CAUSA N° 52444. 10/8/2023.	57
2.10 CÁMARA DE APELACIONES EN LO CIVIL, COMERCIAL, FAMILIA Y MINERÍA DE GENERAL ROCA. "MMMC". CAUSA N° 17163. 1/2/2024.	59
ANEXO NORMATIVO.....	62
DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS.....	62
ARTÍCULO 5	62
ARTÍCULO 25.2	62
DECLARACIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE	62
ARTÍCULO 7	62
CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. CONVENCIÓN BELÉM DO PARÁ	62
ARTÍCULO 1	62
ARTÍCULO 2	62
ARTÍCULO 3	62
ARTÍCULO 4	62
ARTÍCULO 7	62
CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER. CEDAW... ..	62
ARTÍCULO 1	62
ARTÍCULO 2	62
ARTÍCULO 12	62
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES	62

Boletín de jurisprudencia
Violencia obstétrica

ARTÍCULO 10	62
ARTÍCULO 12	62
PROTOCOLO DE SAN SALVADOR	62
ARTÍCULO 10	62
ARTÍCULO 15	62
CONVENCIÓN DE NACIONES UNIDAS CONTRA LA TORTURA OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES.....	62
ARTÍCULO 1	62
CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR Y SANCIONAR LA TORTURA	62
ARTÍCULO 2	62
CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO.....	62
ARTÍCULO 3	62
ARTÍCULO 6	62
ARTÍCULO 7	62
ARTÍCULO 24	62
ARTÍCULO 39	62
LEY N° 25.929 DE PARTO HUMANIZADO.....	63
ARTÍCULO 2	63
LEY N° 26.485 DE PROTECCIÓN INTEGRAL PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES.....	63
ARTÍCULO 4	63
ARTÍCULO 6	63
LEY N° 26.529 DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD 63	
ARTÍCULO 2	63
ARTÍCULO 3	63
ARTÍCULO 5	63
ARTÍCULO 6	63
DECRETO REGLAMENTARIO 1011/2010	63
ARTÍCULO 3	63
ARTÍCULO 5	63
ARTÍCULO 6	63
DECRETO 2035/2015 REGLAMENTA LEY DE PARTO RESPETADO.....	63
ARTÍCULO 2	63
LEY 26061. LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.	63
ARTÍCULO 8	63
ARTÍCULO 9	63
ARTÍCULO 13	63

ARTÍCULO 14	63
LEY 24.540. RÉGIMEN DE IDENTIFICACIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS.....	63
ARTÍCULO 1	63
ARTÍCULO 2	63
ARTÍCULO 14	63
LEY 26.413. REGISTRO DEL ESTADO CIVIL Y DE CAPACIDAD DE LAS PERSONAS.	63
ARTÍCULO 1	63
ARTÍCULO 33	63
ARTÍCULO 40	63
ARTÍCULO 61	63

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.

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, la 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

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 incluyen informes y decisiones que se emitieron en la arena internacional por órganos de aplicación de tratados sobre derechos humanos. 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 introduce la jurisprudencia internacional emitida por el Comité CEDAW. En tercer lugar, bajo el acápite III, se desarrolla la jurisprudencia extranjera, específicamente de la Corte Constitucional de Ecuador. En cuarto lugar, bajo el acápite IV, se incluyen decisiones emitidas por tribunales nacionales de Salta, Jujuy, Santa fe y Córdoba, en 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 V 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 CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

1.1.1 **“BRÍTEZ ARCE Y OTROS V. ARGENTINA”**. 18/10/2022.

Hechos

Una mujer de 38 años cursaba un embarazo de riesgo a raíz de sus antecedentes de hipertensión arterial. Durante su embarazo, concurrió en numerosas oportunidades al hospital a hacerse chequeos médicos. Sin embargo, en ningún momento recibió información ni indicaciones para tratar su cuadro de hipertensión ni fue advertida del riesgo de sufrir preeclampsia. Una mañana, comenzó a tener molestias lumbares, fiebre y escasa pérdida de líquido. Por esa razón, se presentó al hospital. Allí, le realizaron una ecografía que arrojó que el feto estaba muerto y fue internada para inducirle el parto. Durante el procedimiento, tuvo que esperar dos horas sentada en una silla. Algunas horas más tarde, la mujer falleció a causa de un paro cardiorrespiratorio. Luego de su muerte, sus familiares iniciaron causas penales y civiles contra el personal médico interviniente. Diversas pericias indicaron que los médicos del hospital no habían brindado una atención adecuada a los factores de riesgo del embarazo. Sin embargo, las causas judiciales no prosperaron.

Decisión

La Corte Interamericana de Derechos Humanos consideró que Argentina era responsable por la violación de los artículos 4.1 (vida), 5.1, (integridad personal), 8.1 (garantías judiciales), 17.1 (protección a la familia), 19 (derechos de la niñez), 25.1 (protección judicial) y 26 (DESCA) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento y con el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará.

Definición de violencia obstétrica

“[E]ste Tribunal se ha pronunciado de forma específica sobre la violencia ejercida durante el embarazo, el parto y después del parto en el acceso a los servicios de salud, y ha sostenido que constituye una violación de derechos humanos y una forma de violencia basada en género denominada violencia obstétrica, la cual ‘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’” (párr. 75). “[L]os Estados tienen el deber de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, para lo cual deben abstenerse de incurrir en actos constitutivos de violencia de género, incluidos aquellos que ocurran durante el acceso a servicios de salud reproductiva. Además, de acuerdo con la citada Convención ‘[t]oda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado’ y los Estados deben tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad de las mujeres que son víctimas de violencia cuando están embarazadas” (párr. 76)...”.

“[E]n este caso la Corte encuentra que, durante su embarazo, la señora Brítez Arce presentó varios factores de riesgo que no fueron atendidos de forma adecuada por el sistema de salud [...]. Estas circunstancias, imponían un deber especial de protección en su favor, que obligaba a los médicos tratantes a brindar una atención diligente y reforzada, con una consideración especial debido a que se trataba de un embarazo de alto riesgo [...]. Pese a ello, la señora Brítez Arce no

obtuvo el tratamiento médico especializado y diligente que requería por cuenta de su embarazo y de los factores de riesgo consignados en la historia clínica. Además, no le fue suministrada información específica sobre su estado de salud, en particular, sobre el riesgo de padecer preeclampsia y sus implicaciones, esto es, que provoca altos índices de mortalidad materna. Tampoco le dieron recomendaciones de cuidado para prevenir o tratar el cuadro de hipertensión, a pesar de lo establecido en su historia clínica, lo que indica que tampoco se garantizó su acceso a información precisa y oportuna sobre su estado de salud” (párr. 82). “[E]l diagnóstico, la decisión de someter a la señora Brítez Arce a trabajo de parto, la falta de información completa sobre las posibles alternativas de tratamiento y sus implicaciones, y la espera de dos horas en una silla mientras se llevaba a cabo el procedimiento, sometieron a la víctima a una situación de estrés, ansiedad y angustia, que sumada a la especial vulnerabilidad en que se encontraba, implicaron un trato deshumanizado y la denegación de información completa sobre su estado de salud y alternativas de tratamiento, lo que constituye violencia obstétrica” (párr. 85)...”.

Violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género

“[L]a violencia obstétrica es una forma de violencia basada en el género ‘prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención Belém do Pará’, ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto” (párr. 81)...”.

1.1.2 “RODRÍGUEZ PACHECO v. VENEZUELA”. 1/9/2023.

Hechos

Una mujer que cursaba un embarazo de alto riesgo fue sometida a una cesárea programada en una clínica privada. Durante la intervención, el cirujano principal efectuó una extracción de placenta deficiente que luego requirió una histerectomía —cirugía para extirpar el útero— de urgencia. A raíz de unas complicaciones durante la segunda operación, los médicos tuvieron que realizarle nuevas intervenciones quirúrgicas que derivaron en una pérdida de movilidad y autonomía física y le generaron severas discapacidades de carácter permanente. Por esos hechos, la mujer presentó una denuncia penal por mala praxis contra el cirujano y los médicos intervinientes. La fiscalía solo presentó acusación contra el cirujano principal y omitió pronunciarse sobre los restantes profesionales. Por ese motivo, el juzgado sobreseyó a los demás médicos. Contra esa decisión, la mujer interpuso un recurso judicial donde solicitó que se investigara a todos los profesionales intervinientes. El tribunal de apelaciones hizo lugar a la impugnación y declaró la nulidad absoluta de la acusación y de todos los actos subsiguientes. Luego, la fiscalía presentó una acusación contra todo el equipo médico pero un año más tarde solicitó su sobreseimiento. Tras más de una década de la interposición de la denuncia inicial, el juzgado sobreseyó a todos los acusados por prescripción de la acción.

Decisión

La Corte Interamericana de Derechos Humanos consideró que Venezuela era responsable por la violación de los derechos a las garantías judiciales (artículo 8.1) y protección judicial (artículo 25.1) en relación con los artículos 5.1 y 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como el artículo 7.b), f) y g) de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Asimismo, declaró al Estado responsable por la violación de los derechos a la integridad personal (artículo 5.1) y a la salud (artículo 26) en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento.

Definición de violencia obstétrica

“[L]a violencia obstétrica es una forma de violencia basada en el género prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención de Belém do Pará, ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto...”.

La violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género

“[E]n casos de violencia contra la mujer, como lo es la violencia obstétrica denunciada en el presente caso, la Corte ha afirmado que resulta particularmente importante que las autoridades a cargo de la investigación la lleven adelante con determinación y eficacia, teniendo en cuenta el deber de la sociedad de rechazar la violencia contra las mujeres y las obligaciones del Estado de erradicarla y de brindar confianza a las víctimas en las instituciones estatales para su protección. Así, en estos casos, las obligaciones genéricas establecidas en los artículos 8 y 25 de la Convención

Americana se complementan y refuerzan, para aquellos Estados que son Parte, con las obligaciones derivadas del tratado interamericano específico, la Convención de Belém do Pará...” (párr. 106).

“[P]or lo tanto, la protección de los derechos de las mujeres a través del acceso a recursos oportunos, adecuados y efectivos para remediar estas violaciones de forma integral y evitar la recurrencia de estos hechos en el futuro resulta de suma relevancia si se toma en consideración, además, que hoy en día, en el marco de la atención médica y el acceso a los servicios de salud, las mujeres siguen siendo vulnerables a sufrir violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, en la mayoría de los casos a través de prácticas discriminatorias que son consecuencia de la aplicación de estereotipos en su perjuicio” (párr. 107). “[E]n los casos en los que una mujer alegue haber sido víctima de violencia obstétrica por parte de actores no estatales, los Estados tienen la obligación de establecer mecanismos de denuncia oportunos, adecuados y efectivos que reconozcan dicha violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer, investigar los hechos con la debida diligencia, sancionar eventualmente a los autores de dicha violencia y proveer a la víctima con un efectivo resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces. Lo anterior, sin perjuicio de la obligación que recae sobre los Estados de prevenir que terceros cometan actos de violencia obstétrica y, más específicamente, su deber de regular y fiscalizar toda asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado...” (párr. 112).

“[L]a denuncia interpuesta por la señora Rodríguez por los alegados actos de violencia obstétrica y mala praxis médica sufridos dieron lugar a un proceso caracterizado por irregularidades y carente de la debida diligencia, el cual finalizó más de una década después con el sobreseimiento de la causa [...]. Esta falta de acceso a un mecanismo adecuado de reclamación y reparación tuvo, necesariamente, un impacto en la integridad personal y derecho a la salud amparados por los artículos 5.1 y 26 de la Convención Americana, pues habilitó que tales hechos no fueran debidamente investigados y que hoy permanezcan en la impunidad. En suma, las múltiples irregularidades ocurridas en el marco del procedimiento penal que condujeron a la prescripción de la acción penal provocaron que el Estado incumpliera con su obligación de velar por que este tipo de violencia contra la mujer fuera investigada y se proveyera a la víctima con un mecanismo que permitiera enjuiciar en un plazo razonable a la persona o personas responsables, se exigieran las correspondientes responsabilidades y se le otorgara una efectiva reparación del daño...” (párrs. 130 y 137).

“[L]a investigación deficiente de un alegado acto de violencia obstétrica tiene un impacto desproporcionado en las mujeres, pues omite esclarecer afectaciones que les ocurren a ellas derivadas de procedimientos de salud materna y reproductiva obstétrica. Esto propicia un ambiente de impunidad y envía un mensaje según el cual este tipo de violencia contra las mujeres puede ser tolerada y aceptada como parte del diario vivir. Lo anterior favorece la perpetuación y la aceptación social del fenómeno, el sentimiento y la sensación de inseguridad de las mujeres, así como una persistente desconfianza de éstas en el sistema de administración de justicia. [C]uando se alega la comisión de un acto de violencia contra una mujer, resulta particularmente importante que las autoridades a cargo de la investigación la lleven adelante con determinación y eficacia, teniendo en cuenta las obligaciones del Estado de erradicarla y de brindar confianza a las víctimas en las instituciones estatales para su protección...” (párr. 138).

1.2. COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

1.2.1. 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 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’...”.

1.2.2. 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

Boletín de jurisprudencia
Violencia obstétrica

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...”.

1.2.3. 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’...”.

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

1.3.1. RECOMENDACIÓN GENERAL 19, ADOPTADA POR EL COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, 11° 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 resultas 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...”.

“[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...”.

1.2.4 “NAE V. ESPAÑA”. 13/7/2022.

Hechos

Una mujer gestante rompió aguas y acudió a un hospital público con su pareja. Allí, el personal médico le indujo el parto de manera prematura con oxitocina sin proporcionarle información ni solicitar su consentimiento. Además, no se había cumplido el tiempo de espera establecido por protocolo médico. Durante esas horas, la mujer fue sometida a numerosos tactos vaginales y no se le permitió comer. Luego, le comunicaron que iban a realizarle una cesárea sin brindarle más información al respecto. Ante los cuestionamientos de la mujer sobre la necesidad del procedimiento, el médico le dijo que se tranquilizara y que era una decisión tomada. Así, le practicaron una cesárea sin su consentimiento. Durante la operación, le ataron los brazos y no permitieron el ingreso de su esposo. A raíz de esa situación, la mujer sufrió síntomas de ansiedad que fueron diagnosticados como trastorno de estrés postraumático posparto. Por ese motivo, presentó un reclamo administrativo por mala praxis. Al no obtener respuesta, presentó una denuncia en sede judicial. Así, acompañó informes médicos y psicológicos que daban cuenta que la actuación del personal médico no se había ajustado a los protocolos y prácticas vigentes y que la situación había provocado daño psicológico a la mujer. Sin embargo, el juzgado interviniente desestimó la demanda. Para resolver así, consideró que la última decisión respecto a la práctica de una cesárea correspondía al personal médico. Además, en base a los informes proporcionados por el hospital, concluyó que el impacto psicológico sufrido por la mujer era una cuestión de mera percepción.

Decisión

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer consideró que España era responsable por la violación de los artículos 2 b), c), d) y f) (deber de adoptar medidas), 3 (deber de garantía), 5 (estereotipos de género) y 12 (salud) de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Definición de violencia obstétrica

“[L]os hechos del presente caso, en particular, la inducción del parto de la autora mediante oxitocina 14 horas solamente después de que rompiera aguas sin proporcionarle información ni solicitar su consentimiento, la realización de diversos tactos vaginales, la prohibición de comer, la infantilización, la realización de una cesárea por médicos internos y residentes y sin que la autora haya otorgado su consentimiento, sin que haya podido estar acompañada por su esposo y para la cual se le ataron los brazos, la separación del recién nacido imposibilitando el contacto piel con piel, elementos todos ellos que no han sido controvertidos por el Estado parte, así como la imposición de la lactancia artificial contrario al deseo de los padres, y las consecuencias físicas y psicológicas que los eventos tuvieron para la autora, constituyen violencia obstétrica” (párr. 15.7)...”.

La violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género

“[E]n virtud de los artículos 2 f) y 5, los Estados parte tienen la obligación de adoptar medidas apropiadas a fin de modificar o abolir no solamente leyes y reglamentaciones, sino también costumbres y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer. Al respecto, el 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]n el presente caso, las autoridades administrativas y judiciales del Estado parte aplicaron nociones estereotipadas y, por lo tanto, discriminatorias, al asumir por ejemplo que es el médico quien decide realizar o no la cesárea sin analizar debidamente las diversas pruebas e informes aportados por la autora defendiendo precisamente que la cesárea no era la única alternativa, o al asumir que las lesiones psicológicas sufridas por la autora eran una cuestión de mera percepción” (párr. 15.8)...”.

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 recuerda que, en el marco de sus observaciones finales, ha observado el rápido aumento de la práctica de cesáreas sin necesidad médica y sin consentimiento, así como la separación de los recién nacidos sin justificación médica y la actitud de superioridad de los médicos, y ha recomendado a los Estados partes que adopten ‘medidas jurídicas y normativas para proteger a las mujeres embarazadas durante el parto, sancione la violencia obstétrica, refuerce los programas de fomento de la capacidad destinados al personal médico, y vele por la supervisión periódica del trato dispensado a los pacientes en hospitales y centros de atención de la salud’ (párr. 15.5)...”.

“[L]as autoridades nacionales no realizaron en el presente caso un análisis exhaustivo de [los] elementos probatorios presentados por la autora. [L]a sentencia desestimatoria de la demanda de la autora no dio importancia a dichos elementos de prueba frente al informe médico aportado por el hospital -que afirma que es el profesional médico el que ha de observar si concurren los presupuestos que determinan la ejecución de una cesárea, y que el parto era estacionado-, basándose únicamente en este último para concluir que la inducción y posterior cesárea fueron prácticas acordes con la *lex artis*. Al respecto, el Comité observa que, si bien según el juez, en un procedimiento de responsabilidad médica, se deben valorar los informes médicos obrantes en el expediente, los aportados por las partes con sus escritos de demanda o contestación, y también los practicados en sede judicial, que gozan de mayores garantías por tener presunción de independencia y objetividad frente a los informes de partes, sin embargo, dicho juez no solicitó en el presente caso la elaboración de ninguna pericia en sede judicial” (párr. 15.6)...”.

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 preparto, 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...”.

“[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).

2.2. JUZGADO DE VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 1º NOMINACIÓN DE SALTA. “MMDV”. CAUSA N° 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 N° 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 existieren 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 4° 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...”.

“[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 donde 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. 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 desgarrero 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 dónde 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 N° 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 preparto, 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...”.

“[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, anestesistas, 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).

**2.7 CÁMARA DE APELACIONES EN LO CIVIL Y COMERCIAL DE ROSARIO, SALA SEGUNDA.
“PLV”. CAUSA N° 21-02895016-8. 6/6/2022.**

Hechos

Una mujer estaba embarazada y comenzó con trabajo de parto cerca del mediodía. Se encontraba junto a su pareja en su casa ubicada en Casilda, Santa Fe. Enseguida, se comunicaron por teléfono con su médico obstetra. Luego, se dirigieron en auto hacia la clínica, ubicada en Rosario. Alrededor de las tres de la tarde, ingresaron al sanatorio. La mujer ya se encontraba en un avanzado trabajo de parto. Sin embargo, su obstetra no había llegado al lugar. Por esa razón, fue atendida por otro médico residente, que no advirtió la inminencia del nacimiento y le indicó que permaneciera en la sala de parto. En ese momento, le encargaron al progenitor la realización de una serie de trámites administrativos. En consecuencia, la mujer quedó sin supervisión médica ni acompañamiento de su pareja. En ese contexto, a los pocos minutos se produjo el nacimiento de su hija. Al escuchar los gritos, el médico residente y una enfermera –que se encontraban asistiendo a otra paciente– acudieron a atender a la mujer. Pese a lo ocurrido, la mujer y la beba fueron dadas de alta al día siguiente. Con posterioridad, la pareja inició una demanda por daño moral y punitivo contra la clínica debido a la deficiente atención recibida. En su presentación, solicitó la aplicación de la Ley de Defensa del Consumidor. A su vez, requirió que se citara en garantía a la compañía de seguros de la demandada. Luego, el sanatorio pidió el rechazo de la demanda. Entre sus argumentos, sostuvo que la negligencia había sido de la mujer por haber llegado al sanatorio con un trabajo de parto avanzado. Por otro lado, señaló que había cumplido con la atención médica y que las expectativas personales de los actores eran cuestiones ajenas a la obligación del sanatorio. Por su parte, la jueza de grado hizo lugar a la acción de daños y encuadró lo sucedido como un caso de violencia obstétrica. Expuso que la atención médica involucraba los derechos de las mujeres a ser informadas, respetadas, así como a elegir acompañamiento antes, durante y luego del parto. Por lo tanto, condenó a la clínica al pago de una indemnización y aplicó para los intereses la tasa activa del Banco de la Nación Argentina. Contra lo decidido, la demandada y la citada en garantía interpusieron recursos de apelación. En su presentación, la accionada señaló que no había responsabilidad civil ya que el parto había resultado exitoso. Asimismo, cuestionó los intereses fijados y solicitó la aplicación de una tasa pura que implicaba un monto menor por intereses.

Decisión

La Sala Segunda de la Cámara de Apelación en lo Civil y Comercial de Rosario admitió parcialmente el recurso. En ese sentido, confirmó la sentencia de primera instancia que había condenado a la clínica demandada a abonar una indemnización a la parte actora por el daño no patrimonial en virtud de la falta de atención y asistencia médica durante el parto. Con relación a los intereses, modificó la sentencia y aplicó la tasa pura desde la fecha del hecho hasta la de la pericia psicológica, y la activa desde esa pericia en adelante (jueza Lotti y jueces Muñoz y Puccinelli).

La violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género

“[En virtud de] la perspectiva de género que deben sopesar inexorablemente las decisiones judiciales, [...] merece una mención especial la normativa específica en que ha de subsumirse el caso, que con atino y precisión señaló la jueza de primera instancia. [N]o puede perderse de vista que en los casos como el de autos se pone de manifiesto la vulnerabilidad de las mujeres gestantes (y

también de su entorno) que ha de ser debidamente contemplada y considerada a la hora de resolver este tipo de pleitos, lo cual torna insoslayable remarcar la importancia de visibilizar, reconocer y proteger los derechos en juego. La magistrada interviniente encuadró el caso planteado como un supuesto de violencia obstétrica, para lo cual refirió tanto a la normativa nacional de protección integral de las mujeres (ley 26.485) como a legislación nacional de parto humanizado (ley 25.929 y su decreto 2035/15), cuyas disposiciones [...] coadyuvan a combatir la violencia basada en el género, resguardar los derechos humanos de las personas con capacidad de gestar en estado de preparto, parto, postparto. [L]a jueza evidenció la urgente necesidad de promover la reflexión y el cumplimiento de la normativa aplicable al caso por parte de los agentes de la salud a los fines de modificar prácticas –naturalizadas– que resultan violatorias de los derechos que le asisten a las pacientes, cuyo estado de vulnerabilidad no puede quedar ajena a la modalidad de atención por lo que no sólo se debe efectuar un adecuado control clínico del progreso del parto [...] e identificar los eventuales riesgos, sino también permitir su protagonismo, cuidar el trato y, en los casos en que no existan riesgos, respetar su voluntad. Al mismo tiempo, la mujer tiene vastos derechos, entre ellos, el deber ser informada, a ser respetada, a elegir el acompañamiento durante el trabajo de parto, el parto y el postparto.

[E]s dable recordar algunas premisas [...] sentadas por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Ministerio de Salud Argentina al aludir al ‘Acompañamiento y apoyo de la embarazada durante el trabajo de parto’: ‘Es conveniente que la mujer en trabajo de parto pueda estar acompañada por una persona elegida por ella: pareja, familiar, amiga. La presencia de una persona relacionada afectivamente establece un vínculo de contención y apoyo continuo que generalmente mejora la evolución del trabajo de parto: lo acorta, requiere menos medicación y analgesia, favorece la salud fetal y por lo tanto nacen niños en mejores condiciones’. ‘Sería ideal iniciar la preparación de la embarazada y su acompañante en forma conjunta durante el embarazo, para establecer claramente el rol a desempeñar por el acompañante en el trabajo de parto (tratar de mejorar el control de la madre verbalmente o con demostraciones afectuosas: sostener sus manos, masajear la espalda, acompañar su deambulación), pero si no se ha podido realizar esta preparación no debe ser un limitante para impedir el ingreso de un acompañante. ‘El concepto actual de la atención durante el trabajo de parto no sólo implica la vigilancia clínica, sino que tiene en cuenta a igual nivel los aspectos psicoafectivos relacionados con la maternidad. De esta manera, el acompañante en las salas de preparto y parto se transforma en un complemento de la calidad de atención a brindar’ (‘Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia’ [...] documento aprobado por Resolución Ministerial Nº 647 [...]...)’.

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

“[S]urge claramente la obligación del sanatorio y su personal médico consistente en garantizar los derechos mencionados, implementando una adecuada atención en salud de las mujeres y adoptando las medidas necesarias para lograr un servicio garantice la protección integral de la salud, lo cual conlleva a incorporar la perspectiva de género para resguardar los derechos humanos antes, durante y después del parto. [L]a magistrada señaló con apoyo en el material probatorio [...] ‘surge en forma clara que el parto era inminente y que los galenos asistieron el período expulsivo recién luego de que la [actora] empezara a gritar, proceso que ya se había iniciado’. [T]al aseveración no fue desvirtuada por la accionada y no existe elemento alguno en autos que acredite que haya dado cumplimiento a la manda legal que regula el trato humanizado durante el proceso asistencial, incurriendo con su accionar en un claro supuesto de violencia obstétrica, tal como lo indicó la sentenciante...”.

“[L]a obligación civil de indemnizar [...] se encuentra justificada tanto en la responsabilidad de la entidad por los actos de sus dependientes, en el caso, la conducta negligente del médico tratante y del médico residente, como en el deber de seguridad que pesaba sobre el sanatorio. [E]ncumbrada doctrina refiere a ‘la existencia de una obligación de seguridad que funciona con carácter accesorio de la obligación principal de prestar asistencia por medio de los facultativos del cuerpo médico’. [L]a imputación se centra esencialmente en la omisión de asistencia médica por parte del obstetra elegido por los actores y por no avisar la inminente llegada de la paciente con trabajo de parto al personal sanatorial que se encontraba presente en el nosocomio, así como también la deficiente prestación brindada una vez arribada a la guardia, donde no se la atendió de forma inmediata sino como consecuencia de un reclamo desesperado. Incluso, una vez recibida la paciente por el médico residente tampoco se le proporcionó el cuidado necesario, debido a que permaneció en el box de pre-parto sin control ni acompañamiento profesional y familiar al momento en que comenzó el período expulsivo. ‘No solo se trató de un incumplimiento de la prestación médico-sanatorial del efector demandado, sino de la expresa violación de la Ley 25.929 (Parto Respetado) en su art. 2 donde establece los derechos que toda mujer tiene en relación al embarazo, el trabajo de parto, al parto y el post parto.

[S]e probó acabadamente que no fue tratada con respeto (no le atendían su reclamo de internación), ni de manera personalizada, ni pudo estar acompañada con quién había elegido estar. Tampoco la recién nacida fue tratada de manera respetuosa y digna, ya que al nacer no tuvo atención profesional’ [...]. De ahí que no se discute en modo alguno la naturaleza jurídica de la prestación ni el encuadre de los deberes legales cuyo incumplimiento se atribuye, ni está controvertida su caracterización como obligación de medios. [N]ada de lo expuesto tiene vinculación con las expectativas personales que pudieren tener los actores con relación al nacimiento de su tercera hija, sino que refiere al comportamiento objetivo y la diligencia médica que debía procurarse y no se hizo.

[N]o se le atribuye culpa a la demandada por la urgencia del parto sino por la conducta médico – asistencial asumida frente a ese contexto. [E]l hecho de que la recién nacida y la parturienta se encontraran en buenas condiciones de salud y sin daño físico no logra alterar de ningún modo la referida negligencia sanatorial. Lo único cierto es que no ocurrió una contingencia negativa, a pesar de que quedó demostrado que la actora se hallaba sola al momento de comenzar con la expulsión y que no se adoptaron los cuidados físicos y emocionales que exigía el parto. [L]a responsabilidad endilgada reposa en el incumplimiento en que incurre la demandada por la labor profesional desplegada por el personal médico a cargo del servicio requerido, a partir de la demora en la atención de la paciente, que no era compatible con la situación de urgencia que presentaba al arribar al sanatorio, conforme lo señalan todas las pruebas de autos; y luego de ser atendida, por la ausencia de vigilancia permanente, a fin de advertir los eventuales riesgos que pudieren afrontar la paciente y su beba y procurar su efectivo cuidado...”.

2.8 JUZGADO DE EJECUCIÓN PENAL DE 1° NOMINACIÓN DE CÓRDOBA. “SUAREZ”. CAUSA N° 7459073. 4/10/2022.

Hechos

Una mujer embarazada se encontraba privada de su libertad. Entonces, solicitó que al momento del parto se le respetaran los derechos previstos en la Ley de Parto Respetado (ley N° 25.929). En particular, requirió ser acompañada por el padre de su bebé que también estaba privado de la libertad. La administración rechazó el pedido y la mujer parió sin que se le garantizaran los derechos previstos en la norma. Luego, presentó una acción de habeas corpus. Entre otras consideraciones, planteó que a algunas mujeres embarazadas alojadas en la unidad penitenciaria provincial se les habían colocado medidas de sujeción durante el parto, parto y posparto. También señaló que no se les había respetado el derecho a ser acompañadas por personas de su elección y su confianza, que se les había impedido permanecer con su bebé recién nacido luego del alumbramiento y que personal penitenciario había presenciado todo el proceso asistencial. Por esas razones, la mujer requirió que se elaborara un protocolo para que las mujeres embarazadas en prisión pudieran acceder a los derechos previstos en la norma mencionada, así como los establecidos en la Ley de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia (ley N° 27.611). El juzgado de ejecución rechazó la acción de habeas corpus. Respecto del pedido de la mujer de ser acompañada durante el parto por el padre de su hija, el tribunal fundamentó su negativa en cuestiones de seguridad. Contra esa decisión, su defensa interpuso un recurso de casación. El Superior Tribunal de Justicia de la provincia hizo lugar al planteo y reenvió las actuaciones al tribunal de origen a fin de que dictase una nueva resolución.

Decisión

El Juzgado de Ejecución Penal de 1° Nominación de Córdoba hizo lugar a la acción de habeas corpus y ordenó a la autoridad penitenciaria adecuar los protocolos respecto de las mujeres privadas de su libertad que se encontraran embarazadas. En particular, prohibió que se les colocaran medidas de sujeción por el mero temor a una posible fuga y dispuso que, de existir tal peligro, se dispusieran otros medios para prevenirlo. Por otra parte, ordenó que se asegurara el acompañamiento por personas de elección y confianza de las embarazadas. Asimismo, ordenó que, salvo indicación médica contraria, se respetara su derecho de tener a su lado a los recién nacidos. El juzgado ordenó también que se asegurara el derecho a la intimidad y dignidad de la persona gestante a fin de evitar la presencia del personal penitenciario durante el proceso asistencial. Por último, ordenó la capacitación en violencia obstétrica al personal penitenciario interviniente (juez Moyano Centeno).

La violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género

“[N]o se deberá permitir ningún tipo de violencia en relación a las mujeres privadas de libertad, ya que el encierro carcelario implica restricciones [sustantivas] para el goce de los derechos reconocidos y una mayor exposición a la violencia institucional. Evitar la denominada ‘violencia obstétrica’, la que supone un trato deshumanizado del proceso natural de embarazo, parto y puerperio, vulnerando los derechos de las mujeres y afecta a su salud. Fundamentalmente se deberá, garantizar el derecho a una vida libre de violencia y eliminar el trato discriminatorio, asegurar a las mujeres detenidas el respeto de los derechos reconocidos en la ley N° 25.929...”. “[Resultado necesario] determinar la prohibición absoluta de colocación de medidas de sujeción en mujeres embarazadas durante todo el proceso del parto (parto y post parto) por el mero temor a una

posible fuga, debiéndose garantizar a la interna gestante la posibilidad de ser acompañada por cualquier persona de su elección y confianza en el proceso, protegiéndose su intimidad durante el mismo sin la presencia de personal penitenciario por motivos de seguridad, debiendo la autoridad penitenciaria en caso de existir tal peligro buscar otros medios razonables para prevenirlo, todo ello con la adecuada información al personal médico asistente”. “[S]e considera de absoluta necesidad que tanto el servicio penitenciario como el Ministerio de Justicia y de Salud brinden a sus dependientes capacitación adecuada respecto a la problemática tratada a fin de reconocer y aplicar las reglamentaciones analizadas en el presente (provinciales, nacionales e internacionales) tendientes a prevenir la violencia obstétrica y asegurar los derechos de la mujer gestante a un trato humanizado y un parto libre de violencias [...], generando espacios donde tanto ésta como el recién nacido/a sean protagonistas, acompañándola y asistiéndola a través de la toma de decisiones seguras e informadas, con pleno respeto de sus necesidades e intimidad durante todo el proceso asistencial”.

2.9 JUZGADO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL N° 12. “SOM”. CAUSA N° 52444. 10/8/2023.

Hechos

Una mujer en avanzado estado de gestación comenzó con trabajo de parto una madrugada en su casa. Una hora después rompió bolsa, por lo que se trasladó con su marido al sanatorio, ubicado a quince kilómetros de su domicilio. Apenas llegaron, la mujer manifestó que sentía que su hija iba a nacer en cualquier momento. Sin embargo, nadie acudió a asistirle. Tampoco permitieron que su marido la acompañara, ya que le pidieron que realizara trámites administrativos de ingreso. En ese marco, la mujer dio a luz en soledad. Debido a que intentó sostener a la bebé mientras terminaba de pujar pese a los fuertes dolores, la niña se le resbaló de sus manos y cayó al piso. En ese momento ingresó personal médico a la sala y la ayudó a finalizar el alumbramiento. Además, se llevaron a la recién nacida para realizarle una resonancia y tomografía cerebral por el golpe que había sufrido. También, intervino un obstetra de guardia que –sin haber revisado a la mujer y de manera agresiva– ordenó que la cosieran y que le efectuaran un raspaje a fin de que eliminara la placenta, lo que ya había sucedido en forma natural. Luego, arribaron el obstetra y la partera tratantes, que finalizaron el procedimiento. Con posterioridad, la mujer y su esposo denunciaron al sanatorio ante el Ministerio de Salud y ante la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género, dependiente del Ministerio de Justicia. En consecuencia, se le impuso al sanatorio una multa por haber incumplido la Ley N° 26.529, que establecía como derecho de todo paciente la asistencia, así como el trato digno y respetuoso. Asimismo, se consideró que el sanatorio había vulnerado el derecho de la mujer a ser acompañada e informada, de acuerdo a lo que preveía la Ley N° 25.929 de Parto Respetado. Por su parte, el sanatorio interpuso un recurso judicial directo. En su presentación, solicitó que se declarara la nulidad de lo resuelto.

Decisión

El Juzgado en lo Contencioso Administrativo Federal Nro. 12 rechazó el recurso y, por lo tanto, confirmó la multa impuesta al sanatorio (jueza Marra Giménez).

Definición de violencia obstétrica

“[La ley N° 26.485] en su art. 6º, inc. e) conceptualiza la violencia obstétrica como aquélla 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...”. Sobre el tema, la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso ‘Brítez Arce y Otros vs. Argentina’, sentencia del 16 de noviembre de 2022 declaró la responsabilidad del Estado Nacional por la violación de los derechos a la vida, integridad personal y salud consagrados en los arts. 4.1, 5.1 y 26 de la Convención Americana. [S]eñaló que distintos tratados de derechos humanos refieren a la actividad de los Estados en materia de atención a la salud durante el embarazo, parto y posparto. Indicó que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sostuvo que el derecho a la salud sexual y reproductiva es indivisible e interdependiente de otros derechos que fundamentan la integridad física y mental de las personas y su autonomía, como el derecho a la vida y que ‘la falta de servicios de atención obstétrica de emergencia [...] 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...' y que '[a] fin de reducir las tasas de mortalidad y morbilidad maternas se necesita atención obstétrica de urgencia y asistencia cualificada en los partos'. Recordó que '...el derecho a la salud durante el embarazo, parto y posparto, en tanto parte integrante del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, debe satisfacer los elementos de disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad...' [R]emarcó que la violencia ejercida durante el embarazo, el parto y después del parto en el acceso a los servicios de salud constituye una violación de derechos humanos y una forma de violencia basada en género denominada violencia obstétrica, la cual '...abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente o de denegación de tratamiento durante el embarazo y la etapa previa y durante el parto o posparto, en centros de salud públicos o privados...'. [E]nfaticó que '...la violencia obstétrica es una forma de violencia basada en el género prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención Belém do Pará', ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto. [A]firmó que '...los familiares de las víctimas de violaciones a los derechos humanos pueden ser, a su vez, víctimas. Así, este Tribunal ha considerado que se puede declarar violado el derecho a la integridad psíquica y moral de familiares directos u otras personas con vínculos estrechos con las víctimas con motivo del sufrimiento adicional que han padecido como resultado de las circunstancias particulares de las violaciones cometidas contra sus seres queridos'...".

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

"[D]el relato de los denunciantes [...] surge que las conductas desplegadas por los profesionales de la clínica resultan contrarias a lo previsto por la normativa nacional e internacional reseñadas en punto a los derechos que toda mujer tiene durante el embarazo, el trabajo de parto, parto y postparto y las recomendaciones para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, acompañada, cuidada y sin riesgos. [L]os graves hechos relatados en la denuncia formulada [...] no fueron negados por la clínica sancionada, quien en su defensa se ha limitado a relatar los cuidados que recibió la beba luego de su nacimiento que sucedió en la más absoluta soledad y desprotección, todo lo cual propició la caída de la recién nacida con la consecuente desesperación de su madre quien en dichas condiciones y sin asistencia médica acababa de dar a luz, no pueden más que calificarse como 'violencia obstetricia' de conformidad con la definición contenida en el art. 6 inc e) de la ley 26.485. [C]onstituye una violación grave de los deberes de asistencia y trato respetuoso contemplados en la ley nro. 26.529 así como de las disposiciones de la Ley de Parto Respetado nro. ley 25.929 en punto al derecho a la información de la mujer embarazada, a ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial, a ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales y a estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. [T]ampoco se aprecia que la clínica actora, de renombre por su trayectoria, haya asumido una actitud cuanto menos reparadora frente a los graves hechos sucedidos y a los evidentes sufrimientos padecidos por la familia denunciante en el momento tan especial como lo es el nacimiento de su hija..."

2.10 CÁMARA DE APELACIONES EN LO CIVIL, COMERCIAL, FAMILIA Y MINERÍA DE GENERAL ROCA. “MMMC”. CAUSA N° 17163. 1/2/2024.

Hechos

Una mujer que estaba embarazada decidió que, durante todo el proceso de gestación, sería atendida y controlada en un sanatorio público que tenía como política hospitalaria el parto respetado. Tiempo después, cuando comenzó con el trabajo de parto, se presentó en el área de maternidad de ese hospital para internarse. No obstante, luego de varias horas de trabajo de parto, le informaron que no había camas disponibles para su ingreso. En ese sentido, le comunicaron que, dado que ella contaba con una obra social, las camas quedaban reservadas para personas que no tenían cobertura médica. Por ese motivo, la mujer acordó con la ginecóloga de turno una derivación a una institución privada. Así pues, al ingresar a la nueva institución se dirigió a la sala de partos. Allí le realizaron diferentes ejercicios para generar las contracciones de forma natural, pero no hubo resultado. Por esa razón, la mujer aceptó la colocación de oxitocina para estimular a su útero, aunque no era lo que deseaba. Luego de cuarenta horas de trabajo de parto los médicos le sugirieron llevar a cabo una cesárea. Si bien no era el proyecto de la mujer, lo aceptó por su cansancio y el peligro que podía correr su hijo. Debido a que el procedimiento se realizó pasada la medianoche, la institución tuvo que llamar al personal de salud que realizaba guardias pasivas, entre ellos, a un anestesista. Cuando la mujer ingresó al quirófano todo el personal la saludó de forma amable, excepto el anestesista quien le reprochó la hora en la que estaban realizando la cesárea. Esa conversación ocurría mientras el hombre estaba a espaldas de la mujer con una jeringa en la mano y ella semidesnuda sin poder verlo. En consecuencia, el trato del anestesista generó en la mujer angustia e intranquilidad y le impidió disfrutar el momento del parto. Con posterioridad, la mujer tomó dimensión del impacto de lo acontecido e inició una acción judicial por violencia de género contra la institución y el anestesista. El juzgado de primera instancia hizo lugar al reclamo y ordenó a todo el personal que se capacitara sobre la Ley de Parto Humanizado N° 25.929. Asimismo, dispuso una multa para la institución médica. Por su parte, el denunciado presentó un recurso de apelación.

Decisión

La Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Familia y Minería de General Roca rechazó el recurso. Por lo tanto, confirmó la sentencia de primera instancia que había dispuesto una capacitación sobre la Ley de Parto Respetado para todo el personal de salud y fijado una multa a la institución médica. Para decidir de esa manera, resaltó que el trato del anestesista configuraba un supuesto de violencia obstétrica (jueces Maugeri y Martínez).

El concepto de violencia obstétrica

“[E]l demandado [...], hizo comentarios a modo si se quiere de reproche a la actora, que han configurado un supuesto de violencia obstétrica; desde que esencialmente la había enrostrado a la denunciante el tiempo que demoró en solicitar la realización de la cesárea – dejando sin efecto el ansiado parto natural– culminando así un proceso infructuoso de aproximadamente 40 horas. En los hechos, y en los términos en que haya sido, el anestesista denunciado recriminó a la actora que lo haya hecho ir pasada la medianoche a cumplir con su cometido. Verdaderamente, estamos en un contexto de violencia obstétrica, con todos los contenidos anímicos, sentimentales y espirituales que tan especial situación importan en la psiquis y por en el componente subjetivo de la mujer pronta a dar a luz.; pero me arriesgo a decir que un trato de ese tipo es indefendible en

cualquier contexto de salud, aún de mucha menor implicancia. Sin perjuicio del acto de violencia obstétrica al que vengo refiriendo, por cierto revela una clara falta de profesionalismo reprocharle – ya sea directa o indirectamente, a modo de reprimenda o en tono de comicidad– a una paciente, la hora en que en una situación como la de autos, requirió o hizo necesaria su intervención...”.

“[N]o se cuenta en el caso con la sola percepción de la situación de violencia experimentada por la denunciante, sino que se ha contado con el testimonio de una de las integrantes del equipo médico que atendió a la paciente en esa emergencia, y recogió en su memoria lo particular y traumático de la situación, a punto tal que pudo identificarla entre tantas operaciones de cesáreas y otras afines que habitualmente hacen al desempeño de su profesión. Los demás testimonios neutros que no apreciaron ese ofensivo diálogo de parte del médico denunciado, ya sea porque verdaderamente no lo percibieron, o porque en función de una falta de capacitación adecuada no se percataron del ataque o lo normalizaron como una práctica común, o bien finalmente [...] en ejercicio de una cuestionable o mal entendida solidaridad con el colega o compañero de tareas cuestionado; no borran el valiente testimonio que dió apoyatura a los dichos de la denunciante...”.

La violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género

“[U]na de las características del proceso en donde se analizan hechos de violencia intrafamiliar o de género es la dificultad probatoria, ya que suelen ocurrir en un marco de intimidación en el que no hay testigos. En base a estas contingencias, las prácticas procedimentales están adaptadas para la comprobación de los hechos a partir de la detección de otros síntomas que evidencien su existencia, tales como el malestar o daño padecido por la parte afectada y el vínculo con quien se denuncia como autor de esta afección. Estas prácticas se han ido sistematizando a partir de las indicaciones dadas en las sentencias dictadas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (“Campo Algodonero”, “Véliz Franco” y “Velásquez Paiz”, entre otros), que han propiciado el dictado de reglamentaciones y protocolos para ser aplicados en la labor judicial. Si bien en este caso sí había testigos, sus testimonios han sido muy dispares respecto a lo que ha ocurrido esa noche dentro de la sala de cirugía y mientras la [actora] estaba dando a luz a su hijo. Por ello, a los fines de la valoración de esta prueba será necesario el uso de esas otras herramientas de análisis que habitualmente utilizamos en estos casos [...]”.

Desde el análisis de la ‘psicología del testimonio’, este hecho de que una persona internalice un hecho a sus emociones, le permite tener un recuerdo más fidedigno de lo vivido, todo lo cual se puede constatar de la escucha del testimonio de esta testigo. [...] en este sentido, debo tomar en consideración lo dispuesto en la sentencia de la (CSJN en Fallos 343:354, correspondiente a la sentencia dictada en fecha 4/Jun/2020) y que también fueron resaltadas por otros testimonios, que puedo afirmar que el diálogo informado ha ocurrido. Quienes no lo recuerden es porque quizás no prestaron atención a lo que estaba ocurriendo o, simplemente, aún naturalizan conductas y pasan por su lado como si fueran invisibles. El hecho ocurrió en ocasión de realizarse una cesárea, por lo cual corresponde afirmar su encuadre como un hecho de 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...”.

“[M]erece destacarse que en doctrina y jurisprudencia se viene perfilando el tratamiento de denuncias de esta naturaleza, como violencia en perjuicio de la mujer; con sus propios caracteres que la identifican dentro del espectro de la violencia en todos los ámbitos en los que se produce,

y que por tratarse de situaciones en gran medida producidas en centros de salud, adquieren también matices distintivos en el contexto de situaciones de mala praxis médica, desde los parámetros tradicionales.

En efecto, en el rol del médico anestesista, por citar el caso en análisis, la correcta prestación de su servicio no solo se circunscribe a la pertinencia, oportunidad y dosificación adecuada de la medicación; sino que también debe velar – como todo el equipo médico interviniente– por acompañar y cuidar a la paciente desde lo anímico, o por lo menos no empeorar ese complejo trance con comentarios inoportunos y estigmatizantes, empañando lo que a la distancia será recordado – de mediar el resultado esperado– como un momento trascendente de la vida...”.

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]n todos estos textos [normativos] surge el tema del buen trato y de la importancia de no perturbar a la mujer en situación de parto, a los fines de permitirle vivir ese momento de un modo pleno, lo cual también incidirá en la persona que está naciendo. Ante ello, debo concluir que lo relatado acerca de cómo repercutió en la [actora]el diálogo mantenido con el médico en la sala de cirugía mientras se estaba realizando la cesárea, queda configurado lo normado en la ley 24.685. Reitero que esta conclusión no requiere analizar la existencia de un obrar doloso o culposo por parte del denunciado con el alcance que acostumbra el derecho de daños, siendo válido lo explicado en cuanto a la forma en que cada persona desarrolla comportamientos que tiene naturalizados, sin advertir que son comportamientos disvaliosos y actualmente repudiados por en el derecho vigente...”.

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

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