

1.- ANTECEDENTES.

La Fiscalía de Investigaciones Administrativas ha recomendado, recientemente, la aplicación de una sanción a una agente Licenciada en Obstetricia en el marco de un sumario donde se le imputó «*malos tratos obstétricos*» a una paciente por dirigirse hacia ésta de manera indecorosa e irrespetuosa.

Con independencia de la imputación normativa y su posterior resolución, encauzado en las actuaciones administrativas ya referenciadas, el hecho se ha presentado con particularidad gravedad.

La situación de violencia obstétrica experimentada por la paciente en el establecimiento asistencial público, es la modalidad de violencia de género menos abordada desde las disciplinas sociales (el derecho, la sociología, la antropología) y recién en estos últimos años su visualización crítica comienza a hacer mella en prácticas vehementes naturalizadas en el ambiente médico asistencial.

La Fiscalía de Investigaciones Administrativas entiende que este primer caso investigado es piedra fundamental suficiente para abordar con profundidad a la violencia obstétrica como modalidad de violencia de género y concluir con un instrumento claro que no sólo sea prospectivo sino que del mismo salgan instrucciones claras para evitar nuevas víctimas.

2.- EL PARADIGMA CORRECTO: «VIOLENCIA OBSTÉTRICA» EN PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS Y DE GÉNERO.

El Estado se ha comprometido a erradicar la violencia y la discriminación que sufren las mujeres. Ello como consecuencia de la suscripción de distintos tratados de derechos humanos y la sanción de leyes tanto nacionales como provinciales que tienen como objetivo garantizar los derechos de las mujeres a

una vida sin violencia ni discriminación.

Una modalidad de violencia contra las mujeres es la violencia obstétrica.

Pero esta modalidad ha permanecido invisibilizada durante largo tiempo. Recién en los últimos años se ha logrado poner en escena esta temática. No obstante, hasta hoy en día no existe en nuestro país una ley que aborde integralmente la violencia obstétrica, la tipifique y sancione.

En virtud de ello resulta de suma importancia en primer lugar hacer visible esta modalidad de violencia y discriminación contra las mujeres, para luego poder desarrollar políticas públicas adecuadas para erradicarla.

Este tema debe ser abordado tanto en perspectiva de derechos humanos como así también con perspectiva de género.

El en año 2019 el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) reconoció que “...a nivel mundial hay una falta de consenso sobre el modo de definir¹ y medir la violencia contra la mujer durante la atención del parto en los centros de salud ...”², señalando además que la violencia contra las mujeres en el parto está tan normalizada que aún no es considerada violencia contra la mujer.

Que los numerosos testimonios publicados por mujeres y organizaciones de mujeres en los medios sociales ha demostrado que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático que no se ha sido abordado

1 La organización no gubernamental «Médicos del Mundo» define la violencia obstétrica como las acciones y conductas que deshumanizan y minimizan a las mujeres durante todo el proceso de embarazo, parto y la etapa posterior, a través de malos tratos físicos y verbales, humillaciones, ausencia de información y de consentimiento, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, y que tiene como consecuencia la pérdida de libertad, autonomía y capacidad de decidir libremente sobre el cuerpo y la sexualidad. La violencia obstétrica se refiere a una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud, públicos y privados, y es producto de un entramado multifactorial en donde intersectan la violencia institucional y la violencia de género. Prácticas enmarcadas en procesos de violencia estructural y en la falta de reconocimiento del carácter de sujetas morales y titulares de derechos que tienen las mujeres embarazadas usuarias de los servicios de salud, se traducen en actos concretos que violentan el derecho a la integridad personal de las mujeres. (Fuente: Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). Capítulo 3. Violencia Obstétrica. En: Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México. México: GIRE, 2015. Citado en Revista Conamed)

2 Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica (ONU)

plenamente desde la perspectiva de los derechos humanos.

Graciela Medina, en “Violencia obstétrica”, publicado en: DFyP 2009, manifiesta que **puede entenderse por violencia obstétrica toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto 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.** Asimismo la jurista expresa: “...Este tipo de violencia sólo puede ser ejercida por “el personal de la salud”. Una lectura simple de la norma podría hacer pensar que se limita a quienes se desempeñan en servicio ginecológico u obstétrico de un Hospital o Clínica, sin embargo el ámbito de los legitimados activos es más amplio. Entendemos que deben considerarse legitimados activos para producir violencia obstétrica:

- a) todo el personal que trabaja en un servicio de asistencia sanitaria, tanto profesionales (médicos/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as) como colaboradores: mucamas/os, camilleros/as, personal administrativo, etc.*
- b) todos los trabajadores de los servicios públicos o privados, que operen en los centros de salud.*
- c) quienes trabajan en los cuerpos médicos forenses de los ámbitos provinciales, municipales o nacionales.*
- d) aquellos que prestan servicios de perito legista en forma particular.*
- e) quienes trabajan como médicos laborales internos de las empresas, u organismos del Estado.*
- f) las personas que se desempeñen en el área migratoria o de las policías aduaneras y deban revisar a las mujeres que ingresen al país, por ejemplo, en el caso que se sospeche que sea portadora de drogas...».³*

Resulta ilustrativo transcribir lo que sobre la Violencia Obstétrica, dice Patrizia Quattrocchi en el Epílogo del Libro «Violencia Obstétrica en América

³ Fuente: Medina, Graciela, 2009, “Violencia obstétrica”, en Revista de Derecho de Familia y de las Personas, N° 4, Buenos Aires [en línea] <https://amja.org.ar/autoridades/graciela-medina/>.

Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias»⁴:

«La violencia obstétrica es una violencia estructural. En tanto se ejerce de manera sistemática y a menudo de forma indirecta por ciertos agentes (individuos, instituciones, grupos, etcétera) pertenecientes a un determinado orden social en donde se naturaliza la opresión o la subordinación (económica, social, cultural, política, etcétera) de otros y otras (Farmer, P. (2003). Pathologies of Power: Health, human rights and the new war on the poor. Berkeley: California University Press.).

La violencia obstétrica es multicausal y multidimensional. Entre las distintas dimensiones y causas se reconocen factores que remiten a la dimensión médico-obstétrica, política, económica, social, cultural, laboral, logístico-organizativa; así como a la interpretación colectiva que una sociedad construye con respecto a la reproducción y a la maternidad.

La violencia obstétrica es violencia de género: se ejerce sobre las mujeres por el solo hecho de serlo. Remite entonces a la construcción sociocultural de lo masculino y de lo femenino en un contexto histórico determinado y a una relación asimétrica de poder entre los géneros, donde el colectivo femenino se encuentra subordinado al masculino.

La violencia obstétrica es violación de los derechos humanos, de los derechos a la salud y de los derechos a la salud reproductiva. Tiene que ver con el respeto de los procesos de parto, de los cuerpos de las mujeres, de los tiempos, de la privacidad, de la integridad, de la autonomía y libertad de elección, y de todos los derechos que tenemos en tanto personas.

La violencia obstétrica es un asunto de poder: de la institución hacia

⁴ Fuente: Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (compiladoras) «Violencia Obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias», Cuadernos del ISCo, Editorial: EDUNLa; Año: 2020

el individuo, del médico o la médica hacia la paciente, de un superior hacia otro profesional, de la sociedad hacia la mujer. Tiene que ver con Violencia obstétrica en América Latina jerarquías, estatus y roles bien definidos, que reproducen el orden establecido a través de dispositivos de control y de represión de lo que se desvía de lo esperado.

La violencia obstétrica es violencia institucional en cuanto se ejerce a través de un abuso de poder de las instituciones de salud o de sus agentes a través de normas explícitas (por ejemplo, cierta aplicación de los protocolos sanitarios) o reglas implícitas y/o costumbres que refuerzan los mecanismos establecidos de dominación.

La violencia obstétrica es violencia laboral, ejercida hacia las personas que trabajan (profesionales de la salud) que a veces no tienen la posibilidad desarrollar sus tareas en condiciones adecuadas—psicológicamente y físicamente— y se encuentran obligadas a ejercer violencia hacia otros y otras (pacientes o compañeros y compañeras), sin que eso fuese su voluntad.

La violencia obstétrica comprende el proceso reproductivo femenino en su conjunto y no solo el momento del parto y del embarazo. En este sentido podemos hablar de violencia ginecoobstétrica que refiere a otros momentos de la vida de las mujeres (por ejemplo, visitas ginecológicas que no tiene que ver con embarazo, menopausia, fecundación asistida, aborto espontáneo o inducido, muerte perinatal, etcétera).

La violencia obstétrica se extiende también al bebé. Tiene que ver con su nacimiento, con las prácticas rutinarias innecesarias aplicadas durante los primeros momentos de su vida, con la imposibilidad de estar cerca de la madre en esos momentos, con la imposibilidad de ser amamantado de manera precoz, entre otras.

*La violencia obstétrica se ejerce en todo el mundo. Interesa tanto a los países de altos ingresos como a los de bajos ingresos. Lo que cambia en los distintos contextos son las modalidades en la cual se construye, se ejerce y se percibe. Por ejemplo, como explica Miller et al. (Miller, S.; Abalos, E.; Chamillard, M.; Ciapponi, A.; Colaci, D., Comandé, D.; et al. (2016). *Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. The Lancet*, v. 388, n. 10056, p. 2176–2192. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31472-6.) con respeto al uso-abuso de intervención y recursos médicos, en los países de bajos ingresos a veces se actúa “too little, too late [demasiado poco y demasiado tarde]” y en los países de altos ingresos se interviene “too much, too soon [demasiado y demasiado pronto]...».*

3.- SITUACIÓN EN ARGENTINA.

En perspectiva histórica puede afirmarse que: «Desde el retorno de la democracia a nuestro país, en 1983, tuvo lugar un proceso de transformación de la ciudadanía de las mujeres vinculado al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Para el feminismo, esto significará completar un cambio radical en la organización política y social de las relaciones entre géneros a través del quiebre de un orden patriarcal y la apertura de un nuevo orden en el que las mujeres adopten un status de ciudadanía asentado en la libertad personalísima sobre sus cuerpos como adquisición política de identidad. No obstante, si bien el reconocimiento de estos derechos significó un avance al instalar la temática en la agenda pública y permitió generar políticas públicas en salud sexual y reproductiva, tanto en el plano normativo como en el del ejercicio de la ciudadanía sexual y reproductiva, **aún persisten restricciones a la libertad de las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos**».⁵

En nuestro país, en el año 2015, se puso en marcha el primer Observatorio de

⁵ Fuente: Levín, S. (2010). Derechos al revés ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad? Buenos Aires: Espacio. Citado en Violencia obstétrica en América Latina conceptualización, experiencias, medición y estrategias (ya citado).

Violencia Obstétrica, y en octubre de 2016 presentaron los primeros datos estadísticos sobre la incidencia de este tipo de violencia en la atención al parto/cesárea. Los datos confirman que en el país sigue prevaleciendo un modelo de atención al parto medicalizado e intervencionista, en el cual se realizan además un gran porcentaje de cesáreas: hasta un 30% en hospitales públicos y hasta un 70% en la atención privada. (conforme María Fernanda González, Ana Laura García Presas, Marina Mattioli, “Activismos por el parto respetado: prácticas, apropiaciones y disputas en Entre Ríos, Argentina”, en Violencia obstétrica en América Latina conceptualización, experiencias, medición y estrategias.)

3.1.- Legislación Nacional:

Ley 25.929:

El 25 de Agosto de 2004 se sancionó en nuestro país la Ley 25.929, denominada “de parto respetado” y referida, en lo que aquí respecta a los derechos de los padres y de la persona recién nacida. La misma fue promulgada el 17 de Septiembre de 2004.

En el artículo N° 2 prescribe: *«Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:*

- a) 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.*
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.*
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.*
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén*

justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma».

Se prevé asimismo en el artículo 5º que serán autoridades de aplicación de la mencionada ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.

El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la ley 25.929 por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder (conf. Artículo 6º).

Ley 26.529:

El 21 de Octubre de 2009 se sancionó la Ley 26.529, siendo promulgada de hecho el 19 de Noviembre de 2009, denominada “Derechos del Paciente en su

Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”. En el artículo 2º prescribe: «*Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:*

*a) **Asistencia.** El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;*

*b) **Trato digno y respetuoso.** El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;*

*c) **Intimidad.** Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;*

*d) **Confidencialidad.** El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;*

*e) **Autonomía de la voluntad.** El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. (...)*

*f) **Información Sanitaria.** El paciente tiene derecho a recibir la*

información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. *El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud».*

Asimismo establece que los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave. Y en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

3.2.- Legislación Provincial:

Hasta la fecha de elaboración del presente Dictamen, no se han sancionado a nivel provincial leyes que específicamente tipifiquen la violencia obstétrica y la sancionen.

Sólo podemos mencionar como excepciones a:

- la Ley Provincial «**Adhiriendo a la Ley Nacional N° 26485** de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales», registrada bajo número **Ley 2550** y publicada en el Boletín Oficial Nro. 2877⁶.
- la Ley Provincial «**Adhiriendo a la Ley Nacional N° 25929** sobre parto humanizado, derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento», registrada bajo número **Ley 2594** y publicada en el Boletín Oficial Nro. 2919⁷.

6 Ver Boletín Oficial en <https://www.lapampa.gob.ar/ano-2010/19379-boletin-oficial-n-2877-29-de-enero-de-2010.html>

7 Ver Boletín Oficial en <https://www.lapampa.gob.ar/ano-2010/19443-boletin-oficial-n-2919-19-de-noviembre-de-2010.html>

4.- PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS Y DE GÉNERO.

Tal como se manifestara previamente, abordar esta modalidad de violencia contra las mujeres implica necesariamente hacerlo desde una perspectiva de derechos humanos y de género.

Los Derechos Humanos, tal y como los conocemos hoy, nacen como reacción ante las barbaridades que vivió la humanidad durante la primera mitad del siglo XX. Aunque que no fue el primer antecedente⁸ el movimiento internacional de los derechos humanos se fortaleció con la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

A lo largo de los años, lo establecido en la Declaración fue ampliamente aceptado como las normas fundamentales de derechos humanos que todos deben respetar y proteger y se consolidó en diversos instrumentos internacionales que confirieron base jurídica a los derechos humanos. El derecho internacional de los Derechos Humanos, en particular el Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos ha institucionalizado mecanismos de protección constituidos por órganos basados en la Carta de la ONU⁹ y órganos creados en virtud de instrumentos internacionales¹⁰ de

8 Con anterioridad a la DUDH ya se había iniciado el camino para el reconocimiento de determinados derechos y la progresiva extensión a todas las capas de la sociedad de los mismos. Referencias a la conceptualización de derechos. (entendida como la búsqueda dignidad de la persona) las encontramos ya en la Antigua Grecia, en Europa, en el código Hammurabi en Mesopotamia o en la Antigua China.

9 Consejo de Derechos Humanos y los Procedimientos Especiales.

10 **A) Comité de Derechos Humanos:** El Comité de Derechos Humanos es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos por sus Estados Partes. **B) Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:** El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) es el cuerpo de expertos independientes que monitorea la implementación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por sus Estados partes; **C) Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial:** El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD, por sus siglas en inglés) es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial por los Estados partes; **D) Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer:** El Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; **E) Comité contra la Tortura:** El Comité contra la Tortura (CAT) es el cuerpo de 10 expertos independientes que monitorea la implementación de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes por parte de sus Estados partes; **F) Comité de los Derechos del Niño:** El Comité de los Derechos del Niño (CRC, por sus siglas en inglés), es el órgano de 18 expertos independientes que supervisa la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño por los Estados Partes; **G) Comité para la Protección de los Derechos de los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares:** El Comité para la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y Miembros de sus Familias (CMW) es el cuerpo de expertos independientes que monitorea la implementación de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y Miembros de sus Familias por sus Estados partes; **H) Comité sobre los derechos de las Personas con Discapacidad:** El Comité es un cuerpo de 18 expertos independientes que monitorea la implementación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; **I) Comité contra las Desapariciones Forzadas:** El Comité de Desapariciones Forzadas (CED) es el cuerpo de expertos

derechos humanos específicos, y compuestos por expertos independientes con el mandato de supervisar que los Estados partes en los tratados cumplan sus obligaciones.

En lo que al objeto de este Dictamen respecta, se rescata la **Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer**, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979 (Resolución 34/180). Ese tratado internacional de derechos humanos define la discriminación contra la mujer como *“toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”* (artículo 1). La Convención obliga a los Estados Partes a eliminar la discriminación contra la mujer en la vida pública y privada, incluido lo que ocurre dentro de la familia. Los 16 artículos sustantivos de la Convención exponen los ámbitos específicos de discriminación que afectan de modo particular a las mujeres, y establecen los medios de eliminar la discriminación en dichos ámbitos.

Se crea a través de dicho instrumento el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (art.17), integrado por expertos con el mandato de examinar los progresos realizados en la aplicación de la Convención, quienes se reúnen (art.20) normalmente todos los años por un período de dos semanas.

El Protocolo Facultativo de la Convención —que entró en vigor el 22 de diciembre de 2000— ha añadido al Comité una función cuasijurisdiccional mediante un procedimiento de presentación de comunicaciones por particulares. El otro procedimiento introducido por el Protocolo Facultativo es el procedimiento de investigación, que permite al Comité iniciar, motu proprio, investigaciones sobre casos de violaciones graves o sistemáticas de

independientes que monitorea la implementación de la Convención por los Estados Parte.

los derechos de la mujer.

Los Estados Partes (art. 18) desde la entrada en vigencia de la Convención deben elaborar un informe sobre las medidas legislativas, judiciales, administrativas o de otra índole que hayan adoptado para aplicar la Convención, así como sobre los factores y las dificultades con que se hayan enfrentado en forma periódica o cuando el Comité lo solicite a fin de examinar esos informes en el marco de un diálogo constructivo con los representantes del Estado Parte a fin de realizar sugerencias y recomendaciones (art. 21).

Con posterioridad a CEDAW y previo a la entrada en vigencia del protocolo, resulta pertinente resaltar que existieron dos conferencias internacionales con particular implicancia en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos.

La primera fue la **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo** de 1994. Susana Galdos Silva (2013)¹¹ destaca que a diferencia de las anteriores (Bucarest 1974 y México 1984) la Conferencia de El Cairo «...centra el debate en el desarrollo de los grupos sociales y de los sujetos individuales como eje de la dinámica de población. Reconoce que si bien hombres y mujeres tienen realidades y necesidades comunes, las instituciones sociales perpetúan una posición de desventaja de las mujeres con relación a los hombres. Es por ello que en la conferencia se realza el empoderamiento de la mujer y la mejora de la situación de las niñas, conjuntamente con el derecho a la salud sexual y reproductiva, como estrategia importante para la reducción de la pobreza, mejora de la salud y la calidad de vida...»

Reconoce que «...los grupos organizados de mujeres, a los que la Organización de Naciones Unidas (ONU) abrió las puertas para participar con los delegados de los gobiernos, marcaron la diferencia en los debates La conferencia de El Cairo fue una oportunidad para que los representantes de la sociedad civil, y activistas de los derechos de las mujeres y de la salud

11 Fuente: La Conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva Rev Peru Med Exp Salud Pública. 201330(3):455-60. En: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a14v30n3.pdf>

sexual y reproductiva expusieran sus argumentos y debatieran con los representantes de los gobiernos, a fin de lograr consensos que mantuvieran el espíritu de los profundos cambios en el enfoque de la población y el desarrollo (en) el Programa de Acción (PA)».

Este conjunto de recomendaciones «con las cuales se comprometieron los Estados y cuya aplicación sería (encuadrada) en el derecho soberano de cada país»[...] Si bien no fue posible lograr la aprobación de los textos que reafirmaban claramente los derechos sexuales y reproductivos de la persona en general y de los adolescentes, en particular, a nivel mundial las organizaciones de la sociedad civil reconocen que el PA indica a los gobiernos el camino a seguir hacia la práctica de los derechos sexuales y reproductivos, los derechos de las mujeres y hacia el desarrollo humano con salud y bienestar. La aplicación del PA debe orientarse por la definición más amplia de salud reproductiva, que incluye la salud sexual».

El seguimiento de la puesta en marcha del PA se ha dado, en la mayoría de los países, a nivel gubernamental y a través de las organizaciones e instituciones de la sociedad civil con el apoyo de las agencias de cooperación internacional, principalmente de la ONU. Encuentros nacionales y regionales han ido describiendo lo logrado y lo pendiente ¹².

La segunda fue la **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing**, celebrada en septiembre de 1995, logró una asistencia sin precedentes: 17.000 participantes y 30.000 activistas. Pese a su gran diversidad y distinta procedencia mundial, compartían un único objetivo: la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres, en todas partes. El proceso de Beijing conectó y reforzó el activismo de los movimientos de mujeres a escala mundial.

12 Son ellas: 1) United Nations Population Fund (UNFPA). Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. Lima: UNFPA; 2004 [citado el 12 de febrero de 2013]. Disponible en www.unfpa.org.pe/cipd/cipd5/ 2) Fondo de Población de las Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Centro Latinoamericano y caribeño de demografía Cinco años después de El Cairo. América Latina y El Caribe: logros y desafíos en la ejecución del programa de acción de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. Santiago de Chile: UNFPA; 1999. 3) Fondo de Población de las Naciones Unidas. Cairo, Cairo +5, Cairo +10. Diez años Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Lima: UNFPA; 2004. 4) Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Cairo +20: hacia una lectura de la plataforma para la acción der Cairo a 20 años en el Perú (1994-2014). Lima: Mesa de Vigilancia por los Derechos Sexuales y Reproductivos, PROMSEX, Movimiento Manuela Ramos, CENDIPP; 2013

Además del sistema Universal de protección de Derechos Humanos ya mencionado, nuestro país forma parte del Sistema Regional de Protección de Derechos Humanos, a saber: el Sistema Interamericano. En el ámbito de la Organización de los Estados Americanos. Ello implica que al sistema de tutela instaurado por ONU se suman otros mecanismos de protección creados en el ámbito del sistema interamericano de protección de los derechos humanos.

Las características salientes del actual sistema pensado para salvaguardar los derechos humanos en el continente americano son: la coexistencia del mismo junto a otros regímenes dentro del campo protectorio internacional de los derechos humanos; la unidad de órganos y procedimientos que reina en el sistema; y finalmente la estrecha relación establecida entre el sistema democrático y los elementos del mismo, con el sistema interamericano de derechos humanos.

Actualmente, encontramos en este sistema tanto instrumentos generales¹³ como también específicos¹⁴, los cuales se dirigen a un tema puntual de derechos humanos o a la protección de un conjunto de personas.

Como perteneciente a este sistema regional de protección, y en lo que al objeto de este Dictamen respecta destacamos a la **Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer**. Siendo el instrumento con mayor ratificación, esta convención es una hábil conjugación de los instrumentos y mecanismos típicos de protección a los derechos humanos: por un lado, tipifica y describe el acto, y señala la responsabilidad directa (cuando el Estado comete la violencia), y la responsabilidad indirecta (cuando la violencia es privada y el Estado la consiente o no la castiga).

13 Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (Bogotá 1948), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (San José 1969), y el Primer Protocolo anexo al Pacto de San José, sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (San Salvador 1988).

14 Segundo Protocolo anexo al Pacto de San José sobre abolición de la Pena de Muerte (Asunción 1990); la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1985), la Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas (1994), la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (1994); y la Convención Americana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (adoptado en la Asamblea General de la OEA reunida en Guatemala 1999).

Es el primer instrumento legal internacional en el mundo que reconoce el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia. Se señala que la violencia contra la mujer constituye de hecho y técnicamente una violación a los derechos humanos, en un contexto donde esta violencia reconoce su causa en la desigualdad histórica de las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

La convención estipula varias obligaciones de hacer para el Estado, estas exigencias del texto comprenden acciones inmediatas y progresivas. Dentro de las acciones inmediatas, la Convención ordena a los Estados que adopten políticas dirigidas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer; y adoptar programas de instrucción para erradicar este flagelo. Asimismo, en caso de violencia perpetrada, el Estado debe actuar con diligencia para sancionarla y adoptar medidas progresivas de atención a las víctimas. Como medidas progresivas se encuentran obligaciones dirigidas al Estado fundamentalmente de tipo promocional; tales como programas destinados a fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, para modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, y para fomentar y apoyar programas de educación gubernamentales y del sector privado destinados a concientizar al público sobre los problemas relacionados con la violencia contra la mujer, los recursos legales y la reparación que corresponda.

La vía de acción en caso de violencia contra la mujer está dada por la posibilidad de que cualquier persona, grupo de personas u organización no gubernamental legalmente reconocida en un Estado miembro de la OEA, puede elevar a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, denuncias manifestando que un Estado parte en la convención ha violado las disposiciones establecidas en el artículo séptimo de la misma; es decir, que ha incumplido todas las acciones inmediatas que el Estado debe tomar para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.

4.1.- Estado Argentino, suscripción de tratados y sanción de la Ley N°

26.485

A nivel nacional, Argentina aprobó CEDAW (Ley 23.179) en 1985 y con posterioridad (1994) le otorgó jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22, CN). Más tarde aprobó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Ley 24.632) conformándose así un andamiaje legal que da cuenta de la discriminación estructural e histórica hacia las mujeres y la violencia machista que sufren en las sociedades con matriz patriarcal como la nuestra.

Al respecto Margarita Inés Bellotti¹⁵ expresa: *«La violencia contra las mujeres, de carácter sistemático en nuestras sociedades patriarcales, ha sido reconocida como un problema que afecta la igualdad y la paz y viola los derechos humanos. La necesidad de su erradicación se ve reflejada en tratados internacionales y en legislaciones nacionales, aunque aún resultan insuficientes las políticas públicas, surgiendo una importante responsabilidad del Estado –en sus distintos poderes- en la omisión de sus deberes de prevención y sanción de las distintas formas que asume esta violencia».*

En relación a la temática que se viene desarrollando, resulta de fundamental importancia destacar que Argentina sancionó la ley 26485 (B.O. 14/04/2009) y su Decreto Reglamentario 1011/2010 (B.O. 20/07/2010).

La Ley 26485, denominada “**Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales**” es una ley orden público (art. 1), es decir, se trata de una ley imperativa e irrenunciable; que no puede ser dejada sin efecto por acuerdo de partes. También es aplicable en todo el territorio de la Nación (art. 1), salvo en lo relativo a los procedimientos tanto administrativos como judiciales, que serán resorte de las jurisdicciones locales. Asimismo, es transversal a todas las ramas del derecho.

En su primer título encontramos las **disposiciones generales** y en palabras de

15 Fuente: Margarita Inés Bellotti, La ley 26485 como recurso para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra las mujeres. en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/33396-ley-26485-recurso-prevenir-sancionar-y-erradicar-violencia-contra-mujeres>

Belloti, «*lo medular de la ley*» sus objetivos, los derechos protegidos, las definiciones, los tipos y modalidades.

Su art. 4 define como «*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*».

El artículo 5 define los **tipos de violencia** (física, psicológica, sexual, económica y patrimonial y simbólica) y el artículo 6 las **modalidades**, ósea las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia en los diferentes ámbitos (doméstica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica y mediática).

La reglamentación del artículo 6 por parte del Dto. PEN 1011/2010, aclara que **estas definiciones no pueden interpretarse en sentido restrictivo ni taxativo**, excluyentes de hechos considerados violencia contra las mujeres por otras normas, aclarando que, para ello deberá interpretarse la norma **de forma armónica y sistemática** con la definición general dada por esta ley en su artículo 4 y con lo dispuesto por **convenciones y demás instrumentos internacionales**.

Belloti expresa que «*el artículo 2 comprende dos tipos de objetivos: unos generales y de largo plazo: eliminar la discriminación, garantizar el derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia, la remoción de los patrones socioculturales patriarcales y la erradicación de la violencia; y otros que promueven medidas inmediatas: la sensibilización sobre la problemática, la prevención y sanción; el desarrollo de políticas públicas; el acceso a la justicia y la asistencia integral. Son los primeros, los objetivos generales, los*

que constituyen la pauta orientativa para evaluar los segundos, ya que son la finalidad misma de la ley».

En cuanto a los **derechos protegidos**, se encuentran formulados en el artículo 3° de la Ley. Este comienza con una remisión a las convenciones citadas anteriormente y la ley 26.061 (B.O. 26/10/2005) de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, para luego referirse especialmente a los siguientes derechos:

- «...a) Una vida sin violencia y sin discriminaciones;*
- b) La salud, la educación y la seguridad personal;*
- c) La integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial;*
- d) Que se respete su dignidad;*
- e) Decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;*
- f) La intimidad, la libertad de creencias y de pensamiento;*
- g) Recibir información y asesoramiento adecuado;*
- h) Gozar de medidas integrales de asistencia, protección y seguridad;*
- i) Gozar de acceso gratuito a la justicia en casos comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente ley;*
- j) La igualdad real de derechos, oportunidades y de trato entre varones y mujeres;*
- k) Un trato respetuoso de las mujeres que padecen violencia, evitando toda conducta, acto u omisión que produzca revictimización...»*

El título II sobre Políticas Pública abarca a los tres poderes del estado del ámbito nacional y provincial. Al respecto el texto de la ley expresa: *«El Estado nacional implementará el desarrollo de las siguientes acciones prioritarias, promoviendo su articulación y coordinación con los distintos Ministerios y Secretarías del Poder Ejecutivo nacional, jurisdicciones provinciales y municipales, universidades y organizaciones de la sociedad civil con competencia en la materia».*

Al respecto Belloti expresa: *«En cuanto a las políticas públicas, las mismas*

tienen un carácter interinstitucional y, en alguna medida, interjurisdiccional. La autoridad de aplicación es el Consejo Nacional de la Mujer que tiene a su cargo el diseño de esas políticas. Las mismas están definidas por la ley estableciendo las facultades y obligaciones de los distintos Ministerios y la promoción y el fortalecimiento interinstitucional de las distintas jurisdicciones para la creación e implementación de servicios integrales de asistencia a las mujeres que padecen violencia y a las personas que la ejercen. Se crea también el Observatorio de Violencia contra las Mujeres y se impone la obligación de crear una Guía de Servicios (inc. ñ) del art. 9) y de formular un Plan Nacional de Acción (inc. a) del art. 9)...».

Así existen los lineamientos básicos de estas políticas, también hay por áreas específicas. El Ministerio de Salud de la Nación dispone en relación al objetivo que motiva esta resolución los siguientes apartados: «a) Incorporar la problemática de la violencia contra las mujeres en los programas de salud integral de la mujer; b) Promover la discusión y adopción de los instrumentos aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación en materia de violencia contra las mujeres en el ámbito del Consejo Federal de Salud; c) Diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, y salud mental, que especifiquen el procedimiento a seguir para la atención de las mujeres que padecen violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una práctica médica no sexista. El procedimiento deberá asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios; mejorar el diagnóstico precoz y la atención médica con perspectiva de género; i) Promover, en el marco del Consejo Federal de Salud, el seguimiento y monitoreo de la aplicación de los protocolos. Para ello, los organismos nacionales y provinciales podrán celebrar convenios con instituciones y organizaciones de la sociedad civil».¹⁶

El título III de la ley en cuestión establece el procedimiento. Establece las

16. Belloti, Op. Cit.

disposiciones generales sobre Procedimientos (artículo 16), que –a diferencia del procedimiento específico- sí rigen para todo el país, agrega al acceso a la justicia gratuito, otros derechos y garantías.

Belloti manifiesta que *«estos principios rigen también para los procedimientos administrativos. Al tratarse de una ley nacional y de orden público, estos principios configuran estándares mínimos aplicables a todas las jurisdicciones. [...]Facilitar el acceso de las mujeres a la justicia implica también un trato cordial, capacidad de escucha, explicar los derechos y el procedimiento con un lenguaje accesible, trabajo interdisciplinario, personal capacitado»*.¹⁷

5.- EL APORTE DEL INFORME DE LA RELATORA ESPECIAL

Tal como se manifestara previamente, el Estado Argentino forma parte del Sistema Universal de Derechos Humanos, el que se desarrolla en el ámbito de la Organización de las Naciones Unidas, y ha ratificado la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer.

En relación a ello, resulta pertinente desarrollar el **Informe de la Relatora Especial** Dubravka Šimonović que fuera presentado a la Asamblea General de la ONU el 11 de Julio de 2019 sobre **la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias**: analiza la cuestión del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, así como las causas profundas y los problemas estructurales que deben afrontarse para luchar contra estas formas de maltrato y violencia.

En la sección II del informe, la Relatora Especial resume las actividades llevadas a cabo en cumplimiento de su mandato durante el período sobre el que se informa, hasta julio de 2019. En la sección III, la Relatora analiza la cuestión del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva con especial atención en el parto y la violencia obstétrica, y

17. Belloti, Op. Cit.

señala las causas profundas del maltrato y los problemas estructurales. En la sección IV, la Relatora expone su conclusión y formula recomendaciones para prevenir y combatir el maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto.

En sus partes pertinentes, dicho Informe expresa:

«...En los últimos años, el maltrato y la violencia contra la mujer experimentados durante la atención del parto en los centros de salud y en otros servicios de salud reproductiva han generado gran interés a nivel mundial debido, entre otras cosas, a los numerosos testimonios publicados por mujeres y organizaciones de mujeres en los medios sociales; se ha demostrado que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático. Reconociendo que estos problemas no se han abordado plenamente desde la perspectiva de los derechos humanos, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer decidió preparar su informe temático sobre el 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.

Como principal organización de las Naciones Unidas en el ámbito de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) respondió a los temores de las mujeres en relación con la atención del parto publicando una declaración en 2015 en la que condenaba, rotundamente, el maltrato físico, la humillación y la agresión verbal, los procedimientos médicos coercitivos o no consentidos (incluida la esterilización), la falta de confidencialidad, el hecho de no obtener el consentimiento plenamente informado, la negativa a suministrar medicación contra el dolor, las graves violaciones de la intimidad, la denegación de admisión a los centros de salud, el abandono de las mujeres durante el parto que puede llevarles a sufrir complicación es evitables y que puede amenazar su vida y la detención de las mujeres y sus hijos recién nacidos en los centros, tras el parto, debido a su incapacidad para hacer frente al pago. En su declaración, la OMS también reconoció que ese maltrato no solo viola el derecho de las

mujeres a una atención respetuosa, sino que también puede poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física y a no ser objeto de discriminación.

En preparación de su informe, la Relatora Especial y la OMS organizaron conjuntamente una reunión de un grupo de expertos en Ginebra los días 25 y 26 de abril de 2019 sobre el maltrato durante la atención del parto en el contexto de los derechos humanos y la violencia contra la mujer. La Relatora Especial hizo también un llamamiento a recibir aportaciones y pidió información sobre las formas de maltrato, el consentimiento informado, los mecanismos de rendición de cuentas y sobre ejemplos de respuestas nacionales a la violencia contra la mujer en el ámbito de la salud. Se recibieron más de 128 comunicaciones de Estados, organizaciones no gubernamentales, instituciones independientes y miembros del mundo académico. Diversas organizaciones no gubernamentales han publicado también informes que documentan el maltrato que experimentan las mujeres y las niñas durante la atención del parto en centros de salud de todo el mundo.

En el presente informe, la 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.

El 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.

El informe proporciona recomendaciones sobre el modo de encarar los problemas estructurales y las causas profundas de la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. También trata de sentar las bases para que los Estados cumplan sus obligaciones en materia de derechos humanos, elaboren leyes, políticas y estrategias nacionales de salud reproductiva para las mujeres e implanten mecanismos de denuncia para asegurar un enfoque basado en los derechos humanos de la atención de la salud y garantizar la rendición de cuentas por las violaciones de los derechos humanos. De conformidad con el derecho internacional, los actos u omisiones cometidos por agentes no estatales atribuibles al Estado abarcan lo siguiente: “[l]os actos u omisiones de agentes privados facultados por el derecho de ese Estado para ejercer atribuciones del poder público, entre ellos, los organismos privados que prestan servicios públicos como la atención de la salud o la educación, o gestionan el funcionamiento de lugares de detención, [que] se consideran actos atribuibles al propio Estado”. Los Estados partes en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer tienen además la obligación de elaborar y aplicar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación y la violencia de género contra la mujer, en particular en el ámbito de la atención de la salud. Se trata de una obligación de carácter inmediato y las demoras no pueden justificarse por ningún motivo, ni siquiera por razones económicas, culturales o religiosas.

Con 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.

El 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.»

En el punto “C.” del informe, titulado: “Manifestaciones del maltrato y la violencia de género en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto en los centros de salud” el informe expresa que:

«...Mediante las comunicaciones recibidas y otros recursos, la Relatora Especial ha podido identificar cómo se manifiesta la violencia de género en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto en los centros de salud. La lista no es exhaustiva. Las dolorosas historias contadas por las mujeres en las comunicaciones recibidas por la Relatora Especial pusieron de manifiesto que el maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud

reproductiva y durante la atención del parto en los centros de salud se producen en todo el mundo y afectan a las mujeres de todos los niveles socioeconómicos. Las nuevas plataformas sociales digitales han desempeñado un papel esencial a la hora de romper el silencio y han permitido a las mujeres difundir sus experiencias y dar a conocer sus historias. Al igual que el movimiento # MeToo, la información publicada en esas plataformas ha confirmado que las mujeres que son víctimas de la violencia obstétrica a menudo son silenciadas o tienen miedo a hablar por temor a los tabúes, el estigma o la creencia de que la violencia que han sufrido podría constituir un acto aislado; los testimonios de las mujeres han demostrado que el maltrato y la violencia durante el parto son práctica generalizada y arraigada en los sistemas de salud...»

*La técnica conocida como “**sinfisiotomía**”, considerada ya como una violación de los derechos humanos y **una forma de violencia contra la mujer que puede llegar a constituir tortura, consiste en la separación y ampliación quirúrgicas de la pelvis para facilitar el parto.** Esta práctica de alumbramiento, utilizada principalmente en Irlanda hasta principios de los años noventa sin el conocimiento ni el consentimiento libre e informado de las mujeres afectadas, causó dolor y discapacidad permanentes a muchísimas mujeres. El Comité contra la Tortura estudió las denuncias de numerosas mujeres en relación con esta práctica y concluyó que constituye tortura.*

***La esterilización forzada y el aborto forzado** constituyen delito y son sendas formas de violencia de género contra la mujer. El Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica, conocido como el Convenio de Estambul, prohíbe ambas expresamente, mientras que la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y otros tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas las prohíben implícitamente mediante la protección de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. La*

esterilización forzada y el aborto forzado son tratamientos médicos que se practican en todo el mundo sin consentimiento informado. Son practicados por profesionales sanitarios por diversas razones, como, por ejemplo, aduciendo que redundan en beneficio del denominado interés superior de la mujer o basándose en la creencia de que ciertos grupos de mujeres pertenecientes a grupos minoritarios, como las mujeres romaníes, las mujeres indígenas, las mujeres con discapacidad o las mujeres que viven con el VIH, no son “dignas” de procreación, son incapaces de tomar decisiones responsables sobre la anticoncepción, no están en condiciones de ser “buenas madres” o no es aconsejable que tengan descendencia. Algunos centros de salud, además, ocultan información o engañan a las mujeres para que presten su consentimiento a la esterilización, actuando en palabras del Tribunal Europeo de Derechos Humanos con una manifiesta falta de respeto a su derecho a la autonomía y a la elección como pacientes.

Estas intervenciones médicas han sido analizadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y los tribunales regionales y han sido calificadas como formas de violencia de género contra la mujer que puede causar daños físicos y psicológicos y que puede constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante.

La cesárea o el parto por cesárea es el uso de la cirugía para alumbrar a los niños cuando médicamente es necesario y cuando un parto vaginal pondría a la madre o al niño en situación de riesgo. Cuando está justificado desde el punto de vista médico, es un procedimiento que salva vidas. Sin embargo, recientemente ha habido una tendencia creciente al uso excesivo de la cesárea en todo el mundo, y en América Latina y Europa este tratamiento está sustituyendo al parto vaginal o se está eligiendo como forma preferida de alumbramiento. En muchos ordenamientos jurídicos, el interés del feto prevalece sobre los derechos de la mujer embarazada, lo que da lugar a situaciones en las que, deliberadamente, no se consulta a las mujeres en lo referente a la decisión de parir o no al niño mediante cesárea. También hay pruebas

que sugieren que las mujeres se convierten en víctimas de sistemas de salud deficientes donde los servicios se planifican y gestionan centrándose en la eficacia en función de los costos y el tiempo. Además, las cesáreas pueden programarse y pueden realizarse en días laborables seleccionados, frente a los fines de semana, y los médicos suelen cobrar honorarios más altos de las compañías de seguros privadas por esta práctica. Cuando se practica sin el consentimiento de la mujer, una cesárea puede constituir violencia por razón de género contra la mujer, e incluso tortura. El Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica ha señalado específicamente el uso excesivo de la práctica de la cesárea en muchos países como prueba de **una medicalización excesiva durante el parto** y considera que “las mujeres no tienen la posibilidad de elegir libremente entre distintas formas de dar a luz”, especialmente si la primera opción es una cesárea.

La episiotomía es un corte profundo en el perineo de la mujer que llega hasta el músculo del suelo pélvico diseñado para ayudar quirúrgicamente a la mujer que va a tener un parto vaginal. Aunque este procedimiento puede resultar beneficioso para el bebé y la madre, en caso de que resulte necesario desde el punto de vista médico, si no es necesario o se hace sin el consentimiento informado de la madre, puede tener efectos físicos y psicológicos en la madre, puede ocasionar la muerte y puede constituir violencia de género y un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante. Se ha recibido mucha información de mujeres preocupadas por su uso sin consentimiento informado. Otro problema es su uso excesivo o rutinario, contrario a las recomendaciones de la OMS.

La episiotomía y la sutura posterior al parto, cuando se practican sin consentimiento informado y sin anestesia, pueden tener repercusiones importantes en la vida sexual y reproductiva y en la salud mental de una mujer, y las cicatrices resultantes de esta práctica acompañan a la mujer durante el resto de su vida. Cuando esta práctica no está

justificada por la necesidad médica, debe considerarse que constituye una violación de los derechos de la mujer y una forma de violencia de género contra la mujer.

El uso de personal médico sin experiencia para llevar a cabo los exámenes ginecológicos puede causar daño a las mujeres embarazadas, y el uso excesivo de la oxitocina sintética como agente utilizado para inducir las contracciones y el alumbramiento también presenta un daño para su salud. Aplicada de forma indebida, la oxitocina puede causar mortinatalidad y ruptura uterina, y puede ocasionar que grandes dolores a la madre si no se suministra medicación para el alivio del dolor.

La práctica de la presión manual del fondo uterino durante la segunda fase del alumbramiento, también conocida como “maniobra Kristeller”, ya no está recomendada por la OMS, pero sigue siendo una práctica generalizada, a veces con el codo, el antebrazo o con todo el cuerpo, con el fin de ocasionar la expulsión del bebé.

Además, se ha informado de que los procedimientos quirúrgicos por aborto espontáneo, el legrado y la sutura tras el parto, así como la extracción de óvulos durante el procedimiento de reproducción asistida, se realizan a menudo sin anestesia. Por otra parte, varias mujeres alegaron ser víctimas de un procedimiento de sutura tras la episiotomía; este procedimiento, que aplica más puntos de los necesarios, los llamados “puntos para el marido”, se lleva a cabo, supuestamente, en pro de la satisfacción sexual del esposo. Esta práctica es consecuencia de unos nocivos estereotipos patriarcales y de la desigual relación entre hombres y mujeres. El Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ha observado que “estos malos tratos van desde alargar los plazos para llevar a cabo ciertos procedimientos médicos, como suturar las heridas del parto, hasta no emplear anestesia”.

Las mujeres también han denunciado una falta de autonomía y capacidad de toma de decisiones, incluida la posibilidad de elegir su posición de parto preferida en los hospitales públicos, mientras que sobre la posición para dar a luz hay una mayor flexibilidad en las maternidades privadas.

*Muchas mujeres procedentes de diferentes partes del mundo han descrito **prácticas profundamente humillantes, agresiones verbales y observaciones sexistas durante la atención del parto, que tienen lugar tras las puertas cerradas de los centros de salud.** Solo desde hace poco las mujeres han empezado a hablar sobre las **burlas y los reproches, insultos y gritos** que sufren por parte de los trabajadores sanitarios. Especialmente se han destacado las observaciones sexistas y ofensivas.*

La Relatora trata en particular el “consentimiento informado”. Al respecto el informe expresa:

«...El 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.

El 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 informado⁴⁴. 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».

Por otra parte, en el Informe bajo análisis se tratan las “**Causas profundas del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva**”.

En relación a ello expresa:

«En el contexto de los servicios de salud materna y reproductiva, las condiciones y limitaciones del sistema de salud son causas subyacentes del maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto. Las malas condiciones de trabajo de muchos profesionales de la salud y la histórica sobrerrepresentación de los hombres en la atención ginecológica y obstétrica contrasta con las obligaciones de los Estados de garantizar la disponibilidad y la calidad de los servicios de atención de la salud materna, los bienes y servicios, la adecuada capacitación del personal sanitario y el equilibrio de género entre los profesionales de la salud. Para cumplir esta obligación, los Estados “debe(n) dedicar el máximo de los recursos de que dispone(n) a la salud sexual y reproductiva” y adoptar un enfoque basado en los derechos humanos para determinar las necesidades y las asignaciones presupuestarias. Sin embargo, muchos Estados no dan prioridad, en sus presupuestos, a la atención de la salud de las mujeres. El hecho de que los Estados no destinen suficientes recursos a las necesidades específicas de salud de las mujeres es una violación del

derecho de la mujer a no ser objeto de discriminación. Además, muchos Estados no garantizan que los trabajadores sanitarios reciban la capacitación adecuada en materia de ética médica y derechos humanos de los pacientes, ni la obligación de dichos trabajadores de prestar una atención respetuosa y no discriminatoria.

*Junto con las limitaciones de recursos, **las condiciones de trabajo en los sistemas de salud** pueden desempeñar un papel importante como factor impulsor del maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto.*

*Además, **los trabajadores sanitarios han explicado que los problemas del sistema de salud, como la insuficiencia de personal, el gran número de pacientes, los bajos salarios, las largas jornadas de trabajo y la falta de infraestructuras** son factores importantes que crean un tenso entorno laboral que a su vez propicia una conducta poco profesional.*

Algunos Estados aplican leyes o prácticas nacionales discriminatorias, como el requisito de obtener el consentimiento del esposo o de un tercero para que la mujer sea sometida a tratamiento médico. Esta situación discrimina a las mujeres e ignora su capacidad de toma de decisiones en favor de la decisión de un familiar o de otra autoridad institucional. Tales leyes contribuyen a la violencia y el maltrato de las mujeres en los servicios de salud reproductiva.

Algunas mujeres sufren formas interseccionales de discriminación que tienen un impacto negativo agravado, y la violencia de género puede afectar a las mujeres en distinta medida o de distintas formas, por lo que a este respecto se requieren respuestas jurídicas y normativas adecuadas.

Las mujeres y las niñas con discapacidad sufren una discriminación basada en múltiples aspectos de su identidad, como el género y la

discapacidad. *Muy a menudo se las considera asexuales o sexualmente inactivas. La Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad ha señalado además que “es habitual que se presione a las niñas y las jóvenes con discapacidad para que interrumpan sus embarazos debido a los estereotipos negativos acerca de su capacidad para la crianza de los hijos y por la preocupación eugenésica de que den a luz a un niño con discapacidad”.*

Los 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.*

Bajo el punto titulado “La dinámica del poder y el abuso de la doctrina de la necesidad médica” se expresa: **La 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».

Asimismo, se realiza un análisis en relación a la **aplicación del marco regional e internacional de derechos humanos al maltrato y la violencia en los servicios de salud reproductiva.**

En tal sentido, se desprende del Informe que:

«La violencia contra la mujer como violación de los derechos humanos y como forma de discriminación contra la mujer está prohibida por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África, el Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.

Además de estos instrumentos de derechos humanos, los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron en 2015 la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la que se comprometieron a lograr los objetivos de una vida sana y el bienestar de todos a todas las edades (Objetivo 3) y de igualdad de género y empoderamiento de todas las mujeres y las niñas (Objetivo 5) poniendo fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo (meta 5.1) y eliminando todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado (meta 5.2), a fin de asegurar el acceso a servicios de salud materna de calidad y garantizar la autonomía reproductiva de las mujeres y las niñas.

En 2015 diversos expertos regionales y de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos, incluida la Relatora Especial, hicieron una declaración conjunta sobre la aplicación de la Agenda 2030 en la que instaron a los Estados a hacer frente a los actos de violencia obstétrica e institucional sufridos por las mujeres en los centros de salud y a adoptar todas las medidas legislativas y prácticas posibles para prevenir, prohibir y castigar esos actos y para garantizar su reparación...».

Respecto al *derecho* de las mujeres al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental expresa:

«El derecho a la salud está consagrado en la Constitución de la OMS, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otros instrumentos de derechos humanos, en particular la Plataforma de Acción de Beijing, que establece que entre los derechos de la mujer está su derecho a una salud sexual y reproductiva sin coacción, discriminación o violencia. Además, la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, leídas junto con sus recomendaciones generales núms. 19 y 35 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, defienden el derecho de la mujer al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El artículo 12 de la Convención recomienda que los Estados garanticen a las mujeres “servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario”, al tiempo que la recomendación general núm. 24 reconoce que solo las mujeres necesitan algunos procedimientos médicos y exige que “todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa”.

Los órganos creados en virtud de tratados internacionales de derechos humanos y expertos independientes o titulares de mandatos de procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos han estudiado un gran número de violaciones de los derechos humanos de las mujeres en los servicios de salud reproductiva y han analizado la amplia variedad de abusos que sufren las mujeres durante el parto, incluido el contexto en que se producen, y han descubierto violaciones, entre otros, de los derechos de las mujeres a la salud, a la vida, a la intimidad y a no ser objeto de discriminación o de trato inhumano y degradante, así como de su derecho a una reparación efectiva.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos determinó que se habían violado los derechos a la integridad personal, a la libertad personal, a la vida privada y familiar, a la información y a no ser objeto de un trato cruel, inhumano o degradante en un caso relativo a la esterilización involuntaria de una mujer en un hospital público del Estado Plurinacional de Bolivia durante una cesárea¹⁸. Además, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha emitido una declaración en la que insta a los Estados a documentar, investigar y sancionar las nuevas formas de violencia contra las mujeres, las niñas y las adolescentes, como, por ejemplo, la violencia obstétrica¹⁹».

Finalmente, realiza una serie de conclusiones y recomendaciones a los Estados y otras partes interesadas:

75. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de las mujeres, incluido su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental durante los servicios de salud reproductiva y el parto sin ser objeto de maltrato o violencia de género, así como de aprobar leyes y políticas apropiadas

18 I.V. c. Bolivia, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016).

19 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, comunicado de prensa, "En el Día Internacional de la Mujer, la CIDH exhorta a los Estados a abstenerse de adoptar medidas que signifiquen un retroceso en el respeto y garantía de los derechos de las mujeres" (8 de marzo de 2018) (<http://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2018/044.asp>).

para combatir y prevenir ese tipo de violencia, enjuiciar a los responsables y proporcionar reparación e indemnización a las víctimas.

76. Los 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.

77. Los Estados deben afrontar el problema del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y en la atención del parto desde una perspectiva de derechos humanos, y utilizarla para realizar una investigación independiente sobre las denuncias del maltrato y la violencia de género que sufren las mujeres en los centros de salud, investigación que debería incluir las causas estructurales y sistémicas, en particular los estereotipos sobre el papel de la mujer en la sociedad, y deben además publicar los resultados y las recomendaciones, que deberían utilizarse para revisar las leyes, las políticas y los planes de acción nacionales en materia de salud reproductiva.

78. Los Estados deben establecer una cooperación constructiva entre las instituciones sanitarias y las asociaciones de profesionales con las organizaciones no gubernamentales de mujeres, los movimientos de mujeres y las instituciones independientes de derechos humanos que se

ocupan de la salud reproductiva y la atención obstétrica.

79. Los Estados también deben elaborar estrategias nacionales sobre los servicios de salud reproductiva y la atención del parto, a fin de garantizar unos tratamientos respetuosos, dignos y basados en los derechos humanos en el contexto de la atención del parto y otros servicios de salud reproductiva, en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos de las mujeres, que incluyen el respeto de la privacidad y la confidencialidad.

80. Los Estados deben afrontar: a) los problemas estructurales y los factores subyacentes en los sistemas de atención de la salud reproductiva que reflejan la existencia de estructuras socioeconómicas discriminatorias ancladas en las sociedades; b) la falta de una educación y formación adecuada de todos los profesionales de la salud sobre los derechos humanos de las mujeres; c) la falta de personal cualificado y el consiguiente gran volumen de trabajo que se genera en los centros de salud; y d) las limitaciones presupuestarias. Los Estados deben asignar suficientes fondos, personal y equipos a las salas y los servicios de maternidad de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, que exige que los Estados dediquen la mayor cantidad posible de recursos a la salud sexual y reproductiva, incluidos los programas de salud materna y atención del parto.

Consentimiento informado

81. Para combatir y prevenir el maltrato y la violencia contra la mujer, los Estados deben:

a) Garantizar la aplicación adecuada y efectiva del requisito de obtención del consentimiento informado en consonancia con las normas de derechos humanos;

b) Aprobar leyes y políticas en materia de salud que resulten eficaces para la aplicación del requisito de obtención del consentimiento informado en todos los servicios de salud reproductiva y garantizar el

consentimiento libre, previo e informado en todas las cesáreas, las episiotomías y otros tratamientos invasivos durante la atención del parto;

c) Respetar la autonomía de la mujer, su integridad y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva;

Prevención de la violencia obstétrica

d) Garantizar en la ley y en la práctica el derecho de la mujer a estar acompañada por una persona de su elección durante el parto;

e) Considerar la posibilidad de permitir el parto en casa e impedir la penalización de dicha modalidad de parto;

f) Supervisar los centros de salud y recopilar y publicar anualmente datos sobre el porcentaje de cesáreas, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva;

g) Aplicar los instrumentos de derechos humanos de la mujer y las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer;

h) Supervisar los centros de salud y recopilar y publicar datos sobre el porcentaje de cesáreas, episiotomías y otros tratamientos relacionados con el parto y la atención obstétrica;

i) Dar respuesta a la falta de anestesia y alivio del dolor, la imposibilidad de elegir la posición de parto y la falta de respeto en la atención sanitaria;

Rendición de cuentas

j) Establecer mecanismos de rendición de cuentas basados en los derechos humanos a fin de garantizar la reparación a las víctimas de maltrato y violencia, en particular una indemnización económica, el reconocimiento de la conducta inapropiada, una disculpa formal y una garantía de que el hecho no volverá a repetirse;

k) Garantizar la responsabilidad profesional y la sanción de las asociaciones profesionales en los casos de maltrato y el acceso a la justicia en los casos de violaciones de los derechos humanos;

l) Garantizar la investigación exhaustiva e imparcial de las denuncias de maltrato y violencia contra las mujeres durante la atención del

parto;

m) Asegurarse de que las mujeres víctimas de estas violaciones obtienen una reparación suficiente, que puede adoptar la forma de resarcimiento, indemnización económica, compensación o garantía de no repetición;

n) Asegurarse de que los órganos reguladores, en particular las instituciones nacionales de derechos humanos, las comisiones de ética, los ombudsmen y los organismos de promoción de la igualdad tengan el mandato y los recursos necesarios para supervisar eficazmente los servicios de maternidad de los centros públicos y privados a fin de garantizar el respeto de la autonomía y la privacidad de las mujeres;

o) Sensibilizar a los abogados, los jueces y los ciudadanos acerca de los derechos humanos de las mujeres en el contexto de la atención del parto, a fin de garantizar el uso eficaz de los recursos previstos en la ley;

Leyes discriminatorias y nocivos estereotipos de género

p) Revisar y reforzar las leyes que prohíben todas las formas de maltrato y violencia contra la mujer, incluida la violencia psicológica, durante el embarazo y la atención del parto y otros servicios de salud reproductiva, en consonancia con los instrumentos de derechos humanos de la mujer;

q) Suprimir cualquier obligación de obtener la autorización del cónyuge o un pariente en todos los servicios de salud reproductiva que conciernen a las mujeres;

r) Derogar las leyes que penalizan el aborto en todas las circunstancias, eliminar las medidas punitivas para las mujeres que se someten a un aborto, y como mínimo, legalizar el aborto en los casos de agresión sexual, violación, incesto y cuando seguir adelante con el embarazo suponga un riesgo para la salud física y mental o para la vida de la mujer, y facilitar el acceso a una atención posterior al aborto segura y de calidad;

s) Retirar la acusación penal y el encarcelamiento de las mujeres que han solicitado servicios obstétricos de emergencia, en particular por

abortos espontáneos, y eliminar las medidas punitivas contra los médicos, a fin de que puedan proporcionarles la asistencia médica necesaria;

t) Prohibir y hacer frente a la práctica de la esterilización forzada, especialmente con respecto a las mujeres pertenecientes a minorías y las mujeres indígenas, mejorar las salvaguardias contra esas violaciones de los derechos humanos y proporcionar la apropiada reparación e indemnización a las víctimas;

u) Poner fin a la discriminación interseccional o a los estereotipos que de forma agravada sufren determinados subgrupos de personas.

6.- CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.

La visibilización de la «violencia obstétrica» como una modalidad de violencia de género empieza a materializarse y el caso que motiva el presente dictamen en el marco de las competencias investigativas de la FIA es prueba de ello.

Como se ha sostenido a lo largo del presente análisis, **más allá** de las irregularidades comprobables o no, de una acción o conducta subsumible en el marco de una acción administrativa disciplinaria, la «violencia obstétrica» es la manifestación de la violencia de género con matices de violencia institucional, en tanto que habría un establecimiento asistencial público involucrado que ejercería violencia sobre la salud reproductiva y ginecoobstétrica.

Por ello es que entendemos que, para **visibilizar** la «violencia obstétrica» como violencia de género y violación de derechos humanos, se debe acompañar un cambio cultural que involucre a las y los operadores de la salud, a los organismos de Derechos de Género y de la Mujer, de Derechos Humanos y al Ministerio de Salud, siguiendo las definiciones de la legislación nacional y las recomendaciones internacionales vigentes.

Violencia Obstétrica. Definición:

«toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto 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».

¿Quiénes pueden ser los causantes y/o victimarios?

- a) todo el personal que trabaja en un servicio de asistencia sanitaria, tanto profesionales (médicos/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as) como colaboradores: mucamas/os, camilleros/as, personal administrativo, etc.
- b) todos los y las trabajadores de los servicios públicos o privados, que operen en los centros de salud.
- c) quienes trabajan en los cuerpos médicos forenses de los ámbitos provinciales, municipales o nacionales.
- d) aquellos que prestan servicios de perito legista en forma particular.
- e) quienes trabajan como médicos laborales internos de las empresas, u organismos del Estado.
- f) las personas que se desempeñen en el área migratoria o de las policías aduaneras y deban revisar a las mujeres que ingresen al país, por ejemplo, en el caso que se sospeche que sea portadora de drogas
- g) las y los agentes de policías locales y federales, al momento de realizar requisas personales y/u otros abordajes sobre el cuerpo femenino.

¿Por qué la violencia obstétrica es una violación de los derechos humanos de la mujer? Porque, no sólo al momento del parto y del embarazo, sino también durante las visitas ginecológicas que no tiene que ver con embarazo (menopausia, fecundación asistida, aborto espontáneo o inducido, muerte perinatal, etcétera), atenta contra:

- a) los derechos a la salud y, específicamente, a los derechos a la salud reproductiva;
- b) el respeto de los procesos de parto,

- c) el respeto de los cuerpos de las mujeres,
- d) el respeto de los tiempos de las mujeres,
- e) el respeto de la privacidad de las mujeres,
- f) el respeto de la integridad de las mujeres,
- g) el respeto de la autonomía y libertad de elección de las mujeres.

¿Cómo se manifiesta la violencia obstétrica?

- a) el maltrato físico,
- b) la humillación,
- c) la agresión verbal,
- d) los procedimientos médicos coercitivos o no consentidos (incluida la esterilización),
- e) la falta de confidencialidad,
- f) el hecho de no obtener el consentimiento plenamente informado,
- g) la negativa a suministrar medicación contra el dolor,
- h) las graves violaciones de la intimidad,
- i) la denegación de admisión a los centros de salud,
- j) el abandono de las mujeres durante el parto que puede llevarles a sufrir complicaciones evitables y que puede amenazar su vida,
- k) la detención de las mujeres y sus hijos recién nacidos en los centros, tras el parto, debido a su incapacidad para hacer frente al pago de los servicios.

¿Cuáles son los Derechos que tienen las Mujeres? De acuerdo a la Ley 25.929 (Art. 2°), los siguientes:

- a) 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.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

- d)** Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e)** A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f)** A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g)** A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h)** A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i)** A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j)** A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

Y, como paciente del sistema de salud, también tiene los siguientes derechos, de acuerdo a la Ley 26529 (Art. 2°):

- a)** Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;
- b)** Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga

extensivo a los familiares o acompañantes;

c) Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. (...)

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Se debe hacer hincapié también en las precisas recomendaciones del **Informe de la Relatora Especial Dubravka Šimonović que fuera presentado a la Asamblea General de la ONU el 11 de Julio de 2019 sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias** (Punto 5 del presente Dictamen):

1) Garantizar la aplicación adecuada y efectiva del requisito de obtención del consentimiento informado en consonancia con las normas

de derechos humanos; en todos los servicios de salud reproductiva y garantizar el consentimiento libre, previo e informado en todas las cesáreas, las episiotomías y otros tratamientos invasivos durante la atención del parto;

2) Respetar la autonomía de la mujer, su integridad y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva;

3) Garantizar en la ley y en la práctica el derecho de la mujer a estar acompañada por una persona de su elección durante el parto;

4) Considerar la posibilidad de permitir el parto en casa e impedir la penalización de dicha modalidad de parto;

5) Supervisar los centros de salud y recopilar y publicar anualmente datos sobre el porcentaje de cesáreas, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva;

6) Aplicar los instrumentos de derechos humanos de la mujer y las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer;

7) Dar respuesta a la falta de anestesia y alivio del dolor, la imposibilidad de elegir la posición de parto y la falta de respeto en la atención sanitaria;

8) Establecer mecanismos de rendición de cuentas basados en los derechos humanos a fin de garantizar la reparación a las víctimas de maltrato y violencia, en particular una indemnización económica, el reconocimiento de la conducta inapropiada, una disculpa formal y una garantía de que el hecho no volverá a repetirse; y garantizar la responsabilidad profesional y la sanción de las asociaciones profesionales en los casos de maltrato y el acceso a la justicia en los casos de violaciones de los derechos humanos;

9) Suprimir cualquier obligación de obtener la autorización del cónyuge o un pariente en todos los servicios de salud reproductiva que conciernen a las mujeres;

10) Poner fin a la discriminación interseccional o a los estereotipos que, de forma agravada, sufren determinados subgrupos de personas.

7.- REMISIÓN

Por todo lo expuesto, **remítase** copia del presente Dictamen a:

I.- La Secretaría de la Mujer para que evalúe la posibilidad de generar instrumentos -protocolos, conversatorios, talleres, capacitaciones, entre otros- y prácticas, conjuntamente con autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia, que vayan destinadas a combatir el maltrato y violencia contra la mujer con la modalidad de «violencia obstétrica» aquí descripta.

II.- La Subsecretaría de Derechos Humanos, para que realice aportes al presente Dictamen, si así lo considerase.

III.- El Ministerio de Salud, para su conocimiento.

JUAN CARLOS CAROLA.

FISCAL GENERAL.

DICTAMEN NRO. 08/2020

csb/ers

FDO: JUAN CARLOS A. CAROLA

FISCAL GENERAL

FISCALIA DE INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS