

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA, UN FLAGELO ESTRUCTURAL, SISTEMÁTICO E INVISIBLE

Ana Lis Palacio¹

ORCID 0009-0002-9609-1295

analispalacio@hotmail.com

María Alejandra Zucchini²

ORCID 0009-0009-8019-8996

alezuc@hotmail.com

Resumen:

La violencia obstétrica, aquella que se despliega durante la atención del embarazo, parto y postparto en centros de salud, es un fenómeno generalizado y sistemático. Constituye una práctica deshumanizada, un verdadero flagelo contra las mujeres y sus cuerpos que se lleva a cabo de un modo más invisibilizado, silenciado y naturalizado. Si bien han pasado años desde su consagración normativa con la Ley 26485, se trata de una modalidad de violencia perpetrada en el tiempo, que asume distintas formas y no cesa, por lo que constituye una verdadera problemática de salud. Dada su gravedad, puede acarrear no sólo efectos físicos y psicológicos, sino también puede ocasionar la muerte de la mujer y/o de su bebé.

En este trabajo se abordan los elementos constitutivos y el basamento normativo de la violencia obstétrica. Asimismo, se analizan fallos judiciales que evidencian la necesidad de seguir visibilizando, difundiendo, sensibilizando en materia de derechos de las mujeres, a fin de condenar y desterrar estas prácticas. La jurisprudencia, tanto nacional como regional, da

¹ Abogada, Especialista en Derecho Procesal (UNSam), Magister en Derecho Civil (UNLPam), Santa Rosa, Argentina.

² Abogada, Especialista en Derecho Procesal (UNSam), UNLPam, FCEyJ, Santa Rosa, Argentina.

cuenta de que esta problemática aún existe y se sigue perpetrando a lo largo y ancho de nuestro país.

Palabras clave: Violencia obstétrica – Derechos humanos – Trato humanizado – Jurisprudencia

OBSTETRIC VIOLENCE, A STRUCTURAL, SYSTEMATIC AND INVISIBLE SCOURGE

Summary:

Obstetric violence, that which occurs during pregnancy, childbirth and postpartum care in health centers, is a widespread and systematic phenomenon. It constitutes a dehumanized practice, a true scourge against women and their bodies that is carried out in a more invisible, silenced and naturalized way. Although years have passed since its normative consecration with Law 26485, it is a type of violence perpetrated over time, which takes different forms and does not cease, which is why it constitutes a true health problem. Given its severity, it can cause not only physical and psychological effects, but can also cause the death of the woman and/or her baby.

This work addresses the constitutive elements and normative basis of obstetric violence. Likewise, judicial rulings are analyzed that show the need to continue making visible, disseminating, and raising awareness regarding women's rights, in order to condemn and banish these practices. Jurisprudence, both national and regional, shows that this problem still exists and continues to be perpetrated throughout our country.

Keywords: Obstetric violence – Human rights – Humanized treatment – Jurisprudence

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, UM flagelo ESTRUTURAL, SISTEMÁTICO E INVISÍVEL

Resumo:

A violência obstétrica, aquela que ocorre durante a gravidez, o parto e o pós-parto nos centros de saúde, é um fenômeno generalizado e sistemático. Constitui uma prática desumanizada, um verdadeiro flagelo contra as mulheres e os seus corpos que se realiza de forma mais invisível, silenciada e naturalizada. Embora tenham se passado anos desde sua consagração normativa com a Lei 26.485, é um tipo de violência perpetrada ao longo do tempo, que assume diversas formas e não cessa, por isso constitui um verdadeiro problema de saúde. Dada a sua gravidade, pode causar não só efeitos físicos e psicológicos, mas também causar a morte da mulher e/ou do seu bebê.

Este trabalho aborda os elementos constitutivos e as bases normativas da violência obstétrica. Da mesma forma, são analisadas decisões judiciais que mostram a necessidade de continuar a dar visibilidade, divulgar e sensibilizar sobre os direitos das mulheres, a fim de condenar e banir estas práticas. A jurisprudência, tanto nacional como regional, mostra que este problema ainda existe e continua a ser perpetrado em todo o nosso país.

Palavras-chave: Violência obstétrica – Direitos humanos – Tratamento humanizado – Jurisprudência

Introducción

En las últimas tres décadas han habido acontecimientos importantes a los fines de visibilizar los derechos de las mujeres. Entre ellos, pueden mencionarse la adopción de instrumentos que consagran una protección especial de sus derechos humanos, tanto a nivel universal: la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), como a nivel regional: la Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Contra La Mujer "Convención De Belém Do Pará".

En nuestro ámbito local, la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres N° 26485, del año 2009, constituye un hito por

cuanto consagra normativamente sus derechos, dispone garantías procesales aplicables a procesos judiciales y administrativos y contiene una definición amplia de violencia contra las mujeres, que abarca también a la que es perpetrada por el Estado y sus agentes. Respecto de la temática específica abordada en este trabajo, la ley introdujo el concepto de violencia obstétrica como una modalidad de violencia contra las mujeres.

No obstante lo expuesto, a pesar de estos logros, la realidad indica que no se ha logrado revertir el flagelo de la violencia y las mujeres siguen siendo objeto de importantes discriminaciones. La violencia obstétrica es una de sus modalidades que se caracteriza porque se lleva a cabo de un modo más invisibilizado y silenciado. La manipulación de la fecundidad y la maternidad responde a los estereotipos y roles que el patriarcado ha impuesto a los cuerpos gestantes, por lo que se encuentra enraizada y naturalizada. A este fenómeno confluye también el hecho de que los controles de embarazos y partos se llevan a cabo en el contexto del sistema de salud, en el cual aún hoy se encuentra marcado el poderío de los profesionales en la relación médico-paciente.

Por ello, resultan de suma actualidad las luchas por proteger los derechos sexuales y reproductivos y no reproductivos de las mujeres, para que puedan decidir cómo y en qué condiciones parir, y erradicar el señorío médico indiscriminado sobre sus cuerpos.

La jurisprudencia, en los últimos años, comienza a visibilizar esta grave y arraigada problemática. En el ámbito regional, la Corte Interamericana de Derechos Humanos se ha expedido en la causa “Brítez Arce y Otros Vs. Argentina”, en fallo de fecha el 26/11/2022, en el que condenó al Estado Argentino por hechos relacionados con la muerte de Cristina Brítez Arce, acaecidos en el año 1992. Poco tiempo antes, el 2/11/2021 dictó sentencia en el caso Manuela y otros vs El Salvador, exponiendo los graves hechos que giran en torno a la violencia obstétrica que se despliega contra mujeres como Manuela, protagonista en este caso. Otra sentencia que constituye un ejemplo de violencia obstétrica es el de IV vs Bolivia, del año 2016, en el que la Corte juzga los hechos relativos a la esterilización quirúrgica realizada sobre el cuerpo de IV en el curso de la cesárea para el nacimiento de su bebé, sin haberse recabado su consentimiento previo, libre, pleno e informado, en clara violación a su salud sexual y reproductiva y a su libre autodeterminación.

En el ámbito nacional, en mayo del año en curso el Superior Tribunal de Justicia de Entre Ríos dictó sentencia en la causa H.G.N. y señaló que en la tramitación de esa causa se habían omitido dos ejes: el deber de juzgar con perspectiva de género y a la luz de los derechos consagrados en la Ley 25929 de Parto Respetado, que protege tanto a la mujer, como al hijo o hija y la familia.

La propuesta de este trabajo es abordar las voces y doctrinas que surgen de estos fallos y realizar un análisis crítico de las políticas que se están impulsando desde el Estado Argentino para abordar otras formas de violencia aún invisibilizadas, que están menos presentes en el debate público y que, sin embargo, contribuyen a mantener la estructura de discriminación histórica y sistemática que perpetúa la violación de nuestros derechos.

1. La regulación de la violencia obstétrica en el marco normativo nacional

En Argentina, uno de los avances más importantes logrados en relación con la violencia obstétrica fue la regulación legal de este instituto. Así, en el año 2004 se sancionó la primera normativa que abordó la violencia obstétrica mediante la Ley N° 25.929 conocida también como la ley de parto humanizado. La ley establece una serie de derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, parto y postparto. No obstante, esta norma no dispuso una definición específica de esta forma de violencia contra las mujeres. Esta definición la encontramos recién con la sanción de la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Ley N° 26.485) por cuanto introdujo el concepto de violencia obstétrica como una modalidad de violencia contra las mujeres.

Allí, se la define como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929 (Ley de Parto Respetado). A su vez, en 2010 se dictó el decreto reglamentario 1011/2010 de la Ley de Protección Integral que abordó la violencia de género desde una perspectiva más amplia que la existente en la legislación argentina.

Además, en el año 2015 el Poder Ejecutivo de la Nación reglamento la Ley de Parto Respetado a través del Decreto N° 2035/2015. Esta reglamentación especifica los derechos que tienen las mujeres durante el embarazo y los derechos de ellas y sus bebés durante el parto y posparto. A partir de estas normas se puede concluir que la violencia obstétrica se manifiesta por las conductas, prácticas, acciones y omisiones del personal de salud, de manera directa o indirecta, en el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres y personas gestantes, y de sus hijos en el proceso de nacimiento. Esta definición incluye tanto al sector público como privado.

Este conjunto de definiciones genera un marco normativo circular que se da entre esta ley y la Ley de Parto Respetado (25929) (Argentina, 2009) que, en complementación, expone los derechos de padres e hijos en la atención del proceso de parto/nacimiento. Esto es: el no cumplimiento de los derechos que enmarca la Ley 25929 constituye violencia obstétrica en tanto lo delimita la Ley 26485 (CASTRILLO, 2020).

Una cuestión de suma trascendencia que surge de este dispositivo legal es enmarcar la violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género que refiere a prácticas médicas en las que se materializa un tipo de discriminación que se encuentra naturalizada. En este aspecto afirma CASTRILLO (2021) que la consideración de la violencia obstétrica como una violencia de género implica una apuesta simbólica y política fundamental porque permite comenzar a vislumbrar de qué modos la institución médica, ligada al bienestar y a la salud, reproduce patrones patriarcales, de subordinación de las mujeres, bajo la primacía de la dominación biomédica sobre los modos de nacer y parir.

2. La manipulación de los cuerpos de las mujeres por el sistema de salud

La violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente, asentado sobre instituciones masculinas hegemónicas que deciden sobre los procesos vitales del resto de las sexualidades (Bard Wigdor, Johnson y Vaggione, 2017). A pesar de los avances en perspectiva del derecho de los pacientes, el poder médico aún no ha sido desterrado y reflejan prácticas violatorias de la persona en su condición de sujeto de derechos.

La maternidad de las mujeres ha sido apropiada por los profesionales de salud a través de distintos mecanismos de poder diseñados con el único fin de fijar los procedimientos que deben llevarse a cabo antes, durante y después del proceso de parto. Se ubica así a la mujer como un instrumento de las prácticas médicas en lugar de sujeto de derechos e importa un mecanismo de subordinación de las mujeres.

Como explica Belli *“el profesional especialista se apropia del lugar de saber (y de poder) y cuenta con la legitimación estatal y el prestigio social necesarios para afirmarse en su nueva condición”* (Belli, 2013). Así, *“el parto como escenario de familia pasó a ser entonces un hecho de salud pública en el marco de la institución hospitalaria. El acceso a la atención sanitaria, antes que un derecho, tuvo la impostura de una obligación”* (Fornes, 2011). Ese espacio es propicio para el despliegue de todo el autoritarismo médico y se producen y reproducen relaciones asimétricas en las que la mujer no tiene espacio para decidir sobre su propio cuerpo, se desplaza su autonomía y se genera una dependencia hacia la verdad absoluta de la ciencia médica. Su saber justifica la dominación. Así pues, *“la institucionalización de los procesos reproductivos desplaza a la mujer del rol protagónico en su propio embarazo, en el momento del parto e incluso durante el puerperio, lugar que pasa a ser ocupado por la autoridad del saber profesional”* (Belli, 2013).

En consecuencia, la imposición del saber médico desacreditando las experiencias y vivencias de las mujeres y la atención institucional del parto, se traduce en conductas de diversa naturaleza que pueden configurar una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres (Gherardi, 2016).

3. Manifestaciones de la violencia obstétrica en los servicios de salud reproductiva

A pesar de los avances normativos en materia de protección integral de las mujeres, son escasas las denuncias de violencia obstétrica. En el marco de los compromisos asumidos dentro del Plan Nacional de Acción contra las Violencias por Motivos de Género (2020-2022), el Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género (OVyDRG) del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación elaboró un informe con el objetivo de explorar las situaciones de violencia obstétrica identificadas y reportadas a la

Línea 144³, cuya extensión temporal abarca los años 2015-2021. El informe muestra que las comunicaciones recibidas correspondientes a violencia obstétrica son las siguientes: en el transcurso de los siete años (2015-2021) se tipificaron como referidas a violencia obstétrica 252 comunicaciones que se derivaron para su seguimiento. En 2017 se registró la mayor cantidad de comunicaciones por situaciones de violencia obstétrica, se recibieron 52 consultas al respecto. Durante el año 2020 fueron 39 comunicaciones y 22 en el 2021.

A partir del estudio cualitativo de los relatos registrados en las comunicaciones a la Línea 144 se identifican los siguientes mecanismos de violencia obstétrica: a) impedimento de acompañante en los distintos momentos de embarazo, realización de estudios, trabajo de parto, parto y puerperio; b) separación del binomio mujer u otra persona gestante - persona recién nacida, con referencia a situaciones protocolares por el contexto de pandemia⁴; c) falta de consentimiento informado en el proceso del parto como en la realización de estudios en el marco de la pandemia; d) trato deshumanizado y otras manifestaciones de la violencia obstétrica, caracterizados por el maltrato, la medicalización y la no información de procedimientos.

Un dato de particular relevancia que se observa en el informe citado es que la cantidad de comunicaciones por situaciones de violencia obstétrica a la Línea 144 en busca de asesoramiento y/o contención resulta baja en comparación con otras modalidades de violencia por motivos de género. En el período contemplado para este informe (2015-2021) las comunicaciones no superan los cincuenta y cinco casos por año. Esto puede suceder porque, como ya se mencionó, esta modalidad de violencia se encuentra socialmente naturalizada. Además, el momento de particular vulnerabilidad en que suceden estas situaciones provoca que muchas mujeres y otras personas gestantes posterguen su denuncia o bien, no la realicen nunca.

³ La Línea 144 es un servicio de atención, contención y asesoramiento ante situaciones de violencia de género. Es gratuito, confidencial, de alcance nacional y funciona las 24 horas durante los 365 días del año. Desde la Línea se abordan todos los tipos y modalidades de violencias reconocidos en la Ley N° 26.485: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica, política, doméstica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica, mediática, pública política y en el espacio público.

⁴ Los testimonios analizados pertenecen al año 2020 y primer trimestre del 2021. Por esta razón, la mayoría remite a situaciones de violencia obstétrica en el contexto de la pandemia por Covid-19.

El llamado de atención que efectúa este informe reafirma el eje central sobre el que se perpetua esta modalidad de violencia, el nivel de naturalización por parte de las mujeres que concurren a los servicios públicos y privados de salud reproductiva y muestra, a su vez, la necesidad imperiosa de contar con mayor difusión y amplias campañas para dar visibilidad al problema y para desnaturalizar las prácticas humillantes y discriminatorias que atentan contra la protección de la mujer durante el embarazo, parto y postparto.

4. La violencia obstétrica en la jurisprudencia nacional e internacional.

La jurisprudencia del sistema interamericano de derechos humanos se ha pronunciado sobre la violencia obstétrica como mecanismo de violación de los derechos de las mujeres. De manera más incipiente la jurisprudencia nacional comienza a abordar casos de este tipo de violencia.

4.a) El caso I.V. vs. Bolivia (30/11/2016)

La CIDH dictó sentencia mediante la cual condenó al Estado Plurinacional de Bolivia, declarándolo internacionalmente responsable por la violación de los derechos a la integridad personal, a la libertad personal, a la dignidad, a la vida privada y familiar, de acceso a la información y a formar una familia, reconocidos en los artículos 5.1, 7.1, 11.1, 11.2, 13.1 y 17.2 de la CADH, en relación con las obligaciones de los Estados de respetar y garantizar esos derechos y de no discriminar, contenidos en el artículo 1.1 de dicho instrumento internacional, así como por no cumplir con las obligaciones emanadas de los artículos 7.a), b), c), f) y g) de la Convención de Belém do Pará, todo ello, en perjuicio de la Sra. I.V.

Los hechos que suscitaron el caso mencionado pueden sintetizarse brevemente de la siguiente manera: el 1 de julio de 2000, la Sra. I.V. ingresó al Hospital de la Mujer de La Paz, luego de que se le produjera una ruptura espontánea de membranas en la semana 38.5 de gestación. Debido a que el médico tratante constató que ella había tenido una cesárea previa, que no había trabajo de parto y que el feto se encontraba en situación transversa, decidió someter a la señora I.V. a una cesárea. En el transcurso del procedimiento quirúrgico se verificó la presencia de múltiples adherencias a nivel del segmento inferior del útero, por lo

cual, en consideración de la dificultad del caso, con posterioridad a que el neonatólogo se llevará a la niña recién nacida, se realizó a la señora I.V. una ligadura de las trompas de Falopio. Ambos procedimientos quirúrgicos fueron realizados encontrándose la paciente bajo anestesia epidural.

La representante de la Sra. I.V. sostuvo que nunca fue consultada de manera previa, libre e informada respecto de la esterilización, sino que se enteró que había perdido su capacidad reproductiva permanentemente al día siguiente de practicada la misma. Por su parte, el Estado señaló que la señora I.V. había consentido de manera verbal durante el transoperatorio.

En consecuencia, analizados los antecedentes, hechos, pruebas y el derecho vigente, la CIDH señaló que, el consentimiento informado, como expresión de una obligación no sólo ética sino también jurídica del personal de salud, para ser válido y tener plenos efectos jurídicos, debe reunir ciertos caracteres: ser previo, libre, pleno e informado.

La libertad de la manifestación del consentimiento implica que debe ser brindado de manera voluntaria, autónoma, sin presiones, coacciones, amenazas o desinformación, y sin que sea utilizado como condición para el sometimiento a otros procedimientos o beneficios. El consentimiento no podrá reputarse libre si es solicitado cuando el/la paciente se encuentra en una evidente situación de estrés y vulnerabilidad, y por ello no puede tomar una decisión estando suficientemente informada. Ergo, no podrá brindarse válidamente si la decisión se toma durante o inmediatamente después de un parto o cesárea.

El consentimiento será pleno si es emitido luego de haber recibido información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, y luego de haberla comprendido acabadamente. Por su parte, será considerado debidamente informado, si el personal competente de salud expresó, al menos: i) la evaluación de diagnóstico; ii) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; iii) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y

efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; v) las consecuencias de los tratamientos; vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento; vii) de existir alternativas de tratamiento, su impartición se considera como un elemento básico de dicho consentimiento.

La CIDH consideró que el consentimiento informado para esterilizaciones femeninas implica un deber reforzado para el prestador del servicio de salud, en virtud de la naturaleza y entidad de tal acto médico. Consecuentemente, la información a brindarse deberá incluir que la esterilización constituye un método permanente y, en razón de que la paciente puede posteriormente arrepentirse de su esterilidad, advertir sobre la existencia de métodos anticonceptivos alternativos menos intrusivos, incluso métodos de anticoncepción masculina, ya que podría ser una alternativa apropiada.

Asimismo, sin perjuicio de que no existe consenso a nivel internacional, la Corte consideró que la prueba de haberse otorgado el consentimiento informado debe documentarse o registrarse formalmente en algún instrumento: mientras mayores sean las consecuencias de la decisión que se va a adoptar, más rigurosos deberán ser los controles para asegurar que un consentimiento válido sea realmente otorgado.

En este caso, sin perjuicio de que la Corte no hizo mención expresa de la violencia obstétrica, hoy puede destacarse que se trata de un típico ejemplo de ella por haber sido ejercida por personal de salud sobre el cuerpo y el proceso reproductivo de IV, en un trato claramente deshumanizado, en los términos del art. 6 inc e) de la Ley 26485. Asimismo, la violación de los derechos de información de la gestante, la omisión de recabar su consentimiento informado válidamente obtenido y el hecho de habersele practicado una esterilización quirúrgica permanente –sin su consentimiento- constituye a todas luces una práctica invasiva y que viola palmariamente los derechos previstos por el art. 2 inc a), c), d), e), entre otros, de la Ley de Parto Humanizado 25929.

4.b) El Caso Brítez Arce vs. Argentina (26/11/2022)

La Sra. Brítez Arce estaba embarazada de 40 semanas cuando, el 1 de junio de 1992 se presentó al Hospital Público “Ramón Sardá” de la ciudad de Buenos Aires, donde se le practicó una ecografía que resultó indicativa de feto muerto, por lo que fue internada para inducir el parto, en cuyo proceso debió esperar dos horas sentada en una silla. Según certificado de defunción, falleció ese mismo día por “paro cardio respiratorio no traumático”. El Estado Argentino reconoció su responsabilidad internacional al aceptar las consideraciones de hecho y de derecho contenidas en el informe de fondo.

En forma posterior a su fallecimiento, se llevaron a cabo varios procesos judiciales a fin de esclarecer responsabilidades. El séptimo peritaje realizado por médicos de la Universidad Católica de Córdoba concluyó que la paciente sufrió Eclampsia, acidosis y hemorragia cerebral que la llevaron a la muerte por paro cardiorespiratorio irreversible; que era un embarazo de riesgo y no se tomaron las previsiones necesarias; que los doctores interpretaron erróneamente los hechos de la historia clínica; y que “el factor de riesgo más importante que tuvo Cristina y su feto fue la pésima calidad de atención que se le brindó”. Pese a que se probaron las irregularidades de la historia clínica (falta de hojas, mal enumeración, error en nombre de la paciente), en ningún expediente se logró esclarecer las causas reales de la muerte de Cristina ni se atribuyó responsabilidad a persona alguna.

La sentencia de la Corte cita la Recomendación General N° 22 del Comité DESC, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, en cuanto sostiene que este derecho también es indivisible e interdependiente de otros derechos humanos, como la integridad física y mental, la autonomía, la vida, la libertad y seguridad de la persona. Esta recomendación expresa que “...La falta de atención obstétrica de emergencia es causa muchas veces de mortalidad y morbilidad materna, que, a su vez, es una violación del derecho a la vida o a la seguridad, y en determinadas circunstancias, pueden constituir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (párr. 10). Y que “...a fin de reducir las tasas de mortalidad y morbilidad materna se necesita atención obstétrica de urgencia y asistencia cualificada en los partos” (párr. 28).

Respecto del derecho a la salud, la CIDH se ha pronunciado en otros antecedentes⁵ respecto a la atención en salud durante el embarazo, parto y posparto, y ha considerado que los Estados deben brindar una atención adecuada y diferenciada durante dichas etapas, debiendo contar con políticas de salud adecuadas, personal entrenado adecuadamente para la atención de los nacimientos, políticas de prevención de mortalidad materna a través de controles prenatales y posparto. También se ha referido a la relación entre la pobreza y la falta de atención médica adecuada, como causales de alta mortalidad y morbilidad materna.

La Observación General N° 14 Comité DESC (2000, párr. 14) destaca que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud materna y la atención en salud anterior y posterior al parto, para evitar las muertes maternas prevenibles.

Por su parte, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en su art. 12, prevé que los Estados tienen la obligación de suministrar servicios médicos adecuados en el embarazo, parto y con posterioridad a este. El Comité para la Eliminación de Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24, señaló que es obligación de los Estados Partes organizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignarse a esos servicios el máximo de los recursos disponibles (año 1999, párr. 27).

En virtud de este Corpus Iuris, la Corte afirma que los Estados tienen la obligación de proporcionar servicios de salud adecuados, especializados y diferenciados durante el embarazo, parto y en un período razonable después del parto, para garantizar el derecho a la salud de la madre y prevenir la mortalidad y morbilidad materna. Este derecho, en relación con el artículo 1.1 de la Convención, implica que ninguna persona puede ser privada arbitrariamente de su vida (obligación negativa), y que los estados deben adoptar todas las medidas adecuadas para proteger y preservar este derecho (obligación positiva). Por eso,

⁵ En el Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek c Paraguay, párr. 233, de fecha 24/08/2010.

cuando un Estado no toma las medidas adecuadas para prevenir la mortalidad materna, evidentemente impacta en el derecho a la vida de las personas gestantes y en período de posparto (párr. 69 y 70 sentencia).

La Corte valora, según la información aportada al expediente, que la inmensa mayoría de las muertes maternas son prevenibles mediante acceso a atención suficiente e intervenciones eficaces en salud durante el embarazo y parto⁶.

Puede afirmarse, en consonancia con lo expresado por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer⁷, que las muertes maternas no son simples desgracias o problemas naturales inevitables del embarazo, sino más bien injusticias que podrían impedirse y que los gobiernos están obligados a remediar con sus sistemas políticos, de salud y jurídicos.

Respecto a los estándares de disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad del derecho a la salud, la Corte destaca a la accesibilidad de la información, que comprende el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a las cuestiones de salud sexual y reproductiva en general, y también el derecho de las personas a recibir información específica sobre su estado de salud (Recomendación General N° 22, párr. 18). En consecuencia, se debe informar plenamente a las personas embarazadas, en período de posparto y de lactancia sobre su condición médica y asegurar el acceso a información precisa y oportuna sobre salud y reproductiva y materna durante todas las etapas del embarazo, la cual debe estar basada en evidencia científica, emitirse sin sesgos, libre de estereotipos y discriminación, incluyendo el plan de parto ante la institución de salud que asiste al nacimiento y el derecho al contacto materno filial. La falta de atención médica adecuada o problemas de accesibilidad pueden implicar violación del artículo 5.1 de la Convención.

⁶ La OMS estima que entre el 88% y el 98% de las muertes maternas son prevenibles. Unicef y el Banco Mundial estiman dicha cifra en el 80% y 74%, respectivamente. Estos datos son respaldados por el hecho de que en algunos países la mortalidad materna ha sido prácticamente eliminada.

⁷ En “Políticas y prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer y contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen”, 21 de enero de 1999, párrafo 70.

La Corte menciona⁸ que, en muchos Estados,

“...las mujeres que tratan de obtener servicios de salud materna se exponen a un riesgo elevado de sufrir malos tratos, en particular en el período prenatal y puerperal”, y que “...esos malos tratos van desde alargar los plazos para llevar a cabo ciertos procedimientos médicos, como suturar las heridas del parto, hasta no emplear anestesia” (párr. 74 sentencia).

La violencia obstétrica constituye una violación de derechos humanos y una forma de violencia basada en género y se despliega contra la mujer durante el embarazo, el parto y después del parto en el acceso a los servicios de salud. Este flagelo abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto y posparto, en centros de salud públicos o privados (párr. 75). Se encuentran incluidas las vejaciones y la violencia contra las mujeres durante el embarazo, el parto en establecimiento sanitarios y al posparto cometidas por profesionales de la medicina y por el personal de partería, enfermería y otras personas integrantes del personal hospitalario, y se manifiesta en falta de autonomía y capacidad de toma de decisiones (Párr. 78, en cita a la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental).

La Corte toma en cuenta a la Convención de Belén do Pará a los fines de caracterizar a la violencia obstétrica sin perjuicio de que no puede condenar al Estado por responsabilidad internacional en virtud de este pacto, atento a que los hechos del caso se sucedieron con anterioridad a que el Estado Argentino lo ratifique. De sus artículos 2 y 9⁹ surge que las mujeres tienen derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica y los Estados están en la

⁸ Citando al Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

⁹ Artículo 2, “Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:(...) b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y; c. que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.” Artículo 9 “Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad.

obligación de prevenirla, sancionarla y abstenerse de practicarla, así como de velar porque sus agentes actúen en consecuencia, tomando en consideración la especial vulnerabilidad que implica encontrarse en embarazo y en período de posparto.

En el caso de Cristina Brítez Arce, presentaba varios factores de riesgo (edad, aumento importante de peso, antecedentes de presión arterial alta) que no fueron atendidos adecuadamente ni tampoco se le brindó información específica sobre su estado de salud ni sobre recomendaciones de cuidado y prevención del cuadro de hipertensión. Estas circunstancias imponían un deber especial de protección en cabeza de los médicos que debían brindar una atención diligente y reforzada, con consideración especial por estar frente a un embarazo de alto riesgo.

Asimismo, detectado el fallecimiento del feto, tampoco consta en el expediente que se le haya informado sobre el procedimiento a seguir y se la sometió a un trabajo de parto durante más de tres horas, sentada en una silla. Esto evidencia que se sometió a Cristina a un estado de estrés, ansiedad y angustia que se suman al estado de vulnerabilidad extrema en el que ya se encontraba, sin que haya sido estabilizada ni valorada esta circunstancia, por lo que se la expuso a un riesgo que luego se transformó en daño, su muerte. Esto constituye un trato deshumanizado y denegación de información, claro supuesto de violencia obstétrica.

El Estado Argentino no acreditó haber realizado las medidas razonablemente requeridas para salvaguardar los derechos de Cristina Brítez Arce, a pesar del deber especial que tenía con ella por su condición de mujer gestante. En consecuencia, esos hechos comprometen la responsabilidad internacional del Estado por la violación de los derechos a la salud, a la vida y a la integridad personal (arts. 26, 4.1 y 5.1, en relación al art. 1.1 de la CADH) en perjuicio de Cristina Brítez Arce. Además, es responsable de la violación de los derechos a las garantías judiciales y protección judicial (arts 8.1 y 25.1, en relación con el artículo 1.1, de la CADH), en perjuicio de los familiares de Cristina.

4.c) El caso Manuela (2/11/2021)

Manuela vivía con sus padres y hermana en el Municipio de Cacaopera, El Salvador. Ella y sus padres no sabían ni leer ni escribir. En el año 2007, a sus 30 años, Manuela desarrolló varias masas en el cuello, las cuales eran visibles y le causaban dolor, y en el Hospital se diagnosticó adenitis D/C linfopatía.

En febrero del año 2008, mientras Manuela cursaba un embarazo, sufrió una caída, se lastimó su región pélvica y tuvo sangrado transvaginal. Al día siguiente su madre la encontró pálida, sangrando por la vagina, sudada, e inconsciente y su padre la llevó al hospital público. En los registros del hospital consta que el diagnóstico preoperatorio fue de “parto extrahospitalario, retención de placenta y desgarro perineal”. Ante la denuncia a la Fiscalía por parte de la médica tratante, se inició un proceso penal contra Manuela. Fue detenida desde el momento en que se encontraba recibiendo asistencia médica.

El Juzgado señaló que se pudo “determinar que la imputada en mención se deshizo de su menor hijo lanzándolo a la fosa séptica”, por lo que es posible “arribar a la probabilidad positiva de que la imputada es autora del delito de Homicidio Agravado en su hijo recién nacido, por lo que en agosto del 2008 fue condenada. Ya en prisión, se la derivó a un establecimiento de salud donde consta la “historia de un año de apareamiento de masa en hemicuello izquierdo y que en los últimos tres meses ha perdido aproximadamente 30 libras de peso, padecido de fiebre alta e ictericia. Le diagnosticaron linfoma de Hodgkin con esclerosis nodular. El 30/04/2010 falleció.

En el presente caso no existió controversia sobre que Manuela estaba embarazada, dio a luz y sufrió de preeclampsia, una complicación del embarazo, la cual, al constituir un riesgo grave para la salud, debe ser caracterizada como una emergencia obstétrica.

En el proceso ante la CIDH se discutió la alegada responsabilidad estatal por la detención, juzgamiento y condena de Manuela por homicidio agravado tras una emergencia

obstétrica sufrida, al igual que el tratamiento médico recibido por la presunta víctima, y la presunta violación del secreto profesional por parte del personal médico que la atendió.

La Corte consideró que la orden de prisión preventiva en contra de Manuela fue arbitraria e infundada, y violó la presunción de inocencia. Las particularidades del estado de salud de Manuela, y cómo este podría haber afectado el parto, no fueron tomadas en cuenta debidamente en ningún momento en la investigación, la que estuvo plagada de prejuicios personales de los funcionarios y estereotipos de género. No se evaluó la posibilidad de que la expulsión del niño haya sido accidental, producto de su estado de salud.

Además, existieron diferentes falencias a la atención médica recibida por Manuela antes y durante la emergencia obstétrica, incluyendo que el Estado no diagnosticó tempranamente los evidentes síntomas del Linfoma de Hodgkin. Se dio prioridad a la denuncia penal y no a la atención de su salud en un estado de emergencia obstétrica. La utilización de esposas y medios de coerción física aplicados sobre Manuela, quien había recientemente dado a luz y estaba siendo tratada por preeclampsia grave, resultaron irrazonables ya que no existía un riesgo real de fuga.

Por su parte, la Corte concluyó que la médica tratante incumplió la obligación de mantener el secreto profesional y la divulgación de la información médica de Manuela constituyó una violación a sus derechos a la vida privada y a la salud. Específicamente, el Estado incumplió su obligación de: (i) realizar un examen general de salud cuando Manuela se encontraba hospitalizada; (ii) realizar un examen de salud al momento de ser detenida, y (iii) tomar las medidas necesarias para que Manuela pudiese recibir su tratamiento médico mientras se encontraba privada de libertad.

Luego de la condena, el Estado incumplió con el deber de brindar una atención médica accesible durante su detención, sin discriminación, lo que derivó en su muerte. Someter a Manuela a esta situación, que terminó por afectar rotundamente su vida, además de discriminatoria, constituyó un acto de violencia contra la mujer.

En este caso, se visibiliza la imperiosa necesidad de la mejora en la atención que debe dispensarse a las mujeres en casos de emergencias obstétricas. La Corte consideró necesario que el Estado adopte un protocolo para la atención de mujeres que requieran atención médica de urgencia por emergencias obstétricas. El protocolo debe estar dirigido a todo el personal de salud público y privado de El Salvador, estableciendo criterios claros para asegurar que, en la atención de estas mujeres: i) se asegure la confidencialidad de la información a la que el personal médico tenga acceso en razón de su profesión; ii) el acceso a servicios de salud no esté condicionado por su presunta comisión de un delito o por la cooperación de las pacientes en un proceso penal, y iii) el personal de salud se abstenga de interrogar a las pacientes con la finalidad de obtener confesiones o denunciarlas. Asimismo, ordenó la realización de cursos de capacitación y sensibilización de funcionarios públicos.

4.d) El caso H.G.N. Superior Tribunal de Justicia de Entre Ríos (15/05/2023)

En el caso, la Sra. G. N. H y su esposo, por sí y en representación del hijo L. S. accionaron contra E.H.B., M.J.L. y el I.R. SRL en virtud de las lesiones sufridas durante el proceso de parto en el que nació L.S., y luego del mismo, que resultaron de una hipoxia o asfixia perinatal, con daño cerebral, en sus riñones, en su aparato digestivo y genitales.

Luego del rechazo de demanda en primera instancia, y de la revocación parcial de la Cámara de Apelaciones, la sentencia de fecha 15/05/2023 del Superior Tribunal de Justicia de Entre Ríos señaló que en la tramitación de esa causa se habían omitido dos ejes: el deber de juzgar con perspectiva de género y a la luz de los derechos consagrados en la Ley 25929 de Parto Respetado, que protege tanto a la mujer, como al hijo o hija y la familia.

En el caso se acreditó que en la etapa del parto, se dificultó la expulsión del bebé. Por ello, aún ante el reconocimiento en la contestación de demanda de que tales maniobras se encuentran desaconsejadas, la obstetra realizó la Maniobra de Kristeller para extraer al niño, soslayando los daños que ello podría generar. La parálisis cerebral con la que nació es producto de la hipoxia durante el proceso de parto. La lesión en los testículos y en los riñones –el bebé nació con laceración (rotura) de un riñón y daños en el otro, es decir, tiene sólo

medio riñón- fue causada por un traumatismo, un golpe fuerte. No obstante, ni la mecánica aplicada ni el diagnóstico fue consignado en la historia clínica, la que se hallaba manifiestamente incompleta. Las pericias no pudieron responder todos los puntos debido a la falta de información que surgía de este instrumento.

El Máximo Tribunal, luego de considerar que juzgar con perspectiva de género no es opcional, sino que es un deber constitucional y convencional, destacó que, pese a las omisiones de la historia clínica, la propia mujer gestante expresó que le hicieron la maniobra de Kristeller en ocasión del trabajo de parto. Este hecho, omitido en instancias anteriores, debía ser valorado conforme a los principios de la sana crítica, obtención de la verdad material y amplitud probatoria (arts. 30 y 31 de la Ley 26485). La perito interviniente, respecto de esta maniobra expresó que consiste en compresión desde afuera de la panza, “se le suben arriba” a la mujer, y que no se recomienda porque “rompe parte del bebé” (sic) o del útero.

La ausencia de constancias de controles preparto, no se asentó que el bienestar fetal estuviese comprometido, ni tampoco las intervenciones en caso de que se haya detectado, evidencian graves faltas incurridas en la confección de la historia clínica. En ella también se omitió la ruptura de mucosa vaginal y vulva, músculo y tejido celular subcutáneo padecida por la mujer. Queda acreditado la violación del deber de información por parte de quienes ejercen la medicina, y el quebrantamiento de estas normas ampara los derechos del paciente y no pueden beneficiar al infractor.

En el caso también se violó la Ley de Parto Respetado 25.929 que reconoce a la mujer el derecho a ser protagonista de su parto, a la evitación de prácticas invasivas, a ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija, a que se la haga partícipe de las distintas actuaciones profesionales. En el caso hubo claramente violencia obstétrica, definida como aquellas conductas -por acción u omisión- que de manera directa o indirecta menoscaban alguno de los derechos que la ley otorga.

Por todo lo expuesto, el Tribunal ordenó la remisión de la causa a la Cámara a fin de que dicte un nuevo pronunciamiento con arreglo a las consideraciones allí vertidas.

Palabras finales

Los antecedentes mencionados son un claro ejemplo de los tantos casos de mujeres que sufren violencia obstétrica y que, en su mayoría no salen a luz debido a que, como se dijo, es una de las modalidades de violencia más invisibilizada.

A su vez, todos estos casos, si bien distintos, demuestran la variedad de modalidades y ropajes que asume la violencia cuando es desplegada contra los cuerpos de las mujeres. A pesar de los innegables avances en las leyes lo cierto es que este tipo de violencia persiste y se despliega de manera sistemática y estructural en centros de salud públicos y privados. Si bien se ha comenzado a dar visibilidad a esta grave problemática en el contexto internacional y en el ámbito nacional, su tratamiento en los tribunales es aún incipiente.

Ante este panorama, los esfuerzos deben estar dirigidos a deconstruir el modelo médico hegemónico. En primer término, evidenciar que el trato deshumanizado, la omisión en brindar información adecuada y oportuna, no garantizar el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de su estado de salud, con respeto de su dignidad e intimidad, y teniendo en cuenta sus necesidades y perspectivas, entre otras tantas manifestaciones, constituyen violencia obstétrica. Entonces, el punto de partida es promover el conocimiento de los derechos de las mujeres ante este tipo de situaciones e informarles que tienen derecho a decidir en qué condiciones y cómo parir.

En segundo lugar, el Estado como garante último de la protección y promoción de los derechos de las mujeres debe entablar –como obligación del deber de debida diligencia reforzado- medidas de acción positiva a fin de eliminar y erradicar esta modalidad de violencia contra las mujeres. Para esto consideramos de vital importancia los espacios de capacitación, reflexión y sensibilización de los agentes de salud (principales efectores de perpetuación de violencia obstétrica) sobre este tema particular para lograr modificar aquellas prácticas en salud violatorias de los derechos de las mujeres.

Bibliografía:

Bard Wigdor, G., Vaggione, J.M. y Johnson, M.C. (2017) Prácticas tuteladas: masculinidad y adultocentrismo en la decisión del aborto; Universidad Arturo Prat; Revista de Ciencias Sociales; 28; 38; 8-2017; 20-44

Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34, enero - Junio. ISSN 2077-9445.

Fornes V. (2011). Parirás con poder (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea. En: Felitti, K. (coord.) Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en Argentina. Ed. CICCUS, Buenos Aires, pp: 133-154.

Castrillo, B. (2020). Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas. Universidad de la República; Encuentros Latinoamericanos; 4; 1; 23-7-2020; 196-220.

Castrillo, B. (2021). Violencia obstétrica: qué, cómo, cuándo, dónde, por qué y quiénes: Reflexiones a partir de una investigación situada en Argentina; Università Ca' Foscari; Deportate, esuli, profughe; 47; 11-2021; 87-101

CEPAL (2016) Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. Natalia Gherardi (LC/L.4262).

Ministerio de las mujeres, género y diversidad. Plan Nacional de Acción contra las Violencias por Motivos de Género 2020-2022
https://www.argentina.gob.ar/generos/plan_nacional_de_accion_contra_las_violencias_por_motivos_de_genero

Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género (OVyDRG) del

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación , Informe Violencia Obstétrica: Análisis de los Registros de la Línea 144

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/12/ovydvginforme_violencia_obstetrica.pdf

Legislación:

Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Ley 23179

Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Contra La Mujer "Convención De Belém Do Pará". Ley 24.632

Convención Americana de Derechos Humanos. Pacto San José de Costa Rica. Ley 23054

Ley 26485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. B.O. 14-04-2009

Ley 25929 de Parto Respetado B.O. 21-09-2004

Decreto 1011/2010. B.O. 20-07-2010

Decreto N° 2035/2015. B.O. 01-10-2015

Jurisprudencia:

Corte IDH. Caso Brítez Arce y otros vs. Argentina. Sentencia de 26 de noviembre de 2022.

Corte IDH. Manuela y otros vs. El salvador. Sentencia de 2 de noviembre de 2021.

Superior Tribunal de Justicia de Entre Ríos, Sala II Civil y Comercial. 15/05/2023. H, G. N. Y OTRO C/ B., E.H. y otros s/ ordinario daños y perjuicios