

**Violencia Obstétrica: Análisis jurídico abordado desde la perspectiva del Derecho
Internacional y el marco legal colombiano**



Cruz Claros Angie Vanessa
Gómez Bolaños Natalia

Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales
Universidad del Cauca

Código SNIES 233: Derecho

Diciembre, 2020

**Violencia Obstétrica: Análisis jurídico abordado desde la perspectiva del Derecho
Internacional y el marco legal colombiano**



Cruz Claros Angie Vanessa
Gómez Bolaños Natalia

Trabajo de grado para optar por el título de Abogado.

Código SNIES 233: Derecho

Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales
Universidad del Cauca

Director Dr. Luis Guillermo Serrano Escobar

Diciembre, 2020

Notas de aceptación

Firma de Jurado

Firma de Jurado

“La violencia contra la mujer es quizás la más vergonzosa violación de los derechos humanos. No conoce límites geográficos, culturales o de riquezas. Mientras continúe, no podremos afirmar que hemos realmente avanzado hacia la igualdad, el desarrollo y la paz”

Kofi Annan.

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)

*Al Señor Jesucristo, mi roca y fortaleza en todo momento
A mi madre, quien con su amor y sacrificio me inspira a cumplir mis sueños*

A mi padre, por su apoyo y compañía

Este logro es de ustedes.

Angie Vanessa

*A mi abuela, la primera gran mujer que conocí y a mi madre, ejemplo de
independencia y autonomía.*

Natalia

Agradecimientos

Gracias al Doctor Luis Guillermo Serrano por sembrar la semilla de la duda y generar el asombro suficiente que daría lugar a este proyecto que comenzó hace casi tres años. A Eliza Jojoa, por su ayuda e incansable labor en el área de la salud con respecto a la reivindicación de la mujer gestante. A Émilie, por haber nacido en un hospital de París en el preciso momento en que me crucé con sus padres. Gracias a ella, la Sage femme y el parto tuvieron otro sentido y alguna luz de solución. A la Universidad del Cauca por sus tantas oportunidades. Y a Jesús Alberto, por mostrarme en la Justicia una vocación.

A Dios y a mis padres, todo, como siempre.

Natalia

A Dios Todopoderoso, por guiarme desde el amor y la disciplina, ser mi fortaleza y motivo de felicidad, a mis padres por su amor, confianza y respaldo en este proceso, a mi familia y amigos por su cariño y compañía. Al Doctor Luis Guillermo Serrano, quien, desde la docencia y dirección de este proyecto, compartió su conocimiento, ciencia y amistad, al Doctor Arístides Obando Cabezas por sus enseñanzas personales y académicas, al ser mi amigo, maestro y mentor en la investigación. A Natalia por ser una excelente compañera de tesis. Al Grupo de Investigación Ética, Filosofía Política y Jurídica y a mi alma mater, la Universidad del Cauca, por permitirme tener mis primeras experiencias académicas significativas.

Angie Vanessa

Abreviaturas

Comisión Interamericana de Derechos Humanos	CIDH
Confederación Internacional de Parteras (International Confederation of Midwives)	ICM
Consejo de Estado	CE
Contacto Piel con Piel	CPP
Continuidad de la atención dirigida por Parteras	CADP
Convención Americana sobre Derechos Humanos	CADH
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer	Convención de Belém do Pará
Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales	CEDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	Corte IDH
Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre	DADH
Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer	DEVAW

Declaración Universal de los Derechos Humanos	DUDH
Derecho Internacional de los Derechos Humanos	DIDH
Derechos Humanos	DDHH
Derechos Sexuales y Reproductivos	DSR
Embarazo, parto y puerperio	EPP
Fondo de Población de las Naciones Unidas	UNFPA
Guía de Práctica Clínica	GPC
Ministerio de Salud y Protección Social	MSPS
Modelo Integral de Atención en Salud	MIAS
Morbilidad y Mortalidad	MM
Organización de los Estados Americanos	OEA
Organización Mundial de la Salud	OMS
Organización Panamericana de la Salud	OPS
Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales	PIDESC
Ruta Integral de Atención en Salud para Población Materno Perinatal	RIAMP - RPMS
Salud Sexual y Reproductiva	SSR
Sistema Europeo de Derechos Humanos	SEDH

Sistema Interamericano de Derechos Humanos	SIDH
Tribunal Europeo de Derechos Humanos	TEDH
Tribunal de Ética Médica	TEM
Violencia de Genero	VG
Violencia Obstétrica	VO

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: VIOLENCIA DE GÉNERO, VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y DERECHOS HUMANOS.....	
	6
1.1. Conceptualización: Definición y Categorías Generales de la Violencia Obstétrica.....	6
1.1.1. El Concepto de Violencia Obstétrica.	6
i. Definición doctrinal.....	10
ii. Contextualización de la VO.....	14
1.1.2. Elementos esenciales del concepto de Violencia Obstétrica	17
i. Conducta Activa (acción u omisión).....	17
ii. Afectación al Cuerpo y los procesos reproductivos.....	21
- <i>Analgesia Obstétrica durante el trabajo de parto.</i>	<i>21</i>
- <i>Episiotomía y Fístula Obstétrica.....</i>	<i>21</i>
- <i>Esterilización forzada.</i>	<i>22</i>
- <i>Cesárea.....</i>	<i>23</i>
- <i>Otros procedimientos.</i>	<i>23</i>
iii. Sujeto Activo: Personal de Salud.....	24
iv. Sujeto Pasivo: La mujer en su aspecto biológico.....	26
1.1.3. Clasificación de la Violencia Obstétrica.	28
1.1.3.1.1. Violencia Obstétrica como un Tipo de Violencia de Género (VG)...	28
1.1.3.1.2. Violencia Obstétrica como un Tipo de Violencia Institucionalizada e Invisibilizada.	31
1.2. Derechos Humanos Vulnerados y Conductas que los Transgreden en los Casos de Violencia Obstétrica.....	32
1.2.1. Derechos Humanos y Reproductivos en riesgo de ser transgredidos en la atención obstétrica	33
i. Derecho a la integridad Personal.....	33
ii. Derecho a la Privacidad e Intimidad.	33
iii. Derecho a la Salud.....	33
iv. Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR).....	33
a. Derechos Sexuales (DS).....	35

b. <i>Derechos Reproductivos (DR)</i>	35
c. <i>Derechos Sexuales y Reproductivos y VO</i>	36
v. Derecho al Acceso a la Información.....	37
vi. Derecho al Consentimiento libre e informado.....	37
1.2.2. <i>Formas de Violencia y conductas que materializan la violación de Derechos Humanos</i>	38
a. Violencia Física	39
b. Violencia Psico – social	40
c. Violencia Simbólica	44
CAPITULO II: REGULACIÓN Y PARÁMETROS LEGALES RESPECTO A LA VIOLENCIA OBSTETRICA A NIVEL INTERNACIONAL	49
2.1. Tratamiento de la Violencia Obstétrica en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH)	49
2.1.1 <i>Estándares del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH)</i> ...	49
2.1.1.1. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Pará" como parámetro para la protección de la violencia en contra de la mujer	49
2.1.1.2. Tratamiento de la VO sufrida por mujeres según la CIDH.....	51
2.1.1.3. Salud y defunción materna en el SIDH: Situación actual a nivel mundial.....	52
2.1.1.4. El Caso I.V vs Ecuador de la Corte IDH como parámetro respecto de la VGO.....	54
2.1.1.5. Relación entre la violencia contra la mujer y la violencia de género según la Corte IDH.	55
2.1.1.6. Medidas que deben tomar los Estados para prevenir y erradicar la violencia en contra de la mujer y la VO según el SIDH.....	56
2.1.2. <i>Estándares del Sistema Europeo de Protección de los Derechos Humanos (IDHC)</i> 58	
2.1.2.1.1. Jurisprudencia TEDH	60
2.1.2.1.2. Fallos Relacionados Con Derechos Sexuales y Reproductivos y VO	61
2.2. Postura y Marco Jurídico en relación a la VO a Nivel Internacional	64
2.2.1. <i>Caso Latinoamérica</i>	65
2.2.1.1. Caso Venezuela: País pionero en conceptualización y sanción de la VO.....	65

2.2.1.2.	Caso México.....	68
2.2.1.3.	Caso Argentina.....	69
2.2.1.4.	Caso Ecuador.....	69
2.2.1.5.	Caso Paraguay.....	70
2.2.2.	<i>Caso Europa</i>	71
2.2.2.1.1.	Francia.....	72
a.	<i>Sage Femme o Partera Profesional</i>	73
b.	<i>Responsabilidad Estatal en Materia Hospitalaria</i>	74
i.	<i>Responsabilité pour faute (culpa)</i>	75
ii.	<i>Responsabilité sans faute (sin culpa)</i>	75
2.3.	Prevención y Erradicación de la VO: Recomendaciones Internacionales durante el embarazo, parto y puerperio.	76
2.3.1.	<i>Atención Prenatal: Recomendaciones de la OMS y la OPS para una experiencia positiva del embarazo.</i>	76
I.	Intervenciones nutricionales.....	77
II.	Evaluación materna y fetal.....	77
III.	Prevención.....	78
IV.	Intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes.....	78
V.	Sistemas de salud y atención prenatal	78
2.3.2.	<i>Partería Profesional: hacia un acceso universal del derecho a la salud.</i> ...	80
2.3.2.1.1.	Historia e Importancia de su Implementación.....	80
2.3.3.	<i>El parto: Recomendaciones de la OMS y la OPS para una experiencia de parto positiva.</i>	84
I.	Atención durante trabajo de parto	85
II.	Periodo de dilatación.....	86
III.	Periodo expulsivo.....	88
IV.	Alumbramiento.....	89
V.	Atención del recién nacido.....	89
VI.	Atención de la mujer posparto	90
CAPITULO III: REGULACIÓN Y PARÁMETROS LEGALES RESPECTO A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COLOMBIA.....		92
3.1.	Responsabilidad Patrimonial del Estado y VO en Colombia.....	92
3.1.1.	<i>Elementos de la Responsabilidad Patrimonial del Estado</i>	92

I.	El Daño Antijurídico	92
II.	La Imputación	93
III.	El Nexo Causal.....	94
3.1.2.	<i>Régimen de Responsabilidad del Estado Aplicable por Daños provenientes de la Falla en Actividad Médica y Hospitalaria</i>	95
I.	Falla del servicio o régimen subjetivo como elemento de la responsabilidad del Estado por daños causados en la actividad Médica y Hospitalaria 96	
II.	<i>Desarrollo de la jurisprudencia del Consejo de Estado en torno al régimen probatorio de la falla del servicio en la responsabilidad médica estatal</i>	99
3.1.3.	<i>Atención gineco-obstétrica en Colombia</i>	108
3.1.4.	<i>Responsabilidad Patrimonial del Estado en la prestación del servicio médico gineco-obstétrico: Desarrollo jurisprudencial del Consejo de Estado en materia probatoria</i>	108
I.	Título de imputación objetivo y obligación de resultado con ocasión de la atención gineco- obstétrica:	108
II.	Régimen subjetivo con flexibilización frente al rigor de la prueba de la falla con ocasión de la atención gineco- obstétrica:	111
-	<i>Indicio de falla del servicio médico obstétrico:</i>	112
-	<i>Protección especial de la mujer embarazada</i>	113
-	<i>Importancia de la prueba indiciaria</i>	115
3.2.	SITUACIÓN ACTUAL, INICIATIVAS LEGISLATIVAS Y REGULACIÓN DESDE EL EJECUTIVO EN COLOMBIA.	118
3.2.1.	<i>Morbilidad y Mortalidad (MM) Materna en Colombia.</i>	118
3.2.2.	<i>Iniciativa Legislativa: Proyectos de Ley sobre Violencia Obstétrica</i>	120
I.	Proyecto de Ley No.147 de 2017	121
II.	Proyecto de Ley No. 063 de 2017	123
3.2.3.	<i>Regulación Del Ministerio De Salud y Protección Social (MSPS) en materia de Violencia Obstétrica.</i>	123
i.	Guías de práctica clínica y Protocolos de atención	124
ii.	Circulares y Resoluciones del MSPS	127
iii.	Otras iniciativas del MSPS.....	129
3.3.	PRONUNCIAMIENTO DE LOS TRIBUNALES DE ÉTICA MÉDICA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COLOMBIA.	130
3.3.1.	<i>Criterio Médico: Diligencia y Negligencia Individual</i>	131

i.	Diligencia como aplicación de la Lex Artis médica	131
ii.	Diligencia como celeridad.....	132
iii.	Diligencia como ausencia de mala fe.....	134
CONCLUSIONES		139
BIBLIOGRAFÍA		143

INTRODUCCIÓN

La Violencia Obstétrica (en adelante VO) se considera una forma específica de violencia de género, sistemática e institucionalizada, con aceptación y arraigo cultural. Un fenómeno que no es nuevo pero que se convirtió en un tema de actualidad, tras los pronunciamientos de la OMS en 2014 y de Naciones Unidas en 2019. Su definición no ha sido delimitada ni estandarizada a nivel internacional, no obstante, de acuerdo al último informe de Naciones Unidas podría enmarcarse como una práctica de conductas violatorias de DDHH durante el proceso de embarazo, parto, postparto y lactancia (Šimonović, 2019). Se presenta durante la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva y se caracteriza por relaciones de poder asimétricas entre los profesionales de la salud (sujeto activo) y la mujer (sujeto pasivo). Ello como consecuencia de la falta de educación y respeto a la igualdad de la mujer y sus DDHH.

Esta tipología de violencia vulnera de manera primigenia los derechos sexuales y reproductivos, que de acuerdo a la Observación General No. 22 del Comité de DESC son el conjunto de derechos y libertades relacionados al acceso y los servicios de salud sexual y reproductiva y la toma de decisiones autónomas sobre reproducción y sexualidad. Sin perjuicio de lo anterior, la VO quebranta otros DDHH como la integridad personal, la privacidad, la salud de manera integral, el acceso a la información y el consentimiento libre e informado, que en conjunto termina por transgredir la dignidad humana de la mujer gestante.

De otro lado, las conductas violatorias de DDHH que configuran la VO tienen una naturaleza compleja debido a su carácter subjetivo (Alliance, Manning, Schaaf, & al, 2019). No obstante, la investigación más completa al respecto ha sido la clasificación desarrollada por Bohren en 2015, quien ubica las conductas en siete categorías: abuso físico, abuso verbal, estigma y discriminación, incumplimiento de los estándares de cuidado profesionales (abuso de medicalización), mala relación entre las mujeres y los proveedores del servicio de salud y finalmente, las condiciones del sistema de salud y sus restricciones (Bohren M. A., y otros, 2015). Como consecuencia de dichas conductas se presentan varias tipologías de violencia

en la VO, a saber, violencia física, violencia psicológica y violencia simbólica. Un statu quo de la sociedad casi imperceptible que ubica al sujeto femenino en un rol reproductivo que justifica vejámenes de cualquier índole.

La VO es resultado no solo de la discriminación y tolerancia a la agresión de género, sino también de las limitaciones presupuestales y la inadecuada capacitación de los profesionales de la salud. De hecho, la tasa de mortalidad materna (muertes durante el parto) es catorce veces mayor en los países con bajos ingresos que en los desarrollados (UNFPA, Profamilia, MinSalud, OIM, 2020). Si bien la atención prenatal ha mejorado y la mortalidad materna ha disminuido desde el año 2000 en el mundo, en las regiones más precarias, solamente la mitad de las mujeres reciben una atención adecuada en salud sexual y reproductiva. Cada dos minutos fallece una mujer por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio; y por cada mujer que muere, veinte o treinta más presentan complicaciones totalmente evitables, con consecuencias importantes y duraderas en el mismo contexto (UNFPA, 2020).

Una de las prácticas más reiterativas de VO es la realización de cesáreas injustificadas o por fines lucrativos. Latinoamérica cuenta con el índice más acelerado en el uso de cesáreas con un 41%, en relación a la tasa máxima del 15% recomendado por la OMS (Betrán, y otros, 2016). En Colombia la situación no es muy distinta con el 52,5%, siendo a nivel internacional, el cuarto en tener mayor porcentaje. Además, de acuerdo al Ministerio de Salud, en promedio muere un feto o neonato cada hora en el país y a 2020 se registró un aumento del 42% en el porcentaje de mortalidad materna con respecto al 2019 (Instituto Nacional de Salud, 2020). Los departamentos más afectados en materia de servicios en salud sexual y reproductiva son Guajira, Chocó, Vaupés y Vichada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

El fenómeno de la VO presenta además, interseccionalidad de factores de discriminación. Varias esferas sociales como pobreza, discapacidad, color de piel, orientación sexual, diversidad de género, grupo étnico o minoría étnica, entre otras (Bohren M. A., y otros, 2015), influyen en el trato que recibe la mujer durante la atención en salud prenatal. Las

mujeres con baja condición socioeconómica sufren un riesgo mayor de ser víctimas de VO y una tasa más alta de mortalidad materna.

Por todo lo anterior, desarrollamos esta investigación con el propósito de, por un lado, llenar el vacío jurídico y académico sobre la naturaleza y las implicaciones de la VO en Colombia; y, por el otro, analizar el tratamiento que ha recibido en el Derecho Internacional a fin de propiciar condiciones para su regulación interna. Estudiar la VO devela una verdad oculta por desconocida más no por novedosa y rompe el silencio sobre la naturalización de conductas patriarcales que no deben ser soportadas por las mujeres. Es además adentrarse a las luchas femeninas desde finales del siglo XIX por la reivindicación de sus derechos y encontrar en el pensamiento crítico, la consciencia de las discriminaciones que sufren a diario las mujeres.

En esa medida sugerimos posibles alternativas de acción. Para ello dividimos este proyecto en tres partes. El primer capítulo desarrolla el concepto de VO y lo limita a efectos de hacer aclaraciones puntuales y enmarcarlo como un problema de salud pública a nivel mundial. El segundo, aborda la regulación, recomendaciones y parámetros legales de carácter internacional que existen sobre VO y que, a su vez justifican la necesidad de regularla, delimitarla y sancionarla. Posteriormente, el último capítulo abarca un estudio del caso colombiano con respecto a la VO, su regulación jurídica incluyendo la vía jurisprudencial del Consejo de Estado; y los protocolos médicos vigentes sobre atención en servicios en salud sexual y reproductiva.

En el plano internacional, inicialmente se hace un estudio de la VO dentro del Sistema Interamericano. En primera medida se observa la convención Belém do Pará al abarcar la VO en su artículo 2, reconociendo su existencia en América. De otro lado, se abordan los pronunciamientos de la CIDH por haber reconocido a la VO como una forma de violencia contra la mujer, prohibida por los tratados interamericanos de DDHH. Su pronunciamiento más importante es el informe *Eulogia Guzmán y su hijo Sergio Vs. Perú*, en el que una indígena peruana es la primera mujer en presentar una violación de DDHH que se configura como VO ante la CIDH.

Frente al Sistema Europeo de DDHH, se hace un recuento de los casos más importantes sobre derechos sexuales y reproductivos y que de alguna manera, pueden hacer alusión implícita a la VO. Asimismo, se analizan las posturas internas de otros ordenamientos, entre ellos, Venezuela, Ecuador, Argentina y Francia por ser los países que han reparado en mayor medida frente al fenómeno. Finalmente, en el segundo capítulo se puntualizan las recomendaciones generales durante el embarazo y el parto presentadas por organismos internacionales; y el sistema de responsabilidad hospitalaria francés. Ello, a fin de remarcar la favorabilidad para el paciente debido ente otras, a que en el área de obstetricia solo se le exige probar una culpa simple para comprometer la responsabilidad de las entidades públicas.

El último capítulo completa la investigación con la presentación del panorama jurídico colombiano en relación a la VO. Se abordan tres partes: El sistema de Responsabilidad Médica estatal, haciendo énfasis en el área de gineco-obstetricia; las iniciativas desde el ejecutivo y el legislativo con respecto a la VO y finalmente los pronunciamientos de los Tribunales de Ética médica sobre VO.

En materia de responsabilidad médica, se estudiará la evolución del Consejo de Estado a la hora de probar la falla y los cuatro momentos en el ámbito probatorio: la falla probada del servicio, la falla presunta, la teoría de la carga dinámica de la prueba y la equidad y finalmente, el régimen vigente de la falla probada del servicio (responsabilidad subjetiva) con flexibilización de la prueba. Con relación a la responsabilidad médica en el servicio de obstetricia, se señala el tratamiento especial que ha tenido por el consejo de Estado, en razón de la flexibilización probatoria en materia de responsabilidad médico obstétrica.

Respecto al legislativo y ejecutivo, se busca analizar los esfuerzos por implementar soluciones frente a la atención deficiente en los servicios de salud sexual y reproductiva, no obstante, el vacío legal. De otro lado, frente a los fallos de los Tribunales de Ética médica sobre VO se observará la línea jurisprudencia de los derechos sexuales y reproductivos que aborda el concepto de violencia de género o VO. Finalmente, se ofrece una serie de conclusiones y recomendaciones como resultado del ejercicio investigativo, dirigidas a la implementación de medidas que prevengan y sancionen la VO en Colombia. Se espera que

este texto sea profundizado en futuras investigaciones, de tal forma que se abarquen los muchos interrogantes que de aquí se desprenden.

CAPITULO I: VIOLENCIA DE GÉNERO, VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y DERECHOS HUMANOS

1.1. Conceptualización: Definición y Categorías Generales de la Violencia Obstétrica.

1.1.1. *El Concepto de Violencia Obstétrica.*

La lucha por la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos (en adelante DSR) de las mujeres data de más de medio siglo atrás, siendo una pugna vigente y en proceso. En los últimos años el debate en el mundo se ha volcado a un nuevo epicentro: la VO, una violencia invisibilizada de carácter institucional, asociada a cuestiones de género, (Lafaurie Villamil, Rubio Leon, Perdomo Rubio, & Cañon Crespo, 2019) y que, según algunos autores está enmarcada en un contexto de “subvaloración del sexo femenino” (Castro & Erviti, 2015).

Recientemente, se ha generado un creciente interés internacional hacia la VO, en razón a un pronunciamiento de la OMS¹ en el cual se definió a la VO como un asunto de salud pública (OMS, 2014). Posición que fue refrendada en 2019 por Naciones Unidas, quienes la asumieron como un tipo de violencia de género difundida y normalizada en los servicios de salud sexual y reproductiva en el mundo (Šimonović, 2019). No obstante, algunos autores como D'Oliveira ya sugerían su existencia desde 2002, indicando que no se trataba de un fenómeno nuevo, sino de uno que habría pasado inadvertido por mucho tiempo (D'Oliveira, Diniz, & Schraiber, 2002).

Se estima que, la declaración de la OMS “*Cuidados en el parto normal: una guía práctica*” elaborada en 1996 surgió como respuesta a los diferentes movimientos activistas, recién avenidos en América Latina que buscaban divulgar las prácticas irrespetuosas en el cuidado materno infantil desde 1990 (The New York Times, 2019). En Norte América, por ejemplo, solo a partir de 2007 las organizaciones de DDHH comenzaron a estudiar formalmente los incidentes sobre maltrato y violencia durante el parto (Ogangah, Slattery,

¹ El lector puede consultar la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” del año 2014 en https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/

& Mehta, 2007). En 2010 Amnistía Internacional hizo énfasis en la situación de EEUU al ser el país que más gasta recursos en servicios de salud a nivel mundial y a pesar de ello, continúa reportando el mayor riesgo de mortalidad materna relacionada a complicaciones en el parto, con relación a otros 40 países (Amnesty International, 2010). Solo hasta 2015 países con altos ingresos comenzaron a dilucidar la existencia de la VO y en ese contexto, aproximarse a una definición frente a dichas conductas (Kukura, 2018).

Latinoamérica ha sido pionero en la promulgación de leyes que buscan paliar la situación. Los primeros pronunciamientos legales al respecto, permitieron el acceso de un acompañante durante el trabajo de parto, a saber, Uruguay (2001), Brasil (2005) y Puerto Rico (2006). Argentina, además, fomentó e incluyó tempranamente el término de “parto humanizado” en su ordenamiento jurídico (2004)² (The New York Times, 2019). Empero, actualmente la VO continúa siendo una problemática de poca difusión en la sociedad (Šimonović, 2019). Venezuela (2006) marcó un precedente importante al ser el primer país del mundo en tipificar la VO como un tipo de violencia de género estructural, concurrente en los servicios de salud sexual y reproductiva. La *“Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida sin violencia”*³, definió la VO como:

Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (2006)

Una de las legislaciones más completas hasta el momento, en materia de erradicación de la violencia contra las mujeres en América Latina, es la ecuatoriana⁴. Otros países como

² Para mayor información, el lector puede remitirse a la ley argentina 25.929 de Parto Humanizado del 25 de agosto de 2004 y el decreto reglamentario No. 2035/2015.

³ Fue sancionada en Venezuela y publicada por primera vez en el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA en 2006.

⁴ *Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la violencia de género contra las mujeres*” Publicada en el Registro Oficial Suplemento No. 175 de 5 de febrero de 2018

Argentina (2009) y Panamá (2013)⁵ incluyeron el término de VO en su marco legal, con miras a ofrecer una protección integral a las mujeres. Bolivia acogió el concepto bajo el nombre de “violencia en los servicios de salud”⁶ y otros como Uruguay han emitido regulaciones de índole administrativo sobre “parto humanizado” (Gherardi, 2016) y leyes generales en contra de la violencia de género. En lo que respecta a Colombia, como tal no se ha delimitado el término de VO (Lafaurie Villamil, Rubio Leon, Perdomo Rubio, & Cañon Crespo, 2019). Por ser un asunto relativamente nuevo, ni siquiera en los fallos de tribunales como la Corte Constitucional⁷ se advierte el reconocimiento del concepto, a pesar de que, como se señaló en líneas anteriores, la conducta data de años atrás.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas ha señalado que a nivel mundial no existe hasta el momento un consenso a la hora de definir y medir la violencia a la mujer durante la atención del parto en los centros de salud (Fondo de Población ONU, 2019). No obstante, de acuerdo al Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias emitido por la ONU en 2019, se estandarizó el término de VO como “la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud” (Šimonović, 2019, pág. 7)

La poca difusión frente sobre el tema (VO) no ha sido impedimento para que mujeres alrededor del mundo emprendan activismo entorno de su erradicación, aun cuando no se han detenido a definirlo (Šimonović, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias: Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y

⁵ Argentina protege a las mujeres de VO a través de la Ley No. 26.485 “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. Panamá por su parte promulgó la Ley 82 de 24 de octubre de 2013. Uruguay emitió la Ley contra las violencias de Género 19580 de 2018 y su decreto reglamentario No.339 de 2019.

⁶ En Bolivia se introdujo el término a partir de la Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia: Ley 348 del 9 de marzo de 2013, para más información en el siguiente enlace https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_bol_ley348.pdf

⁷ La Corte Constitucional Colombiana es considerada una institución innovadora y progresista que ha impulsado nuevos modelos de justicia dialógica. Se denota en los 29 años de su funcionamiento un marcado activismo judicial en procura de la materialización de los Derechos en Colombia. “Ha logrado una transformación sustancial en la forma como la población, las instituciones y los poderes del Estado asumen el proceso de conocimiento y materialización del contenido programático de la constitución” Tomado de Viridiana Molineras, H; Agudelo, L; y otros. Debates Contemporáneos de Derecho Público en Colombia. 2015. Editorial Ibáñez. Pág. 85-87

la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva., 2019). La identificación de este tipo de violencia de género obedece, entre otras cosas, a que las mujeres son cada vez más conscientes de sus derechos (BBC News, Zagreb, 2019).

Así quedó demostrado en los últimos años, gracias a los numerosos testimonios publicados por mujeres y organizaciones de mujeres en los diferentes medios de comunicación a nivel mundial (Šimonović, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias: Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva., 2019), en donde las redes sociales también han jugado un papel importante. Tal es el caso de Croacia, con movimientos como #BreakTheSilence o #MeToo⁸, en donde las mujeres expusieron los abusos a los cuales, consideraban, habían sido sometidas (BBC News, Zagreb, 2019)

Los nuevos movimientos sociales que exigen que se respeten los derechos de las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto, que han surgido desde 2015 en varios países, han arrojado luz sobre las pautas del maltrato y la violencia que sufren las mujeres. Italia (#bastacere: le madri hanno voce); Croacia (#PrekinimoSutnju); Francia (#PayeTonUtérus); los Países Bajos (#Genoeggezwegen); Hungría (#Másállapotot); y Finlandia (The Roses Revolution y #Minä Myös Synnyttäjänä). En solo dos semanas desde que se puso en marcha, en mayo de 2019, esta última campaña había recibido 150 relatos sobre violencia, violaciones de los derechos humanos y conducta inapropiada en los servicios de atención materna, tanto durante la atención prenatal y el parto como después del parto. (Šimonović, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias: Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva., 2019, pág. 8)

Las principales formas de maltrato de la VO son las relacionadas con la atención del parto y otros servicios de salud reproductiva, bien sea como actos deliberados o intencionados de violencia contra la mujer, o como omisiones en función de las circunstancias. Empero, se

⁸ Numeral alusivo a la plataforma de Twitter.

hizo la aclaración de que no todas las conductas podrán considerarse violaciones de DDHH, sino únicamente aquellas que vulneren las normas de DDHH y la jurisprudencia en esa materia (Šimonović, 2019). Dentro de las conductas que configuran la VO, insoslayablemente deberá hacerse alusión a la declaración emitida por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) en 2014 en la cual se estructuraron las siguientes:

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 complicaciones 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. (OMS, 2014, pág. 1)

En dicha declaración, la OMS indicó que se vulnera el derecho de las mujeres a una atención respetuosa, a la vida, a la salud, a la integridad física y a no ser objeto de discriminación entre otros, consagrados en diferentes instrumentos internacionales de protección a los DDHH como la CADH y la Convención Belém do Pará (OMS, 2014). Lo anterior puede observarse como una expresión más de las distintas formas de violencia contra la mujer que se presentan en la sociedad, en el entendido de un contexto desigual estructuralmente, con un alto índice de discriminación marcado por concepciones patriarcales y como consecuencia de una falta de educación y de respeto a la igual condición de la mujer y sus derechos humanos (Šimonović, 2019).

i. Definición doctrinal.

En la última década, numerosos investigadores han enfocado sus estudios a identificar el maltrato en los procesos de embarazo, parto y puerperio (En adelante EPP) (Alnemari, y otros, 2020) por considerarlo un tema de urgencia que afecta a las mujeres de manera global (Jewkes & Penn-Kekana, 2015). Se concluyó que han sido diferentes los nombres con los que se ha definido la violencia y el maltrato durante EPP, por ej. *“Irrespeto y abuso”*,

“maltrato de la mujer durante el parto” en inglés: *“mistreatment of women during the facility-based child birth”* y *“VO”*.

Este último, ha sido más comúnmente utilizado en Latinoamérica. Sin embargo, pese a los esfuerzos por conceptualizar y delimitar el concepto, aún faltan estudios de metodología cuantitativa, pues son muy pocos los que realmente han abordado técnicas que acrediten los datos expuestos (Castro & Frías, 2020). No obstante, en los últimos cuatro años se verifica un aumento significativo en el número de investigaciones con enfoque cualitativo (Castro & Frías, 2020).

La VO se presenta durante la atención al parto, embarazo y puerperio, con mayor incidencia durante el trabajo de parto (Bohren M. A., y otros, 2015). Esta se materializa a través de maltrato físico, psicológico, sexual y simbólico (Vallena Sala, 2019) aunque a nivel internacional, Bohren ha indicado que se trata de una tipología de violencia integrada por siete formas de maltrato⁹ (Bohren M. A., y otros, 2015). Es considerada en términos generales como un tipo de violencia de género, generalizada y sistemática (Šimonović, 2019). Por lo tanto, al ser un tipo de violencia de género, no es posible definirla sin analizar el contexto social y cultural en el cual se encuadra. Por su parte la OMS ha precisado el concepto de la VO como el abuso, negligencia o falta de respeto durante el parto que puede constituir una violación de los derechos fundamentales de la mujer (OMS, 2014).

La Relatoría Especial sobre la Violencia Contra la Mujer de Naciones Unidas, realizó un aporte sin precedentes, al emitir un Informe Temático en julio de 2019¹⁰. En él, por primera

⁹ Las siete formas de maltrato propuestas por Bohren han sido acogidas en diferentes estudios investigativos alrededor del mundo y finalmente fueron adoptadas por Naciones Unidas en 2019 (Šimonović, 2019). Estas formas son “(1) abuso físico, (2) abuso sexual, (3) abuso verbal, (4) estigma y discriminación, (5) incumplimientos de los estándares profesionales de atención, (6) mala relación entre las mujeres y el prestador del servicio de salud y (7) condiciones y limitaciones del sistema de salud” Tomado de Bohren, Meghan A; Vogel, Joshua P; Hunter, Erin; y otros. 2015. The Mistreatment of women during childbirth in health facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. Medical Research Council. PLOS Medicine. Págs. 1-32. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001847

¹⁰ Revisar Dubravka Šimonović. Asamblea General de las Naciones Unidas. “Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias: 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

vez se acuñó a nivel internacional el término de VO, al tiempo que se hizo alusión a otras formas usadas para nombrar el maltrato en los servicios maternos¹¹. Asimismo, se afirmó que la VO debe ser entendida como un tipo de violencia de género, generalizada y sistemática (Šimonović, 2019). El primer tratado Internacional en advertir la existencia de la VO e incluirla en el actual marco de protección internacional de los DDHH fue la Convención Belem do Pará¹², bajo la definición de “Violencia contra la mujer en los servicios de atención al parto” (Šimonović, 2019). Dicha Convención exhorta a los Estados a promulgar leyes que tipifiquen la VO y en ese sentido, penalicen sus conductas (CEDAW, 2017).

Asimismo, la CEDAW refiere la necesidad de reconocer y dilucidar las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos que sufren las mujeres y que se cometen en los servicios de Salud (CEDAW, 2017). Sobre el tema, precisa que el abuso y el maltrato a las mujeres y niñas en uso de servicios de salud sexual y reproductiva, configuran una forma de violencia de género y que eventualmente también pueden constituir tortura o tratos crueles, inhumanos y/o degradantes (CEDAW, 2017). Otros instrumentos internacionales de DDHH en el mundo, protegen a la mujer en el marco de los servicios de salud sexual y reproductiva. A saber, el Protocolo de la Carta Africana de DDHH y de los pueblos relativos a los derechos de la mujer en África, el Convenio de Estambul, la Plataforma de Acción de Beijing, los objetivos No. 3 y No.5 de la Agenda 2030, la Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (DEVAW), el Comité de la CEDAW, entre otros.

En 2018 el Georgetown Law Journal emitió un artículo en el cual se afirmó la ausencia de definición estandarizada frente a la VO (Kukura, 2018). La autora concluía que, si bien no existe una definición de la VO adoptada universalmente en el campo de la salud pública, el maltrato a la mujer durante el EPP es generalizado en el mundo (Kukura, 2018). En razón a ello, los investigadores han optado por explicar la VO ilustrando los tipos de conductas que

atención del parto y la violencia obstétrica”. 2019 en el siguiente enlace https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A_74_137-ES.pdf con signatura A/74/137

¹¹ Señala la relatora que “actualmente se utilizan muchos términos distintos, como “maltrato”, “falta de respeto”, “abuso”, “violencia física” y “violencia contra la mujer”” Sin embargo y para efectos de dar claridad en el informe, se utilizaron los términos “maltrato” y “violencia contra la mujer”. Tomado de ibidem pág. 7

¹² Para ampliar la información, revisar Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación general No. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19, documento de las Naciones Unidas. 2017 con signatura CEDAW/C/GC/35

la configuran, que por definir el término como tal (Kukura, 2018). Esto, debido a que la expresión VO aún no cuenta con total respaldo internacional (Šimonović, 2019).

Se espera que el fallo que emita en los próximos meses la Corte IDH en razón al informe *Eulogia Guzmán y su hijo Sergio Vs. Perú*, permita acuñar el término y crear un precedente al respecto. Con todo, algunos investigadores han publicado estudios en los cuales limitan la definición de la VO. Arguedas Ramírez, es una de las doctrinantes que ha gozado de mayor aceptación internacional a la hora de delimitar el concepto de VO. Su definición ha sido apropiada por autores como Castro y Erviti quienes llevan 30 y 15 años de investigación respectivamente, en torno a la VO en México (Castro & Erviti, 2014). Desde sus estudios en Costa Rica, Arguedas definió el fenómeno como: “conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y posparto” (Arguedas Ramírez, 2014, pág. 157). Por su parte, Castro y Erviti emiten su definición de la VO a partir de la sociología, separándose de las legislaciones existentes como la venezolana o la del Estado de Veracruz, pionera en México¹³, así

La violencia obstétrica debe ser entendida como una expresión del poder obstétrico, que a la vez constituye una forma de poder disciplinario (en términos de Foucault, como veremos con más detalle en el capítulo siguiente), que produce cuerpos sexuales y dóciles (Castro & Erviti, 2015)

¹³ El estado de Veracruz tipificó la VO en su código penal y a través del Artículo 7 de la “Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Veracruz” de 2008, la definió como: “Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”. Tomado de Castro & Erviti. Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. 2015, pág. 27

En ese orden de ideas, la VO se enmarca en la atención de salud institucional, en donde las mujeres en proceso de embarazo, parto y puerperio, experimentan situaciones que violentan sus DDHH, específicamente los derechos sexuales y reproductivos. Lo anterior es una consecuencia derivada de la mala organización sanitaria, el número de profesionales con relación a la cantidad de mujeres que acuden al servicio¹⁴, la falta de infraestructuras en salud, la formación jerarquizante de la medicina como ciencia (Castro & Erviti, 2015) y la concepción de la mujer en la sociedad. (Villanueva, Gutierrez, Valdez Santiago, & Lezana Fernandez, 2016).

ii. Contextualización de la VO.

A nivel mundial, cada año se registran aproximadamente 140 millones de nacimientos en el mundo, dentro de los cuales, la mayoría se producen en términos de normalidad (OPS, 2019). Ello significa que las mujeres no presentan factores de riesgo a tener complicaciones ni para ellas, ni para sus hijos, al comienzo y durante el parto. No obstante, lo dicho, el momento del alumbramiento es crítico en sí mismo, más aún en sistemas de salud deficientes (OPS, 2019). Durante el parto es cuando más aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad materna al surgir frecuentemente complicaciones, debido a factores de distinta índole (OPS, 2019). Entre ellos, deficiencias en la prestación de los servicios médicos, falta de recursos, negligencia médica, conductas que se enmarcan como VO, entre otros.¹⁵ (OPS, 2019).

A pesar de los múltiples debates e investigaciones con respecto a los protocolos y procedimientos para el proceso y trabajo de parto, no hay un consenso universal frente a los mismos, es decir, no se cuenta en la actualidad con una guía estandarizada (OPS, 2019). Pese a ello, deben respetársele a la mujer unos DDHH básicos y mínimos durante esta etapa. En las dos últimas décadas, organismos como Naciones Unidas, la OMS, la OPS y otros, han realizado un rol importante emitiendo pautas y conceptos como marco de acción¹⁶

¹⁴ Lo cual evidencia la falta de disponibilidad de servicios obstétricos, en gran parte por la limitación de recursos en el área (Šimonović, 2019).

¹⁵ Texto en negrilla es agregado por las autoras, fuera de la cita.

¹⁶ Al respecto, deben considerarse las distintas declaraciones emitidas por la OMS, siendo la más reciente la del 15 de febrero de 2019: “Individualized, Supportive Care Key to Positive Childbirth Experience”, en la cual se incluyen 56 recomendaciones que pretenden actualizar las guías sobre partos y nacimientos seguros. En ella se insta a dejar de lado las intervenciones rutinarias y protocolarias innecesarias. Las “Guías de Atención del Parto Normal” de la OMS se vienen actualizando desde 1996, a saber “Recomendaciones de la OMS para la Conducción del Trabajo de Parto” entre otras. Tomado de Vallana-Sala, VV. Rico hacerlos, pero no tenerlos:

(Šimonović, 2019). Ello, en aras de proteger y garantizar los DDHH precisados y como una manera de aminorar la aparición de violencias estructurales en los sistemas de salud sexual y reproductiva del mundo (OMS, 2019).

Si bien la mortalidad materna ha disminuido en un 37% desde el año 2000, lo que supone un logro muy importante, alrededor de 830 mujeres al día, siguen muriendo por causas relacionadas con el embarazo y el parto, es decir, una mujer fallece cada 2 minutos bajo dichas circunstancias (UNFPA, 2020). La tasa de mortalidad materna con respecto a la proporción de madres que no sobreviven al parto en comparación con las que lo hacen, es 14 veces mayor en las en las regiones de bajos ingresos que en las desarrolladas (UNFPA, Profamilia, MinSalud, OIM, 2020), lo cual sugiere analizar la incidencia de las condiciones y limitaciones de algunos sistemas de salud, como causas estructurales de la VO (Šimonović, 2019).

Las limitaciones presupuestales, de infraestructura y la inadecuada capacitación del personal sanitario, son también causas subyacentes del maltrato perpetrado a las mujeres en los servicios de salud reproductiva (Šimonović, 2019), de acuerdo a la OMS, son enormes las desigualdades en materia de salud sexual y reproductiva, de donde, no solo el nivel económico del país influye (OMS, 2015). Algunos individuos, familias y comunidades por razón de su lugar de origen, raza, estrato, discapacidad, religión y orientación sexual, tienen más probabilidades de experimentar tratos irrespetuosos (Vedam S. , Stoll, Taiwo, & et al, 2019). En países de bajos ingresos, son más frecuentes los problemas en el acceso y desarrollo efectivo de la salud sexual y reproductiva y menores las posibilidades de obtener servicios sociales y de salud para superar las mismas (Bohren, y otros, 2019).

Según una investigación llevada a cabo por The Birth Place Lab y la Universidad de British Columbia en EEUU¹⁷ se encontró que en países de altos recursos, las mujeres en

Análisis de la Violencia Obstétrica durante la atención del parto en Colombia. Revista Ciencia y Salud. 2019. Págs.128-144. DOI : <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>

¹⁷ Giving Voice to Mothers, es el primer estudio con indicadores desarrollados por usuarios del servicio de salud en EEUU a través de una encuesta nacional para describir el maltrato después del embarazo y durante el parto. Para más información consulte el sitio web Birthplacelab.org

embarazo que pertenecen a grupos vulnerables, como inmigrantes recientes, indígenas y marginados por distintos factores como bajo nivel socioeconómico, raza, etnia, encarcelamiento, dependencia a sustancias o inestabilidad de la vivienda, tienen un mayor riesgo de sufrir maltratos a la hora del parto (Vedam S. , Stoll, Taiwo, & et al, 2019). Además, son más propensos a tener resultados negativos en materia de salud sexual y reproductiva que otras poblaciones y su acceso a cuidados de alta calidad es reducido (Vedam S. , Stoll, Taiwo, & et al, 2019).

La VO dilata la brecha de inequidad en los servicios de salud entre países desarrollados y aquellos que no lo son (OPS, 2019). En los primeros, se mantiene un trato mucho más respetuoso a las garantías de la mujer, debido a la mayor disponibilidad de profesionales de la salud especializados, mejores conocimientos y nuevas técnicas menos invasivas; mientras en los segundos la VO se acentúa (Bohren, y otros, 2019). La evolución de la tecnología en los servicios sanitarios ha traído consigo la introducción de procedimientos que aceleran, terminan, regulan o vigilan el proceso fisiológico de embarazo (Bohren M. A., y otros, 2015). En los países con un bajo nivel de investigación y desarrollo su uso es indiscriminado e impuesto de manera cada vez más frecuente, aun cuando se tornan innecesarios y engorrosos (Bohren M. A., y otros, 2015). Suelen presentarse por fines económicos o lucrativos, otras veces, por creer que con ellos se obtienen mejores resultados para las mujeres y sus hijos (OMS, 2019).

Si bien el índice de atención prenatal ha mejorado en el mundo¹⁸, tan solo la mitad (1/2) de las mujeres en regiones de bajos ingresos reciben una atención médica adecuada y conforme a sus necesidades (UNFPA, Profamilia, MinSalud, OIM, 2020). Sobre este punto, el Fondo de Población de Naciones Unidas indicó que para 2020, por cada mujer que muere en el parto 20 o 30 tienen complicaciones con consecuencias importantes o duraderas en el contexto de embarazo, parto y puerperio, que, además podrían ser totalmente evitables (tanto las muertes, como las lesiones) (UNFPA, 2020). Indudablemente la salud sexual y

¹⁸ En las regiones desarrolladas aumentó del 65% en 1990 al 83% en 2012. Tomado de “Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y reproductivos” UNFPA, Profamilia, MinSalud, OIM. Bogotá DC. 2020.

reproductiva de las mujeres sigue siendo un tema con problemas estructurales vigentes y coyunturales.

Bajo esos presupuestos, no es infundado reconocer a la VO como un tipo de violencia de género padecido por las mujeres de todo el mundo (Šimonović, 2019). Continuar con su invisibilización entorpece la consecución de los diecisiete objetivos de Desarrollo Sostenible planteados en la agenda 2030¹⁹ (ONU, 2020), específicamente el objetivo No.3 del citado (OPS, 2019). En procura de su alcance se catalizaron los esfuerzos para la creación de nuevas estrategias mundiales que acojan a las mujeres y sus hijos como sujetos de protección. Se busca que “no solo que sobrevivan a las complicaciones del parto (si ocurrieran) sino también a que desarrollen y alcancen su potencial de salud y vida” (OPS, 2019, pág. 1)

1.1.2. Elementos esenciales del concepto de Violencia Obstétrica

De acuerdo a las múltiples investigaciones analizadas, es posible establecer cuatro elementos esenciales que componen la VO

i. Conducta Activa (acción u omisión).

Según un análisis de panorama del departamento de Salud Pública de la Universidad de Harvard en 2010, Bowser y Hill describieron siete categorías de falta de respeto y atención abusiva durante el parto: abuso físico, atención clínica no consentida, atención no confidencial, atención no digna, discriminación, abandono y detención en centros de salud (Bowser & Hill, 2010). Empero, según afirma Bohren, en la clasificación precedente se observan algunas limitaciones por cuanto no se emplearon metodologías sistemáticas de búsqueda y síntesis, sino que los datos fueron recopilados a través de métodos de revisión de literatura y entrevistas a partes interesadas (Bohren M. , y otros, 2015). Ello generó variaciones con diferencias sustanciales en la estimación de prevalencia.

Así las cosas, Bohren señala que debido al grado de dificultad que conlleva la investigación de campo y al no existir una tipología estandarizada, integral y acordada bajo los mismos criterios de identificación, se hace aún más complicada la labor de definir el maltrato durante el embarazo, parto y puerperio (Bohren M. , y otros, 2015). No obstante, la

¹⁹ Aprobada en 2015 por los Estados miembros de Naciones Unidas, incluida Colombia.

investigación de Bohren²⁰ es un paso fundamental, en tanto abarcó los aportes precedentes de Bowser y Hill, al tiempo que estableció una nueva tipología basada en evidencia a través de herramientas de medición que permitieron la evaluación y el seguimiento preciso de las conductas (Bohren M. , y otros, 2015). Su estudio de categorización incluyó 65 investigaciones de 34 países²¹ y concluyó a nivel general que, durante el proceso embarazo, parto y puerperio, las conductas violatorias de DDHH se ubican dentro de siete categorías (Bohren M. A., y otros, 2015):

Abuso Físico:

- Uso de la fuerza: identificado en mujeres golpeadas, abofeteadas, pateadas o estrujadas durante el parto. Muertes maternas o de sus bebés.
- Restricciones físicas: restricciones o limitaciones a la libertad, aplicadas a las mujeres. Se las amarra a la cama o se las amordaza durante el proceso de parto, abuso sexual o actos sexuales diversos.

Abuso Verbal:

- Lenguaje grosero: comentarios de juicio o acusatorios.
- amenazas y culpabilización: amenazas de diferente índole (por ejemplo, obtener un mal resultado en el procedimiento debido al “mal comportamiento” de la mujer).

Estigma y discriminación:

- Discriminación basada en factores sociodemográficos (etnia, raza, religión, edad, nivel socio económico)
- Discriminación basada en condiciones médicas (por ejemplo, pacientes con VIH)

Incumplimiento de los estándares de cuidado profesionales:

- Ausencia de consentimiento informado o indebido proceso para emitir el consentimiento informado. Violaciones a la confidencialidad.

²⁰ Bohren ha desarrollado múltiples estudios, sin embargo en el párrafo indicado se hace alusión a la investigación denominada “The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review” presentada en 2015 en la revista “International Journal of Obstetrics and Gynaecology”

²¹ 16 investigaciones en África, 5 en Asia, 2 en Oceanía, 4 en Europa, 2 en Norte América y 5 en América Latina

- Exámenes y procedimientos físicos dolorosos, exámenes vaginales dolorosos o abusivos, respuesta negativa para aliviar el dolor de las mujeres, realización de operaciones quirúrgicas innecesarias.
- Negligencia y abandono, largas demoras, asistencia médica calificada ausente al momento del parto

Mala relación entre mujeres y los proveedores de servicios de salud:

- Comunicación ineficaz: comunicación muy pobre o mala comunicación, desestimación de las preocupaciones de las mujeres, problemas de lenguaje e interpretación. Actitudes deficientes del personal.
- Falta de atención para efectos de apoyo: Falta de apoyo del personal de salud, prohibición de acompañamiento o pareja a la hora del nacimiento.
- Pérdida de autonomía: Mujeres tratadas como participantes pasivas durante el parto. Denegación de alimentos, líquidos o movilidad sin necesidad. Falta de respeto por las posiciones de nacimiento preferidas de las mujeres, negación de prácticas tradicionales seguras. Objetivación de la mujer. Detención de la mujer en el centro médico por falta de pago.

Condiciones del sistema de salud y restricciones:

- Falta de recursos: mal estado de las instalaciones. Limitaciones de personal. Escasez de personal. Restricciones de suministro.
- Falta de políticas: Falta de reparación en caso de daños.
- Costo en los servicios: Soborno y extorsión. estructuras de tarifas poco claras. Solicitudes irrazonables a las mujeres por parte del personal de salud (Bohren M. A., y otros, 2015)

En el informe presentado por la Relatoría Especial sobre violencia contra la mujer en 2019, se señaló que el maltrato y la violencia sufrido por las mujeres durante los procesos de embarazo, parto y puerperio (en adelante EPP) hacen parte de una forma continuada de violaciones que se producen en contextos de desigualdad estructural, discriminación y patriarcado (Šimonović, 2019). El artículo 1 de la DEVAW contiene una definición en sentido lato sobre las formas de violencia y maltrato contra las mujeres en los procesos de salud sexual y reproductiva, aplicable a la que se perpetúa durante la atención al parto:

todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (DEVAW, 1993).

En línea con lo señalado, puede aseverarse que la VO no solo afecta la salud física de la mujer, sino la salud de manera integral, es decir “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). Ello, debido a que las conductas que conforman VO, tienen una naturaleza compleja en razón a su carácter subjetivo (Alliance, Manning, Schaaf, & al, 2019)²². Es decir, estas pueden causar daño ya sea físico, psicológico o simbólico en la mujer, menoscabando además de su autonomía, la capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y su sexualidad (Alliance, Manning, Schaaf, & al, 2019). Innegablemente las consecuencias de la VO impactan negativamente en la calidad de vida de las mujeres, dejando secuelas que perduran en el tiempo (CIDH, 2014).

Lo más alarmante del abuso y maltrato perpetrado a las maternas es que dichas conductas irrespetuosas no son percibidas como tal incluso por las mismas mujeres (Alliance, Manning, Schaaf, & al, 2019). Por el contrario, se consideran prácticas comunes e incluso esperables en el contexto de la atención médica (Castro & Erviti, 2015). Aun cuando las mujeres logran percibir que son víctimas de prácticas violatorias de DDHH, los prestadores de servicios de salud no lo consideran así, por entenderlas como conductas arraigadas de la práctica diaria (Alliance, Manning, Schaaf, & al, 2019).

²² La White Ribbon Alliance (WRA) es una organización de membresía no partidista, sin ánimo de lucro y no gubernamental que tiene como objetivo disminuir la muerte materna y neonatal a nivel mundial. Su creación en 1999 surgió en vista del riesgo de morir durante el parto que corrían las madres, por no ser escuchadas. Esta ONG ha crecido vertiginosamente en el mundo, creando una gran red de apoyo en todo el mundo. Cuentan con proyectos como “Million Mums” y “Global Maternal mortality campaign” campaña que aún continúa vigente desde 2009. Tomado de White Ribbon Alliance (2020). Healthy Women, Healthy World. Recuperado de <https://www.whiteribbonalliance.org/>

ii. Afectación al Cuerpo y los procesos reproductivos.

El parto suele asumirse como un proceso doloroso y angustiante para la mayoría de mujeres que lo vivencian. No obstante, dicha labor de reproducción inherente a la mujer, no debería implicar sacrificios inhumanos. Es precisamente la medicina una alternativa para paliar los efectos adversos que pueden presentarse. Sin embargo, la VO cambia el rol de la medicina (médicos, enfermeros y personal de salud) y sugiere que muchas veces, envés de generarse beneficios se causan daños y afectaciones al cuerpo de las madres y sus hijos.

- *Analgesia Obstétrica durante el trabajo de parto.*

El hecho de no modular el dolor, es una forma de maltrato físico para la madre. En condiciones de normalidad no hay justificación para no suministrarle analgésicos a un paciente que está experimentando dolores severos y no tiene contraindicaciones médicas (Piedrahíta-Gutierrez , España, Piedrahíta , López, & Henao, 2016). Se ha comprobado que la analgesia intraparto no tiene resultados perinatales adversos, ni está asociada a hemorragias posparto. Por el contrario, no suministrarla, conlleva un estrés materno excesivo a causa del dolor, que a su vez deviene en “mayor carga de trabajo para la madre, hiperventilación, secreción excesiva de catecolaminas, vasoconstricción uterina, hipoxia fetal, acidosis e hipoperfusión de la unidad fetoplacentaria” (Piedrahíta-Gutierrez , España, Piedrahíta , López, & Henao, 2016).

Asimismo, Señala el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad Americana de anesestesiólogos que la sola solicitud materna es suficiente para aliviar el dolor durante el parto. Ni siquiera es necesario que el dolor ponga en riesgo la vida de la madre o del niño, este debe modularse debido a que puede causar consecuencias neurológicas importantes, depresión postparto o estrés postraumático. (Piedrahíta-Gutierrez , España, Piedrahíta , López, & Henao, 2016)

- *Episiotomía y Fístula Obstétrica.*

La Episiotomía es definida como una incisión en el perineo (entre la abertura vaginal y el ano) durante el parto. Aunque el procedimiento puede traer beneficios, no debe practicarse de manera rutinaria sino únicamente para aquellos casos en los que sea necesario. Cuando se

realiza sin consentimiento o sin necesidad puede tener consecuencias físicas y psicológicas para la madre, incluso la muerte. Las cicatrices de esta práctica generan malestar en la mujer y dificultades físicas y psicológicas. La práctica de este procedimiento sin necesidad es un tipo de VO. La OMS ya no recomienda su empleo, por la dificultad en la recuperación, el dolor en el procedimiento y la ausencia de beneficios. No obstante, su uso es indiscriminado, el 30% de las mujeres que dieron a luz por parto vaginal en México fueron sometidas a una episiotomía, el 89% en España y el 50% en Italia de donde el 61% de las madres, no emitió consentimiento informado, ni contaban con la respectiva información (Šimonović, 2019).

La fístula obstétrica es una de las lesiones más graves que pueden ocurrir durante el parto (UNFPA, 2020). Cuando la mujer presenta obstrucción del parto y no recibe tratamiento médico oportuno durante varios días, es posible que se imposibilite el flujo sanguíneo de los tejidos de la pelvis, razón por la cual, al desprenderse los tejidos muertos, a la mujer le queda un orificio conocido como fístula (UNFPA, 2020). Dicho orificio en el canal de parto, la vejiga y el recto genera la muerte de la madre y/o el feto o una discapacidad grave para la madre, a saber, ausencia de control en la orina, las heces o ambas, afecciones médicas crónicas, depresión y aislamiento social. Este tipo de lesión se presenta frecuentemente en países de bajos ingresos en donde se verifica una mala atención en el sistema de salud (UNFPA, 2020).

Naciones Unidas ha indicado que, para 2014 entre 50.000 y 100.000 mujeres padecieron de esta lesión, que a su vez representó el 6% de defunciones maternas, una de las causas más altas de mortalidad materna (UNFPA, 2020). Siendo que la Fístula obstétrica es evitable a través de cuidados médicos oportunos, su persistencia en el contexto mundial indica un alto grado de desigualdad, ausencia de eficacia en materia de derechos humanos y un gran porcentaje de mujeres y niñas vulnerables (UNFPA, 2020).

- ***Esterilización forzada.***

Es una forma de violencia de género y una violación expresa a los DDHH, prohibida en distintos convenios y tratados internacionales. Estas prácticas sin consentimiento informado son una manifiesta violación al derecho de autonomía de las mujeres. Usualmente se llevan

a cabo por un supuesto interés superior de la mujer o por la creencia de que ciertos grupos de individuos no deberían tener descendencia o no son responsables de tomar decisiones sobre anticoncepción. (Šimonović, 2019).

- *Cesárea.*

Si bien la cesárea se configura como un procedimiento médico que salva vidas, su uso injustificado y excesivo puede convertirse en VO. Los médicos consideran que esta, únicamente es necesaria en aquellos casos en los que el parto vaginal sea riesgoso para madre o hijo, como preeclampsia, nacimientos múltiples, mala colocación del bebé, infecciones, entre otras (Vázquez Parra, 2016). Sin embargo, frecuentemente las mujeres no tienen la libertad de elegir la forma del parto debido al carácter lucrativo que han adquirido algunos sistemas de servicios de salud al prescribir procedimientos en función de los costos y el tiempo (Šimonović, 2019).

Una investigación reciente, mostro a Latinoamérica como la región con el índice más alto de cesáreas con un 41%, seguido por norte América con un 32,3% y Europa con un 25%, en relación con la recomendación de la OMS de un 15% (Betrán, y otros, 2016). Además, América latina presenta las tasas de crecimiento más acelerado en el uso de cesáreas (Betrán, y otros, 2016). La cesárea injustificada es un abuso de medicalización durante el proceso de parto (Šimonović, 2019).

- *Otros procedimientos.*

La oxitocina sintética mal empleada y en exceso, es VO. Su uso tiene como finalidad acelerar las contracciones y el parto, empero si se usa inadecuadamente puede generar mortalidad materna y ruptura del útero, además de fuertes dolores a la madre (Šimonović, 2019). Otro procedimiento invasivo es la “maniobra de Kristeller”, la cual sigue siendo una práctica empleada en muchos países, aun cuando la OMS no la recomienda. Dicho procedimiento consta del uso de la fuerza a fin de acelerar la salida del bebé, ya sea con el antebrazo o con el cuerpo de quien está atendiendo el parto. En Honduras, esta maniobra es utilizada hasta en un 70% en los partos vaginales (Šimonović, 2019).

La realización de suturas tras la episiotomía sin anestesia y sin consentimiento, denominados “puntos para el marido” también configuran VO. Estas se realizan con la finalidad de generar satisfacción sexual para la pareja, es decir, es un procedimiento médico que legitima y reproduce estereotipos patriarcales y de desigualdad para la mujer.

iii. Sujeto Activo: Personal de Salud.

Usualmente los profesionales del sistema de salud son asumidos como quienes reparan el dolor, mas no como los perpetradores del resultado dañoso (Vallena Sala, 2019). No obstante, en lo que respecta a la VO y los procesos sanitarios frente a la salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres, puede constatarse que se desencadenan diversos tipos de maltrato en el ejercicio de poder del personal sanitario (Vallena Sala, 2019).

El término de VO entendida como la violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, incluye no solamente a los profesionales de la salud que intervienen en el parto, sino además a todo el personal que tuvo contacto con la mujer durante el proceso de EPP que hizo parte del servicio (Belli, 2013). Algunos autores como D’Oliveira, Diniz y Schraiber (2002), Castro y Erviti (2003)²³ han incursionado en las cuestiones de la violencia en el servicio de salud, sugiriendo que la formación médica es uno de los factores que ha contribuido a la difusión de la VO como violencia institucional.

Ello, debido a las relaciones estructurales de poder que nacen desde la formación universitaria en salud y se perpetúan entre el prestador del servicio (personal de la salud en general) y las mujeres durante los procesos de EPP (Vallena Sala, 2019). Lo cual sugiere una reflexión frente a la formación del personal de la salud debido a las tradiciones culturales y morales adquiridas de manera natural en la sociedad incluso desde el entorno académico y que finalmente se reflejan durante la prestación de los servicios en salud (Castro, 2014).

²³ Para mayor información, el lector puede remitirse a Diniz, S.G; De Oliveira Salgado, H; De Aguiar Andrezzo, H.F; De Carvalho , P.G; Carvalho, P; Aguiar, C.A; Niy, D.Y. Abuse and Disrespect in childbirth care as public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health and proposals for its prevention. 2015. Journal of Human Growth and Development. Y Castro & Erviti, 25 años de investigación sobre Violencia Obstétrica en México. 2014. Revista CONAMED.

La baja relevancia que se le otorga a la ética durante la enseñanza de la profesión médica, las malas aptitudes de comunicación durante la ejecución de los servicios de salud y las formas tradicionales en que se capacita a los residentes son algunas de las razones que justifican la VO. Resumido en dos categorías: el déficit en los elementos de enseñanza y la capacitación del servicio asociados a la SSR de la mujer, son factores estructurales de VO (Nussenzweig Hotimsky, 2010). Según Nuria Varela, la medicina (tanto la investigación como la industria farmacéutica) es una disciplina creada sin enfoque de género y en principio, únicamente para los varones. Tanto es así que, en España la ginecología es un dominio mayoritariamente desempeñado por hombres (Varela, 2008). Así las cosas, es esperable que aún en el siglo XXI las mujeres continúen dando a luz de acuerdo a las indicaciones más cómodas para el médico y no en función de su propio bienestar (Varela, 2008).

No es sino hasta el siglo XIX que puede hablarse de la subordinación de la mujer en el ámbito del parto (Belli, 2013) cuando esta deja de tener un lugar central y pasa a ser el profesional de salud quién dirige ese momento. Ello, por contar con el conocimiento, la legitimación estatal y el prestigio social que lo afirman en su condición (Belli, 2013). En esa línea, se asume que, inevitablemente las ciencias de la salud tienen un fuerte propósito de control sobre los procesos naturales. Lo cual, si bien ha generado indiscutibles beneficios, no por ello justifica prácticas sistemáticas, mecanicistas y medicalizadas que adquieren un carácter negativo durante el parto (Belli, 2013).

La VO entonces, devela una afectación a los DDHH de las mujeres durante la atención en los servicios de SSR en contextos autoritarios y jerarquizados que perpetúan relaciones de poder asimétricas (Castro & Frías, 2020). Indudablemente se genera una pérdida de autonomía y control de la mujer durante su propio parto, mientras es sometida a una violencia de carácter institucional (Lafaurie Villamil, Rubio Leon, Perdomo Rubio, & Cañon Crespo, 2019). Es necesario aclarar que la concepción de la medicina es mucho menos mecanicista hoy en día. A pesar de la vigencia de procesos que no toman en cuenta las particularidades del sujeto o el grupo sobre el cual se está aplicando la ciencia (Menendez, 2003).

Con todo, debe señalarse que la conducta del personal de salud no siempre es intencional y puede coexistir con otras prácticas amables y respetuosas con las mujeres. Hay otros factores que influyen en el comportamiento del sujeto activo, como la escasez de personal, la mala infraestructura, ausencia de medicamentos, entre otros (Bohren, y otros, 2019). Dichas situaciones, a pesar de no ser atribuibles al personal médico, sino a la infraestructura del sistema de salud, pueden verse como negligencia del personal, aumentar los niveles de estrés de quienes suministran el servicio, predisponer su actitud y terminan siendo factores que dan contexto al comportamiento pero que no son una justificación ante el maltrato de las madres (Bohren M. , Vogel, Tunçalp, Oladapo, & Gülmezoglu, 2015).

iv. Sujeto Pasivo: La mujer en su aspecto biológico.

La tipificación de la VO implica *per se* asumir a la mujer, biológicamente entendida, como la única víctima de este tipo de violencia (Šimonović, 2019). Algunos señalan que solo se infringe VO a la mujer que se encuentra en periodo de embarazo, parto o puerperio (Díaz, 2019). Otros por el contrario afirman que la VO se presenta en el marco de la atención en servicios de SSR (Gherardi, 2016) y otros, incluso asumen que esta se presenta de manera exclusiva durante el parto (Bohren M. , Vogel, Tunçalp, Oladapo, & Gülmezoglu, 2015). Lo cierto es que el concepto de mujer en el ámbito de la biología excluye necesariamente a mujeres transexuales por la imposibilidad de concebir.

Sugiere Simone de Beauvoir que, la subordinación de la mujer como especie proviene de sus características biológicas (De Beauvoir, 1949). Empero, ello no constituye un destino petrificado que condena y justifica el conservar eternamente dicho rol de sumisión. las diferencias de índole sexual en la mujer, como consecuencia de las acciones hormonales son entre otras, un esqueleto más frágil, menos peso y tamaño que el hombre y sobre todo, una función de gestación y parto (De Beauvoir, 1949). A grandes términos, la morfología, la piel, el sistema nervioso, es netamente diferente en los dos sexos, principalmente a causa de la esclavización del organismo femenino a la función reproductora (De Beauvoir, 1949) no obstante, ello no justifica una posición de inferioridad o desventaja con relación al sexo masculino.

En ese sentido, la VO como toda violencia de género, señala la existencia de discriminación hacia la mujer, fundada en prejuicios de género y diferencias biológicas (Arguedas Ramírez , 2014). En lo que respecta al campo de la salud, las violencias de género implícitas aparecen en reiteradas oportunidades, por cuanto las intervenciones médicas al cuerpo de la mujer, se presentan a lo largo de toda su vida. Los eventos morfo-fisiológicos de las mujeres están cargados de significados sociales y consecuentemente han sido asumidos por la medicina tanto biológica como simbólicamente (Monroy Muñoz, 2012). Desde muy temprano, se estandarizan procesos femeninos sin atender las situaciones en particular. En el caso de trastornos hormonales, se omite el debido estudio particular y se vuelve genérico el suministro de píldoras anticonceptivas como solución a procesos que a veces no son necesariamente naturales o normales (Monroy Muñoz, 2012).

Se advierte, además, que la VO puede presentarse en formas interseccionales de discriminación (Šimonović, 2019), lo cual implica evaluar distintas esferas de complejidad en la mujer: pobreza, discapacidad, color de piel, orientación sexual, diversidad de género, grupo étnico, entre otras (Bohren M. A., y otros, 2015). Se ha constatado que las mujeres de baja condición socioeconómica sufren un riesgo 3,6 veces mayor a ser víctimas de VO y una tasa mucho más alta de mortalidad materna (Šimonović, 2019) La interseccionalidad entonces, se verifica cuando otros factores y VO se conjugan en acciones comunes (Bohren M. , y otros, 2015). Las mujeres pertenecientes a minorías (como las indígenas) frecuentemente son sometidas a procedimientos de esterilización forzada y son un ejemplo de discriminación y violencia interseccional (Šimonović, 2019). El más reciente caso²⁴ es el de Eulogia Guzmán, una indígena peruana reportada como la primera mujer en presentar una violación de DDHH que se configura como VO ante la CIDH (CIDH, 2014).

Por otra parte, la situación de las mujeres y niñas con discapacidad es un caso latente y agravado de violencia interseccional (Šimonović, 2019). Esta población sufre una discriminación basada en múltiples aspectos entre los cuales están, identidad, género y discapacidad (Vedam S. , Stoll, Taiwo, & et al, 2019). De acuerdo a un informe de Naciones Unidas, a menudo se les considera asexuales o sexualmente inactivas entre otros maltratos

²⁴ Caso del cual se espera un pronunciamiento de la Corte IDH para finales del año 2020 (CIDH, 2014).

de los cuales aún no se reportan suficientes investigaciones al respecto (Šimonović, 2019). Se esperaría que dichos factores de interseccionalidad sean abarcados en políticas públicas que analicen integralmente las situaciones particulares de cada mujer y en ese sentido, amplíen su marco de acción.

1.1.3. Clasificación de la Violencia Obstétrica.

1.1.3.1.1. Violencia Obstétrica como un Tipo de Violencia de Género (VG).

Existen múltiples definiciones de VG por ser considerada un problema sin límites geográficos, concerniente a toda la humanidad. Se presenta en todas las sociedades independientemente del ámbito social o económico o incluso del individuo (Miguel Barrio, 2018). La VG es la materialización de uno o varios actos violentos dirigidos hacia las mujeres por el solo hecho de ser mujeres (Miguel Barrio, 2018). A partir de los años 90 se asumió la teoría del género de manera que se sugiere a la VG como una violencia no sexual sino cultural que se configura en razón a patrones de desigualdad entre el hombre y la mujer. (Miguel Barrio, 2018) Algunas definiciones ofrecidas delimitan la VG como

«aquella que sufren las mujeres por el hecho de serlo, y que se debe a la posición de inferioridad a la que han sido relegadas históricamente» (Delgado Álvarez, 2008, pág. 31)

La definición de violencia de género acogida internacionalmente y declarada por la DEVAW en su art. 1 indica:

se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

Esta violencia ha sido rechazada y sancionada en múltiples instrumentos internacionales, antes mencionados en esta investigación. En Colombia el art. 13 de la constitución se erige como una cláusula de igualdad formal, que proclama la obligación del Estado a garantizar la protección y el trato equitativo de todos sus ciudadanos y que, a su vez, pretende erradicar todo tipo de discriminación por motivos de sexo. Asimismo, el art. 43 constitucional proscrib

cualquier tipo de desigualdad contra la mujer. Adicionalmente, los tratados y convenios internacionales ratificados por Colombia, fortalecen la normatividad interna a la hora de prevenir y sancionar la violencia de género.

El *principio de igualdad y no discriminación* respaldado por herramientas de protección internacional de DDHH, ha jugado un papel relevante en la protección de los derechos de las mujeres en Colombia. Este ha sido desarrollado a través de las sentencias de la Corte Constitucional colombiana, para efectos de visibilizar la violencia de género. Dicha Corte ha señalado también que la violencia en contra de la mujer es una de las manifestaciones latentes de relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que perpetúan la discriminación e impiden el pleno desarrollo de la mujer (Corte Constitucional Colombiana, 2018). Un fenómeno relacionado con diversas causas “sociales, culturales, económicas religiosas, éticas, históricas y políticas” (Corte Constitucional, 2018). Una tipología de la violencia que vulnera el derecho fundante de todo ordenamiento jurídico: la dignidad humana (Corte Constitucional, 2018).

La violencia de género es aquella violencia que hunde sus raíces en las relaciones de género dominantes de una sociedad, como resultado de un notorio e histórico desequilibrio de poder. Centrándose en lo concerniente a la violencia contra las mujeres, las agresiones van más allá de las lesiones físicas y psicológicas, denominadas violencia visible. La invisible se refiere a la violencia estructural que implica inequidad en el ámbito de lo político, lo social y lo económico y a la violencia cultural constituida por los discursos que justifican el trato desigual. Estos tres componentes de la violencia se retroalimentan entre ellos, perpetuando la discriminación, la desigualdad y la violencia. Por tanto, con cada golpe a una mujer se da prevalencia a un patrón social de exclusión y este se reproduce a futuro (Corte Constitucional, 2014)

La vigencia de los conflictos de género data prácticamente desde los inicios de la humanidad y continúa latente. Sin embargo, con el paso del tiempo existe una mayor conciencia social. La mujer paulatinamente ha ido ganando prerrogativas que le son propias. Las disputas femeninas han recorrido un camino lento en materia de derechos y libertades,

al tiempo que han ganado visibilidad. Poco a poco alrededor del mundo distintos organismos internacionales y legislaciones internas han consagrado en sus ordenamientos medidas focalizadas en la reducción de la violencia de género (en adelante VG) (Miguel Barrio, 2018). Hace más de tres siglos se emprendieron luchas en busca de la igualdad y el empoderamiento femenino. Jurídica y socialmente, se ha buscado erradicar la justificación de la discriminación a la mujer.

Una cosa es el sexo como característica biológica inherente y otra, la cultura que pregona una sumisión basada en los parámetros de comportamiento asignados: el género (Varela, *Feminismo para Principiantes*, 2008). El género se relaciona con las conductas apropiadas cultural y socialmente, por lo tanto, se rige por modelos establecidos que terminan siendo estereotipos. Por ejemplo, a la mujer se le asocia con roles de crianza, mientras a los hombres se los define como seres más lógicos o racionales (Álvarez Espinoza, 2016). Los estereotipos que limitan el género, hacen parte de un grupo de características y creencias compartidas por una sociedad determinada, es decir, son el resultado de creencias intergrupales (Álvarez Espinoza, 2016). Distintas teorías han tratado de definir el desarrollo del género, entre ellas: la teoría psicoanalítica, la teoría del desarrollo cognitivo y las teorías biológicas.

Simone de Beauvoir afirmó que ningún destino humano debe estar determinado por el azar biológico que le correspondió al nacer, por el contrario, este se supedita únicamente a la voluntad del individuo (De Beauvoir, *El Segundo Sexo*, 1999). Si bien algunos consideran que la vocación natural de la mujer está dada por su destino fisiológico de madre, es desatinado pensar que los humanos estén abandonados únicamente al arbitrio de la naturaleza (De Beauvoir, *El Segundo Sexo*, 1999). Aunque de Beauvoir no utilizó como tal el término género, si lo definió. Se refirió a este como los atributos sociales y culturales asociados con el hecho de ser hombre o mujer. Una creación social adquirida, específicos al contexto y el tiempo (Gobierno de México, 2020).

El sexo, por el contrario, son las características biológicas que definen al hombre y a la mujer (Gobierno de México, 2020). Es la base fisiológica que determina la imposición de un género en un sistema de categorías binario. Se diferencia entre hombre y mujer como las dos

únicas alternativas posibles. Ello deja por fuera otras comunidades como transexuales e intersexuales. La violencia de género entonces, legitima un tipo de violencia contra las mujeres que no tiene justificación ni biológica ni social. El feminismo, como teoría y como movimiento social, busca eliminar dicha desigualdad y redefinir la violencia contra las mujeres como un problema social y político (Álvarez Espinoza, 2016).

En el informe especial sobre violencia contra la mujer, presentado por Naciones Unidas en 2019 se reconoció que la VO viola el derecho a las mujeres a una atención respetuosa en el ámbito del parto y la atención en obstetricia (Šimonović, 2019). Es un tipo de violencia de género que pone en riesgo la vida, dignidad la salud, la integridad física, la intimidad, la autonomía y el derecho a no sufrir discriminación de todas las mujeres sin importar su origen (Šimonović, 2019). Finalmente, implica una normalización de la violencia en contra de la mujer por ubicarla en un rol reproductivo que implica per se, soportar vejámenes de cualquier índole.

1.1.3.1.2. Violencia Obstétrica como un Tipo de Violencia Institucionalizada e Invisibilizada.

En el año 2013 la Corte Constitucional colombiana hizo alusión al término violencia institucional relacionada con factores de género. Fue definida como aquella perpetrada por autoridades privadas o estatales a través de acciones u omisiones, que generan daños o amenazan con causar daño físico, verbal o psicológico a la mujer (Corte Constitucional, 2017). La violencia institucional puede presentarse de manera abierta o encubierta. De acuerdo Curtin y Litke, en los últimos años la violencia encubierta ha suscitado mayor interés que las manifestaciones de violencia más evidentes. Esta violencia “invisible” es difícil de percibir debido a su carácter insidioso y aparentemente normal (Curtin & Litke , 1999). Además, cabe resaltar que la violencia institucional está presente en contextos de violencia sistemática por la dificultad para identificar su patrón de comportamiento: difusa y de gran envergadura.

La violencia institucional de género es la violencia física, psicológica, simbólica o sexual ejercida abusivamente por funcionarios del Estado o agentes no estatales como

organizaciones privadas, familia, entre otros; en desempeño de sus funciones habituales en contra de la mujer (Curtin & Litke , 1999). Su característica habitual es el uso del poder como herramienta de dominación imperceptible sobre quienes sufren el daño (Curtin & Litke , 1999). Esta tipología de violencia, puede además convertirse en *statu quo* de una sociedad y en ese sentido ser invisibilizada, normalizada y perpetuada a través de sistemas culturales, educativos y de comunicación (Curtin & Litke , 1999).

Como se observa en la descripción anterior, la VO cumple con todos los requisitos para ser una violencia institucionalizada e invisibilizada en el marco de la prestación de servicios en salud sexual y reproductiva para las mujeres (Tinoco Zamudio, 2016). Dicha violencia institucional es, además, resultado de un amplio proceso de discriminación a la mujer. A través de ella se comunica implícitamente a la sociedad un mensaje de aceptación y tolerancia frente a las agresiones en contra de esta población (Corte Constitucional, 2017). La educación en salud y los servicios en esta área omiten un enfoque de género y desconocen la existencia de comportamientos que violan los derechos humanos de la mujer gestante (Šimonović, 2019).

Diversos autores plantean la existencia de una representación inconsciente o a veces consciente del rol de la mujer en la sociedad, situándola en un papel de sumisión y desventaja, incluso dentro del sistema de salud durante la prestación del servicio (Tinoco Zamudio, 2016). Los prejuicios y estereotipos de género arraigados juegan un papel fundamental en la estructuración de las violencias institucionales (Curtin & Litke , 1999) y permiten que, como consecuencia de ellos, exista menosprecio, abandono y humillación a la mujer durante el proceso de EPP (Tinoco Zamudio, 2016). La vulnerabilidad de las mujeres en estado de gestación pareciera ser mayor debido a su condición de mujeres (Belli, 2013).

1.2. Derechos Humanos Vulnerados y Conductas que los Transgreden en los Casos de Violencia Obstétrica.

1.2.1. Derechos Humanos y Reproductivos en riesgo de ser transgredidos en la atención obstétrica

Los principales derechos violados en la atención obstétrica son:

i. Derecho a la integridad Personal.

El art. 5 de la CADH cita que “toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral” (OEA, 1969), significa que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños. En el marco de la VO, este derecho se violenta a través de prácticas invasivas e innecesarias como episiotomías, cesáreas y en general, procedimientos que no cuentan con el consentimiento de la mujer.

ii. Derecho a la Privacidad e Intimidad.

Se relaciona directamente con la vida sexual de la mujer, las decisiones sobre su propio cuerpo, planificación familiar y salud reproductiva. El artículo 12 de la DUDH estipula que “nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación...” (DUDH, 1948). Por lo tanto, ninguna persona podrá entrometerse de manera injusta en las decisiones de una mujer, ni solicitar información al respecto. Este derecho se ve violado en las instituciones de salud a través la exposición innecesaria del cuerpo de las mujeres, en especial de sus órganos genitales durante el parto, entre otras.

iii. Derecho a la Salud.

La salud abarca el derecho de toda persona a gozar de acceso a los servicios de salud en óptimas condiciones e igualdad de oportunidades. Además, incluye el derecho a la libertad que tiene cada individuo de controlar su cuerpo y a no padecer injerencias, así como no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consentidos (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

iv. Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR).

La relación entre VO y DSR cobra importancia en la medida en que la violación de estos últimos, configura VO. Los DSR son derechos fundamentales en el ordenamiento jurídico colombiano. Se sitúan principalmente en el campo de la salud y la vida. Implican el respeto

a la integridad física y psicológica, la prohibición de la tortura y la necesidad de condiciones dignas en el acceso a la salud. De conformidad con lo establecido en los artículos 12 y 10 de la CEDAW, estos derechos velan por el respeto de la autonomía de cada ser humano.

De acuerdo a la observación número 14 del Comité de DESC, la salud está estrechamente ligada con las libertades esenciales entre ellas, la garantía de toda persona “a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias” (DESC, 2000, pág. 3). La salud es parte inalienable, indivisible e integral de los DDHH universales, reconocida como un derecho fundamental en la jurisprudencia constitucional colombiana desde hace más de una década a partir de la sentencia T-454 de 2008. De acuerdo al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁵ (en adelante PIDESC), debe ser garantizado el nivel más amplio posible de salud física y mental a todas las personas. Así pues, la salud es asimilada como un concepto integral, necesario para la consecución de bienes superiores como la felicidad, las relaciones armoniosas y la dignidad humana²⁶

“La Salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología, política o condición económica o social” (OMS, 1946)

El derecho fundamental a la salud protege varios ámbitos de la vida humana, como la salud física, sociológica, mental, emocional y la social. Dentro de las categorías se encuentra la salud sexual y reproductiva²⁷ la cual cuenta a su vez, con derechos propios y es definida por la Corte IDH en el Caso Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica, como:

²⁵ Ratificado por Colombia a través de la Ley 74 de 1968 por la cual se aprueban los “Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de Derechos Civiles y Políticos, así como el Protocolo Facultativo de este último, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en votación Unánime, en Nueva York, el 16 de diciembre de 1966”. Artículo 12.1

²⁶ Así quedó plasmado de acuerdo al preámbulo de la constitución de la OMS, firmado el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados.

²⁷ Ver Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994, párr. 7.2; ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995).

[...] Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (...) Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia

La Corte Constitucional colombiana ha indicado reiterativamente que los derechos sexuales y reproductivos, no son lo mismo, a pesar de ser tratados como sinónimos. Sexualidad y reproducción son campos distintos. En ese sentido la primera no es simplemente un medio para alcanzar la segunda (Corte Constitucional , 2009). No obstante, su clasificación, existe una relación casi que inescindible entre los DSR, pues si bien tienen definiciones diferentes, ambos derechos parten de una base común.

a. *Derechos Sexuales (DS).*

Protegen la autonomía a la hora de decidir en el ámbito de la sexualidad. Dicha deliberación debe estar libre de todo tipo de discriminación y violencia y en razón a ello se proscriben la violencia sexual, la esclavitud sexual y la prostitución forzada (Corte Constitucional de Colombia , 2006). Los derechos sexuales se estructuran en tres facetas, a saber:

- la oportunidad de disponer de información y educación adecuada en los distintos aspectos de la sexualidad humana
- la posibilidad de acceder a servicios de salud sexual (ítem relacionado con la VO)
- la potestad de elegir, conocer y disponer libremente respecto de los métodos de anticoncepción.

b. *Derechos Reproductivos (DR).*

Otorgan la facultad de adoptar decisiones libres e informadas sobre la posibilidad de procrear o no y las garantías para ello. Operan bajo la óptica de disponibilidad, accesibilidad y sobre todo, calidad del servicio de acuerdo a lo aclarado por el Comité DESC, en su observación General N.º 22. Los DR comprenden, por lo tanto, una dimensión de autodeterminación reproductiva y otra correspondiente al acceso a los servicios de salud reproductiva.

Se configura violación a la privacidad de la mujer y a sus derechos reproductivos, cuando se le exige autorización de un tercero a la hora de tomar decisiones respecto de su sexualidad y vida reproductiva. Ello aplica para asuntos tales como el parto, la esterilización, el número de hijos y desarrollo de la progenitura en general (Comite de DDHH - ONU, 2000). Lo anterior, abstraído en materia de VO, significaría una obligación positiva a favor de la mujer por cuanto se le debe asegurar el desarrollo de una maternidad libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia. Debe brindársele la posibilidad de tener hijos sanos a través de mecanismos idóneos: un cuidado obstétrico oportuno, de calidad y libre de violencia (CIDH, 2010)

c. *Derechos Sexuales y Reproductivos y VO*

El reconocimiento de los DSR como derechos fundamentales en Colombia permite reconocer de manera más tangible nuevas tipologías de violencia relacionadas con el ámbito de salud en reproducción y sexualidad (UNFPA, Profamilia, MinSalud, OIM, 2020), siendo este, el caso de la VO. La desigualdad material entre hombres y mujeres durante la atención y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva visibiliza violencias de género implícitas y vulnera el derecho a la salud (Al Adib Mendiri, Ibañez Bernaldez, Casado Blanco, & Santos Redondo, 2017). A la mujer por el hecho de ser identificada en su rol de madre se le reduce la protección de su sexualidad a la de la maternidad, priorizándose ésta última sobre sus derechos sexuales (Corte Constitucional, 2009).

De estos derechos se desprenden varias garantías constitucionales, algunas de las cuales son vulneradas por actos configurativos de VO. A saber, la garantía del derecho a recibir tratamientos y protección de calidad en las etapas de preparto, parto y posparto, garantía del derecho a la autonomía reproductiva, garantía del derecho a acceder a procedimientos y servicios de salud reproductiva, garantía del derecho a la autonomía sexual y garantía del derecho a acceder a información en materia sexual y reproductiva²⁸.

²⁸ Estas garantías derivadas de los DSR pueden identificarse en sentencias como la T-732 de 2009, T-697 de 2016, SU-096 de 2018, C-093 de 2018, entre otras.

v. Derecho al Acceso a la Información.

La CADH en su artículo 13 incluye el derecho a “buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole” (OEA, 1969), artículo que protege el derecho de acceso a la información, incluyendo datos relacionados con la salud de la persona. El Estado tiene la obligación positiva de suministrar información para que la persona tenga el acceso a conocerla y valorarla (Corte IDH, 2006.2). El personal de salud no debe esperar a que el paciente solicite información o haga preguntas relativas a su salud, para que esta sea entregada, por el contrario, el Estado en cumplimiento de la “obligación de transparencia activa”, debe suministrar la información necesaria para el ejercicio de otros derechos y para tomar decisiones informadas, responsables, de forma plena y completa respecto de su salud sexual y reproductiva (Corte IDH, 2016).

vi. Derecho al Consentimiento libre e informado.

El consentimiento informado del paciente es una condición *sine qua non* para la praxis médica, basado en el respeto a la autonomía y libertad de la persona en la toma de sus propias decisiones. Además, asegura el efecto útil de la norma que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la dignidad humana. Por esta razón, la Corte IDH expone que el reconocimiento del consentimiento informado como expresión de la autonomía de las personas en el ámbito de la salud implica un cambio de paradigma en la relación médico-paciente, ya que la toma de decisiones informadas y libres “pasó a centrarse en un proceso participativo con el paciente y ya no en el modelo paternalista en donde el médico, al ser el experto profesional, era quien decidía lo más conveniente para la persona que debía someterse” (Corte IDH, 2016).

El paciente ya no es un sujeto pasivo de la relación, sino que trabaja con el médico en cuanto a la toma de decisiones de tal manera, que se establece un límite claro a la actuación médica con la obligación de obtener el consentimiento informado. Se garantiza que ni el Estado, ni terceros pueden cometer injerencias arbitrarias en los servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva de la mujer. Por otro lado, este derecho constituye una obligación ética y jurídica del personal de salud, quienes deben considerarlo como un elemento de la buena práctica médica “*lex artis*” con el fin de garantizar servicios de salud médico competentes, accesibles y aceptables (Corte IDH, 2016).

1.2.2. Formas de Violencia y conductas que materializan la violación de Derechos Humanos

Una característica fundamental acerca de la violencia es que esta, usualmente puede prevenirse y preverse. En distintos pronunciamientos, la OMS ha señalado que la violencia es un fenómeno complejo producto de esquemas sociales, culturales y de comportamiento, en donde influyen distintos factores tales como, la familia de origen y el entorno particular en el cual vive cada persona. Frente a lo cual, en aras de cambiar la situación es necesario volcar los conocimientos, haciendo uso de todos los recursos disponibles, hacia estrategias preventivas, científicas e integrales (Brundtland, 2002).

Si bien los actos de violencia pueden ser sumamente variados, su clasificación obedece a los tipos de propagación de la misma (García Villanueva, De la Rosa Acosta, & Castillo Valdes , 2012). Conviene en primera medida, delimitar la definición de violencia de la OMS la cual, reza

La violencia es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2002)

La citada definición comprende la violencia interpersonal, los comportamientos auto lesivos y los conflictos armados. Cubre una amplia gama de actuaciones configurativas de violencia, entre notorias e implícitas, a saber, daños psicológicos, violencia simbólica, entre otros. No obstante, la clasificación de la violencia no es estandarizada debido a que no goza de una aceptación general. La sugerida por la OMS y de mayor acogida, divide la violencia en tres categorías: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva (OMS, 2002).

La VO es un tipo de violencia interpersonal comunitaria, de acuerdo a la definición antes expuesta. Dicha violencia interpersonal es definida como aquella que se inflige a otro individuo o grupo de individuos y se divide en dos subcategorías: violencia intrafamiliar y

violencia comunitaria. La comunitaria presente en esta investigación, se da entre individuos no relacionados entre sí, que pueden o no conocerse y acontece generalmente fuera del hogar (OMS, 2002). La anterior clasificación, permite diferenciar la naturaleza de los actos violentos en: físicos, psicológicos, o sexuales (OMS, 2002).

a. Violencia Física.

La violencia física es definida como aquella que daña la integridad corporal del ser humano (en este caso de la mujer), pudiéndose materializar a través de golpes, fracturas o daños que sean tangibles a través de procesos médicos (Martinez Pacheco, 2016). En el caso de la VO, dichos daños pueden llegar a ocasionar la muerte en quien los padece e incluso del bebé que está por nacer (Belli, 2013). Obedece a situaciones de amenaza o peligro relacionadas con la fuerza física (Cava, Buelga, Musitu, & Murgui, 2010). A su vez ha sido subdividida por algunos autores en cuatro etapas: Violencia leve, moderada, grave y extrema (García Villanueva, De la Rosa Acosta, & Castillo Valdés, 2012)

De acuerdo al estudio realizado por Bohren²⁹ y otros en 2015, se constató la existencia del maltrato y abuso físico sufrido por las mujeres durante los procesos de EPP. Se señaló que esta tipología de violencia es perpetrada por enfermeras, médicos, parteras y en general personal de la salud encargado de atender a la mujer en este periodo. Se describieron maltratos tales como, golpes, abofeteadas, exámenes con conductas inadecuadas, pellizcos particularmente en los muslos, patadas, restricción de movilidad al ser amarradas a la cama y amordazamientos para evitar gritos. Se concluyó que, mujeres de todo el mundo informan haber padecido violencia física, a través de agresiones, abusos físicos, toques bruscos y uso extremo de la fuerza, los cuales en algunos casos produjeron la muerte de la madre o el bebé (Bohren M. A., y otros, 2015).

Asimismo, en una investigación del año 2019 desarrollada en países de bajos y medianos ingresos, Bohren logró identificar que, aproximadamente 41.6% de las mujeres tuvieron experiencias de abuso físico, abuso verbal, o estigma o discriminación. Pudo verificarse que

²⁹ Los estudios realizados por Bohren, investigadora asociada a la Universidad de Melbourne, han sido pioneros en cuanto a definiciones científicas y estadísticas mundiales frente a los tipos de maltratos sufridos por las mujeres durante los procesos de EPP alrededor del mundo

dichos comportamientos tuvieron una mayor intensidad durante los 30 minutos antes del nacimiento hasta 15 minutos después del nacimiento. Lo anterior, podría atribuirse al estrés del personal de la salud por factores que influyen en su comportamiento, como, por ejemplo, recursos para la asistencia, complicaciones de parto y gritos de las madres, entre otros. De esa manera, se asegura que, durante este periodo, es más probable que el personal encargado incurra en comportamientos inadecuados y violentos (Bohren, y otros, 2019).

Si bien son múltiples las manifestaciones de violencia física, una de las más alarmantes es la Fístula Obstétrica, considerada como una lesión grave consistente en un conducto anormal que se abre entre la parte inferior del intestino grueso (el recto) y la vagina, permitiendo que los gases y las heces pasen por la cavidad vaginal (Mayo Clinic, 2020). La también llamada fístula recto vaginal, puede ser una consecuencia de violencia obstétrica al producirse como una lesión generada durante el parto o complicación durante una cirugía pélvica (Mayo Clinic, 2020).

Como consecuencia de la violencia física, se generan daños producidos a la integridad de la madre verificables a través de procedimientos médicos y en el peor de los casos la muerte. Las muertes maternas, según la clasificación Internacional de Enfermedades o CIE-10 (OMS, 1992), son aquellas que se producen durante el embarazo o durante los 42 días siguientes a la interrupción del mismo, ocurridas por causas obstétricas: factores relacionados o agravados con el embarazo o su manejo, sin que estos sean accidentales o incidentales (Measure Evaluation, 2020)

b. Violencia Psico – social.

Para 2002, algunos investigadores informaron sobre la existencia de violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva en la atención materna, específicamente durante el trabajo de parto, calificando este hecho como un problema emergente, invisibilizado y en ascenso (D'Oliveira, Diniz, & Schraiber, 2002). Si bien en un inicio, los tipos de violencia que se registraron con mayor frecuencia alrededor del mundo fueron la violencia física, sexual y verbal (Bohren M. A., y otros, 2015) no puede omitirse la incidencia de la violencia psicológica infligida.

Esta puede presentarse como una acción directa del personal de la salud o como consecuencia de otro tipo de violencias, verificable a largo plazo (Vallena Sala, 2019). Ha sido definida como “el resultado de un trato deshumanizado que viola los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres durante la atención” (Vallena Sala, 2019, pág. 11). Asimismo, otras prácticas humillantes pueden constituir violencia psicológica para las mujeres, a saber, agresiones verbales, observaciones sexistas durante la atención al parto, burlas, reproches, gritos, insultos, ofensas entre otros (Šimonović, 2019).

““No lloraste cuando lo hiciste, abre las piernas o tu bebé se va a morir y será tu culpa”. Un profesional sanitario le dijo a una adolescente en el momento de dar a luz: “No lloraste cuando tenías dentro el pene, ¿por qué gritas ahora?”” (Šimonović, 2019)

“No me entregaban a mi bebé y nadie me decía nada, agarré a una de las enfermeras por el brazo y le exigí me explicara lo que sucedía. Ella me respondió “su bebé no respiró, eso es lo que les pasa a las mamás que huelen cocaína antes de venir al parto” (1) “Me dijo la enfermera que me tenía que sacar el bebé porque yo no sabía pujar, me metieron unos fórceps y yo sentía que me estaban desmembrando, sacaron a la niña y me daba miedo que la hubieran lastimado. Sentía cuando me estaban cosiendo y la enfermera insistía en que no se sentía nada, le dije que sí y ella lo único que hizo fue ignorarme por completo” (2) “Embarazada, tras haber tenido una pérdida me fui a la ecografía. Me dijeron que no había latido, que estaba muerto, me dieron unas pastillas, tuve contracciones y nadie me dijo, ni me explicó nada. Entendí que mi bebé se murió dentro de mí. Nunca recibí acompañamiento psicológico, salí con el alma vacía” (3) “Entraron 10 estudiantes de medicina, me pasmé, ellos decidieron alar la cabeza de mi bebé, le dejaron tres dedos en la frente. Hoy tiene 30 años y aún se le notan. Sentí en ese momento, que fue una violación, fue un dolor indescriptible y vergüenza” (4)³⁰ (Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, 2016)

³⁰ (1) Valentina Jaime, Boyacá - Colombia (2) Dayana Zuluaga Flores, Antioquia – Colombia (3) Paola Suarez, Boyacá – Colombia (4) Alicia Muñoz, Bogotá DC

El parto es considerado un evento altamente traumático para las mujeres (Olza Fernandez, 2014). Se estima que alrededor del 2 y el 6% de las madres desarrollan trastornos de estrés postraumático completo tras el alumbramiento y el 35% algún grado del mismo trastorno en algún momento de su vida por el mismo hecho. Lo anterior, como resultado de una mala praxis médica o una experiencia perturbadora en los servicios de salud en términos generales (Olza Fernandez, 2014).

La invisibilización de los miedos, emociones y opiniones de la mujer, desestima su salud mental y es una práctica de violencia psicológica (Vallena Sala, 2019). Frecuentemente los prestadores del servicio y el personal sanitario en general, llevan a cabo protocolos de atención sin tener en cuenta las circunstancias y el contexto en el cual se está desarrollando el parto. No se evalúa la salud integral de las maternas (Vallena Sala, 2019). Además, las consecuencias de conductas inapropiadas en lo que respecta a salud mental, no necesariamente se presentan de manera inmediata. El informe de admisibilidad del asunto Eulogia Guzmán y su hijo Sergio Vs. Perú, la CIDH es un ejemplo de ello. En él se afirma que debido a los malos tratos perpetrados por parte de las enfermeras del centro de salud Yanaoca, Eulogia y su hijo estuvieron en una situación de sufrimiento continuo por más de diez años, que terminó causándoles secuelas severas, tanto física, como económica y psicológicamente (CIDH, 2014).

Los peticionarios relataron que el día 27 de agosto de 2003, los padres del niño se habrían dirigido al Centro de Salud de Yanaoca para que el médico hiciera un seguimiento a la situación de salud de Sergio, pero que la enfermera Gladys Limachi les habría cerrado la puerta de ingreso y les habría gritado palabras groseras y humillantes, y que incluso habría amenazado al señor [Jaime] indicándole que él era muy joven y en cualquier momento podía necesitar los servicios del Centro de Salud. Por lo anterior, los peticionarios manifestaron que la pareja habría salido con lágrimas en los ojos, y habrían sentido una gran humillación, impotencia y terror de regresar al centro de salud (CIDH, 2014, pág. 3)

La gama de conductas que estructuran la violencia psicológica es amplia, definidas en general como prácticas abusivas hacia la mujer durante el EPP (Kukura, 2018). Manipular la

información para ejercer presión emocional en la mujer u obtener consentimientos bajo coacción (como amenazas) son algunas de las más frecuentes en el quehacer médico (Kukura, 2018). Un estudio publicado en el *Georgetown Law Journal* señaló la intensa presión emocional a la cual son sometidas las mujeres durante el parto (Kukura, 2018). El personal de salud recurre a historias clínicas trágicas a fin de asustar a las mujeres, y así conseguir un comportamiento más acorde a los protocolos esperados, por ejemplo callar a las madres o acceder a consentimientos médicos (Kukura, 2018).

Adicionalmente, otras acciones tales como el irrespeto hacia la intimidad de las mujeres dentro del contexto sanitario y la actitud punitiva de los prestadores del servicio, genera culpa y sensación de castigo en las gestantes, lo cual se acentúa cuando además se presentan simultáneamente, formas de violencia verbal (Vallana- Sala, 2019). Por otro lado, una investigación desarrollada en Ecuador, advirtió las consecuencias negativas para las mujeres, que se derivan de la prohibición de un acompañante durante los procesos de parto (Meijer, Brandao, Cañadas, & Falcon, 2020). Los factores socioculturales también ejercen presión en a mujer a la hora de recibir maltratos:

Las mujeres del nivel socioeconómico más bajo han relatado haber sido humilladas por los trabajadores sanitarios debido a su pobreza o su incapacidad para leer o escribir, por vivir en zonas rurales o barrios marginales o por estar sucias o desaliñadas (Šimonović, 2019, pág. 12)

Así las cosas, la Asamblea general de UN a través de la relatoría especial en asuntos de género, exhorta a los Estados a revisar y reforzar las leyes concernientes al maltrato y la violencia contra la mujer, haciendo énfasis en violencias estructurales y desestimadas como la violencia psicológica (Šimonović, 2019). De acuerdo a los tratados y convenios internacionales, la mujer debe gozar de una salud integral y ello incluye los servicios y garantías relacionados con salud mental. En atención de ello, la violencia psicológica producida en el marco de la atención en salud sexual y reproductiva debe ser visibilizada como un problema desapercibido, no menos importante y reprochable, para el cual se esperan alternativas de solución.

c. **Violencia Simbólica.**

En su texto “La Reproducción” publicado en los años 70, Pierre Bourdieu introduce el concepto de violencia simbólica aplicada a los sistemas escolares. El concepto es instituido como una manera de retratar las relaciones de violencia jerarquizadas, compuestas por un dominador y un dominado inconsciente de su situación. La violencia asume una forma indirecta, incapaz de ser evidenciada, un tipo de violencia invisible y estereotipada, aceptada como un comportamiento aparentemente correcto (Dukuen, 2011).

La violencia simbólica debe ser entendida como un tipo específico de violencia que caracteriza los esquemas asimétricos de poder. En ella se perpetúa la reproducción encubierta y sistemática de roles sociales, estatus pre adquiridos y categorías cognitivas de manera invisible (Rizzo, 2012). Bourdieu aborda esta tipología de violencia relacionándola directamente con el sistema patriarcal, es decir, propone una apropiación y asimilación de la dominación masculina adquirida por la sociedad en sus procesos culturales, de manera casi que inconsciente (Bourdieu & Passeron, 2009).

Ello genera representaciones de género que invisibilizan y subordinan a la mujer bajo estereotipos que normalizan actos que no deberían ser (Muñoz Rodríguez, 2016). En Colombia el sujeto femenino es ubicado en una posición jerárquicamente inferior, gracias a la violencia estructural arraigada (Muñoz Rodríguez, 2016), así por ejemplo en el caso de la VO el trato irrespetuoso por parte del personal de la salud a la mujer durante el trabajo de parto, es visto como una situación usual del oficio que no amerita mayores reparos.

La relación de la violencia simbólica con la VO está dada por la subordinación y dependencia a la cual se ven sometidas las mujeres durante los procesos de EPP, resultado de la interiorización y naturalización del papel de la mujer dentro de los sistemas de salud (Vallena Sala, 2019). En razón de lo anterior, se justifican las prácticas violentas a las que son sometidas. En ese sentido, la VO se compone de comportamientos interiorizados, justificados por la sociedad e incluso por las propias mujeres, incapaces de reconocer el patrón violento que padecen. Lo anterior no es más que un producto de la naturalización

social de la violencia estructural y perpetuada por un sistema abiertamente patriarcal (Corte Constitucional de Colombia, 2019).

La Corte Constitucional ha hecho alusión a la incidencia de la de la violencia simbólica en los asuntos de género:

Muchas violencias están justificadas por el agresor y por la sociedad misma con fundamento en estereotipos de género. En esta misma lógica, dado que las mujeres en prostitución no cumplen la expectativa de la mujer casta y monógama, la sociedad justifica las agresiones contra ellas, lo cual es inadmisibile constitucionalmente.

Los estereotipos de género que habitan la conciencia social y dan forma a sus imaginarios operan en muchas esferas y no sólo soportan la violencia física, sino también la simbólica. Razonamientos legales o judiciales anclados en estereotipos que discriminan son del mismo modo insostenibles constitucionalmente, como bien lo ha afirmado este Tribunal. Sin embargo, la explicación de las violencias y la discriminación con base en estereotipos de género está radicalmente distante de la idea de acreditar y promover la prostitución en sí misma con base a la estigmatización social que de esa actividad existe (Corte Constitucional de Colombia, 2019)

En el marco de la violencia simbólica, la mujer termina por legitimar y encubrir la dominación y subordinación de la cual es víctima, dentro de un proceso histórico que se remonta incluso desde el imperio romano en donde ocupó el rol pasivo de la sociedad y la vida privada (Salas Moya, 2015). La estereotipación que genera estructuras de violencia para la mujer (Muñoz Rodríguez, 2016) históricamente es verificable en diferentes periodos de la humanidad. Para el siglo XII y XIII la instauración del modelo de “*pater*” bajo cuyo mando quedaron supeditados todos los seres considerados inferiores, incluida la mujer, permite observar la disciplina vertical y los estereotipos preconcebidos que han sido apropiados por la sociedad (Zaffaroni, 2012). El Patriarcado es entonces, resultado de un proceso histórico de subestimación de la mujer y apropiación del género como factor de inferioridad, tanto biológica como genéticamente (para la edad media). Implica un estatus social inferior incluso hasta la actualidad (Zaffaroni, 2012).

Desde distintos enfoques multidisciplinarios, algunas autoras como De Gouges, De Beauvoir, Millet, Lerner, Osborne, Varela (2005), entre otras, coinciden en que el sistema sociocultural está construido por esquemas jerarquizados y patriarcales que no aceptan a la mujer como un ser en igualdad de condiciones y por el contrario discriminan en razón del género. Ante ello se genera no solo violencia simbólica sino violencias estructurales arraigadas que han influido en la toma de decisiones en los espacios públicos, relegando a las mujeres a la subordinación y los atropellos (Álvarez Espinoza, 2016).

Bajo estos presupuestos, se afirma a manera de síntesis que la violencia simbólica es aquella que se ejerce sobre un sujeto cognoscente bajo su complicidad (Muñoz Rodríguez, 2016). Quien padece este tipo de violencia, aun estando sometido a dichos determinismos, a su vez contribuye a reproducir el fenómeno de un discurso dominante (Muñoz Rodríguez, 2016). La VO, es un discurso en el cual se crean estereotipos de lo femenino que justifican comportamientos lesivos para la mujer. Este tipo de violencia genera una gran dificultad para crear conciencia y reconocer su existencia, pues al ser invisible e interiorizada en la sociedad resulta casi que inmodificable. Al respecto dice Bourdieu

El efecto de la dominación simbólica (de un sexo, una etnia, una cultura, una lengua, etcétera) no se ejerce en la lógica pura de las conciencias cognitivas, sino en la oscuridad de las disposiciones del habitus, donde están inscritos los esquemas de percepción, evaluación y acción que fundamentan, más allá de las decisiones del conocimiento y los controles de la voluntad, una relación de conocimiento y reconocimiento prácticos profundamente oscura para sí misma. Así pues, solo puede comprenderse la lógica paradójica de la dominación masculina, forma por antonomasia de la violencia simbólica, y la sumisión femenina, respecto a la cual cabe decir que es a la vez, y sin contradicción, espontánea y extorsionada, si se advierten los efectos duraderos que el orden social ejerce sobre las mujeres. El poder simbólico solo se ejerce con la colaboración de quienes lo padecen porque contribuyen a establecerlo como tal (Bourdieu P. , 1999, pág. 225)

Si la VO es entendida como un tipo de violencia de género invisibilizada, necesariamente deberá encuadrarse bajo el modelo de violencia simbólica, por cuanto sostiene y fundamenta

otras formas de violencia, dominación y maltrato bajo discursos imperceptibles y establecidos, que terminan por cobrar la vida de miles de mujeres (Šimonović, 2019). En ese sentido es fundamental una coyuntura legislativa y social que visibilice este tipo de fenómenos, pues se hace imperioso el denunciar y evidenciar temas que por muchos años fueron asimilados como correctos, pero que en realidad son comportamientos lesivos a los DDHH, desconocidos por las víctimas y por la sociedad en general.

Así las cosas y en consonancia con lo expuesto, se debe señalar que la violencia simbólica no se caracteriza por el ejercicio de acciones coercitivas tiránicas sino, y en la modernidad, por su sutileza a la hora de asegurar un determinado orden social a través de la perpetuación de ciertas prácticas (Patierno, 2016). Para el caso específico de la VO, las acciones que se materializan tienen un contenido implícito, insoslayablemente relacionado con la subordinación e inferioridad de la mujer. El cuerpo femenino es asimilado como un “objeto de intervención” ignorando su calidad de ser humano digno de derechos y protecciones inalienables (Vallena Sala, 2019).

El organismo de la mujer se desliga completamente de una identificación sociocultural e identitaria (el de la madre gestante en su particular contexto) y se asimila bajo estándares biomédicos altamente jerarquizados, bajo el protagonismo del personal de la salud (Vallena Sala, 2019). Los procedimientos que en un principio deberían tener un trasfondo humanitario, se mecanizan como etapas protocolarias, a veces incluso innecesarias, dentro de un modelo de “normalización en la atención a partos” sin evaluar las condiciones particulares de cada caso (Vallena Sala, 2019).

En 2019 Naciones Unidas reconoció que incluso muchos de los actos considerados como formas de maltrato, en ocasiones no son actos deliberados o intencionados de violencia y por el contrario, se configuran como acciones u omisiones que se cometen en contextos de naturalización arraigados y generalizados de prácticas violatorias de DDHH. Por ejemplo las violaciones reiterativas a la intimidad y confidencialidad (Šimonović, 2019) como las prácticas indebidas durante los exámenes vaginales, o la falta de consentimiento para que

terceros presencien el parto (estudiantes de medicina) (Šimonović, 2019), considerándose un comportamiento aparentemente inofensivo y correcto, cuando de fondo, no lo es.

En el caso *Mellet Vs. Irlanda* el Comité Internacional de DDHH, reconoció por primera vez la incidencia de estereotipos de género, cimentados en creencias religiosas, sociales y culturales en los servicios de salud (Comité de DDHH, 2016). Posición que reafirmaron en 2005 por ocasión del caso *K.L Vs. Perú* (Comité de DDHH, 2005). Con el advenimiento de la violencia obstétrica, dichos estereotipos se ven acentuados aún más en los servicios de salud sexual y reproductiva (Šimonović, 2019). Estos normalizan fenómenos que conllevan a la limitación de la autonomía e individualidad de la mujer.

En consonancia con lo expuesto, son ejemplo de prejuicios y estereotipos de género la subestimación de la mujer a la hora de adoptar decisiones con relación al embarazo e incluso, sobre su cuerpo (Comité de DDHH, 2016). A la hora de justificar la violencia obstétrica uno de los estereotipos más interiorizados es la creencia del parto como un hecho necesariamente doloroso (que inflige sufrimiento) para 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” (Šimonović, 2019, pág. 17).

Por lo mencionado, algunas organizaciones como la International Federation of Gynecology and Obstetrics han estipulado directrices con miras a evitar los estereotipos en los servicios de atención a la salud para las mujeres (Šimonović, 2019). La violencia simbólica implícita en los actos de VO, se debe en gran medida a la posición jerárquica de autoridad del servicio médico. Se genera una estructura de impunidad frente a actos indebidos, que, terminan por pasar inadvertidos por considerarse “normales” muy a pesar de ser violaciones de DDHH (Šimonović, 2019). Así las cosas, la solución a la VO no podrá ser posible si no se evalúan las causas estructurales y sistémicas que están detrás del maltrato, la violencia simbólica que sustenta toda una violencia estructural y que, por ende, es el pilar que sostiene cualquier tipo de violencia de género.

CAPITULO II: REGULACIÓN Y PARÁMETROS LEGALES RESPECTO A LA VIOLENCIA OBSTETRICA A NIVEL INTERNACIONAL

2.1. Tratamiento de la Violencia Obstétrica en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH)

2.1.1 Estándares del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH)

La VO ha sido un tema preocupante a nivel internacional. Al respecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en adelante CIDH, reconoce la VO como una forma de violencia contra la mujer, prohibida por los tratados interamericanos de DDHH, incluyendo la Convención Belém do Pará. Lo anterior, debido a que muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el embarazo, parto y posparto, que vulnera los derechos a una atención respetuosa, la vida, la salud, la integridad física, la no discriminación, entre otros.

La CIDH indica además que este tipo de violencia admite una concepción abiertamente patriarcal y estereotipada, basada en una supuesta inferioridad e incapacidad de la mujer para tomar decisiones adecuadas sobre sus procesos reproductivos configurándose así una forma de discriminación. La CIDH recomienda a los Estados adoptar las medidas necesarias para reconocer la VO como una forma de violencia contra la mujer, reglamentar su sanción, establecer mecanismos de denuncia y acceso a la justicia, así como capacitaciones a los profesionales de la salud sobre la protección de los derechos de las mujeres (CIDH, 2019). Ahora bien, se pasa a abordar de manera más detenida los parámetros fijados por la Organización de los Estados Americanos, en adelante OEA, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en adelante Corte IDH y la CIDH.

2.1.1.1. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Pará" como parámetro para la protección de la violencia en contra de la mujer.

La Convención Belem do Pará se destaca por ser un instrumento de naturaleza de *ius cogens internacional*, que tiene como fin garantizar el desarrollo individual y social y la plena

e igualitaria participación en todas las esferas de vida de la mujer. En su artículo 1 define la violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (OEA, 1994), definición que, según el artículo 2 abarca la violencia física, psicológica y sexual, así como también la VO, que acorde al Informe “Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas”, constituye una de las formas de violencia contra la mujer contenidas en la Convención citada, dada su prevalencia en el hemisferio (CIDH, 2017, pág. 60).

Así mismo, en sus artículos 3, 4 y 5, reconoce a la mujer los derechos civiles, políticos y a una vida sin violencia en los escenarios público y privado, entre otros. Destacando en el artículo 9 que “los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer”, en especial si se encuentra en **estado de embarazo**, por lo que merece el reconocimiento y protección especial de los derechos a la vida y la integridad física, psíquica y moral.

De otro lado, el artículo 7 contempla entre los deberes de los Estados, condenar todas las formas de violencia contra las mujeres, así como adoptar toda clase de políticas, procedimientos judiciales y administrativos justos y eficaces que permitan prevenir, sancionar, reparar y erradicar la violencia. Este artículo es de vital trascendencia, en tanto, el artículo 12 del capítulo de Mecanismos de Protección permite a las víctimas presentar ante la CIDH peticiones que contengan denuncias respecto a la violación de las obligaciones internacionales adquiridas por el Estado, exclusivamente en relación con el artículo 7. Sin embargo, con base en el *corpus iuris internacional* en materia de protección de la integridad personal de las mujeres, del que forma parte la Convención Belém do Pará, es posible utilizar los demás artículos de la Convención para la interpretación del mismo con el fin de reforzar los derechos de las mujeres (Corte IDH, 2009).

En suma, la Convención Belém do Pará fue el primer tratado vinculante en reconocer que la violencia contra la mujer es sancionable. Si bien ha contribuido a crear conciencia sobre la gravedad de la violencia de género y la responsabilidad de los Estados para erradicarla,

aún existe una preocupación regional por la grave situación de las víctimas que no tienen un respaldo legal, constituyendo un obstáculo para hacer efectivo el respeto a los DDHH de las mujeres, con motivo en la continuidad de los patrones de desigualdad, las actitudes patriarcales y los estereotipos arraigados respecto a las funciones y responsabilidades de la mujer en la familia (OEA, 2014).

2.1.1.2. Tratamiento de la VO sufrida por mujeres según la CIDH. La CIDH, en el Informe Integral sobre los Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas en las Américas señaló que la VO es producto de las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo o de denegación de tratamiento, durante el proceso de embarazo, parto o postparto, en centros de salud públicos o privados. También indicó que, este tipo de violencia se manifiesta en cualquier momento de la prestación del servicio de salud mediante acciones como “la denegación de información sobre su salud y los tratamientos aplicables; la indiferencia al dolor; humillaciones verbales; intervenciones médicas forzadas o coaccionadas; formas de violencia física, psicológica y sexual; prácticas invasivas; y el uso innecesario de medicamentos, entre otras” (CEPAL, 2013).

En el mismo informe, la Comisión hace énfasis en que los Estados tienen el deber de actuar con la debida diligencia en los casos de violencia en contra de la mujer. En efecto, debe adoptar todas las medidas a su alcance, incluso las de naturaleza legislativa: debe modificar o revocar leyes y normas vigentes, así como modificar prácticas judiciales o consuetudinarias que sustenten la persistencia y tolerancia de la VO, so pena de que se le impute responsabilidad por contravenir tales deberes (CIDH, 2017, pág. 52).

En el caso específico de las mujeres indígenas, el informe Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos puso de relieve el número desproporcionado de mujeres indígenas que sufren vulneración de sus derechos en el campo de la salud materna durante el proceso de embarazo y parto, en consecuencia, muchas mujeres han sido obligadas a dar a luz en posición supina en vez de vertical, también han sufrido “accidentes” de esterilizaciones forzadas y algunas fueron atadas durante el parto (CIDH, 2017, pág. 60).

Un precedente relevante al respecto es el caso de la Comunidad indígena Sawhoyamaya contra Paraguay, en el cual, la Corte IDH indicó que “los Estados tienen la obligación de adoptar medidas especiales para que las madres puedan tener acceso a atención médica adecuada, especialmente durante la gestación, el parto y la lactancia” (Corte IDH, 2006). Por otro lado, en el SIDH, se ha subrayado la relación inescindible que existe entre los problemas de discriminación y la violencia contra mujer, siendo la violencia de género una de las formas más extremas y generalizadas de discriminación que impide y vulnera gravemente los derechos de la mujer (CIDH, 2011, pág. 37).

2.1.1.3. Salud y defunción materna en el SIDH: Situación actual a nivel mundial. La salud materna se relaciona con la consecución del más alto nivel posible de salud de las mujeres durante el periodo del embarazo, parto y puerperio, así pues, el artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en adelante PIDESC, establece la especial protección que se debe conceder a las madres durante un lapso razonable antes y después del parto y la creación de condiciones que aseguren la asistencia médica, como una de las medidas para lograr la reducción de la mortinatalidad (ONU, 1976).

La CIDH estableció que el correcto cumplimiento de las obligaciones de respeto y garantía de los DDHH sin discriminación por parte de los Estados, señaladas en el artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en adelante CADH, contribuye a superar las desigualdades y asegurar que todas las mujeres, en especial quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a los servicios de salud materna. En consecuencia, con el fin de cumplir con sus obligaciones internacionales, los Estados deben adoptar medidas prioritarias, como, por ejemplo, asignar recursos para eliminar las barreras del acceso a los servicios, reducir la muerte prevenible durante el embarazo, eliminar las formas de discriminación de hecho y de derecho, entre otras (CIDH, 2010).

A pesar de las medidas en materia de DDHH que se instan a los Estados, la grave afectación a las garantías mínimas de salud es una realidad. La OMS considera que la mayoría de las muertes maternas son evitables. La tasa de mortalidad materna continúa

siendo alta en países como Guatemala es alta, con 139,7 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, quienes en su mayoría son mujeres indígenas (OPS, 2012, pág. 387). Por lo menos el 20% de las enfermedades que sufren los infantes menores de 5 años, están relacionadas con la salud y nutrición deficiente de las madres y con la atención medica durante el embarazo y los primeros días de vida del recién nacido (Unicef, 2012).

En el panorama mundial de la mortalidad materna (MM), el 99% de la MM corresponde a países en desarrollo y de ingresos bajos: más de la mitad al África subsahariana y un tercio a Asia Meridional, países en los que una mujer tiene 100 a 200 veces más riesgo de morir que una mujer en un país desarrollado (OMS, Mortalidad Materna, 2019). América presenta una de las mayores desigualdades de MM, en países como Canadá hay 4 casos por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en Haití son 523 de casos de MM por cada 100.000 nacidos vivos. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las MM son: hemorragias obstétricas, infecciones, hipertensión gestacional, complicaciones en el parto y abortos peligrosos. Respecto a los factores sociodemográficos y obstétricos que influyen en la MM, se destacan, la edad³¹, estado civil, escolaridad, número de gestaciones, lugar del parto y accesibilidad a servicios de salud (Tzul AM, 2006).

Se destaca el impacto negativo de la pobreza, la inequidad de género y el poco empoderamiento de la mujer en la sociedad, así como el deficiente acceso a los servicios de salud. En conclusión, la mayoría de las MM se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria, encontrándose grandes discrepancias entre los países, pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos, así como entre la población rural y urbana (Mera-Mamián AY, 2019).

³¹ Complicaciones relacionadas con el embarazo y parto son una de las principales causas de muerte de menores de 15 años en la mayoría de países en desarrollo.

2.1.1.4. El Caso I.V vs Ecuador de la Corte IDH como parámetro respecto de la VGO. Con el fin de hacer alusión a los principales estándares de DDHH en cuanto a la VO establecidos por la Corte IDH, en especial respecto del derecho a la información y al consentimiento libre e informado, se cita el caso I.V vs Ecuador. Según los hechos del caso, la señora I.V fue sometida a una cesárea, y luego de que su hija naciera, se le practicó una ligadura de las trompas de Falopio. Existe controversia sobre si la víctima fue consultada de manera previa y de forma libre e informada respecto de este procedimiento de esterilización (Corte IDH, 2016).

En el caso sub examine, la Corte IDH estableció que el acceso a la información integral y comprensiva es un componente de la accesibilidad a los servicios de salud y, por ende, el personal de salud debe garantizarla. Esto quiere decir que la señora. I.V. debió de conocer las condiciones y conveniencia de la utilización de otros métodos anticonceptivos, con el fin de contar con los elementos necesarios para la toma de una decisión libre e informada, sin embargo, la víctima estaba en sala de cirugías, con el vientre abierto y tan solo tuvo minutos para decidir cuándo se le indicó el riesgo de muerte, lo que contribuyó a una eventual aceptación de esterilización en el marco de un ambiente de coerción, intimidación y temor.

En el análisis de fondo del caso se concluye que la señora I.V. no manifestó su consentimiento previo, libre, pleno e informado y, por ende, fue sometida a una esterilización no consentida, lo que significó una afectación en su cuerpo, la pérdida permanente de su capacidad reproductiva y la vulneración de su autonomía. Es así, que el Estado vulneró los derechos a la integridad personal, libertad personal, dignidad, vida privada y familiar, de acceso a la información y a fundar una familia, en perjuicio de la señora I.V. En ese sentido la Corte IDH resalta la gravedad de la violación a los derechos de las mujeres que implica el presente caso y considera necesario visibilizar prácticas que esconden estereotipos de género negativos o perjudiciales asociados a los servicios de salud y conllevan a normalizar la violencia en contra de la mujer.

Lo anterior se corrobora en que el proceder medico sin el consentimiento de la señora I.V. se vio motivado en la creencia de que ella no tomaría decisiones confiables en el futuro para

evitar un nuevo embarazo, el médico actuó en clave paternalista injustificada, al no reconocerla como agente de toma de decisiones y no brindarle la oportunidad de sopesar las opciones que tenía. Además, el personal médico actuó con la lógica de que ella como mujer era la responsable de la anticoncepción en la pareja y la visión de que ella cumple un rol principal en la reproducción, por lo cual, no se le mencionó la alternativa de que su pareja era quien podía someterse a una vasectomía. En otros términos, se actuó con base en estereotipos de género aplicados a las mujeres en el sector salud (Corte IDH, 2016).

2.1.1.5. Relación entre la violencia contra la mujer y la violencia de género según la Corte IDH.

En el Caso Fernández Ortega y otros Vs. México y en el Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México, la Corte IDH refiere que la violencia contra la mujer no solo constituye una violación de los DDHH, sino que es “una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres”, que “trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión y afecta negativamente sus propias bases (Corte IDH, 2010)”. Siendo la VO una manifestación de las relaciones asimétricas entre hombres y mujeres y un tipo de violencia en contra de la mujer específico.

En cuanto a la violencia basada en el género, la Corte IDH en la sentencia Caso Veliz Franco y otros Vs. Guatemala estima que la violencia basada en el género es la violencia dirigida contra una mujer por ser mujer o la violencia que afecta a la mujer de manera desproporcionada, es una forma de discriminación en contra de la mujer. Por lo que, si bien no es correcto asociar la violencia de género como sinónimo de violencia en contra de la mujer, la naturaleza estructural de la violencia contra las mujeres está basada en el género. En el caso de la VO se categoriza como tal en razón a la grave y desproporcionada afectación a la mujer y la discriminación que sufre a causa de esta (Corte IDH, 2014).

2.1.1.6. Medidas que deben tomar los Estados para prevenir y erradicar la violencia en contra de la mujer y la VO según el SIDH.

Los Estados deben adoptar medidas integrales para cumplir con la debida diligencia en casos de violencia contra las mujeres. La Corte IDH en el Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México ha establecido que los Estados deben contar con un adecuado marco legal de protección, con una aplicación efectiva del mismo, con políticas de prevención y prácticas que permitan actuar de una manera eficaz ante las denuncias de violencia que atenten contra los DDHH de las mujeres. Así mismo, la estrategia de prevención debe ser integral, es decir, debe prevenir los factores de riesgo y a la vez fortalecer las instituciones para que puedan proporcionar una respuesta efectiva a los casos de violencia, de tal manera, los Estados tienen, además de las obligaciones genéricas contenidas en la CADH, una obligación reforzada a partir del artículo 7 de la Convención Belém do Pará (Corte IDH, 2009).

En el Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya Vs. Paraguay se indicó que la realización de los DDHH de los niños no puede desligarse de la situación vulnerable de las mujeres embarazadas, por lo tanto, los Estados deben prestar especial atención y el acceso a servicios de salud a estas mujeres (Corte IDH, 2006). En el mismo sentido, en el Caso Comunidad Indígena Xàkmok Kàsek Vs. Paraguay, se resalta qué, condiciones como la extrema pobreza y la falta de atención médica a mujeres en estado de embarazo son las principales causas que generan alta MM, por esta razón, los Estados deben legislar políticas de salud adecuadas que permitan ofrecer asistencia profesional en atención de partos y políticas de prevención de la MM, a través de controles prenatales y post-parto adecuados (Corte IDH, 2010).

En cuanto a los deberes que tienen los Estados para garantizar el acceso de las mujeres a los servicios de salud materna, el Comité de la CEDAW estableció que cada país tiene la obligación de proporcionar la atención materna gratuita y sin riesgos, así como los servicios obstétricos de emergencia, para lo cual debe asignar el máximo de recursos disponibles, con el fin de evitar el peligro de muerte y de discapacidad que corren las mujeres en embarazo a causa de la falta de recursos económicos necesarios para disfrutar de la atención médica (ONU-CEDAW, 1999).

Igualmente, el informe de la CEDAW identificó a quienes están en mayor riesgo de sufrir daños a su integridad en los servicios de atención materna, como lo son: las mujeres pobres, de zonas rurales, indígenas, afrodescendientes y las adolescentes, quienes son mujeres en situación de exclusión que en la práctica no tienen el mismo acceso que otros grupos más favorecidos, razón por la cual, es deber del Estado priorizar sus recursos y esfuerzos para abordar las necesidades especiales de las mujeres a fin de proteger el derecho a la integridad personal en condiciones de igualdad.

Ahora bien, respecto a la prevención de la mortalidad materna y el acceso a la atención de salud, no basta con aumentar la intervención técnica sino que es esencial analizar los factores sociales, culturales, políticos y jurídicos que determinan la decisión de la mujer de buscar los servicios médicos. Por consiguiente, se exige a los Estados eliminar las leyes, prácticas y políticas discriminatorias, así como las desigualdades en materia de género que impiden el servicio de buena calidad, así mismo, el Estado debe excluir los estereotipos de género determinados por el estado civil o condición de mujer, tales como la restricción al servicio de salud por el hecho de carecer de autorización del esposo, padres o autoridades (ONU-CEDAW, 1999).

Con base en los deberes de los Estados para garantizar el derecho a la integridad de las mujeres embarazadas, la CIDH presenta una serie de recomendaciones, entre las cuales se encuentran, i. Que cada Estado analice todas las leyes, normas y prácticas que puedan tener un impacto discriminatorio, ii. Garantizar que la legislación nacional esté adecuada con los estándares internacionales en materia de salud materna y que incorpore la perspectiva de género, iii. Fortalecer la capacidad institucional y un financiamiento adecuado para brindar la atención profesional durante el embarazo, parto y periodo de lactancia, en especial para los grupos de mujeres en condiciones de exclusión, acorde a las necesidades específicas y preferencias culturales, iv. Eliminar las barreras que limitan el acceso a la salud, como lo son los costos por honorarios, la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte público asequible, v. Establecer procedimientos eficaces a nivel administrativo, civil y penal para

garantizar el acceso a la justicia cuando se vulneren los derechos de la mujer o se realice un tratamiento inadecuado, entre otras (CIDH, 2010).

2.1.2. *Estándares del Sistema Europeo de Protección de los Derechos Humanos (IDHC)*

El sistema europeo es un sistema internacional que genera obligaciones vinculantes a los Estados, ya sea por vía convencional o jurisprudencial. Su base está dada por *el Convenio de Europa para la protección de los Derechos Fundamentales y las Libertades Fundamentales*³²(CEDH). Dicho instrumento a su vez, regula la composición, funcionamiento y competencia del Tribunal Europeo de DDHH (TEDH)³³, órgano principal del sistema de carácter decisorio, encargado de salvaguardar los artículos consagrados en el CEDH. En lo correspondiente a la protección de la mujer y la erradicación de la discriminación por causas de género, el Sistema Europeo de Protección de los DDHH, en adelante IDHC, se rige preeminentemente por la CEDAW, el Protocolo Facultativo de la CEDAW de 1999, la Declaración sobre la Protección de Mujeres y Niños en Situaciones de Emergencia y Conflictos Armados de 1974 y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de 1993.

El TEDH ha tenido importantes pronunciamientos en lo concerniente a violencia contra las mujeres y niñas³⁴. Sus sentencias han sido orientadas por la CEDH, la cual no proclama ningún principio de igualdad general. En su lugar consagra una cláusula de prohibición a la

³² Creado el 4 de noviembre de 1950 y entrado en vigor el 3 de septiembre de 1953. Fue constituido por el Consejo de Europa como resultado del interés colectivo de los países europeos por la creación de un mecanismo de garantía de los DDHH en esa región. Consta de 59 artículos divididos en tres títulos y complementado por múltiples protocolos adicionales. Ha sido ratificado por 47 Estados europeos hasta el momento. Tomado de https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SPA.pdf

³³ El TEDH es el órgano jurisdiccional fundamental del sistema. Máxima autoridad judicial para la protección de los DDHH en Europa. Su independencia e imparcialidad garantiza que el carácter vinculatorio de sus decisiones sea acatado por los Estados. A pesar de que su funcionamiento era muy similar al sistema interamericano compuesto por una comisión y un órgano jurisdiccional, a partir de la entrada en vigor del protocolo n°11 en 1998, desapareció la comisión europea de DDHH.

³⁴ Algunos casos sobre violencia de género, prohibición de discriminación y protección a los DDHH de la mujer, son: **Caso A.T contra Hungría** en el cual se expresa la necesidad de mecanismos oportunos de protección a la mujer en casos de violencia de género. El caso **“V.K. vs. Bulgaria”**, en el cual el TEDH determinó que la violencia de género es discriminación aun cuando no exista una amenaza directa o inmediata en contra de la vida o la salud de la víctima. Tomado de comunicación N°20/2008, CEDAW/C/49/D/20/2008, 25 de julio 2011. Disponible en: www.worldcourts.com/cedaw/eng/decisions/2011.07.25_VK_v_Buglaria.pdf.

discriminación en el artículo 14 para efectos del goce efectivo de los derechos consagrados en la convención (Carmona Cuenca, 2018). Dicho artículo ha dado la dirección de los fallos con enfoque de género. En él se estipula lo siguiente:

«El goce de los derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio ha de ser asegurado sin distinción alguna, especialmente por razones de sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación» Artículo 14 CEDH.

Otras directrices del Sistema Europeo de DDHH que han promovido la igualdad entre hombre y mujer son el Protocolo Adicional N°7³⁵ y el Protocolo Adicional N°12³⁶. Este último, configura un hito en materia de género (Carmona Cuenca, 2018) debido a que apela por la prohibición general de discriminación, aplicable a cualquier derecho fundamental más allá de los consagrados en la CEDH. Además, su creación buscó subsanar los vacíos legales que se sugerían en los años sesenta en materia de igualdad y no discriminación; y las petitorias tras las luchas contra el racismo, la intolerancia y la igualdad de sexos de los años 90 del siglo pasado (Carmona Cuenca, 2018). El objetivo del protocolo No. 12 es instaurar medidas de acción positiva con el objetivo de alcanzar la igualdad material de las mujeres en la sociedad (Carmona Cuenca, 2018).

Otra medida adoptada por el TEDH en búsqueda de la igualdad por razones de sexo es la introducción de la “perspectiva de género” o “transversalización de la perspectiva de género”³⁷ (TEDH, 2009). Dicho análisis supone la diferenciación del TEDH en el disfrute de

³⁵ El protocolo adicional N°7 entró en vigor el 1 de noviembre de 1988. En su artículo 5 consagra la igualdad jurídica de los esposos: «Los cónyuges gozarán de igualdad jurídica de derechos y obligaciones civiles entre sí y en sus relaciones con sus hijos por lo que respecta al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución. El presente artículo no impedirá a los Estados tomar las medidas necesarias en interés de los hijos.» Tomado de Carmona Cuenca. Los principales hitos jurisprudenciales del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en materia de Igualdad de Género. 2018

³⁶ El protocolo adicional N°12 entró a la firma en Roma el 4 de noviembre de 2000 y en vigor el 1 de abril de 2005

³⁷ El concepto de perspectiva de género también es conocido como “gender mainstreaming”. Data de los años 60’s como consecuencia de la declaración de la Década de las mujeres por Naciones Unidas en 1975 y ampliamente difundido en las conferencias mundiales de Nairobi 1985 y Beijing 1995. El gender mainstreaming ha sido suficientemente definido por el Consejo de Europa en el “Informe del Grupo de Especialistas sobre incorporación de la perspectiva de género de 1998” en el Consejo de Europa: Gender Mainstreaming.

los derechos entre hombres y mujeres, poniendo de manifiesto que algunas violaciones y violencias hacia las mujeres se producen por el hecho de serlo (Carmona Cuenca, 2018). En otras palabras, dicho enfoque implica un análisis de la relación histórica entre los sexos y los estereotipos de género que culturalmente han ido instaurándose para justificar acciones y omisiones violatorias de DDHH.

2.1.2.1.1. Jurisprudencia TEDH.

La primera sentencia en cuestiones de género emitida por el TEDH data de 1985. El caso “Abdulaziz, Cabales y Balkandali vs. Reino Unido” del 28 de mayo de 1985 expresa por primera vez y detalladamente que, sólo motivos fuertes pueden justificar una diferencia en el trato por razones de sexo o género. En los años 90’s se hizo evidente la ausencia de instrumentos internacionales que salvaguardaban los derechos de las mujeres como la CEDAW y la necesidad del enfoque de género en los fallos de tribunales internacionales (Carmona Cuenca, 2018).

A partir del año 2000 el TEDH ha dictado un mayor número de sentencias que condenan la discriminación a la mujer, en aplicación del artículo 14 CEDH. Empero, han sido pocos los pronunciamientos con respecto a violencias invisibilizadas y discriminaciones indirectas por motivos de género. La jurisprudencia de este organismo referente al tema, puede clasificarse de la siguiente manera: prohibición a la discriminación directa, prohibición a discriminación indirectas, prohibición a discriminación de hecho y medidas de acción positivas³⁸ (Carmona Cuenca, 2018). Dichas obligaciones positivas son asumidas por los Estados a la hora de prevenir la violencia en contra de la mujer, independientemente de quien la cometa (agentes no estatales o estatales)³⁹.

Conceptual Framework, methodology and presentation of good practices. Final Report of Activities of Mainstreaming. Doc EG-S-MS (1998-2 rev. 2004), en: http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/equality/03themes/gender-mainstreaming/EG_S_MS_98_2_rev_en.pdf

³⁸ Según el TEDH la prohibición de discriminación no impide que se instauren medidas de acción positivas que tienden a la consecución de la igualdad. Habida cuenta de ser aparentemente desiguales, su finalidad es compensar la situación de desventaja de un grupo poblacional, en este caso las mujeres

³⁹ El TEDH señaló que los actos de violación contra las mujeres, cometidos por agentes Estatales constituyen tortura y por lo tanto deben ser examinados con la mayor rigurosidad posible a fin de garantizar independencia e imparcialidad en la toma de decisiones. Caso “Aydin vs. Turquía” TEDH, demanda 57/1996/676/866, sentencia del 25 de septiembre de 1997 párr. 103-109. Asimismo, en el caso Bevacqua y S. vs. Bulgaria”, el

El caso “Opuz vs. Turquía” del 9 de junio de 2009, es el pronunciamiento más importante en materia de género del TEDH⁴⁰. En él se declararon vulnerados los artículos 14, 2 y 3 de la CEDH por haberse perpetrado violencia por motivos de género y discriminación a la mujer. Además, el tribunal declara que la violencia en contra de las mujeres es una forma de discriminación por género que viola el derecho a estar libres de tortura y a no ser discriminadas (TEDH, 2009). En ese momento, el tribunal afirmó que la discriminación por género resulta por las actitudes generalizadas de las personas frente a las mujeres, tales como la forma en las que son tratadas por las autoridades, la pasividad judicial y la falta de diligencia ante violencias invisibilizadas y normalizadas, entre otras (TEDH, 2009). Del mismo modo, establece por primera vez el procedimiento que deben seguir las autoridades frente a violencias de género aun cuando la víctima decida retirar su denuncia (TEDH, 2009).

A pesar de dicho pronunciamiento en 2009, el TEDH continuó fallando los casos de violencia de género como violencia individualizada y no como un asunto de índole global que requería la introducción de una perspectiva de género (Carmona Cuenca, 2018). Solo hasta el año 2013 y 2014 en fallos contra Moravia, el TEDH retomó la doctrina del caso Opuz en la que se pone de manifiesto la situación histórica de discriminación y sometimiento que han vivido las mujeres alrededor del mundo. Ello ha implicado un avance sustancial de la igualdad formal en aras de alcanzar una igualdad material o de facto (Carmona Cuenca, 2018).

2.1.2.1.2. Fallos Relacionados Con Derechos Sexuales y Reproductivos y VO.

Los derechos sexuales y reproductivos han sido abordados por el TEDH bajo una perspectiva tenue de género, debido al papel preponderante de la mujer en los procesos

TEDH reiteró la necesidad de adoptar medidas en contra de la violencia de género. Específicamente hizo alusión a la violencia doméstica por la vulnerabilidad particular de la mujer en dichos acontecimientos. TEDH “Bevacqua y S. vs. Bulgaria”, demanda 71127/01, sentencia del 12 de junio de 2008. Nota 188, párr. 65

⁴⁰ El caso “Opuz vs. Turquía” se trata de una mujer víctima de malos tratos por parte de su marido, quien había asesinado también a la madre de la víctima. En ella se analizó el creciente número de casos de violencia contra las mujeres a manos de sus maridos o ex maridos en Turquía y la marcada ausencia del sistema judicial, habida cuenta del alto grado de impunidad de los agresores. Dicho caso contiene la argumentación más completa en materia de género hecha por el TEDH. (TEDH, 2009)

fisiológicos de reproducción (Carmona Cuenca, 2018). Sin embargo, ha habido vacíos y contradicciones en la jurisprudencia respecto al tema. Usualmente se remite a las normas internas de los países parte y no hay un esfuerzo claro por distinguir la relación de los DSR y la violencia de género (Carmona Cuenca, 2018). Los aspectos frente a los cuales se ha pronunciado el tribunal son:

1. el acceso de las mujeres a los servicios de salud durante el embarazo y los procesos de EPP, también denominado maternidad segura
2. Los métodos anticonceptivos y esterilizaciones forzadas
3. Regulación del aborto
4. Reproducción asistida
5. Gestación subrogada

En el caso “Yazgül Yilmaz vs. Turquía” el TEDH aseveró que los exámenes ginecológicos innecesarios y sin previo consentimiento, así como la ulterior falta de investigación efectiva del incidente, constituyen tratos inhumanos o degradantes (TEDH, 2011). En el caso Ternovsky vs. Hungría, el tribunal pareció sugerir un derecho a partir del artículo 8 de la CEDH referente a la libertad de decidir sobre las circunstancias del parto de las mujeres embarazadas (TEDH, 2010). El caso en concreto giró en torno a la posibilidad de dar a luz en el propio domicilio. Empero la argumentación dada no llegó a instituir una obligación de los Estados de garantizar dicha libertad y la asistencia médica en el domicilio de la gestante.

En el caso Dubská y Krejzová vs. República Checa de 2016⁴¹ el tribunal se pronunció sobre la libertad de elegir el lugar del parto y si es una opción viable, el domicilio de la gestante. Puntualmente estableció que la prohibición a las matronas o parteras de atender partos en el domicilio, no constituye una violación al CEDH (TEDH, 2016). Es decir, la práctica o prohibición de partos en el domicilio por partería no supone una infracción al convenio. Así mismo se recomendó a los Estados parte revisar la legislación interna respecto a los procesos de parto, de manera que se respete los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y se garantice la mayor efectividad científica y médica del procedimiento (TEDH,

⁴¹En su momento, dicha decisión contó con cinco votos disidentes por parte de los jueces parte del TEDH.

2016). El alto órgano solo se pronunció tangencialmente sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Con respecto a los la esterilización forzada, el TEDH ha señalado dichos procedimientos como abusivos. En el caso *V.C vs. Eslovaquia*⁴², el tribunal consideró que estos actos vulneran los artículos 8 y 3 de la CEDH (TEDH, 2011). Recientemente en el Caso *Soares de Melo vs. Portugal*⁴³ la Corte reiteró su jurisprudencia al sancionar los procedimientos de esterilización forzada como violatorios del artículo 8 de la convención (TEDH, 2016). Bajo esos presupuestos el tribunal, además, argumentó su decisión señalando la importancia de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y criticando la ausencia de legislación de los Estados a la hora de emitir recomendaciones y políticas públicas de control de natalidad (TEDH, 2016).

En el Caso *R.R. vs Polonia* el TEDH determinó que el ejercicio del derecho al acceso a la información de salud propia o del feto es fundamental para la materialización de la autonomía personal (TEDH, 2011). En esa medida, señaló vulnerado el artículo 8 de la CEDH habida cuenta que la falta de información puede repercutir en el futuro de la madre y el niño debido a los acontecimientos que puedan presentarse y la calidad de vida que puedan acarrear (TEDH, 2011).

El artículo 3 de la CEDH que trata sobre la prohibición a la tortura también está estrechamente relacionado con la violencia obstétrica o la violencia durante la atención en servicios obstétricos. En el Caso *R.R. vs. Austria* se afirma que el maltrato, abuso y humillación a las mujeres durante la atención en salud sexual y reproductiva implica la existencia de tratos inhumanos y degradantes violatorios de la CEDH. El derecho a la vida privada también ha sido salvaguardado en el ámbito de la salud por el TEDH. En el Caso

⁴² En el presente una ciudadana romaní padece una esterilización forzada al no ser informada previamente de la naturaleza y el alcance del procedimiento.

⁴³ En el caso se le hace la exigencia de esterilización forzada a una mujer como condición para conservar la custodia de sus diez hijos e hijas. Lo anterior bajo la amenaza de prohibírsele todo contacto con sus hijos, sin tener en cuenta que la madre no maltrataba a los menores ni el vínculo emocional entres estos.

Konalova vs. Rusia⁴⁴ se señaló que la vida privada se encuentra incluida dentro de la integridad física de toda persona, más aún en el parto (TEDH, 2014)

“El cuerpo de una persona es el aspecto más íntimo de su vida privada y la intervención médica incluso cuando es de poca relevancia, constituye una interferencia con este derecho” (TEDH, 2014, págs. 39-41)

Como conclusión puede afirmarse que aún no existe una jurisprudencia fuerte del TEDH en materia de protección a la maternidad con enfoque de género (Carmona Cuenca, 2018). Ello por cuanto no hay total claridad frente al tema y existen contradicciones en las decisiones que se han tomado. Además, el enfoque de género implementado por TEDH es débil. Se requieren decisiones más contundentes en materia de género, debido a la necesidad de reconocimiento de violencias implícitas como resultado de la discriminación social y la desigualdad de la mujer (Carmona Cuenca, 2018).

2.2. Postura y Marco Jurídico en relación a la VO a Nivel Internacional

El fenómeno de la VO ha generado una discusión importante al interior de los países y entre las comunidades científica, política y profesional. Se debate, cuáles son las intervenciones legales e institucionales adecuadas, su eficacia y los actores legítimos para tratar el tema. En cuanto a los derechos vulnerados a la mujer embarazada, se discute sobre la pertinencia de abordar el asunto desde lo legal y relacionar las deficiencias del sistema de salud y del Estado como posibles causas de VO.

Al respecto, en países como Venezuela, Argentina, Bolivia, Panamá, México, Ecuador y Paraguay se evidencia un avance importante en la incorporación de la VO en su marco jurídico interno, reconociendo expresamente la VO como una forma de violencia de género;

⁴⁴ El caso se presenta debido a la demanda de una gestante quien con un parto con complicaciones. Al momento de ser atendida para dar a luz le fue entregado un folleto en el cual se le explicaba la posible participación de estudiantes de medicina en los procedimientos médicos que se le llevarían a cabo. La paciente se mantuvo sedada durante su estadía en el hospital, razón por la cual no se encontraba en condiciones de emitir un consentimiento informado. El parto tuvo lugar como estaba programado y en presencia de estudiantes de medicina, aun cuando ella se había opuesto. Los tribunales nacionales desestimaron la acción civil de la demandante, esencialmente bajo la justificación de que la legislación no requiere el consentimiento escrito de la paciente para que los estudiantes puedan estar presentes en el momento del parto.

en México y Venezuela se ha logrado una divulgación dominante en las instituciones estatales y reglamentariamente, pero la perspectiva de la mujer no ha logrado tal visibilidad. Venezuela fue el primer estado de las Américas en definir la VO, sus actos constitutivos y su sanción. (Botero, 2013). México, Ecuador y Paraguay reconocidos por vincular los sectores de la sociedad en la discusión. Chile y Colombia, por su parte, no cuentan con regulación normativa de la VO. No obstante, la academia chilena ha sido muy activa en la problemática, mientras que en Colombia solo se encuentra un proyecto de ley que no es vinculante y una comunidad ajena al fenómeno (Rubio León, 2019). En ese sentido, se pasa a analizar con más detenimiento la regulación legal de algunos países latinoamericanos:

2.2.1. Caso Latinoamérica

2.2.1.1. Caso Venezuela: País pionero en conceptualización y sanción de la VO. Desde el 2007, Venezuela se consolidó como pionera en el reconocimiento institucional del concepto de VO. Definida por la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la ley reza:

la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

Este concepto fue acogido más tarde en otros países latinoamericanos como México y Argentina, dentro de la regulación legal dirigida a erradicar la violencia de género. La Ley Orgánica en mención se considera única en Latinoamérica y es reconocida como un importante avance en materia de política de Estado. Esta ley es producto de un trabajo sistemático de las mujeres venezolanas que durante años trabajaron con víctimas sobrevivientes de violencia y responde a la necesidad de ampliar el marco jurídico, permitiendo reconocer los tipos de violencia de género e incluir las condenas a los distintos tipos de delitos (Fundación Juan Vives Suriá, 2010).

La Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela decretó la Ley Orgánica con el objeto de prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres e

impulsar cambio en los patrones socioculturales que sostienen la desigualdad de género. Entre sus principios rectores, la ley en mención consagra: la finalidad de garantizar a las mujeres el ejercicio efectivo de sus derechos, consolidar políticas públicas de prevención de la violencia en contra de la mujer, fortalecer el marco penal y procesal vigente para asegurar una protección integral a las mujeres víctimas, entre otros. (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007)

El artículo 3 de la Ley Orgánica alude los derechos que se protegen, a saber: el derecho a la vida, a la dignidad e integridad física, psicológica, sexual, patrimonial y jurídica de las mujeres, la igualdad de derechos, la protección de mujeres vulnerables a la violencia de género, el derecho a recibir plena información y asesoramiento de su situación personal y los demás derechos consagrados en la Constitución Política venezolana y en todos los instrumentos internacionales de DDHH, como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención de Belem do Pará. De tal manera, se reconoce que es una obligación del Estado adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y judiciales necesarias para el cumplimiento de la norma y garantizar los DDHH de las mujeres víctimas de violencia.

En su capítulo III regula la **definición de violencia contra las mujeres**, a saber

La violencia contra las mujeres comprende todo acto sexista que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial; la coacción o la privación arbitraria de la libertad, así como la amenaza de ejecutar tales actos, tanto si se producen en el ámbito público como en el privado.

Del mismo modo, el artículo 15 manifiesta que se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres: la violencia psicológica, acoso y hostigamiento, amenaza, violencia física, violencia doméstica, violencia sexual, acceso carnal violento, prostitución forzada, esclavitud sexual, acoso sexual, violencia laboral, violencia patrimonial y económica, esterilización forzada, violencia mediática, violencia institucional, simbólica,

tráfico de mujeres, niñas y adolescentes, trata de mujeres, niñas y adolescentes y en especial, se resalta que categoriza la VO como una forma de violencia en contra de la mujer.

De modo similar, el artículo 51 establece que se categorizan como **actos constitutivos de VO** los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Otra novedad importante que consagra la Ley Orgánica es la posibilidad de sancionar penal, disciplinaria y pecuniariamente al personal de la salud que cometa alguna de las conductas anteriormente descritas, el responsable deberá pagar una multa y la sentencia condenatoria se remitirá al respectivo colegio profesional con el fin de ser procesado disciplinariamente. En cuanto a la responsabilidad civil, el capítulo VII establece el pago de una indemnización por parte del agresor a la mujer víctima. También se contemplan como penas accesorias: la interdicción civil, inhabilitación política, sujeción a la vigilancia de la autoridad, privación del derecho al porte de armas y la suspensión temporal del cargo o ejercicio de la profesión, las cuales serán aplicables según la naturaleza de los hechos.

Análogamente, quienes resulten culpables de la comisión de hechos de violencia en contra de las mujeres, estarán obligados a participar en programas de orientación, atención y prevención dirigidos a evitar la reincidencia. Además de ello, la Ley se considera íntegra, en

tanto también establece la forma para denunciar, el procedimiento y las autoridades competentes, así como las circunstancias agravantes de los delitos consagrados.

De tal forma, la Corte IDH en el caso López Soto y otros vs. Venezuela destaca positivamente el funcionamiento de los mecanismos e instituciones previstos por ley que permiten el acceso a la justicia, sin embargo, encuentra falencias en la implementación de la ley debido a la ausencia de estándares uniformes de atención, investigación y juzgamiento de los casos de violencia, así como por la falta de reglamentación de la norma que permita articular la política pública en materia de violencia contra la mujer, razón por la cual, la Corte le ordena al Estado que dentro del plazo de un año dicte el reglamento de la Ley Orgánica. De igual modo, consideró pertinente solicitar al Estado poner en funcionamiento adecuadamente los Tribunales de Violencia contra la Mujer en cada capital de Estado, así como también, implementar los mecanismos de denuncias establecidos en la Ley (Corte IDH, 2018).

2.2.1.2. Caso México.

En primer lugar, en cuanto a la regulación a nivel local, los estados de Chiapas, Guanajuato y Durango han incorporado en su legislación el concepto de VO y en los estados de Estado de México, Guerrero y Veracruz se encuentra tipificada como delito, además de especificar los supuestos y sanciones correspondientes (GIRE , 2013).

Ahora bien, a nivel nacional desde el año 2007 el Estado federal legisló la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, sin embargo, en su texto no se refiere a la VO como un tipo de violencia en contra de la mujer, así pues, a nivel nacional no existe regulación específica de la VO. No obstante, el 03 de julio de 2019 la Comisión Permanente del Congreso de la Unión exhortó al Ejecutivo Federal para que actualice las normas oficiales en materia de protección de DDHH para erradicar la VO a nivel nacional (Comisión Permanente del Congreso de la Unión, 2019). De tal forma, la ONU y la OEA han establecido medidas de realización progresiva e inmediata que México aceptó adoptar en su normativa nacional, con el fin de garantizar el bienestar de las mujeres gestantes (CEPAL, 2013).

2.2.1.3. Caso Argentina.

El 17 de septiembre de 2004 mediante la ley 25.929 o Ley de Parto Humanizado se reguló la obligatoriedad de garantizar determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, parto y postparto en el Programa Médico Obligatorio, así como los derechos de los padres y del recién nacido (Congreso Argentino, 2004).

En el año 2009, el Congreso Argentino promulgó la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres, la cual regula en su artículo 6 la VO como una modalidad de violencia en contra de la mujer, definida como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”.

Así mismo, en su artículo 11, instó al Ministerio de la Salud Nacional para diseñar protocolos específicos de atención de todo tipo y modalidad de violencia, prioritariamente en las áreas de atención ginecológica y obstétrica, así como el procedimiento a seguir en cada caso particular, promoviendo una práctica médica no sexista (Congreso Argentino, 2009). No obstante, es de anotar que tanto la ley 25.929 como la ley 26.485 sólo contemplan sanciones de tipo educativo y administrativo en caso de no ser cumplidas las obligaciones por el personal médico (Díaz García & Fernández M, 2018).

En suma, aunque Argentina cuenta con la regulación legal en materia de VO que reivindica los derechos de las mujeres y cuestiona la mala praxis del personal médico, falta parte de su reglamentación e implementación, por lo que aún muchas mujeres la desconocen, razón por la cual se han firmado diferentes peticiones para solicitar su reglamentación por parte del poder Ejecutivo.

2.2.1.4. Caso Ecuador.

Desde el año 2012, colectivos como “El Parto es Nuestro” han propendido por dar a conocer el concepto y las prácticas de VO, en el 2016 se presentó la propuesta para legislar el embarazo y parto humanizado, así como para erradicar la violencia en contra de la mujer. En el año 2018 la Asamblea Nacional de la Republica de Ecuador implementó la Ley

Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, la cual considera en su artículo 10, literal G la violencia gineco-obstétrica como un tipo de violencia, describiéndola como “toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas a recibir servicios de salud gineco-obstétricos, expresada a través del maltrato e imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas”, entre otras, que impacte negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de las mujeres (Asamblea Nacional República de Ecuador, 2018).

Así mismo, con el fin de aplicar íntegramente La Ley Orgánica referenciada, la Judicatura puso en marcha un Plan de Implementación normativo y creó La Unidad Judicial de Violencia contra la Mujer en Infracciones Flagrantes, la cual permite al sistema judicial dar una respuesta especializada e inmediata a quienes sufran algún tipo de agresión contra la mujer o su núcleo familiar (Sumario N° 354, 2018).

Al mismo tiempo, en diciembre del 2019, la Corte Constitucional de Ecuador, mediante sentencia No.904-12-JP, con juez ponente Ramiro Ávila Santamaría, declara la violación de derechos a la atención prioritaria y a la seguridad social y confirma que la demandante fue víctima de VO, razón por la cual, ordena que como medida de no repetición el Ministerio de Salud Pública elabore una guía integral de atención a las mujeres embarazadas y de prevención de la VO, en el término máximo de un año, es decir, que para diciembre de 2020 Ecuador debe legislar y ejecutar tal guía (Caso No.904-12-JP, 2019).

Como conclusión, se considera que Ecuador ha logrado un avance notorio en materia de derechos de las mujeres durante el periodo de embarazo, parto o posparto, puesto que desde el 2018 a la actualidad ha logrado definir jurídicamente la VO, sus prácticas y consecuencias, así como la implementación de mecanismos que logren prevenirla y erradicarla.

2.2.1.5. Caso Paraguay.

Desde el año 2016, la Ley No. 5777 de Protección Integral a las Mujeres Contra Toda Forma de Violencia, consagra la VO como un tipo de violencia, sin embargo, la definición se torna ambigua, en tanto, no especifica las conductas constitutivas, las afectaciones a la

mujer ni las sanciones, como tampoco ha sido reglamentada ni existen acciones estatales para prevenir y erradicar la VO (Congreso de la Nación Paraguaya, 2016).

Finalmente, se concluye que la VO es un fenómeno en plena construcción y que existe mayor conciencia en cuanto a su importancia en países como Venezuela y Ecuador, quienes legislaron e implementaron políticas y programas para erradicar este flagelo, en Argentina y Paraguay si bien existe regulación legal en la materia, no se ha implementado ni aplicado judicialmente y en México solo está regulada independientemente en cada estado, por lo que se considera escasa para lograr un impacto nacional. Por lo tanto, en América Latina esta problemática tiene un alto grado de prevalencia y de desconocimiento a nivel legislativo, como es el caso de países como Chile y Uruguay, que solo han incluido algunas normas respecto del parto humanizado y Colombia, que aún no dispone de una ley de VO.

2.2.2. Caso Europa

El término VO en Europa es relativamente nuevo. Su aceptación general se dio a partir del año 2016 tras los primeros pronunciamientos de Naciones Unidas y la OMS en 2014. Se cree que el concepto apareció por primera vez en un artículo de la revista “Ladies Home Journal” en 1958 como la primera denuncia de violencia obstétrica (Stubbs, 1958), artículo que se difundió por EEUU y Europa. En 1965 Edmonde Morin publica en Francia la obra «Petit Manuel de guérilla à l’usage des femmes enceintes» en la cual se denuncia la ausencia de autonomía de las maternas debido a la medicalización del parto.

La violencia de género en Europa es un problema social de gran envergadura. Para 2018, entre el 20 y el 25% de la población femenina había sufrido actos de violencia física al menos una vez en su vida y más del 10% violencia sexual (Miguel Barrio, 2018). Una de cada tres mujeres es víctima de violencia de género en este continente, de acuerdo a la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). Por lo anterior, se afirma que pasó de ser un problema de carácter individual y privado a un problema de carácter social y público de alta difusión por parte de los medios de comunicación (Miguel Barrio, 2018), que además vulnera el Convenio de Estambul.

La resolución 2306 de 2019 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo Europeo, reconoce la violencia obstétrica y ginecológica. Al respecto, la señala como un tipo de violencia que perpetúa la cultura patriarcal e impide la igualdad de género

“Es una forma de violencia oculta durante mucho tiempo y que todavía se ignora con demasiada frecuencia. En la intimidad de una consulta médica o un parto, las mujeres son víctimas de prácticas violentas o que pueden percibirse como tales. Estos incluyen actos inapropiados o no consensuados, como episiotomías y palpaciones vaginales realizadas sin consentimiento, presión de fondo o intervenciones dolorosas sin anestesia. También se ha informado de comportamientos sexistas en el curso de las consultas médicas” (Parliamentary Assembly CE, 2019)

El Consejo Europeo hace alusión a la ausencia normativa con respecto a este tipo de prácticas, por cuanto el artículo 39 de la Convención de Estambul condena específicamente el aborto y la esterilización forzosos, pero no aborda la violencia obstétrica y ginecológica (Parliamentary Assembly CE, 2019). En vista de ello, realiza un llamado a los Estados miembros, para seguir algunas recomendaciones, entre las cuales, se pide que, durante el parto y cualquier tipo de atención obstétrica y en salud, se respeten los derechos humanos y la dignidad de la mujer. Además, insta a que distintos organismos realicen campañas de sensibilización e información sobre VO, concomitantemente al desarrollo de estudios y conocimiento oportuno al respecto (Parliamentary Assembly CE, 2019).

2.2.2.1.1. Francia

Las primeras asociaciones en torno al nacimiento respetado en este país, surgieron en el año 2000, como consecuencia de la medicalización excesiva de los partos y la mutilación genital (el caso de la episiotomía) (McCracken, 1999). De hecho, fue el primer país en emplear el término de VO en Europa a partir del 2004, empero fue objeto de muchas críticas por considerarlo extremista por parte del cuerpo médico y retrógrado por los movimientos feministas, que para la época consideraban que la atención hospitalaria era un avance indiscutible gracias a la lucha por la igualdad (Echène, 2006). Debido a ello el término no tuvo acogida ni mayor difusión. No obstante, en la actualidad ha sido uno de los países europeos que ha identificado y divulgado mayor información con respecto a la violencia obstétrica (Parliamentary Assembly CE, 2019).

En términos generales, las malas experiencias en el parto en Francia, apuntan a la falta de acompañamiento médico, irrespeto por el pudor y la realización de cesáreas sin consentimiento previo (Ferrer-Ferrer, 2019). Se registra entonces una necesidad de mejorar los planes de parto y la preparación de sesiones previas antes del acontecimiento (Ferrer-Ferrer, 2019). No obstante, la presente investigación abarca este país, por cuanto, registran menor incidencia de la VO al existir diferentes profesiones que intervienen en la labor de parto. Nos referimos entonces a la Sage Femme o partera institucionalizada.

a. Sage Femme o Partera Profesional

La definición internacional de “Sage-Femme” de acuerdo a la Confederación Internacional de Parteras, hace alusión a un profesional de la salud responsable, debidamente formado, que cuenta con un diploma que lo certifica para su ejercicio de acuerdo al marco legal de cada país (International Confederation of Midwives, 2020). La partera o “sage-femme” (mujer sabia, en su traducción al español) trabaja de manera conjunta con las mujeres a la hora de dar apoyo esencial durante el embarazo, parto y post parto. A ellas se les atribuye, además, el cuidado de los niños recién nacidos y la salud sexual y reproductiva de la mujer.

La profesión está abierta a los hombres desde 1982, no obstante, el 97,5% son mujeres (Ordre de Sages-femmes, 2016). Cerca de 23.000 mujeres la ejercen en Francia, ayudando al cuidado médico de las mujeres. Estas parteras deben tener un alto nivel de estudios para poder garantizar el cuidado de sus pacientes. De hecho, su formación universitaria es una de las más completas en Europa con 5 años de estudios: un primer año de estudios comunes en salud y cuatro años de especialización mayéutica en una de las 35 escuelas de sages-femmes en Francia (Ordre de Sages-femmes, 2016). Es entonces, una profesión en salud similar al título de médico o enfermera, con la posibilidad de emitir diagnósticos y el derecho de prescripción médica (Ordre de Sages-femmes, 2016).

A partir de la ley “Loi HPST” del 21 de julio de 2009, las sages-femmes se encargan también de algunos cuidados ginecológicos, todos los procesos anticonceptivos y pueden practicar interrupciones voluntarias del embarazo de acuerdo a las condiciones establecidas por dicha ley (Ordre de Sages-femmes, 2016). De otro lado, desde 2013, la Ley del 6 de

diciembre del mismo año, autorizó la experimentación de los “centros de maternidad”. Estos se basan en el seguimiento psicológico y fisiológico a la mujer a través de parteras profesionales (sage-femme). Se caracterizan por tener un cuidado mucho más personalizado desde la gestación hasta el parto. La idea de los centros de maternidad, responde al deseo de autonomización y diversidad en los cuidados. Con ellos, entonces, se propone un acompañamiento global con matronas profesionales y cuidados naturales siempre y cuando no sea un embarazo de alto riesgo (Premières heures au monde, 2020).

A partir de 1960 casi la totalidad de nacimientos en el mundo occidental se medicalizaron, justificando y banalizando gastos médicos como el uso de la epidural. En general, se emplean procedimientos institucionalizados y muchas veces inútiles, aptos únicamente en el caso de embarazos riesgosos (Maison de Naissance Doumaïa, 2020). El objetivo de las «maisons de naissance» o “centros de maternidad” es retomar el parto como un proceso natural, retomando prácticas milenarias que optaban por cuidados paliativos naturales y partos sin intervención quirúrgica. La experimentación comenzó en noviembre de 2015 por un periodo de cinco años, a fin de garantizar la autonomía de las matronas profesionales en los embarazos sin complicaciones (Ordre de Sages-femmes, 2016). Al finalizar dicha etapa se espera realizar una evaluación exhaustiva sobre su funcionamiento y valorar las ventajas médicas, sociales y económicas de su implementación.

b. Responsabilidad Estatal en Materia Hospitalaria.

Entre la naturaleza de las sanciones impuestas a un médico o una Sage Femme están, la responsabilidad penal, la disciplinaria u ordinaria y la responsabilidad indemnizatoria. Esta última podrá ser Responsabilidad de tipo Civil, en caso de que el servicio sea prestado por una entidad de carácter privado o una Responsabilidad de tipo Administrativa, para los establecimientos públicos (Merger-Pélier & Dibia-Krajcman, 2012).

Se presentan diferentes tipos de responsabilidad en materia hospitalaria administrativa. No obstante, debe señalarse que la responsabilidad extracontractual tiene dos regímenes preeminentes. Un régimen general de responsabilidad por culpa (Responsabilité pour faute) y el régimen de responsabilidad sin culpa (sans faute). La responsabilidad hospitalaria es

altamente compleja debido a que coexisten la responsabilidad por culpa, la responsabilidad con presunción de culpa y la responsabilidad sin culpa.

i. Responsabilité pour faute (culpa)

En principio la responsabilidad médica es asumida sobre la existencia de la culpa que deberá ser probada por la víctima. De acuerdo a la decisión de la Corte de Casación del 20 de mayo de 1936 *caso Mercier*, es necesario aportar la prueba de la culpa cometida por el médico, el perjuicio causado a la víctima y el nexo de causalidad entre ambos. Se asume una responsabilidad de medio. De otro lado, se cuenta con *la responsabilidad hospitalaria por presunción de culpa*, establecida a partir de la decisión del 7 de marzo de 1958 *Caso Dégous*. Esta se presenta cuando existe una manifiesta desproporción entre los cuidados/servicios recibidos y las consecuencias/perjuicios causados. La presunción de la culpa es el razonamiento mediante el cual, un hecho conocido y estable, permite deducir la probabilidad de otro hecho que no puede ser conocido directamente.

Se exige, además, diferentes grados de culpa entre una *Faute simple* (culpa simple) y una *faute Lourde* (culpa grave). Esta última era considerada el grado de culpa tradicional que se exigía en materia hospitalaria, ello, de acuerdo a la dificultad y técnicas propias del acto médico. No obstante, a partir de la Decisión del Consejo de Estado del 10 de abril de 1992 *M. Époux V. (n°79027)* la culpa simple pasó a ser la regla general. En dicho caso el Consejo de Estado (en adelante CE) consideró que los perjuicios sufridos por una mujer en trabajo de parto fueron una evidente consecuencia de actos médicos culposos que, aunque rigurosos, permitían inferir una falta de diligencia. Se tiende a admitir cada vez con mayor frecuencia que la culpa simple es suficiente para comprometer la responsabilidad de las entidades públicas.

ii. Responsabilité sans faute (sin culpa)

En algunos casos se permite comprometer la responsabilidad de la administración sin la existencia de culpa. A priori este régimen es mucho más favorable para las víctimas, a quienes les corresponde únicamente establecer el nexo de causalidad entre el hecho y el perjuicio. Es decir, no es necesario establecer la culpa de la administración, ni la administración puede alegar la no comisión de la falta para exonerarse de responsabilidad.

En materia médica se maneja la responsabilidad por riesgo (la responsabilité pour risque en matière médicale) (artículo L1142-2 2° du Code de la santé publique).

Este tipo de responsabilidad se asumió a partir del Caso del CE. Del 9 de abril de 1993, Bianchi (n°69336) en el que se afirmó que todo acto médico que no represente una exposición grave al paciente pero que termine por causarle daños graves sin necesidad, compromete la responsabilidad del Estado, sin necesidad de la existencia de culpa.

2.3. Prevención y Erradicación de la VO: Recomendaciones Internacionales durante el embarazo, parto y puerperio.

2.3.1. Atención Prenatal: Recomendaciones de la OMS y la OPS para una experiencia positiva del embarazo.

La OMS y la OPS presentan una directriz integral sobre atención prenatal basada en evidencia, que reúne las recomendaciones previas publicadas en fragmentos de distintos manuales prácticos. Se evidencia un análisis actualizado de acuerdo a los objetivos de desarrollo sostenible, agenda 2030 en donde la salud cuenta con un enfoque de DDHH (OPS, 2018). Las recomendaciones reiteran la necesidad de la atención prenatal para disminuir las altísimas tasas de morbilidad y mortalidad materna en el mundo (OPS, 2018).

Los últimos informes reflejan que cerca de 303.000 mujeres murieron por complicaciones durante el embarazo y el parto, de donde el 99% ocurrió en entornos de pobreza o escasos recursos (OPS, 2018). No obstante, el informe concluye que casi 2/3 de la totalidad de muertes pueden prevenirse o evitarse con el empleo y adaptación de los hallazgos investigativos en las recomendaciones presentadas. Es decir, el empleo de atención prenatal disminuiría considerablemente las anteriores cifras (OPS, 2018).

En ese orden de ideas, las políticas públicas de los países no deben enfocarse únicamente en la supervivencia de la mujer durante el parto sino en potenciar su salud y bienestar, de manera que se garanticen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Se requiere entonces una atención hospitalaria óptima durante el embarazo, parto y periodo postnatal (OPS, 2018). Es de vital importancia la comunicación entre los proveedores de salud y las

madres en lo que respecta a cuestiones fisiológicas, médicas, culturales y psicológicas para efectos de un mejor servicio durante la atención prenatal.

El informe define la atención prenatal como la asistencia de profesionales de la salud durante el periodo gestacional. Entre sus labores está el reconocimiento de riesgos durante el embarazo, la prevención y el tratamiento de posibles enfermedades y la promoción y educación en salud y sexualidad. Se acogen 39 recomendaciones divididas en cinco categorías:

I. Intervenciones nutricionales

Se sugieren intervenciones alimentarias a fin de mejorar las tasas de morbilidad y mortalidad maternas en el mundo. Las recomendaciones varían dependiendo del contexto de la madre. Estas pueden ir desde asesoramiento a embarazadas sobre la importancia de la alimentación y hábitos saludables, hasta la necesidad de emplear suplementos energéticos, proteicos y calóricos. Asimismo, se hace la salvedad en los casos de anemia materna, sepsis puerperal y bajo peso del feto, en la necesidad del uso de suplementos de hierro y ácido fólico. De otro lado, se prohíbe el empleo de suplementos y vitaminas de uso común o consuetudinarios como la vitamina B6, E y C, micronutrientes múltiples y cafeína (OPS, 2018).

II. Evaluación materna y fetal

En contextos específicos en donde las madres puedan presentar cuadros de anemia y bacteriuria asintomática, se recomienda el uso de hemogramas completos y muestras de orina tomadas a mitad de la micción⁴⁵. En términos generales, se insta en la etapa hospitalaria a verificar si la madre tiene antecedentes de diabetes mellitus gestacional o tuberculosis, presenta consumo de tabaco y empleo de sustancias psicoactivas incluyendo el alcohol (OPS, 2018).

Se da prioridad a las pruebas que deben practicarse para la detección del VIH (virus de la inmunodeficiencia) y sífilis a fin de eliminar la transmisión materno infantil de dicha enfermedad. En esa línea, las pruebas se erigen como un componente sistemático del conjunto de servicios de salud que deben brindarse obligatoriamente para reforzar el cuidado

⁴⁵ La micción es un proceso mediante el cual la vejiga urinaria elimina la orina, contenida, cuando está llena.

de las maternas. Finalmente se enfatiza en la necesidad de evaluar las condiciones clínicas, físicas y psicológicas que permitan reconocer indicios de violencia intrafamiliar o de pareja (OPS, 2018). Ello permitiría a su vez mejorar los diagnósticos clínicos y la atención subsiguiente a la madre.

En lo respectivo a evaluación fetal, se recomienda la estimación diaria del movimiento fetal mediante tablas de conteo de las patadas, la palpación abdominal, la realización de por lo menos ecografía antes de la semana 24 de gestación y se enfatiza en no sistematizar el uso de ecografías Doppler ni cardiotocografías prenatales.

III. Prevención

Durante la etapa de gestación se recomienda el uso de profilaxis antibióticas para prevenir las infecciones recurrentes en el tracto urinario. En zonas endémicas se pide la administración de tratamientos antihelmíntico preventivo a efectos de evitar las helmintiasis⁴⁶ y finalmente se exhorta al sistema de salud de cada país a suministrar de manera oportuna, a todas las mujeres en embarazo, la vacuna contra el tétano (OPS, 2018).

IV. Intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes

El informe muestra algunas dolencias comunes de las mujeres en etapa de gestación. Entre ellas se tienen, vómitos, náuseas, acidez gástrica, calambres en las piernas, dolor pélvico, estreñimiento, venas varicosas y edema. Frente a ello, se recomienda a los sistemas hospitalarios, brindar atención oportuna y emplear medicinas naturales como el jengibre la camomila, vitamina B6 o acupuntura en el caso de vómitos y náuseas. Con ello, la OMS descalifica el uso excesivo de medicalización. Por lo tanto, se recomienda mejorar los hábitos alimenticios y modos de vida, en donde se incluyan sesiones de ejercicio habituales y opciones no farmacológicas en general.

V. Sistemas de salud y atención prenatal

Se hace alusión a la necesidad de mantener los registros y datos clínicos conservados por la mujer gestante. Dichos datos pueden manejarse en papel (tarjetas, carnets, diarios,

⁴⁶ Las **helmintiasis** son enfermedades parasitarias en las que una parte del cuerpo está infestada de gusanos, como las lombrices intestinales, las solitarias o los nematodos (gusanos redondos). Comúnmente los gusanos residen en la vía gastrointestinal pero también se pueden encontrar en el hígado, músculos y otros órganos. Tomado de Campbell Collaboration. (2017, December). Los programas de desparasitación masiva producen efectos marginales o ningún efecto en la mayoría de los resultados sobre temas de bienestar. Oslo: Campbell Collaboration. Retrieved from <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/1145>

cartillas) o en formatos electrónicos debido a que no siempre las mujeres tienen fácil acceso a sus historias clínicas, lo cual a su vez imposibilita la realización de diagnósticos y la detección temprana de riesgos (OPS, 2018).

Concomitantemente, se recomienda el monitoreo de la gestación a través de un modelo de atención prenatal básico. Este debe constar de cuatro (4) visitas de atención prenatal, la primera entre las 8 y 12 semanas, la segunda entre las 24 y 26 semanas, la tercera en la semana 32 y la última entre la semana 36 y 38 del embarazo. Cada intervención deberá orientar a la madre dependiendo de su situación en particular. Empero, la OMS recomienda un mínimo de ocho (8) contactos de atención prenatal, divididos, en un contacto durante el primer trimestre, dos en el segundo y cinco contactos en el último trimestre de embarazo (semana 30, 34,36, 38 y 40).

Llama la atención, la invitación de la OMS de acudir a la continuidad asistencial impulsada por parteras. Dichos modelos se basan en el apoyo contante de una partera para cada embarazada, durante toda la etapa de gestación, parto y posnatal. La partería profesional ofrece acompañamiento en educación sobre crianza, salud sexual y reproductiva, no obstante, el principal beneficio es la continuidad de la atención en el seguimiento físico, psicológico, espiritual y social que se le brinda a la mujer. La individualización del cuidado reporta algunas evidencias con respecto a posibles ventajas con relación al parto medicalizado, entre ellas la reducción del número de cesáreas, partos prematuros y mortalidad perinatal⁴⁷, mientras que se aumentan los partos vaginales (OPS, 2018).

Asimismo, al haber un número mayor de profesionales de la salud, hay una cobertura en salud más equitativa. Se reducirían las desigualdades en materia de atención prenatal, durante el parto y posparto, favoreciéndose a las mujeres en condiciones más precarias. De hecho, son las poblaciones con menores recursos, las que corren mayor riesgo de padecer problemas de salud y mortalidad materna y perinatal derivadas de carencias nutricionales, infecciones y enfermedades.

⁴⁷ Muerte perinatal es definida en la revisión como la muerte fetal después de la semana 24 de la gestación y muerte neonatal

Se concluye en las recomendaciones que la atención deberá ser respetuosa, individualizada, eficaz y centrada en las particularidades del caso, de manera que, se verifique la prestación del servicio oportunamente, previo consentimiento informado. Se requiere entonces de compromiso gubernamental para ampliar la atención prenatal al tiempo, de la sensibilización de la población en general a fin de resaltar la importancia de dichos cuidados (OPS, 2018).

2.3.2. Partería Profesional: hacia un acceso universal del derecho a la salud.

2.3.2.1.1. Historia e Importancia de su Implementación.

La historia de las parteras data de aproximadamente 1700 a.C., siendo una de las profesiones más antiguas de la humanidad. El término “partera” es polisémico y permite distintas interpretaciones, a saber, parteras empíricas, parteras tradicionales, matronas o comadronas, y su significado varía dependiendo del contexto (Argüello-Avendaño & Mateo, 2014). Actualmente, cuando se habla de parteras, generalmente se hace referencia a la profesión, en tanto las parteras tradicionales han ido desapareciendo y el término, invisibilizándose. De acuerdo a la Confederación Internacional de Parteras, partera es aquella persona que cuenta con los estudios suficientes en partería y se certifica dentro de los estándares mundiales y nacionales regidos por dicha entidad (International Confederation of Midwives, 2020).

La ICM (International Confederation of Midwives) se creó en 1954 como una iniciativa global para apoyar y fortalecer las asociaciones profesionales de matronas o parteras a nivel internacional, siendo la entidad reguladora más importante en este campo. De acuerdo a esta organización las parteras entonces, son profesionales con una licencia legal para ejercer dicha labor. Brindan soporte, cuidado, promoción y prevención a las mujeres y al recién nacido dentro de los servicios de atención médica durante el embarazo, parto y puerperio (International Confederation of Midwives, 2020). Buscan, además, proporcionar atención en salud integral, tanto en el ámbito de promoción, prevención, atención y recuperación en salud a la madre, con quien, además, se generan vínculos de confianza (Argüello-Avendaño & Mateo, 2014).

La partería tradicional, comúnmente ejercida por mujeres, perdió vigencia desde finales del siglo XV cuando la medicina se estableció como la disciplina socialmente aprobada y de mejores resultados (Argüello-Avendaño & Mateo, 2014). En aquella época, dicha exclusión frente a la mujer se vio reforzada dados los movimientos misóginos como el de Kramer y Sprenger, quienes identificaron al sexo femenino con brujería, inferioridad mental y espiritual, de manera que sus labores en el área de la salud se limitaron drásticamente. El parto dejó de ser un evento natural, para encuadrarse en el área de las patologías tratadas por la biomedicina occidental (Argüello-Avendaño & Mateo, 2014).

La obstétrica del siglo XX modernizó radicalmente el proceso de parto, con la introducción de diagnósticos que disminuyeron el azar de la práctica, el uso de oxitocina, prostaglandinas y hormonas para acelerar o facilitar el parto, auscultación fetal, anestesia y las cesáreas emergentes, que pasaron de ser la excepción para convertirse en la regla general (Bautista-Charry & Grillo-Ardila, 2019). No obstante, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda el parto vaginal como la primera opción en condiciones normales de embarazo, lo cual sugeriría que quizás se deban retomar los conocimientos tradicionales y perdidos (Bautista-Charry & Grillo-Ardila, 2019).

La importancia de la partería como profesión, se debe en gran medida a su incidencia en la educación y la asesoría en salud a la mujer y a la sociedad en general. Las ventajas van desde, la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, la detección temprana de complicaciones y emergencias y el respeto a la dignidad de la mujer, entendida como un sujeto de derechos humanos autónomo. Las parteras, abogan por la sensibilización y la cultura durante los procesos de parto. Se vinculan primigeniamente a los procesos naturales, incluyendo el parto vaginal, mientras la medicina en obstetricia está asociada a los procesos quirúrgicos y las intervenciones hospitalarias.

113 países en el mundo, incluyendo Francia, han acogido el modelo de atención dirigido por parteras con redes de consulta multidisciplinarias (International Confederation of Midwives, 2020). Estos modelos de atención varían entre una responsabilidad casi que exclusiva de la partera, en donde el médico obstetra se limita a las emergencias; y una

responsabilidad compartida entre el médico y la matrona (Sendall, Jane; et al., 2013). Los países nórdicos son un claro ejemplo de práctica fuerte en partería integrada al sistema de salud. En Finlandia, Suecia y Noruega, los resultados positivos, muestran una disminución en los índices de cesáreas con un porcentaje de menos del 18% (Renfrew, 2015), mientras en países como Colombia, los porcentajes sobrepasan el 50% en relación a la tasa recomendada que debe oscilar entre un 10 y 15% (OMS, 2015).

Otros beneficios de su implementación son la reducción del uso de epidural, episiotomías y partos instrumentalizados, los bajos niveles de estrés durante el parto y partos prematuros (Sendall, Jane; et al., 2013). Se ha evidenciado, además, que la presencia de la partería en los servicios de asistencia hospitalaria, puede reducir significativamente las desigualdades en el acceso a la salud (Sendall, Jane; et al., 2013). De otro lado, su implantación disminuye la morbilidad y mortalidad maternas al reducir los resultados clínicos adversos y las intervenciones clínicas innecesarias, presentándose, así como una posible alternativa ante violencias estructurales como la VO (Sendall, Jane; et al., 2013).

Entre los datos a resaltar, se tiene la publicación de la revista Lancet en 2014 sobre partería, en donde se concluyó de manera determinante que “la inversión nacional en parteras, su educación, regulación y gestión es crucial para alcanzar las metas y objetivos nacionales e internacionales en maternidad, salud reproductiva, materna, neonatal e infantil” (Ten Hoop-Bender, y otros, 2014). De hecho, en los países en donde la partería ha sido integrada al sistema de salud, los beneficios contraídos han sido ampliamente documentados. Ello debido a que mejoran la tasa de intervenciones innecesarias, facilitan los nacimientos fisiológicos normales y ahorran costos. A escala Mundial, los resultados maternos y perinatales, son mejores en las jurisdicciones en que las parteras están reguladas y tiene apoyo del personal médico o en salud.

Si bien en EEUU el porcentaje de partos atendido por parteras es apenas del 10% por la falta de regulación, profesionalización, altos costos y ausencia de integración al sistema de salud, la Asociación Americana de Salud pública emitió una declaración hace más de 15 años, pidiendo mayor acceso e integración de los servicios de partería en EEUU (American

Public Health Association, 2001). Un dato relevante es, que de acuerdo al sistema de puntuación sobre Integración de partería en los sistemas de salud (MISS: Midwifery Integration Scoring System), se verificó en varias investigaciones que las puntuaciones más altas están asociadas a los países con mayor acceso de parteras, lo cual a su vez asegura un menor número de resultados neonatales adversos, disminución de intervenciones obstétricas y aumento de partos fisiológicos naturales (Vedam S. , y otros, 2018)

Entonces, en términos generales la partería es una excelente opción para mantener un acceso a la salud igualitario y sostenible, una alternativa que ha mostrado resultados positivos, y que además es asequible para los sistemas de salud del mundo. De acuerdo a un estudio realizado por la UNFPA en 2014, de existir legislación oportuna y licencias de partería para el ejercicio de parteras profesionales, se podría prestar una atención en salud a la mujer de mejor calidad, debido, entre otras, a que la partería educa y fomenta familias y comunidades más saludables y productivas (UNFPA; International Confederation of Midwives, OMS, 2014). De hecho, las parteras profesionales podrían proporcionar el 87% de los servicios esenciales de atención para las mujeres y los recién nacidos, de modo que invertir en educación para formar parteras, generaría una rentabilidad 16 veces mayor a la inversión realizada en términos de atención primaria en salud, número de cesáreas, morbilidad y mortalidad materna (UNFPA; International Confederation of Midwives, OMS, 2014). Sumado a ello, invertir en parteras libera el campo de acción de médicos y enfermeras quienes pueden destinar su ayuda a otras necesidades, de manera que su introducción, contribuiría a alcanzar una cobertura universal en salud (UNFPA; International Confederation of Midwives, OMS, 2014).

Figura 1

Mapa de parteras - Indicadores en atención en salud 2020.



Nota. Este mapa muestra las 131 asociaciones de la ICM a nivel mundial. En total hay más de 7.000 instituciones de partería y 1,1 millones de parteras profesionales en estos 113 países. Tomado de Midwife map. International Confederation of Midwives. 2020. ICM (<https://www.internationalmidwives.org/icm-publications/map.html>). ©ICM 2018

2.3.3. El parto: Recomendaciones de la OMS y la OPS para una experiencia de parto positiva.

Tras más de veinte años sin emitir ningún informe sobre recomendaciones para el parto, la OMS presenta en 2018 un compendio para una experiencia positiva del mismo. Ello, en razón a la insuficiente calidad en el servicio prestado a las madres alrededor del mundo. Durante el parto a las mujeres se les realizan intervenciones excesivas y en otros contextos no reciben la atención suficiente de acuerdo a sus necesidades particulares. Se presentan entonces 56 recomendaciones para el parto, de las cuales 26 son novedosas y 30 corresponden a las directrices previas de la OMS, dispersas en varios documentos. Todas enfocadas a la atención en salud durante el parto y las etapas dentro del mismo: dilatación, periodo expulsivo, alumbramiento y atención inmediata del recién nacido y la madre, una vez ocurrido el parto.

El objetivo principal de las recomendaciones es informar y orientar el desarrollo de políticas en salud pública frente al cuidado materno e infantil. Se espera entonces, que se desarrollen programas de salud maternos, planificación y administración de servicios

sanitarios perinatales y educación para profesionales en el área: enfermeros, parteras, médicos generales y obstetras. En suma, el texto plantea de manera estandarizada, clara y resumida, de qué manera deben realizarse los protocolos clínicos del parto a nivel nacional e internacional.

I. Atención durante trabajo de parto

La OMS exhorta a los países a orientar una atención respetuosa de la maternidad. En otros términos, que la mujer sea tratada como un sujeto de derechos merecedor de dignidad, privacidad y confidencialidad. En esa medida se garantiza su integridad y la realización de procesos médicos informados y consentidos. Asimismo, recomienda una comunicación efectiva entre el prestador del servicio de salud y las madres, de manera que, se respete la cultura y opiniones de la mujer durante todo el proceso (OMS; OPS, 2019).

El acompañamiento durante el parto se erige también como una recomendación para todas las madres, que además asegura disminuir los niveles de estrés y mejorar la experiencia. Finalmente, la recomendación No. 4 sugiere la necesidad de continuidad en la atención de las madres. Ello a través de modelos de salud asistenciales impulsados por parteras. La OMS lo describe de la siguiente manera:

Los modelos de continuidad de atención dirigida por parteras (CADP) son modelos de atención en los que una partera conocida y de confianza (partería de volumen de casos), o un grupo pequeño de parteras conocidas (partería en equipo), apoyan a la mujer a lo largo del período prenatal, durante el parto y el período posnatal, con objeto de facilitar un embarazo y un parto sanos y la aplicación de prácticas de crianza saludables. (OMS; OPS, 2019).

En los CADP es necesario además estudiar el flujo de recursos, el desgaste y el volumen de trabajo del personal de salud, de tal forma que el modelo sea sostenible y garantice atención de alta calidad para las madres sin saturar las posibilidades del prestador del servicio (OMS; OPS, 2019). Si bien la introducción de las CADP puede variar la distribución de funciones y responsabilidades en el aparato de salud, esto no es necesariamente negativo,

debido a que se permitiría ampliar el acceso al servicio y garantizar una mejor atención de manera equitativa (OMS; OPS, 2019).

II. Periodo de dilatación

La dilatación durante el trabajo de parto se divide en dos momentos: una *fase latente* en la cual se producen contracciones uterinas dolorosas y cambios en el cuello uterino, con una progresión lenta hasta los 5 cm de dilatación. Y una fase de *dilatación activa*, en donde las contracciones uterinas comienzan a ser dolorosas y regulares con un importante grado de dilatación del cuello uterino desde los 5cm hasta el trabajo de parto (OMS; OPS, 2019).

Se recomienda informar a las mujeres que, no existe un periodo definido de duración de esta etapa. No obstante, puede explicársele a la madre que, de manera general la fase activa no excede las 12 horas en los primeros partos y las 10 horas en los partos subsecuentes. Asimismo, la OMS aclara que la velocidad de dilatación del cuello uterino (1cm por hora, por ejemplo) no debe ser un indicador rutinario para saber en qué momento se realizará la intervención obstétrica.

Cuando el trabajo de parto no se acelere de manera natural y las condiciones del feto y la madre sean buenas, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar la expulsión y el nacimiento (por ejemplo, el uso de oxitocina o cesárea) (OMS; OPS, 2019). En caso de parto espontáneo la OMS recomienda que se ingrese a la sala de parto únicamente en el periodo de dilatación activa de la madre. En ningún caso se recomienda la pelvimetría clínica⁴⁸ de rutina para ingresar al parto (OMS; OPS, 2019). Igualmente, no se recomienda la cardiotocografía de rutina para el ingreso de embarazadas con parto espontáneo en términos de normalidad. Empero, si se sugiere el uso de ecografías Doppler o estetoscopio de Pinard para efectos de la auscultación del feto, únicamente antes del parto (OMS; OPS, 2019).

⁴⁸ La **pelvimetría** evalúa el tamaño de la pelvis de una mujer con el objetivo de predecir si podrá dar a luz por vía vaginal o no. Este procedimiento se puede realizar mediante un examen clínico o mediante rayos X convencionales, tomografía computarizada (TC) o imagenología de resonancia magnética (IRM). Tomado de Pattinson RC, Cuthbert A, Vannevel V. Pelvimetría para presentaciones cefálicas fetales a término o cerca del término. 2017. Cochrane. Disponible en https://www.cochrane.org/es/CD000161/PREG_pelvimetria-para-presentaciones-cefalicas-fetales-termino-o-cerca-del-termino-para-decidir-el-modo

Frente al tacto vaginal, la OMS recomienda realizarlos con intervalos de 4 horas, exclusivamente con el fin de identificar la prolongación del trabajo de parto. En lo referente a la anestesia peridural (o epidural), la OMS refiere que deberá suministrarse a la mujer que solicite el alivio del dolor durante el trabajo de parto. Los cuidados paliativos o del dolor deberán siempre respetar las preferencias de la madre. También se recomienda el suministro de opioides de administración parenteral que sean solicitados por las embarazadas sanas para paliar el dolor.

Además, para el manejo del dolor se resalta la importancia de las técnicas manuales de relajación y tratamiento del mismo. Por ejemplo, la relajación muscular progresiva, manejo de la respiración, empleo de música, meditación, masajes, compresas tibias y en general, técnicas sanas que ayuden a menguar el dolor dependiendo de las preferencias de cada mujer. En todos los casos debe buscarse aliviar el dolor para evitar retrasos en el trabajo de parto y posibles afectaciones al feto.

Para las mujeres que no presenten complicaciones, si está permitida la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto. También se permite alentar la movilidad de la madre y permitirle ubicarse en la posición más cómoda. Se recomienda una posición erguida durante el trabajo de parto para aquellas madres en condiciones normales. No se recomienda el uso anticipado de amniotomía⁴⁹ para prevenir el retraso del parto o acelerarlo, ni la conducción temprana de oxitocina en ningún caso (incluso cuando se le ha aplicado analgesia peridural). Tampoco se recomienda el uso de antiespasmódicos para acelerar el parto ni líquidos intravenosos de ningún tipo. Ello debido a que, no se evidencia que un trabajo de parto más

⁴⁹ La rotura artificial e intencional de membranas durante el trabajo de parto, a veces llamada **amniotomía** o "rotura de la bolsa", es uno de los procedimientos más utilizados en la práctica moderna de la obstetricia, incluso por parteras profesionales. El objetivo de romper las aguas (también conocido como rotura artificial de membranas o amniotomía), es acelerar y fortalecer las contracciones y, de este modo, acortar la duración del trabajo de parto. Durante el tacto vaginal se realiza una punción de las membranas con un gancho de asa larga, similar a una aguja de crochet, y el líquido amniótico fluye hacia afuera. Recientemente la amniotomía ha sido la práctica estándar en muchos países de todo el mundo. En algunos centros se recomienda y se realiza de manera sistemática en todas las mujeres, y en muchos centros se la practica en mujeres con un trabajo de parto prolongado. Tomado de Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo. 2013. Cochrane. Disponible en https://www.cochrane.org/es/CD006167/PREG_amniotomia-para-acortar-el-trabajo-de-parto-espontaneo

corto, sea beneficioso para la madre o su hijo, incluso aumenta riesgos en el parto como problemas con el cordón umbilical y frecuencia cardíaca, en los casos de amniotomía (OMS; OPS, 2019).

III. Periodo expulsivo

Este periodo está comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé, en donde la mujer va a pujar de manera natural como resultado de las contracciones expulsivas. La OMS recomienda informar a las mujeres que este periodo puede variar en su duración de acuerdo al organismo de cada persona. No hay reglas generales, aunque usualmente en los primeros partos tarda un aproximado de 3 horas y en los partos subsecuentes de 2 horas en promedio (OMS; OPS, 2019).

La OMS hace claridad con respecto a la posición de parto, afirmando que, todas las mujeres, con o sin anestesia epidural, pueden adoptar su posición de preferencia para dar a luz. Incluso hay quienes prefieren realizar el alumbramiento erguidas. En cualquier caso, durante el periodo expulsivo debe asistirse y alentarse a las mujeres para que sigan su necesidad de pujar. Cuando la mujer con anestesia peridural no sienta el deseo de pujar, deberá retrasarse la acción expulsiva durante máximo dos horas hasta que sienta la necesidad, siempre y cuando haya recursos disponibles para prolongar dicho periodo y se controle adecuadamente la hipoxia perinatal (OMS; OPS, 2019).

Durante esta fase no se recomienda el uso ampliado o rutinario de la episiotomía, más aún si se encuentran en contextos de pobreza, en donde el índice de episiotomías es aún mayor (OMS; OPS, 2019). Tampoco se recomienda la presión de fondo uterino para facilitar el parto o acelerar el proceso de expulsión. Se prohíbe el empleo de la maniobra de Kristeller⁵⁰, un

⁵⁰ Esta maniobra consiste en apretar controladamente con los puños o el antebrazo, el fondo uterino, de forma que se ayude al descenso de la cabeza del bebé por el canal de parto. Su uso es habitual y en regiones como Europa, por ejemplo, en Francia en donde el 22% de los partos la emplean. Conlleva un enorme riesgo para la madre y el feto, poniendo en peligro la vida del que está por nacer. Tomado de The New York Times. Outdated, Dangerous Childbirth Practices Persist in Europe. 19 de diciembre de 2019.

proceso de parto ampliamente utilizado en el mundo y el uso de fórceps para facilitar el alumbramiento⁵¹.

IV. Alumbramiento

Las recomendaciones de la OMS se enfocan en la necesidad de prevenir y evitar las hemorragias posparto. Para ello, se sugiere el uso de uterotónicos como la oxitocina. En caso de no tener disponibilidad de oxitocina se recomienda el empleo de otros uterotónicos inyectables o por vía oral. De otro lado, se recomienda el pinzamiento del cordón umbilical tardío, no menos de 1 minuto después del nacimiento. No se recomienda el uso de masajes para evitar la hemorragia posparto, la medida profiláctica recomendada es la administración de oxitocina (OMS; OPS, 2019).

V. Atención del recién nacido

Para los bebés con líquido amniótico claro, que respiran sin dificultad, no se recomienda realizar la aspiración nasal u oral de rutina. El contacto piel con piel (CPP) es una de las recomendaciones novedosas que presentó la OMS. Se afirma que el CPP entre el recién nacido y su madre es fundamental durante la primera hora después del nacimiento. Esto para evitar la hipotermia y promover la lactancia (OMS; OPS, 2019). Durante este periodo debe además administrársele al bebé un (1) mg de vitamina K vía intramuscular para la enfermedad hemorrágica (OMS; OPS, 2019).

Frente a la lactancia se afirma que, todos los recién nacidos, incluso los más bajos de peso, pueden amamantarse. Asimismo, debe ponérseles el pecho lo más pronto como sea posible después del nacimiento, siempre y cuando la madre y su hijo, tengan estabilidad clínica. Tras el nacimiento, el baño deberá realizarse 24 horas después, teniendo en cuenta que una vez realizado, debe vestírsele con prendas a temperatura ambiente y con dos capas de ropa más que un adulto. Entre las recomendaciones más importantes y comúnmente vulneradas durante el parto, se afirma que la madre y su hijo no deben estar separados y deben permanecer en la

⁵¹ Los fórceps son un instrumento con forma de tenazas o un par de cucharas grandes para sujetar la cabeza del bebé y guiarlo hacia el canal del parto, durante una contracción. Se emplea durante el parto vaginal asistido y genera múltiples riesgos tanto para el bebé como la madre. Por ejemplo, cortes o heridas en el bebé, daño de nervios faciales, fractura de clavícula del feto, lesiones o parálisis. En la madre, aumenta el riesgo de laceraciones perineales, incontinencia, entre otros. Tomado de Mayo Clinic. Parto con Fórceps. 2020. Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved. Disponible en <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/forceps-delivery/about/pac-20394207>

misma habitación las 24 horas del día, a menos que sean casos excepcionales (OMS; OPS, 2019).

VI. Atención de la mujer posparto

La OMS sugiere evaluaciones posparto abdominales para verificar el tono muscular de la madre y evitar atonía uterina⁵². No se recomienda el uso de antibióticos para las mujeres con un parto vaginal sin complicaciones. Para estos casos, tanto la madre como el bebé deberán tener alta posnatal después de mínimo 24 horas de atención. Además, durante la etapa posnatal o puerperio, deben realizarse exámenes de rutina para verificar hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura, frecuencia cardiaca, presión arterial y orina (OMS; OPS, 2019).

Figura 2

Representación esquemática del modelo de cuidados durante el parto de la OMS



⁵² La atonía uterina sucede cuando el útero no logra una contracción efectiva, los vasos que intercambiaban sangre entre la madre y el bebé que estaban interpuestos en la placenta quedan abiertos, y eso genera una pérdida que, a veces es moderada y otras veces es severa, pudiendo causar la muerte de la madre. La OMS que todo alumbramiento necesita de oxitocina exógena para que no haga una atonía. Tomado de Clínica Pueyrredon. Atonia Uterina. 2020. © 2017 Clínica Pueyrredon - Todos los derechos reservados. Disponible en <https://www.clinicapueyrredon.com/atonia-uterina/>

Tomado de Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. World Health Organization; Organización Panamericana de la Salud. 2019. Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

CAPITULO III: REGULACIÓN Y PARÁMETROS LEGALES RESPECTO A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COLOMBIA

3.1. Responsabilidad Patrimonial del Estado y VO en Colombia.

3.1.1. Elementos de la Responsabilidad Patrimonial del Estado.

El artículo 90 de la Constitución Política de 1991 consagra la denominada Clausula General de Responsabilidad, que indica “El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas”. Este mandato constitucional es imperativo al establecer los elementos indispensables para la procedencia de la declaración de la responsabilidad patrimonial del Estado, bien sea precontractual, contractual o extracontractual, que son: i. la existencia de un daño antijurídico y ii. una conducta activa u omisiva, jurídicamente imputable a una autoridad pública, lo cual quiere decir que el daño debe producirse como consecuencia directa de la actuación atribuible a la entidad accionada (Botero, 2013). Es así, como una vez verificada la ocurrencia de un daño antijurídico y su imputación al Estado, surge el deber de indemnizar integralmente de forma proporcional al daño sufrido (Consejo de Estado, 2019).

I. El Daño Antijurídico

En primera instancia, es importante contemplar el concepto de “daño” en general, definido por Serrano y Tejada como toda afectación que sufre una persona, o cualquier tipo de consecuencia perjudicial sufrida como efecto de una conducta propia o ajena, e incluso como producto de la naturaleza. Sin embargo, todas las situaciones constitutivas de daño psicofísico, no son constitutivas de daño en sentido jurídico, en tanto, el derecho no se interesa por todos los daños, sino que se ocupa de aquellos que tienen relevancia jurídica (Serrano Escobar & Tejada Ruiz, La responsabilidad patrimonial del Estado, 2017).

Ahora bien, el daño en sentido jurídico es entendido tradicionalmente como la lesión injustificada a un derecho o interés legítimo amparado por el ordenamiento jurídico que implica la violación directa del principio *alterum non laedere* (el deber de no dañar a nadie), y por lo tanto, el daño sufrido es de tal entidad que el afectado no está en la obligación de

soportarlo, y resulta, antijurídico (Consejo de Estado, 2017.b). Al respecto, Henao (2005) considera que:

El daño es toda afrenta a los intereses lícitos de una persona, trátase de derechos pecuniarios o de no pecuniarios, de derechos individuales o de colectivos, que se presenta como lesión definitiva de un derecho o como alteración de su goce pacífico y que, gracias a la posibilidad de accionar judicialmente, es objeto de reparación si los otros requisitos de la responsabilidad civil –imputación y fundamento del deber de reparar– se encuentran reunidos. (pág. 280)

En efecto, del anterior concepto se deducen dos características principales del daño antijurídico. La primera indica que no todos los daños causados por el Estado resultan indemnizables, como es el caso de aquellos que son resultado de una actividad estatal lícita, puesto que solo originan el deber de reparar los daños que exceden los límites jurídicos que garantizan derechos e imponen obligaciones. La segunda característica es que no se indemnizan los daños cuya fuente no es objeto de protección jurídica, o sea, que no será reparado el daño que sea propiciado, auspiciado, avalado u originado con la actuación u omisión de la persona que lo reclama, en tanto, el Estado solo protege las actuaciones leales y legítimas de los particulares (Consejo de Estado, 2005.c).

En ese sentido, el primer aspecto que se estudia en los procesos de reparación directa es la existencia y naturaleza del daño, ya que en aquellos casos en los cuales falta la prueba respecto del daño antijurídico, resulta improcedente el análisis de la imputación y se libera de toda responsabilidad al Estado (Consejo de Estado, 2002). Esto quiere decir, que, si el daño no aparece demostrado, las actuaciones del sujeto se consideran insustanciales y carentes de relevancia jurídica.

II. La Imputación

La imputación es aquel elemento que permite la atribución fáctica y jurídica del daño al Estado, es decir, que establece el fundamento de la obligación de reparar o indemnizar determinado perjuicio causado por un daño antijurídico. Este elemento se analiza desde dos

aristas distintas, i. *la imputación fáctica o material* que se relaciona con las circunstancias naturales o fenomenológicas que confluyen para la producción de un hecho dañoso, es la relación causa-efecto y ii. *la imputación jurídica* que es el análisis realizado, una vez establecida la atribución material del daño, que permite establecer la existencia o no del deber jurídico de reparar (Botero, 2013) y opera con la intervención de los diferentes títulos de imputación consolidados, como lo son: 1) régimen subjetivo: falla o falta en la prestación del servicio, simple, presunta y probada; y 2) régimen objetivo: daño especial o desequilibrio de cargas públicas, daño anormal o la concreción de un riesgo excepcional (Consejo de Estado, 2017.a).

III. El Nexo Causal

Para el Consejo de Estado este es un concepto estrictamente naturalístico que se constituye como un elemento necesario para la configuración del daño, en tanto, entre la actuación que es imputable al Estado y el daño causado debe existir una relación de causalidad para determinar que el daño es resultado de aquella actuación. De allí que, el nexo causal se entienda como aquella íntima vinculación necesaria y eficiente que surge de la conducta u omisión de la administración pública ejecutada a través de sus agentes, conducta considerada como la causa directa y determinante para la consumación del daño, que en caso de no ser encontrada sería improcedente continuar con el juicio de responsabilidad. Ahora bien, este elemento es considerado autónomo del daño y no admite ningún tipo de presunción, sino que debe ser probado en todos los casos por el demandante, mediante prueba directa o indirecta (Consejo de Estado, 2009.b).

Por otro lado, en cuanto a los regímenes de responsabilidad, el Consejo de Estado, en sentencia del 19 de abril de 2012, exp.21.515 unificó su posición e indicó que el modelo de responsabilidad estatal adoptada por la Constitución de 1991 no privilegió un régimen en particular, sino que le permitió al juez definir la construcción de la motivación conforme a las razones fácticas y jurídicas que sustenten la decisión a tomar. De modo que, en aplicación del principio *iura novit curia*, el juez puede analizar cada caso a la luz del régimen de responsabilidad aplicable con base en los hechos probados en el proceso, sin que ello implique la alteración de la causa, ni que permita la formulación de una hipótesis arbitraria

que se aleje de la realidad. Por lo anterior, la jurisdicción contencioso administrativa puede utilizar diversos títulos de imputación para la solución de los casos, esperando que la construcción de la motivación se apoye en los principios constitucionales y legales que gobiernan el ejercicio de la función administrativa (Consejo de Estado, 2018).

3.1.2. Régimen de Responsabilidad del Estado Aplicable por Daños provenientes de la Falla en Actividad Médica y Hospitalaria

El ejercicio de la profesión de la medicina está regulado por la *lex artis*, entendida como “el conjunto de reglas científicas o de la experiencia, verificables y actuales, que integran el conocimiento aprobado por la comunidad científica” (Corte Suprema de Justicia, 2016), que implica cuidado, pericia, responsabilidad y el uso de todos los medios científicos, éticos y cognitivos disponibles por parte del profesional de la salud. Por su parte, la mala práctica médica es considerada como la negligencia profesional, donde el galeno produce un resultado que no previó ni anticipó y que era objetivamente previsible. En ese sentido, entre el médico y el paciente existe un acuerdo de voluntades que implica que el médico debe esforzarse para procurar un óptimo resultado, sin embargo, por regla general su obligación es de medio y excepcionalmente de resultado⁵³.

En ese sentido, la declaratoria de responsabilidad por la prestación del servicio médico se enmarca en el régimen de falla del servicio, que se estructura en la culpa como criterio de atribución. Así lo expresa el Consejo de Estado (2011.c)

La Sala, de tiempo atrás, ha dicho que la falla del servicio ha sido en el Derecho Colombiano y continúa siendo, el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al Juez Administrativo le compete una labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla del servicio tiene el contenido final del incumplimiento de una obligación

⁵³ De acuerdo a la Corte Suprema de Justicia, las obligaciones de medio y de resultado se diferencian según el concepto de cumplimiento, es decir, que “en las obligaciones de medio el médico cumplirá su deber desplegando la actividad impuesta por la *lex artis*, independientemente del fin perseguido; y si son de resultado, por así haberse pactado expresamente, habrá cumplimiento cuando el acreedor obtiene las expectativas creadas. En las primeras, por tanto, el objeto de la obligación es una conducta idónea, al margen del éxito esperado, como sí acaece en las últimas” CSJ. Civil. Sentencia de 5 de noviembre de 2013, expediente 00025.

a su cargo, no hay duda que es ella el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual.

Sin embargo, esto no quiere decir que la responsabilidad subjetiva o la falla del servicio sea el único factor de atribución, sino que además, la jurisprudencia ha indicado que el juez puede optar por el régimen de responsabilidad objetivo en acontecimientos excepcionales: cuando el daño sea causado directamente por una herramienta riesgosa, en caso de tratamiento experimental del cual se desconozcan sus consecuencias a largo plazo, procedimientos que empleen sustancias peligrosas o cuando el daño es producto de una infección nosocomial o intrahospitalaria, entre otros (Consejo de Estado, 2011).

I. Falla del servicio o régimen subjetivo como elemento de la responsabilidad del Estado por daños causados en la actividad Médica y Hospitalaria

En diferentes fallos el Consejo de Estado ha desarrollado la naturaleza y el alcance de la responsabilidad por falla en el servicio, indicando que se deriva cuando se le imputa responsabilidad a la administración por el incumplimiento o el cumplimiento defectuoso de sus obligaciones o de un deber que legalmente le corresponde, casos en los cuales la determinación de la antijuridicidad del daño depende de la acreditación de que la conducta de la autoridad fue inadecuada (Consejo de Estado, 2008.a). En ese mismo sentido, desde sus primeras sentencias la Corte Constitucional mencionó que

Cuando el Estado no cumple con el deber de protección, o cuando su actuación genera un daño antijurídico a cualquier ciudadano, surge, entonces, la denominada responsabilidad del Estado, la cual se presenta en la mayoría de los casos, mediante la denominada "**falla del servicio**". Es decir, en aquellos casos en que se viola una obligación estatal como consecuencia de una actuación jurídica específica (el servicio no funciona, funciona mal o se presta tardíamente) y que causa un perjuicio determinado. (Corte Constitucional , 1993)

Particularmente, en la sentencia del 7 de marzo de 2012, se hace alusión a la falla del servicio y los elementos para su configuración, entre ellos, destaca el retardo, la irregularidad, la ineficiencia, la omisión o la ausencia de la prestación del servicio:

La falla del servicio o la falta en la prestación del mismo se configura por retardo, por irregularidad, por ineficiencia, por omisión o por ausencia del mismo. El retardo se da cuando la Administración actúa tardíamente ante la ciudadanía, en prestar el servicio; la irregularidad, por su parte, se configura cuando se presta el servicio en forma diferente a como es lo esperado o lo normal, contrariando las normas, reglamentos u órdenes que lo regulan; y la ineficiencia se configura cuando la Administración presta el servicio pero no con diligencia y eficacia, como es su deber legal. Y obviamente se da la omisión o ausencia del mismo cuando la Administración, teniendo el deber legal de prestar ese servicio, no actúa, no lo presta y queda desamparada la ciudadanía. (Consejo de Estado, 2012)

En cuanto a la calidad y gravedad de la falla, el Consejo de Estado ha precisado que para que la misma pueda considerarse como la causa del perjuicio y determine la responsabilidad del Estado, debe ser de tal entidad que, de acuerdo a las circunstancias concretas en que debía prestarse el servicio, la conducta de la institución demandada pueda considerarse como anormalmente deficiente (Consejo de Estado, 2008.a). Dicho en otras palabras, debe demostrarse que la existencia del daño es ocasionada por el hecho de no prestarse una atención médica acorde a los estándares de calidad establecidos por la *lex artis*.

Serrano Escobar (2020) define la falla en el servicio como “un comportamiento contrario a las normas que gobiernan el funcionamiento de la administración, ya como funcionamiento defectuoso del servicio, ya como violación de una obligación administrativa”. Conforme a la definición citada, se hace alusión a la clasificación de la falla del servicio, desarrollada en el libro Tratado de la Responsabilidad Médica por Serrano Escobar:

1. La falla del servicio como funcionamiento defectuoso del servicio:

Si bien la administración actúa a través de sus agentes y representantes, la culpa exigida no es la personal o subjetiva del funcionario sino la culpa orgánica y objetiva del ente administrativo, es decir, la causada por el servicio mismo, abstracción hecha de su autor humano. En ella se juzga al servicio y no al agente. (p. 365)

2. La falla del servicio como violación de obligaciones administrativas:

Serrano cita la sentencia del 30 de marzo de 1990, exp. 3510 que afirma que la falla del servicio es la violación de una obligación a cargo del Estado y que para lograr determinar cuál es el contenido obligacional al que está sujeto el Estado...debe el juez referirse a las normas que regulan de manera concreta y específica la actividad pública causante del perjuicio. (p. 366)

Al respecto de esta clasificación, afirma Henao (citado por Serrano, 2020) que ambos enfoques se encuentran en el mismo punto: la violación reprochable de una obligación a cargo del Estado, ya sea por el tardío o el mal funcionamiento del servicio.

En efecto, el elemento estructural de la falla es la violación de las obligaciones administrativas, ya sea por acción u omisión. Por ende, para definir si hay falla del servicio médico se debe determinar el contenido de tales obligaciones, que están estipuladas en la Constitución, la ley, los reglamentos y en especial, en los protocolos científicos y guías definidos por la *lex artis*, después se debe comparar la conducta de la administración y verificar si está en concordancia con las obligaciones a las que está sometida, en caso de que se demuestre el incumplimiento por parte de la institución, es evidente la existencia de la falla (Serrano Escobar, 2020).

En la sentencia del 19 de junio de 2008, exp. 15.263 el Consejo de Estado consideró que

Para determinar si se presentó o no dicha falla del servicio, debe entonces previamente establecerse cuál es el alcance de la obligación legal incumplida o cumplida inadecuadamente por la administración. Debe precisarse en qué forma debió haber cumplido el Estado con su obligación; qué era lo que a ella podía exigírsele; y, sólo si en las circunstancias concretas del caso que se estudia se

establece que no obró adecuadamente, esto es, que no lo hizo como una administración diligente, su omisión podrá considerarse como causa del daño cuya reparación se pretende. (Consejo de Estado, 2008.a)

En otras palabras, en aquellos eventos en que se analiza la procedencia de la responsabilidad del Estado como consecuencia de la actuación de una autoridad pública en cumplimiento de las funciones que el ordenamiento jurídico interno le ha asignado, es necesario contrastar, por un lado, el contenido de las normas pertinentes que debe cumplir el implicado y por otro, el grado de cumplimiento del mismo por parte de la autoridad, de acuerdo a cada caso concreto.

II. Desarrollo de la jurisprudencia del Consejo de Estado en torno al régimen probatorio de la falla del servicio en la responsabilidad médica estatal

En materia de responsabilidad médica, el Consejo de Estado ha adoptado la falla del servicio como criterio de atribución por excelencia, sin embargo, a lo largo de los años ha evolucionado la forma de probar la falla. Inicialmente se predicó la falla probada, pasando por la falla presunta, seguido de la teoría de la carga dinámica de la prueba y de la equidad hasta finalmente, retomar la aplicación de la teoría de la falla probada del servicio o responsabilidad subjetiva con flexibilización de la prueba, en razón a la complejidad del ámbito probatorio de cada caso.

Primer momento: FALLA PROBADA DEL SERVICIO. Inicialmente y hasta 1992 la jurisprudencia del Consejo de Estado no distinguía los daños provenientes del deficiente funcionamiento de las entidades prestadoras de salud y los causados por los actos médicos, sino que se analizaban, en general, bajo el régimen de falla probada del servicio. Por lo tanto, quien alega el daño producido por la acción u omisión de una entidad prestadora de servicios médicos tenía la carga de probar los tres elementos: daño, mal funcionamiento de servicio y el nexo causal entre ambos, con el fin de que prosperaran sus pretensiones (Consejo de Estado, 1991). Así pues, en un primer momento se exigía al actor aportar la prueba de las fallas hospitalarias y los daños causados por las irregularidades u omisiones por parte de la

institución pública, al considerar que se trataba de una obligación de medio, por lo que con la sola existencia del daño no se presumía la falla del servicio.

Criterios para morigerar la carga probatoria: En 1991 se introdujeron criterios con el fin de moderar la carga de la prueba, uno de ellos fue la aceptación de la prueba de la falla del servicio por inferencia o “**falla virtual**”, es decir, a través de la acreditación de las circunstancias que rodearon el caso, circunstancias según las cuales el juez podía deducir la falla, en aplicación del principio *res ipsa loquitur* (las cosas hablan por sí solas).

Este criterio se desarrolló teniendo en cuenta las dificultades en materia probatoria que enfrenta el demandante para acreditar el nexo causal, por ende, el Consejo de Estado acudió en su momento a reglas de la prueba desarrolladas por la doctrina internacional, como lo es la mencionada falla o culpa virtual francesa, que tiene como finalidad deducir la relación causal entre el daño y la prestación del servicio médico, esto por medio de la aplicación de una regla de la experiencia que determina que el daño, por su anormalidad o excepcionalidad, solo puede ser causado por la conducta negligente del médico. Respecto a la aplicación de la falla o culpa virtual, el tratadista Tamayo Jaramillo (2003) indica lo siguiente:

El concepto de culpa virtual se aplica por vía excepcional, justamente para poder mantener el principio general de la culpa probada. Por lo tanto, ese criterio jamás podrá aplicarse con la sola prueba del daño y del nexo de causalidad. Se exige demostrar las circunstancias que rodearon el hecho dañino. Por eso nosotros consideramos que se trata de una culpa probada, criterio que comparten algunos autores, aunque estos hablen de culpa presunta o de culpa probada por presunciones. (p. 64)

De esta manera, el reconocido tratadista Tamayo Jaramillo considera que la culpa virtual se aplica en presencia de la falla probada y como un criterio que facilita la prueba indiciaria.

Por otro lado, el Consejo de Estado empezó a introducir el principio de presunción de falla por medio de la sentencia del 24 de octubre de 1990, exp. 5902, al mencionar que

esta falla o culpa de la administración se presume, no por las obligaciones de elegir y controlar a los agentes cuidadosamente, sino por el deber primario del Estado de prestar a la colectividad los servicios públicos, de allí que le baste a la víctima demostrar la falla causante y el daño; quedándole a la administración como descargo la demostración de un elemento extraño (fuerza mayor, hecho de un tercero o culpa de la víctima). (Consejo de Estado, 1990)

Lo anterior con el fundamento de que los profesionales tienen la posibilidad de resolver inquietudes respecto de sus procedimientos y al considerar que el artículo 1604 del Código Civil debía aplicarse en la responsabilidad patrimonial del Estado y por ende, al demandado le correspondía la prueba de la diligencia y cuidado en el procedimiento (Consejo de Estado, 1992).

Segundo momento: FALLA PRESUNTA. A partir de la sentencia del 30 de julio de 1992, exp. 5902, MP. Daniel Suárez Hernández, el Consejo de Estado unifica el régimen de responsabilidad aplicable y adopta el criterio de la falla del servicio presunta. En esta ocasión, la Sección Tercera indica que hay situaciones para el accionante; que, como ciudadano común, le es excesivamente difícil la demostración de determinados hechos, en especial los acaecidos en las intervenciones quirúrgicas, dada su naturaleza privada y de exclusividad. Razón por la cual se considera que:

Resultaría más beneficioso para la administración de justicia en general, resolver esta clase de conflictos, si en lugar de someter al paciente, normalmente el actor o sus familiares, a la demostración de las fallas en los servicios y técnicas científicas prestadas por especialistas, fueron éstos, los que por encontrarse en las mejores condiciones de conocimiento técnico y real por cuanto ejecutaron la respectiva conducta profesional, quienes satisficieran directamente las inquietudes y cuestionamientos que contra sus procedimientos se formulan. Podrán así los médicos exonerarse de responsabilidad y con ello los centros clínicos oficiales que sirven al paciente, mediante la comprobación, que para ellos, se repite, es más fácil y práctica, de haber actuado con la eficiencia, prudencia o idoneidad requeridas por las circunstancias propias al caso concreto, permitiéndole al juzgador un mejor

conocimiento de las causas, procedimientos, técnicas y motivos que llevaron al profesional a asumir determinada conducta o tratamiento. (Consejo de Estado, 1992)

Desde entonces, en aquellos casos en los que se constata la acción imperfecta de la Administración o su omisión, durante un tiempo aceptó la jurisprudencia Contencioso Administrativa que el título de imputación jurídica en torno a los eventos de responsabilidad médica, era el de falla del servicio presunta, según la cual, la nuda constatación de la intervención causal de la actuación médica en el resultado nocivo era suficiente para atribuir el daño a la Administración (Consejo de Estado, 1992). Razón por la cual, al accionante se le releva de la carga de probar la falla y es a la entidad estatal quien debe desvirtuar la presunción de falla en su contra.

Tercer momento: CARGA DINÁMICA DE LA PRUEBA. En la sentencia de exp. 11.878 del 10 de febrero del año 2000, se cuestionó la aplicación generalizada de la falla presunta del servicio y se indicó que no se debe aplicar en todos los casos, sino que, con fundamento en la teoría de la carga dinámica de la prueba, corresponde al juez determinar cuál de las partes está en mejores condiciones de probar la falla.

No todos los hechos y circunstancias relevantes para establecer si las entidades públicas obraron debidamente tienen implicaciones técnicas y científicas. Habrá que valorar en cada caso, si estas se encuentran presentes o no. Así, habrá situaciones en las que, es el paciente quien se encuentra en mejor posición para demostrar ciertos hechos relacionados con la actuación de la entidad respectiva. Allí está, precisamente, la explicación del **dinamismo de las cargas**, cuya aplicación se hace imposible ante el recurso obligado a la teoría de la falla del servicio presunta, donde simplemente se produce la inversión permanente del deber probatorio.

Así las cosas, la tarea del juzgador resulta más ardua y exigente, pues es él quien debe establecer, en cada caso, cuál de las partes se encuentra en condiciones más favorables para demostrar cada uno de los hechos relevantes, en relación con la conducta del demandado, para adoptar la decisión. (Consejo de Estado, 2000.a)

Ahora bien, el Consejo de Estado ha considerado que es importante establecer que la carga dinámica de la prueba es un concepto diferente a la falla presunta del servicio. En ese sentido, indicó que la carga dinámica es una excepción a la regla general “quien alega prueba”, esta excepción consiste en que el deber de probar determinado hecho se impone a la parte que se encuentre en mejores condiciones para hacerlo, aun cuando no lo haya alegado. Por el contrario, la falla presunta exime al accionante de la prueba de la falla, dado que esta se presume y es a la entidad demandada a quien le corresponde desvirtuar dicha presunción, “lo cual permite afirmar, contrario a lo que sucede tratándose de la aplicación del principio de la carga dinámica de la prueba, que la inversión del deber probatorio se presenta como consecuencia necesaria de la aplicación de dicho régimen” (Consejo de Estado , 2001.b).

Aunado a lo anterior, por medio de la sentencia del 15 de agosto de 2002, exp. 11.605, el Consejo de Estado da aplicación nuevamente al principio de las cargas probatorias dinámicas con fundamento en el principio de equidad

Estamos ante uno de aquellos casos en los que la demostración de los hechos que estructuran la falla resulta prácticamente imposible para la víctima y los otros demandantes, dado que se trata de acreditar la realización de actividades cuyo contenido —referido al tipo de medidas aconsejables, al tiempo en que deben adoptarse, etc., y determinado por un conocimiento técnico y científico propio de la actividad médica— es desconocido por ellos y que, además, debieron llevarse a cabo cuando la primera se encontraba anestesiada y los segundos no estaban presentes. Es procedente, en estas condiciones, **aplicar el principio constitucional de equidad**, acudiendo, de manera excepcional, a la inversión del deber probatorio. (Consejo de Estado, 2002.a)

Posteriormente, la sentencia del 1 de julio de 2004, exp. 14.696 indicó que por regla general le corresponde al accionante la carga de demostrar la falla y que excepcionalmente, ante la dificultad o imposibilidad de probar determinado hecho, se invertirá la obligación de

probar y corresponderá a la entidad tal carga, inaplicando así el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil y fundamentándose en el principio de la equidad:

Así las cosas, se concluye que la demostración de la falla en la prestación del servicio médico asistencial será carga de la parte demandante, a menos que aquélla resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible y dicha carga se torne, entonces, excesiva. Sólo en este evento y de manera excepcional, será procedente la inversión del deber probatorio, previa la inaplicación del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil —que obligaría a la parte actora a probar siempre el incumplimiento por el demandado de su deber de prestar debidamente el servicio mencionado—, por resultar la regla en él contenida, en el caso concreto, contraria a la equidad, prevista en el artículo 230 de la Constitución Política como criterio auxiliar de la actividad judicial (Consejo de Estado, 2004.b).

Al respecto, el régimen jurídico probatorio aplicable en materia administrativa que estipula el artículo 168 del Código Contencioso Administrativo⁵⁴, indica que en los procesos ante la jurisdicción contencioso administrativa se aplicarán las normas del procedimiento civil en relación con la admisibilidad, practica y criterios de valoración de los medios de prueba, específicamente se refiere al artículo 177 del Código de Procedimiento Civil⁵⁵ que establece textualmente que “le incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”, consagrando así el principio de la carga de la prueba, según el cual, es deber del demandante acreditar los hechos en los cuales edifica sus pretensiones.

No obstante, la sentencia de 13 de julio de 2005, exp. 13.542 expresó que el principio de las cargas dinámicas no tiene consagración legal y por ende, desconoce el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil citado, indicó entonces que cuando se requiera el uso del principio en mención, se debe hacer en virtud del principio de equidad como criterio auxiliar de la administración de justicia consagrado en el artículo 230 de la Constitución Política de

⁵⁴ Derogado por la ley 1437 de 2011, por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

⁵⁵ Norma derogada por la Ley 1564 de 2012, por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y se dictan otras disposiciones.

Colombia en los siguientes términos “los jueces, en sus providencias, sólo están sometidos al imperio de la ley. **La equidad**, la jurisprudencia, los principios generales del derecho y la doctrina son criterios auxiliares de la actividad judicial”. En otras palabras, el juez debe acudir a la figura de excepción de inconstitucionalidad e inaplicar la norma legal para trasladar la carga de la prueba a la entidad demandada (Consejo de Estado, 2005.a).

La subregla en materia probatoria mencionada, se atempera en aquellos procesos en los que, por razones de equidad, deba ser la entidad demandada quien asuma la carga probatoria, ya que en determinados casos al demandante le resultaría una carga excesiva aportar tales medios probatorios, mientras que para la entidad le resulta más fácil, como sucede en los casos de procedimientos quirúrgicos que se adelantan a puerta cerrada y solo ingresa el paciente y el personal autorizado, por lo cual el paciente no se entera de lo que está sucediendo mientras que los profesionales cuentan con la información necesaria (Consejo de Estado, 2005.a).

Cuarto momento: FALLA PROBADA DEL SERVICIO CON MECANISMOS DE FLEXIBILIZACIÓN PROBATORIA. En la sentencia de 31 de agosto de 2006, exp. 15.772, el Consejo de Estado abandona el esquema de falla presunta y retoma nuevamente el de falla probada.

En la sentencia mencionada se recoge la presunción de falla del servicio y la carga dinámica de la prueba, al considerar que esta margina del debate probatorio asuntos relevantes, como la distinción entre los hechos que constituyen omisiones, retardos o deficiencias y los que son efecto de la enfermedad que sufre el paciente, además, en cuanto a la carga probatoria trasladada al Estado de desvirtuar la presunción de que falló, se torna muy compleja teniendo en cuenta el paso del tiempo y la imposibilidad de establecer una relación estrecha entre el médico y paciente; como si fuera poco, la desigualdad que se presume del paciente o de su familia para aportar la prueba de falla o la carencia de recursos para practicar un dictamen técnico hacen más complejo el ámbito probatorio (Consejo de Estado, 2006).

En consecuencia, desde el año 2006 se retomó la teoría clásica de la responsabilidad subjetiva o de falla probada, al respecto indicó el Consejo de Estado que:

Se acoge la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño. Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa. (Consejo de Estado, 2006)

Así mismo, en la sentencia de 08 de marzo de 2007, exp.27.434, se hizo énfasis en que cuando se le imputa responsabilidad a la administración, el actor debe acreditar tres elementos: el daño, la falla en el acto médico y el nexo causal. Por ende, la determinación de si el daño causado tiene el carácter de antijurídico depende de la acreditación de la conducta inadecuada por parte de la autoridad administrativa, para tal caso es necesario evaluar las obligaciones del órgano administrativo, así como el grado de cumplimiento de las mismas por parte del demandado, con el fin de verificar si se ha incumplido un deber legal o de su cumplimiento inadecuado (Consejo de Estado, 2007).

En relación con la flexibilización de la prueba del nexo causal, el demandante puede valerse de todos los medios probatorios legalmente aceptados, en especial de la prueba indiciaria, con el fin de acreditar la falla (Consejo de Estado, 2008.b). Al respecto, en la sentencia de 11 de noviembre de 2009, exp.18.651, se consideró que:

cuando fuera imposible demostrar con certeza o exactitud la existencia del nexo causal, no solo por complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que probaran dicha relación, el juez podía “contentarse con la probabilidad de su existencia”, es decir, que la relación de causalidad quedaba probada cuando los

elementos de juicio que obraran en el expediente conducían a “un grado suficiente de probabilidad” que permitían tenerla por establecida... se precisó que la exigencia de “un grado suficiente de probabilidad”, no implica la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que haga posible imputar responsabilidad a la entidad que presta el servicio, sino que esta es una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal puede ser acreditado de manera indirecta, mediante **indicios**. Así la Sala ha acogido el criterio según el cual si bien para demostrar el nexo de causalidad entre el daño y la intervención médica, en la mayoría de los casos resulta idónea la prueba directa, esto es, el dictamen de expertos, también es posible en muchos eventos llegar a la certeza sobre la existencia de dicha relación a través de **indicios**, para cuya construcción es necesaria la aplicación de reglas de experiencia de carácter científico, objetivo o estadístico. (Consejo de Estado, 2009.c)

De lo anterior resulta que, es necesario que el accionante acredite que la atención i. no cumplió con los estándares de calidad fijados por el estado del arte vigentes al momento del hecho dañoso o ii. que el servicio médico no fue diligente, a saber, que no se prestó con el empleo de todos los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos al alcance (Consejo de Estado, 2009.a). Elementos sin los cuales no es viable condenar al Estado, ya que no es posible que la sola intervención o actuación médica sea suficiente para imputar los daños sufridos al Estado, sino que es necesario que se acredite que tal daño tiene su fuente en una falla del servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño (Consejo de Estado, 2010.b).

Con base en la evolución jurisprudencial del Consejo de Estado se puede concluir que la responsabilidad derivada de actividades médicas se fundamenta y debe analizarse bajo el régimen de la falla probada del servicio, que exige al accionante la carga de acreditar los elementos de la responsabilidad: el daño, la falla del servicio y el nexo de causalidad, dejando por fuera la posibilidad de presumirlos. Actualmente se ha moderado dicha exigencia, al aceptar la prueba indirecta a través de indicios, como mecanismo de flexibilización

probatoria del nexo causal, al mismo tiempo que no se requiere certeza en la determinación de la causa.

3.1.3. Atención gineco-obstétrica en Colombia

El papel que desempeña la mujer en la sociedad es fundamental, en tanto, como madre y gestora de vida, ella es la encargada del desarrollo y culminación del embarazo, por ello, en el momento del alumbramiento se le debe brindar el mejor trato conforme a la dignidad y respeto que merece como persona (Consejo de Estado, 2010.a). La atención gineco-obstétrica es entendida como la rama de la medicina que se ocupa principalmente del embarazo, parto y los fenómenos posteriores al alumbramiento hasta la involución completa del útero. Servicio que normalmente no implica a personas con patologías, sino que trabaja con mujeres totalmente saludables, por lo cual, el principio de confianza legítima es exigible y torna inaceptable todo deterioro de salud (Consejo de Estado, 2015).

3.1.4. Responsabilidad Patrimonial del Estado en la prestación del servicio médico gineco-obstétrico: Desarrollo jurisprudencial del Consejo de Estado en materia probatoria

Respecto de la responsabilidad médica en el servicio de obstetricia, el Consejo de Estado le ha dado un tratamiento especial debido a su particular dinámica probatoria. Inicialmente consideró que la obligación de la entidad médica era de resultado y que la imputación de responsabilidad era a título objetivo. Posteriormente indicó que la obligación del servicio médico estatal era de medio y que el régimen que predominaba era el subjetivo con flexibilización de la prueba de la falla.

I. Título de imputación objetivo y obligación de resultado con ocasión de la atención gineco- obstétrica:

Es importante recordar que tradicionalmente la obligación médica es de medio⁵⁶, sin embargo, en la **sentencia de exp.11.802 de 19 de febrero de 1998** se considera que en la

⁵⁶ “Se ha aceptado la tesis según la cual, por regla general, en la actividad médica la obligación es de medio, no de resultado; se ha dicho que el compromiso profesional asumido en dicha actividad tiende a la consecución de un resultado, pero sin asegurarlo, pues la medicina no es una ciencia exacta” Sentencia del 17 de agosto de 2000, exp.12.123, C.P. Alier Eduardo Hernández.

atención gineco-obstetrica la responsabilidad no puede determinarse en abstracto, sino que al tratarse de una mujer sana que ingresa para su proceso de parto, la entidad medica tiene una obligación de resultado, salvo que se demuestre la presencia de algún riesgo preexistente:

Recuérdese que el campo de obstetricia ha dado lugar a discusiones dentro de la doctrina a propósito de si las obligaciones que surgen para los médicos tratantes en este campo de la medicina son de medio o de resultado y que al margen de la postura que se adopte sobre tan interesante punto, es lo cierto que es al médico a quien le incumbe demostrar que los eventuales riesgos que pueda comportar la atención de la parturienta, pueden exonerarlo en el caso concreto de la responsabilidad que se le endilga.

En la situación de las maternidades, es evidente que, en principio, se está ante una obligación de resultado, puesto que un parto normal, no puede generar riesgos que no sean susceptibles de previsión y consiguiente control por parte de los médicos. Si ofrece dificultades creando una dosis de riesgos cuyo sorteo satisfactorio no puede ser garantizado por los médicos, está a cargo de ellos su demostración. (Consejo de Estado, 1998)

En efecto, la sentencia citada fue la primera en darle un tratamiento diferente a la responsabilidad del Estado relacionada con la atención obstétrica, en tanto, los casos similares⁵⁷ estudiados por el Consejo de Estado antes del 98, se analizaron a la luz de los criterios de la responsabilidad médica en general.

En este punto, conviene hacer alusión al primer pronunciamiento del Consejo de Estado que desarrolló de manera íntegra y detallada el tema de la falla en el servicio médico obstétrico, la **sentencia del 17 de agosto de 2000, exp.12.123, C.P. Alier Eduardo Hernández**, cuyos hechos se resumen en el caso de la señora María Aracelly Molina, quien se encontraba en estado de embarazo y al acudir al centro médico fue diagnosticada con “falso trabajo de parto” y enviada a casa sin la práctica de ningún tipo de examen, finalmente,

⁵⁷ Sentencias de 13 de agosto de 1992, exp. 7274, C.P. Daniel Suarez Hernández; de 8 de octubre de 1993, exp. 6513, C.P. Juan de Dios Montes Hernández; de 18 de abril de 1994, exp. 7973, C.P. Julio Cesar Uribe Acosta.

2 días después la señora regresó al centro asistencial en pésimas condiciones, encontrándose la ruptura uterina que, después de la cesárea realizada, obligó a practicar una histerectomía y ocasionó en el recién nacido un retardo mental severo.

Con el fin de determinar el régimen de responsabilidad aplicable, el Consejo de Estado indicó que si bien en la actividad médica la obligación es de medio y no de resultado, en el campo de la obstetricia es diferente, ya que la responsabilidad médica tiende a ser “**objetiva**”, cuando el proceso de embarazo ha transcurrido con normalidad y es por tanto, la obligación del servicio médico es de “**resultado**”, puesto que se espera que la actividad del parto, entendido como un proceso dispuesto por la naturaleza, produzca un resultado satisfactorio, donde la ciencia médica acude para tratar cualquier tipo de disfuncionalidad que ponga el riesgo la salud de la madre o del que está por nacer.

En efecto, se trataba de una mujer joven que iba a dar a luz a su primer hijo y quien durante el curso del proceso de embarazo no registró problemas que ameritaran un tratamiento especial. En casos como estos, parte de la doctrina se inclina por encontrar una obligación de resultado, puesto que lo que se espera de la actividad médica materno-infantil, es que se produzca un parto normal, que es precisamente la culminación esperada y satisfactoria de un proceso dispuesto por la naturaleza...lo especial y particular de la obstetricia es que tiene que ver con un proceso normal y natural y no con una patología. (Consejo de Estado, 2000.b)

Por lo tanto, en caso de la frustración del resultado esperado (nacimiento de la criatura sana), el especialista debe acreditar las condiciones de imprevisibilidad o irresistibilidad propias de un hecho fortuito. En el caso en cuestión, la entidad demandada no demostró circunstancias imprevisibles o irresistibles que la exoneren de responsabilidad. Por lo tanto, el Consejo de Estado concluye que la administración es responsable por la reprochable atención prestada a la paciente, que consistió en la omisión de la realización de dos exámenes indispensables para diagnosticar a tiempo la ruptura de útero, así como también, cuando la madre acudió al servicio de urgencias presentando fuertes contracciones y sangrado vaginal,

que ameritaban una atención médica urgente y no fue sino hasta 8 horas después que se le realizó la cesárea.

Entonces resulta que desde el año 1998, el Consejo de Estado se inclinó por considerar que en aquellos eventos en que el desarrollo del embarazo transcurriera en total normalidad y, sin embargo, este no terminase satisfactoriamente o se presentara un daño, la obligación de la entidad demandada era de resultado, así mismo, se insistió en que la responsabilidad patrimonial debía hacerse a título objetivo.

II. Régimen subjetivo con flexibilización frente al rigor de la prueba de la falla con ocasión de la atención gineco- obstétrica:

A partir de la **sentencia del 7 de diciembre de 2004, exp.14.767**, con reiteración en la **sentencia del 14 de julio de 2005 exp.15.276** se recogió tal criterio al considerar que el régimen de responsabilidad en materia obstétrica no puede ser objetivo, sino que por el contrario, debe fundamentarse en la falla probada, por lo tanto, la parte demandante no queda relevada del deber de probar la falla del servicio (Consejo de Estado, 2005.b).

En relación con este punto, en la **sentencia del 14 de julio de 2005, exp.15.276**, se analizó el caso de la señora Mónica Suárez, quien falleció después de su parto en un centro hospitalario, por lo cual, se determinará si su muerte se debió o no a una falla médica. El Consejo de Estado atribuye responsabilidad al Hospital Básico Primitivo Iglesias por la muerte de la señora Mónica, por cuanto, no fue atendida por un médico, sino que fue valorada por una enfermera jefe, la misma que atendió el procedimiento, y quien, al ver la complicación del parto llamó al médico para que continuara con el procedimiento, sin embargo, se produjo una hemorragia que no pudo ser controlada y ocasionó el descenso de la paciente.

En cuanto al régimen bajo el cual se debía resolver el asunto, la sentencia establece un conjunto de criterios relacionados con la carga probatoria de los elementos de la responsabilidad en materia médica, señalando que: i. corresponderá al demandante probar la falla del servicio, salvo en los eventos que resulte excesivamente difícil o imposible; ii.

corresponde al demandante aportar la prueba directa o indiciaria de la relación de causalidad; iii. para la valoración de los indicios tendrá relevancia la conducta del demandado, sin que haya lugar a exigirle en todos los casos que demuestre la causa real del daño; iv. valoración cuidadosa de los indicios; v. el análisis de la relación causal debe preceder el de la falla del servicio.

Con base en las anteriores reglas, el Consejo de Estado considera que estaban suficientemente probados tanto el daño como la falla médica durante la atención del parto de la paciente, en cuanto a la falla, se determinó que consistió en la ausencia del profesional de la medicina, que fue evidente y determinante para la vida de la paciente, ya que el hecho de que el Hospital de primer nivel reciba y asista un parto lo coloca en el deber de tener por lo menos un médico que confirmara si el parto, con los riesgos conocidos debía ser atendido.

- ***Indicio de falla del servicio médico obstétrico:***

Debe recordarse que en un primer momento la jurisprudencia consideraba que, en los eventos de un proceso de gestación normal, que no terminara satisfactoriamente, el título de imputación era objetivo. Sin embargo, desde el año 2004 se consideró que la presencia de un daño al momento del parto cuando el embarazo se desarrolló en condiciones normales, constituye un indicio de la presencia de una falla en el acto obstétrico (Consejo de Estado, 2004.b). Al respecto el Consejo de Estado preciso que:

Las observaciones efectuadas por la doctrina, que pueden considerarse válidas en cuanto se refieren a la naturaleza especial y particular de la obstetricia, como rama de la medicina que tiene por objeto la atención de un proceso normal y natural, y no de una patología, sólo permitirían, en el caso colombiano, facilitar la demostración de la falla del servicio, que podría acreditarse indiciariamente, cuando dicho proceso no presenta dificultades y, sin embargo, no termina satisfactoriamente. No existe, sin embargo, fundamento normativo para considerar que, en tales eventos, la parte demandante pueda ser exonerada de probar la existencia del citado elemento de la responsabilidad. Y más exigente será, en todo caso, la demostración del mismo, cuando se trate de un embarazo riesgoso o acompañado de alguna patología. (Consejo de Estado, 2005.b)

De tal manera, de acuerdo a la **sentencia de 26 de marzo de 2008, exp. 16.085**, la víctima de los daños sufridos en el acto obstétrico y que pretende la reparación debe probar:

1. El daño
2. La falla en el acto obstétrico
3. El nexo causal

La demostración de esos elementos puede lograrse mediante cualquier medio probatorio, siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos ante la falta de una prueba directa de la responsabilidad, dadas las especiales condiciones en que se encuentra el paciente frente a quienes realizan los actos médicos. Por ende, no le basta al actor presentar su demanda afirmando la falla y su relación causal con el daño, para que automáticamente se ubique en el ente hospitalario demandado, la carga de la prueba de una actuación rodeada de diligencia y cuidado. No, a la entidad le corresponderá contraprobar en contra de lo demostrado por el actor a través de la prueba indiciaria, esto es, la existencia de una falla en el acto obstétrico y la relación causal con el daño que se produjo en el mismo, demostración que se insiste puede lograrse a través de cualquier medio probatorio incluidos **los indicios**, edificados sobre la demostración, a cargo del actor, de que el embarazo tuvo un desarrollo normal y no auguraba complicación alguna para el alumbramiento, prueba que lleva lógicamente a concluir que si en el momento del parto se presentó un daño, ello se debió a una falla en la atención médica. (Consejo de Estado, 2008)

En otras palabras, en cuanto a la imputación jurídica, el Consejo de Estado ha reconocido la necesidad de aplicar un sistema de flexibilización probatoria en la responsabilidad médico obstétrica, para ello se ha regulado el indicio de la falla, expuesto en párrafos anteriores.

- *Protección especial de la mujer embarazada*

Por otra parte, con el fin de evidenciar la mala praxis médica y referenciar la especial protección que merece la mujer embarazada, se cita la sentencia proferida el **07 de julio de 2011, exp.19.496**, en la cual se analizó el caso de la señora Rosalba Soto, quien acudió al

centro de salud del Municipio de Sardinata, dado que se encontraba en trabajo de parto. En vista de que la paciente no podía dar a luz, la médica a cargo pretendió extraer a la bebé gestante por medio de una conducta irregular y desechada por la práctica médica denominada “*fetotomía*”, que provocó el desprendimiento de uno de los brazos de la menor. En ese momento, fue remitida al Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta, una vez llegó, se le practicó una cesárea y se encontró que la bebé había fallecido de forma atroz producto de una “anemia secundaria a desarticulación de miembro superior derecho”. Así como también produjo una lesión física de carácter permanente al sistema reproductivo de la paciente.

En este fallo, el Tribunal efectúa consideraciones en torno al deber que el Estado tiene de proteger los derechos fundamentales de la familia y en especial de la mujer en embarazo, recordando que la protección a la maternidad constituye una tendencia del derecho internacional contemporáneo, así como también dentro del ordenamiento jurídico colombiano, en tanto, el embarazo de la mujer debe gozar de un cuidado especial por parte de la Administración, dada su relación directa con la familia⁵⁸.

Para la Sala, resulta importante destacar el papel que desempeña la mujer en la sociedad como madre, puesto que es ella quien se encarga del desarrollo y de la culminación del embarazo, lo cual la convierte en una promotora y gestadora de vida, permitiendo la perpetuidad de la especie humana, cuestión más que suficiente, unida a la dignidad que le debe ser reconocida y respetada como persona, para que en el momento del alumbramiento se le deba brindar el mejor trato que amerita tan magno evento. (Consejo de Estado , 2011.b)

De igual manera, destaca que en el momento del parto el Estado debe velar por la salud de la madre y del que está por nacer por medio de la prestación de un servicio médico de calidad que procure por la vida y la integridad de ambos.

⁵⁸ “Sobre la protección de los derechos de la mujer en estado de embarazo, consultar sentencia de la Corte Constitucional, de 7 de mayo de 1993, Exp.S- 179/93, MP. Alejandro Martínez Caballero; y auto de 12 de mayo de 2010, Exp. 37427, CP. Mauricio Fajardo Gómez”. (Consejo de Estado , 2011.b)

- *Importancia de la prueba indiciaria*

Por otro lado, en referencia a la importancia de la prueba indiciaria, la sentencia del **24 de julio de 2013, exp.27.743** analiza el caso de la señora Sandra Peralta Muñoz, quien tuvo un embarazo gemelar monocorial que transcurrió en normalidad, la paciente acudió a la Clínica del Oriente porque no sentía a una de las gemelas, el médico la remitió a la Clínica Rafael Uribe donde se determinó que una de las bebés no tenía vida y casi 24 horas después fue sometida a una cesárea, la gemela sobreviviente fue diagnosticada con síndrome de dificultad respiratoria, anemia, hipertensión arterial, falla renal e hipertrofia.

En esta sentencia, el Consejo de Estado señala que los casos de atención médica obstétrica se caracterizan por la falta de prueba directa que demuestre la responsabilidad, esto con motivo en la relación desigual entre el paciente y quien realiza el acto médico, por lo cual, la demostración del daño, la falla en el acto obstétrico y el nexo causal, que le corresponde al demandante, lo puede conseguir por cualquier medio, en especial a través de la prueba indiciaria, que logra sustentar eficientemente la falla cuando la evolución del embarazo fue normal y el resultado fue negativo, al respecto:

La Sala estimó que el régimen de responsabilidad aplicable a tales asuntos debía gobernarse con fundamento en la falla probada del servicio, en cuya demostración jugaría un papel determinante **la prueba indiciaria**, a la cual el juez podía acudir de ser necesario. Últimamente, la Sala ha venido sosteniendo que el daño causado durante el parto de un embarazo normal constituye un indicio de falla del servicio, siempre que dicho embarazo hubiera transcurrido en términos de normalidad y que el daño hubiera ocurrido una vez producida la actuación médica dirigida a atender el alumbramiento.

Como se desprende de la posición más reciente de la Sala, en asuntos médicos de esta naturaleza - y eventualmente en otros -, la falla podría sustentarse en indicios, es decir, en el solo hecho de que la evolución y proceso de embarazo se hubiera desarrollado en términos normales hasta el momento del parto. Lo anterior, como quiera que el solo indicio de falla del servicio, aunado a la prueba de la imputación fáctica que vincula la conducta con el daño, daría lugar a encontrar acreditada la responsabilidad.

(Consejo de Estado, 2013)

Esto quiere decir que al accionante le corresponde acreditar tanto el daño como la imputación fáctica, que puede ser demostrada por medio de indicios, así como demostrar el denominado indicio de falla, que corresponde al desarrollo normal del embarazo hasta el momento del alumbramiento. En ese sentido, el juez cuenta con la posibilidad de estructurar indiciariamente la prueba de la imputación a la entidad, siempre y cuando el daño sea producto de la intervención médica en la atención del parto.

El Consejo de Estado consideró en el caso concreto que la tardanza en la realización de la cesárea llama la atención, ya que los especialistas conocían el riesgo que sufre el feto vivo en un embarazo monocorial, lo que aumenta las posibilidades de que la gemela que nació con vida sufriera daños cerebrales por permanecer en el vientre materno con un óbito fetal, así pues, le correspondía al demandado adoptar con prontitud las medidas necesarias para minimizar los riesgos, sin embargo, no lo hizo y dejó pasar tiempo valioso antes de practicar la cesárea. Lo anterior quiere decir que la menor al no ser sacada del vientre materno al instante cuando se supo que su hermana murió, perdió la oportunidad de tener una vida normal y evitar las lesiones graves que sufrió. Razón por la cual se declaró responsabilidad administrativa.

En relación con el presente análisis, uno de los fallos más próximos que se encuentra en materia obstétrica es la **sentencia del 29 de julio de 2019, exp.42.978** que analiza la aplicación del régimen subjetivo en el caso de una infección intrahospitalaria que sugiere emplear el régimen objetivo. Según los hechos del caso, la señora Marcela Orozco ingresó el 4 de septiembre de 2007 al Hospital Rosario Pumarejo, donde se le practicó una cesárea que permitió el nacimiento de su hijo. Dos horas después del nacimiento, el menor presentó un síndrome de dificultad respiratoria que se prolongó y agravó hasta provocarle la muerte.

El Alto Tribunal precisa que si bien el *caso sub judice* en principio debe analizarse a la luz de la responsabilidad objetiva en vista de que se trata de daños producto de una infección nosocomial o intrahospitalaria, se considera necesario analizar la actividad del hospital y de

los médicos tratantes, así como los antecedentes de salud de la madre, por ello, se valora la responsabilidad bajo el régimen de falla probada del servicio para determinar si el centro de salud o los médicos que atendieron el parto tuvieron alguna injerencia en el daño o si se debió a la condición de la madre. Se determinó que la infección *enterobacter aeros* la contrajo el menor a las 48 horas de haber nacido, infiriéndose que se la transmitió su madre. Dicho de otro modo, la infección que causó la neumonía congénita que resultó en la muerte no fue de carácter intrahospitalaria, sino de origen vertical. Se concluye que el Hospital Rosario Pumarejo no es responsable de la muerte del recién nacido, debido a que le prestó la atención médica necesaria y oportuna, así como los tratamientos a su alcance para tratar la infección que presentó.

Por último, se hace alusión al pronunciamiento más reciente del Consejo de Estado en cuanto a la responsabilidad médica obstétrica, **sentencia de 3 de abril de 2020, exp.54.886**, cuyos hechos se resumen en el caso de la señora Yenifer Navarro, quien acudió al servicio de obstetricia de CAJANAL EPS, a través de la IPS de La Sabana con dolores de parto, sin embargo, se presentaron serias dificultades en el nacimiento de la menor, quien falleció a los 2 meses de nacida como consecuencia del parto, dado que no se practicó el procedimiento de cesárea a pesar de que su embarazo fue calificado como de alto riesgo por estreches pélvica.

En el proceso, la entidad demandada se negó deliberadamente a suministrar la copia de la historia clínica de la accionante, que resultaba indispensable para rendir el dictamen pericial y determinar si la calificación de alto riesgo del embarazo por estrechez pélvica de la demandante tenía o no relación con la determinación de realizar un parto vaginal o por cesárea y si las complicaciones del parto se relacionan con el obrar médico. Al respecto, El Consejo de Estado se refirió a la carga probatoria de la entidad demandada y las consecuencias de incumplir con el suministro de información en su poder:

La entidad médica demandada no tiene exactamente un *deber de colaboración*, sino una carga que consiste en suministrar los datos o documentos que se encuentran en su poder (exactamente la historia clínica) y que resulta indispensable para que el demandante pueda intentar probar lo que a él le incumbe. Y el incumplimiento de esa

carga procesal genera en realidad dos consecuencias: (i) impide dar aplicación a la regla de la carga de la prueba porque al demandante no puede adjudicársele una consecuencia desfavorable por no suministrar una prueba que no pudo ofrecer en virtud de la conducta asumida por su contraparte y, (ii) constituye, a la luz de lo dispuesto en el CPC un indicio grave de responsabilidad en contra de la demandada. (Consejo de Estado, 2020)

En consecuencia, la no aportación de la historia clínica por parte de las entidades demandadas configura un indicio grave de responsabilidad, indicio que al ser apreciado en conjunto con las pruebas del expediente conduce a dar por demostradas las afirmaciones de los demandantes y declarar patrimonialmente responsable al Estado por la ruptura del principio de lealtad que configura el indicio grave que acredita la falla del servicio médico obstétrico

El anterior análisis jurisprudencial permite vislumbrar la marcada diferencia del régimen probatorio en materia de responsabilidad en la prestación del servicio médico de ginecología y el régimen médico general, en tanto, desde el año 1998 el Consejo de Estado le dio un tratamiento particular, al considerar que la responsabilidad por actos obstétricos debía analizarse en concordancia con el régimen objetivo y que la obligación de la entidad demandada era de resultado. Sin embargo, el régimen que se prefirió en algún momento, no permitía analizar correctamente la imputación de estos casos, por ende, desde el año 2004 hasta la actualidad, la responsabilidad médica en el servicio obstétrico se estudia a la luz del régimen subjetivo o de falla probada del servicio, que le impone al accionante la carga de demostrar los elementos de la responsabilidad, con flexibilización del rigor de la prueba de la falla, siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos.

3.2. SITUACIÓN ACTUAL, INICIATIVAS LEGISLATIVAS Y REGULACIÓN DESDE EL EJECUTIVO EN COLOMBIA.

3.2.1. Morbilidad y Mortalidad (MM) Materna en Colombia.

El porcentaje de MM materna va en aumento en Colombia. De acuerdo al Boletín Epidemiológico 09 del Instituto Nacional de Salud, en el año 2019 se notificaron 23.544

casos de MM materna en total. Cifra alarmante que significa un aumento del 2,7% en relación al 2018 y que siguió creciendo en lo que va corrido del 2020. Hasta la semana 37 de este año, se presentó un aumento del 42,4% en el número de muertes maternas con respecto al 2019 (Instituto Nacional de Salud, 2020). Según el Ministerio de Salud, en promedio muere un feto o neonato cada hora en el país. Para 2018 la incidencia de mortalidad perinatal y neonatal fue de 14,2 casos por cada 1,000 nacidos vivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). No obstante, la cifra mejoró en el 2020 con un promedio de 12,7 muertes por cada 1000 nacidos vivos (Instituto Nacional de Salud, 2020).

Las complicaciones sufridas en el embarazo, parto y puerperio son evitables en su mayoría, no obstante, se necesita prevención y atención médica oportuna. En Colombia, las principales causas de MM materna son la hemorragia obstétrica, causa principal de muertes directas, seguida por los trastornos del embarazo y las infecciones. Se tiene que el 42,7% de las madres registraron algún antecedente de riesgo clínico como: ausencia de controles prenatales, embarazo gemelar, anemia, incompetencia cervical, hipotiroidismo, corta edad e infecciones en las vías urinarias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). La evidencia además mostró que las complicaciones más usuales durante el parto en Colombia, son las relacionadas con trastornos hipertensivos (abrupción de placenta y cordón umbilical, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, eclampsia) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Otro factor de riesgo importante durante el embarazo y el parto es la edad. El 14,7% de los fallecimientos se presentan en mujeres menores de 15 años y mayores de 35 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Tan es así, que la prevención y erradicación del embarazo adolescente, es una de las preocupaciones más latentes del gobierno nacional. Hecho que es posible verificar en los múltiples estudios y documentos presentados por el Ministerio de Salud y varios CONPES emitidos al respecto (Ministerio de Salud y Protección Social; UNFPA, 2014). Con relación a los factores socioeconómicos, en Colombia, la MM afecta en mayor medida a la población más vulnerable, analfabeta y que reside en un área rural dispersa (Mera-Mamián AY, 2019). La pobreza multidimensional, las necesidades básicas insatisfechas y las largas distancias para acceder a servicios básicos, son algunas de

las dificultades para el acceso y calidad en los servicios prenatales y obstétricos (departamentos como Cesar, Magdalena, Tolima, Putumayo y Cauca) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

El Informe de Women's Link Worldwide menciona la grave situación de las mujeres afrocolombianas, quienes padecen los índices más altos de MM en Colombia. Ello refleja la discriminación intersectorial en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (Women's Link Worldwide, 2016). Indiscutiblemente hay relación entre el grado de desarrollo, organización, inspección y vigilancia de los servicios de salud y las tasas de MM en Colombia. Así las cosas, entre menor desarrollo del servicio de salud, mayor el porcentaje de MM. Departamentos como Guajira, Chocó, Vaupés y Vichada tienen mayores dificultades a la hora de garantizar una prestación del servicio eficiente y digna, razón por la cual, sus índices de MM son más altos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Si bien las proyecciones a 2021 esperan que el 100% de las entidades nacionales y departamentales hayan implementado políticas públicas para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, en Colombia aún estamos muy lejos de alcanzar esa meta.

3.2.2. *Iniciativa Legislativa: Proyectos de Ley sobre Violencia Obstétrica*

De acuerdo al Informe de Implementación de las Recomendaciones, del Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención Belem do Pará, Colombia es uno de los países que no cuentan con disposiciones legales de prevención y sanción de la VO (en adelante CEVI) (CEVI, 2012). Dicha organización, no obstante, pide que los Estados reglamenten el ejercicio de la obstetricia en aras de erradicar la VO. Es decir, que busquen preservar los procesos naturales durante el embarazo parto y puerperio, eliminar el exceso de medicación, garantizar el consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual y reproductiva; y adoptar una perspectiva intercultural que respete las costumbres y pautas culturales de las mujeres indígenas y afrodescendientes en los centros de salud (CEVI, 2012).

Frente a la VO, Colombia solo cuenta con pronunciamientos del Consejo de Estado sobre

responsabilidad estatal por falla en el servicio médico (gineco-obstetricia)⁵⁹ y a nivel legislativo, con dos proyectos de ley presentados en los últimos cinco años.

I. Proyecto de Ley No.147 de 2017

Titulado: “Por medio de la cual se reconoce la violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género y se dictan medidas de prevención y sanción contra la VO” fue presentado por la Senadora Nadya Blel Scaff, radicado el 18 de octubre de 2017 y publicado en la ponencia de segundo debate en la gaceta N°800 de 2018. No obstante, terminó por ser archivado por tránsito de legislatura, art. 190 de la Ley 5 de 1992.

Entre los fundamentos constitucionales y legales del proyecto de ley, se tiene el artículo 43 constitucional sobre la igualdad de sexos y la ley 1257 de 2008 sobre violencia de género. Llama la atención que, en las modificaciones hechas al proyecto para la publicación del texto en segundo debate, se eliminaron de varios apartados el término “violencia obstétrica” y en su lugar, se hizo alusión a “protección de la maternidad” y “parto digno”. No obstante, el artículo No.2 sí previó la necesidad de definir la VO, de manera mucho más detallada. Ello debido a la inconformidad que presentó la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, al señalar que el proyecto ponía en entredicho la autonomía médica, de manera que se entraría a culpabilizar y normatizar decisiones que son del fuero exclusivo del médico tratante y que, según el gremio, están protegidas constitucionalmente (El Tiempo, 2018).

Lo cierto es que, muchos profesionales de la salud hicieron alusión a términos poco claros que darían lugar a conflictos legales tales como: “patologización del parto”, “técnicas de aceleración” y la amplia gama que se desprende de “todas aquellas formas análogas que sean susceptibles de dañar la dignidad, intimidad o libertad de las mujeres” (El Tiempo, 2018). El nuevo texto propuesto en segundo debate, quedó de la siguiente manera:

Artículo 2º. Se entiende por violencia obstétrica, toda conducta acción u omisión que ejerzan las personas naturales o jurídicas del Sistema de Salud, de manera directa o indirecta y que afecte la salud, integridad sexual y reproductiva de las mujeres durante,

⁵⁹ Véase sentencias del Consejo de Estado radicado 73001-23-31-000-2006-01328-01(36565) del 18 de mayo del 2017; radicado 19001-23-31-000-2003-02031-02(38888) del 10 de mayo de 2018, radicado 25000-23-26-000-2006-01800-01(41890) del 10 de abril del 2019, etc.

el proceso y decisión reproductiva, el embarazo, parto y puerperio, expresadas en: a) Recriminar, discriminar o criticar a la mujer por decisiones relacionadas con su vida sexual o reproductiva o por su conducta durante el parto. b) Negar u obstaculizar información o prestación de servicios para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. c) Negar o demorar la atención oportuna y eficaz de urgencias obstétricas dentro de los estándares de calidad y deberes del sistema de salud; d) Ejercer trato deshumanizado, irrespetuoso o que le causen o le hagan soportar un sufrimiento evitable en las relaciones asistenciales. e) Practicar procedimientos médicos que no cuenten con el consentimiento informado de la mujer, en especial aquellas que impliquen limitaciones o restricciones de los derechos sexuales y reproductivos; salvo que existan condiciones de salud que así lo indiquen. f) Intromisión no consentida en la privacidad para la revisión del cuerpo de la mujer durante el proceso de atención en salud. h) Negarse a dar información sobre el estado de la atención o impedir el apego precoz del recién nacido, salvo que exista una indicación médica o de seguridad que así lo justifique. i) Practicar procedimientos no indicativos de rutina como enemas, maniobra de Kristeller, salvo que exista una indicación médica o de seguridad que así lo justifique. j) Alteración del proceso natural de parto de bajo riesgo mediante su patologización, abuso de medicación, uso de técnicas de aceleración sin que sean médicamente necesarias y sin autorización libre e informada de la mujer. k) Retener a las mujeres y a los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago. l) Realizar operación cesárea, cuando existan condiciones para el parto natural, salvo que medie solicitud libre e informada de la mujer; m) Amenazar, culpabilizar, estigmatizar, discriminar, reprochar, tratar de persuadir, negar u ocultar información a la mujer que decide la interrupción voluntaria del embarazo en los casos legalmente admisibles de acuerdo con el pronunciamiento de la Corte Constitucional. n) Imponer barreras administrativas o dilatar la práctica de interrupción voluntaria del embarazo en los casos legalmente admisibles de acuerdo con el pronunciamiento de la Corte Constitucional. o) Negar u obstaculizar la atención a gestantes con muertes fetales e inobservancia del suelo. En general todas aquellas formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, intimidad, integridad o libertad de las mujeres.

Indudablemente el contenido se acopla a las sugerencias emitidas por Naciones Unidas con respecto a la prevención y erradicación de la violencia obstétrica (Women's Link Worldwide, 2016). La propuesta hecha en segundo debate corrige los errores hermenéuticos que pudiera presentar el primer texto y sugiere una descripción más puntual sobre la prohibición de ciertas maniobras médicas como las descritas en el literal i. Además, el proyecto establece sanciones tanto para las personas naturales en ejercicio de su profesión como para las entidades prestadoras del servicio.

Para el médico o enfermero que cometiere dichas conductas se contemplan las sanciones del Código de Ética Médica Ley 23 de 1981 y las sanciones en materia de responsabilidad deontológica de la profesión de enfermería Ley 911 de 2004. Para las personas jurídicas se propuso la implementación de multas, revocación de la habilitación para prestar los servicios médicos en obstetricia por un término de 5 años; y reparaciones de daños y perjuicios a que hubiere lugar, en caso de responsabilidad médica por falla en el servicio. Finalmente, el texto hace alusión a la necesidad de integrar medidas preventivas y correctivas de VO a través de políticas públicas que aboguen por educación, sensibilización de la población y promoción de una atención humanizada del parto.

II. Proyecto de Ley No. 063 de 2017

Titulado “Por medio del cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones o ley de parto humanizado” fue presentado por la representante a la cámara Clara Rojas, radicado el 08 de febrero del 2017 y publicado en ponencia de Tercer Debate. No obstante, fue archivado por tránsito de legislatura.

Esta ley tendría como objeto garantizar los derechos de la madre y el recién nacido, durante el embarazo, parto y posparto. Si bien la iniciativa busca suplir la ausencia legislativa y doctrinal en Colombia en torno al parto y la mortalidad materna, no se verifica que defina la VO, la sancione o delimite. El artículo No.3 únicamente establece los derechos de la madre de manera que sugiere una atención adecuada, sin embargo, no es claro en aquellos procedimientos que deberían sancionarse. No se hace alusión a políticas de prevención, promoción y educación de la VO, ni se siguen de manera adecuada las recomendaciones internacionales.

3.2.3. Regulación Del Ministerio De Salud y Protección Social (MSPS) en materia de Violencia Obstétrica.

El MSPS no ha abordado el término de VO, ni ha delimitado su definición. No obstante, ha asumido una concepción del parto mucho más amplia que la sola dimensión biológica o médica. En ese sentido, el MSPS, respalda el enfoque de género y DDHH durante y después

del parto, de manera que, la salud materna no signifique únicamente el cuidado de la salud biológica de la madre sino el nivel más alto de bienestar físico, mental y social para vivir la maternidad dignamente (MSPS, 2020). Asimismo, reconoce el elevado nivel de mortalidad materna en el país, en tanto, aproximadamente 40 mujeres en trabajo de parto, están cerca de la muerte cada día en Colombia (MSPS, 2020). En razón a lo anterior se acoge un plan integral de trabajo desde el ejecutivo.

i. Guías de práctica clínica y Protocolos de atención

Entre las guías y protocolos presentados por el MSPS se tienen: Guía de Práctica Clínica (GPC) recién nacido sano (publicada en 2013), recién nacido prematuro (2014), recién nacido con trastorno respiratorio (2013), recién nacido con sepsis neonatal temprana (2013), recién nacido con asfixia perinatal (2013). Para efectos del embarazo, el cuidado de la mujer y el parto se cuanta con: GPC para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de diabetes gestacional (2016), la norma técnica para la atención del parto, GPC de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo, protocolos de atención preconcepcional, atención a mujer embarazada menor de 15 años, y la principal: GPC Complicaciones del embarazo, parto, o puerperio (MSPS, 2020).

Asimismo, El MSPS ha señalado que las causas indirectas de muerte materna están estrechamente relacionadas con condiciones de enfermedad previas al embarazo, como factores genéticos y psicosociales, que pueden ser previstos y tratados a tiempo (MSPS; UNFPA, 2014). En vista de ello, la implementación de la *Atención Preconcepcional materna* es fundamental para la detección de factores de riesgo reproductivo y cuidado oportuno en las mujeres. La atención preconcepcional es entendida como el cuidado continuo que debe recibir la mujer en edad reproductiva una vez haya decidido quedar en embarazo. Es además, una obligación inherente al sistema de salud expresada en la resolución 3280 de 2018 del MSPS, razón por la cual, se esperaría fuera acatada por los prestadores del servicio. Su desarrollo también se encuentra contenido en la resolución 412 de 2000 del MSPS. Dicha atención, disminuiría notablemente los índices de mortalidad materna y perinatal, sobre todo aquellas derivadas de causas indirectas (MSPS; UNFPA, 2014).

El proceso preconcepcional detecta las condiciones patológicas preexistentes de la madre, la nutrición y asuntos alimenticios en general, hábitos poco saludables, le da manejo al esquema de inmunización de mujer (vacunación mínimo tres meses antes del embarazo), identifica la medicalización previa de la madre, estudia los antecedentes genéticos y familiares, entre otros (MSPS; UNFPA, 2014). No obstante el MSPS asegura que dichos servicios no se presentan a cabalidad en Colombia debido, entre otras a la falta de disponibilidad en recursos, el corto tiempo de las consultas, la ausencia de capacitación específica, las barreras de comunicación asociadas al tecnicismo profesional, las diferencias culturales y finalmente la falta de recurso humano en la prestación del servicio (MSPS; UNFPA, 2014).

En condiciones favorables, según el MSPS la primera consulta debe realizarse al menos 1 año antes de planear el embarazo, a fin de mantener un control y seguimiento de la pareja. Si bien el protocolo de atención preconcepcional sugiere consultas de mínimo 40 minutos (MSPS; UNFPA, 2014), la resolución 3280/18 establece una consulta inicial o de tamizaje de 30 minutos con controles posteriores de 20 minutos. La resolución indica que la frecuencia de atención mínima es una consulta inicial y un control posterior preconcepcional (Resolución N°3280, 2018), cuando el número de controles previos, de acuerdo al protocolo, son los necesarios para garantizar el control de la condición preexistente (MSPS; UNFPA, 2014).

La *norma técnica para la atención del parto*, emite varios datos que merecen ser expuestos. Se señala, entre otras, la necesidad de identificar factores psico-sociales de riesgo durante el embarazo como falta de apoyo social, familiar o del compañero, tensión emocional, alteraciones de la esfera mental y dificultades en el acceso a la salud; y en esa medida ofrecer alternativas a la madre por parte del sistema de salud (MSPS, 2000). Se prohíbe la episiotomía de rutina, la cual sólo debe practicarse a juicio del médico. No obstante, no se indica la necesidad del cometimiento del paciente (MSPS, 2000). Asimismo, se afirma que, para todas las gestantes, es fundamental permitir un acompañante durante el trabajo de parto, esto con el fin de tener un apoyo psicológico que pueda tranquilizarlas (MSPS, 2000).

Por su parte, del *Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años* es un documento fundamental en la medida en que abarca un enfoque claro de DDHH. El ejecutivo ha impulsado el desarrollo de guías prácticas en estos casos debido, en gran medida, a las tasas elevadas de mortalidad materna en este sector poblacional. De acuerdo a la OMS las adolescentes entre 15 y 19 años de edad tienen el doble de probabilidades de morir durante el parto, mientras que las menores de 15 años una probabilidad cinco veces mayor (OMS; UNICEF, 2004). Entre los datos importantes del protocolo se tiene la recomendación del uso de cesárea, únicamente en caso de embarazos riesgosos, evaluados con mínimo tres tamizajes previos (MSPS, 2000). Y el deber de trato diferencial que deben recibir las mujeres menores de 15 años en el servicio de salud, por el alto riesgo y complicaciones que sufren durante el parto.

No obstante, en el documento mencionado, llama la atención que se sugiere el uso de extractores al vacío o fórceps para el parto vaginal en menores de 15 años (MSPS, UNFPA, 2014), práctica no recomendada por la OMS. De otro lado, sí se hace la aclaración de que el parto únicamente podrá ser atendido por un médico y asistido por personal de enfermería y en ningún caso se permite la ausencia del galeno (MSPS, 2000). Finalmente, el informe es claro en señalar que, las madres adolescentes deben ser atendidas a la luz de los derechos de las niñas y adolescentes, establecidos en la Constitución Política del 1991 y la Ley 1098 del 2006 (Código de infancia y adolescencia). Entonces, a pesar de no tener la mayoría de edad, las madres adolescentes pueden tomar decisiones autónomas, libres de coerciones (MSPS, UNFPA, 2014).

Por último, el documento más extenso presentado por el MSPS es la *Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio*. En sus dos formatos: para la comunidad en general y para el uso de profesionales de la salud, se configura como el documento más completo con más de 700 páginas en salud materna. El MSPS, en asocio con la Universidad de Antioquia y la Universidad Nacional, desarrolla una serie de recomendaciones para el uso de los recursos en salud, de tal forma que se promueva una atención integral, es decir: promoción,

prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y problemas de salud específicos en la población materno perinatal (MSPS, Colciencias, 2013).

Esta última guía presenta recomendaciones acordes a las desarrolladas por la OMS y la OPS. Por ejemplo, se plantea la necesidad de mínimo 10 controles en el primer trimestre, el manejo del carnet materno, de manera que las gestantes porten sus datos de control prenatal actualizados (MSPS, Colciencias, 2013). Para efectos de los tactos vaginales se sugiere que deberán ser practicados únicamente si son necesarios. Se enfatiza en que son procedimientos invasivos que incluso pueden generar infecciones y que, al realizarlos, se debe preservar la dignidad y comodidad de la mujer (MSPS, Colciencias, 2013). De igual manera, se exhorta a los prestadores del servicio a garantizar métodos para el alivio del dolor, e incluso a alentar a las mujeres para el uso de analgesia epidural. Se permite libertad a las mujeres para elegir la posición de parto más cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean. Durante el periodo expulsivo, también se permite que la mujer adopte la posición que desee (MSPS, Colciencias, 2013).

Otras recomendaciones acordes a las del sistema internacional, son la no intervención en la prolongación del parto, con base en horas estandarizadas para la duración del mismo. Únicamente se accede a la intervención, de ser clínicamente necesario (MSPS, Colciencias, 2013). Se prohíbe la episiotomía de rutina. Solo se podrá practicar bajo necesidad clínica o compromiso fetal. De todas formas, en caso de ser practicada debe suministrarse analgesia eficaz (MSPS, Colciencias, 2013). La guía es clara en emitir múltiples recomendaciones actualizadas y bajo ese umbral prohíbe maniobras ineficaces como la de Kristeller y renueva conocimientos con base en evidencia científica.

ii. Circulares y Resoluciones del MSPS

En 2016, el MSPS acoge la resolución 429 sobre Política de Atención Integral en Salud (PAIS) enfocada a mejorar las condiciones de salud de la población colombiana. En ella, se implementan criterios de humanización y trato digno durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, a pesar de que no se hace referencia al término VO. Su artículo 5 consagra el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el cual a su vez desarrolla la Ruta Integral de atención para población materno perinatal (RIAMP). El RIAMP es entonces, una

herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo Colombia, que busca en términos generales, intensificar la promoción en salud, la prevención de enfermedad y el cuidado de la salud materno perinatal (Resolución N°3280, 2018).

En el marco del MIAS, el MSPS estableció varias directrices en el manejo de atención materna. A saber, la libertad de toda mujer a adoptar la posición de parto de su preferencia; la prohibición de prácticas no recomendadas como la maniobra de Kristeller, el rasurado vaginal o el uso de fórceps; la promoción y educación en lactancia materna; la prohibición de tactos vaginales innecesarios; el suministro de anestesia epidural a petición de la madre; permitir el contacto piel con piel de la madre y su hijo una vez realizado el parto; entre otras. Lo más importante de la implementación del RIAMP dentro del MIAS es el reconocimiento de la maternidad, parto y posparto como una situación de especial protección, que requiere de prevención de la violencia y discriminación contra la mujer.

La circular 016 de 2017 emitida por el MSPS, es otro de los documentos relevantes en el marco de salud materna. Dirigida a las entidades prestadoras del servicio de salud a nivel nacional, departamental, distrital y municipal. Dicha circular elabora un plan completo de atención durante el proceso de embarazo, parto y puerperio en el cual reconoce a la mujer en estado de embarazo como sujeto de especial protección constitucional. Su objetivo es elaborar una guía de correcta atención gineco-obstétrica de conformidad con la ruta de atención integral (PAIS). En esa medida, promueve la atención preferencial a las mujeres gestantes e implementa la guía de la OMS ***“prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud”*** en la cual, se hace alusión por primera vez a la VO. Se concluye entonces que, a pesar de no nombrar directamente la VO, si se hace referencia a ella tácitamente.

La resolución 3280 de 2018 es la guía práctica más reciente y detallada con la que cuenta el MSPS a efectos de exponer los lineamientos técnicos y operativos del RIAMP. En ella se reitera que la atención en salud materna y perinatal no debe incurrir en prácticas que configuren discriminación o violencia contra la mujer. De manera que se exhorta a erradicar e identificar aquellas conductas que generen un trato indigno, violencia psicológica, omisión

en la atención, negligencia, discriminación por razones de género, clase social, etnia, discapacidad u otra condición o situación (Resolución N°3280, 2018). En otras palabras, se busca erradicar los comportamientos que configuran VO.

Para concluir, la resolución 3280 implementa el programa de tamizaje neonatal en Colombia, desarrollado por la Ley 1980 de 2019. Este contiene a su vez el tamizaje auditivo del recién nacido, el cual será implementado en un plazo máximo de 3 (tres) años a partir de la resolución de 2018 antes mencionada. El último ejercicio con relación a la VO por parte del MSPS, fue la prueba piloto “Humanización de la Atención Materna y Perinatal” desarrollada en 2018, con el objetivo de promover prácticas humanizantes y dignas en el contexto del embarazo, parto y posparto (Congreso de la República de Colombia, 2018).

iii. **Otras iniciativas del MSPS.**

En el marco del XXX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, el entonces viceministro de Salud señaló la preocupación que genera las altas tasas de cesárea en el país. Manifestó que en más de 600 municipios del país los niños nacen en zonas alejadas de su domicilio y ello deriva en situaciones extremas de todo tipo. En ese contexto se planteó la posibilidad de implementar la partería profesional como una alternativa viable. Se hizo claridad en que la partería empírica no cumple con los estándares requeridos y razón por la cual se requiere de soluciones que eduquen a mujeres en el país en la profesión propiamente dicha (MSPS, 2016).

Bajo la alarma que ha generado la pandemia del SARS-Cov-2, el MSPS, ha emitido varios comunicados en su página web, pidiendo a los prestadores del servicio que tengan especial cuidado con las gestantes. Debido al alto flujo de personas en los hospitales, se recomienda incentivar el manejo de espacios alejados para las mujeres en embarazo o trabajo de parto, activar los protocolos de bioseguridad y ayudar al cuidado de la salud mental de las maternas. Aunque no está verificado el impacto del COVID19 en las madres, si se ha relacionado un alto grado de estrés en las mujeres que tienen parto durante esta época (MSPS, 2020). En razón de ello el MSPS recomienda realizar apoyo psicológico, técnicas de relajación, meditación y mindfulness.

3.3. PRONUNCIAMIENTO DE LOS TRIBUNALES DE ÉTICA MÉDICA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COLOMBIA.

Los Tribunales de Ética Médica en Colombia, encuentran fundamento jurídico en los artículos 26, 123 y 210 de la Constitución Política. Son definidos como un tipo de institución privada a la cual se le confieren funciones públicas. De acuerdo al Título III de la Ley 23 de 1981, los TEM son los órganos que conocen los procesos ético profesionales que se presentan en razón del ejercicio de la medicina en Colombia. Colegios profesionales encargados de regular la profesión médica a fin de generar orientaciones y estándares de conducta y en ese sentido proteger el ejercicio de la medicina (Dávila & Chaparro, 2020). Los efectos sancionatorios de estos tribunales son únicamente de carácter disciplinario. La sanción depende de la infracción que se haya cometido a la Ley 23 del 81 y el Decreto 3380 de 1981 (Sentencia C-259 de 1995). Así las cosas, las decisiones de los REM generan un precedente, pero no tienen carácter de cosa juzgada (Dávila & Chaparro, 2020).

Como se señaló en acápites precedentes, la VO no tiene un marco legal ni constitucional en Colombia. El déficit de protección es latente, sumado a la falta de delimitación del término (Dávila & Chaparro, 2020). Indiscutiblemente hay falta de regulación y dispersión normativa sobre VO (Dávila & Chaparro, 2020). En contraste, abundan los casos sobre el tema en los TEM (Dávila & Chaparro, 2020). De hecho, los casos de VO son los más comunes en los 30 años de decisiones relacionadas con derechos sexuales y reproductivos (Dávila & Chaparro, 2020). No obstante, si bien hay casos de VO se denota la imposibilidad de los TEM para saber qué conductas caben en dicho rotulo, por el hecho de ser un término novedoso.

De otro lado, los TEM han procurado hacer una distinción en las decisiones relacionadas con derechos sexuales y reproductivos, separando lo individual de lo estructural (Dávila & Chaparro, 2020). Por ejemplo, en los casos de VO se busca distinguir entre negligencia individual y las fallas estructurales del sistema de salud colombiano (Dávila & Chaparro, 2020). No es un secreto que el sistema prestador del servicio presenta fallas y carencias estructurales, incluso más acentuadas en algunas regiones del país. Algunas van desde falta de estructura e implementos médicos, hasta poca capacidad humana para atender el alto número de urgencias obstétricas y partos.

3.3.1. ***Criterio Médico: Diligencia y Negligencia Individual***

Las decisiones de los TEM permiten visibilizar y analizar este tipo de violencia desapercibida en Colombia que en términos generales y de acuerdo a los casos que llegan a su conocimiento, se relacionan con malas prácticas técnicas, esperas desproporcionadas durante el trabajo de parto, malos tratos, entre otras conductas (Dávila & Chaparro, 2020).

En la esfera de lo individual, su solución y desarrollo se ha dado a partir del término *criterio médico*, el cual hacía alusión a las decisiones tomadas por el médico con relación al nivel de *diligencia* o *negligencia* en cada caso (Dávila & Chaparro, 2020). Para saber de qué manera se aplica el *criterio médico*, es necesario analizar el término de **“diligencia médica”** (Dávila & Chaparro, 2020). En la VO es posible entender la diligencia través de tres situaciones que se plantean a continuación, las cuales, a su vez, permiten observar la naturaleza inestable del concepto de diligencia médica y los retos que contrae su comprensión e identificación.

i. Diligencia como aplicación de la Lex Artis médica

Significa la aplicación de la Lex Artis⁶⁰ médica en los casos de VO. Un caso que desarrolló esta categoría fue la Providencia No. 05 de 2005 MP. Juan Mendoza Vega. El TEM de Risaralda estudió el caso de un médico obstetra que retrasó el trabajo de parto de la señora G.P.C. a pesar de las reiteradas advertencias de que había “roto fuente”. Mientras realizaban los exámenes pertinentes para corroborar las afirmaciones de la paciente, la gestante permaneció en camilla sin comida, suero ni atención, por un día. Al día siguiente se produjo el parto a través de inducción de medicamentos, naciendo un bebé con deficiencias respiratorias quien, tras unas horas de vida, falleció.

⁶⁰ La lex Artis es definida como el conjunto de prácticas médicas, aceptadas por el gremio como diligentes y adecuadas para el trato de los pacientes. Son una especie de reglas no escritas que aluden a la actuación o tratamiento que se esperaría del médico tratante, de manera que sea aplicable al caso particular. No obstante, la lex artis es la buena práctica médica que no solo se limita al cumplimiento de los protocolos, sino que es mucho más amplia. Tomado de “Entre la bata y la toga. El rol de los Tribunales de Ética Médica en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos”. Dávila, María Ximena; Chaparro, Nina. 2020. Pág. 75-79 Editorial Dejusticia. Bogotá DC.

El TEM de Risaralda se abstuvo de sancionar al médico acusado, aduciendo que si bien hubo una dilación del tiempo entre el ingreso y el parto “el médico procedió en ese lapso de acuerdo a la Lex Artis ad hoc, con prudencia y diligencia” de manera que la muerte del niño no fue consecuencia del mal actuar médico, sino que el resultado dañoso se habría producido de todas formas.

Apenas tuvo a su cargo a la paciente por siete u ocho horas, en el curso de ellas la examinó tres veces y al entregar su turno había dejado ya instrucciones para que se la controlara en busca de comprobar la salida de líquido que sería signo de ruptura de membranas, signo que él no había visto, aunque la paciente se lo relatara (Tribunal de Ética Médica de Risaralda, 2005)

Se acoge el parámetro de la Lex Artis como norma consuetudinaria de la profesión, sin entrever las particularidades del caso (Dávila & Chaparro, 2020). Como este, muchos otros procesos⁶¹ han sido fallados de manera similar bajo la justificación de que se siguieron los estándares de prudencia y diligencia, sin tomar en cuenta las situaciones descritas de las mujeres, como en el caso descrito. De acuerdo al relato de la paciente, a la mujer se la pone en una posición de vulnerabilidad mayor, omitiendo que es un sujeto de especial protección constitucional (Tribunal de Ética Médica de Risaralda, 2005).

ii. Diligencia como celeridad

La diligencia en términos de celeridad, se refiere a la capacidad de actuar a tiempo y con rapidez de acuerdo a las exigencias de cada caso. El TEM adopta una interpretación de “diligencia” basada en la facultad de los médicos para responder con premura a las urgencias (Tribunal Nacional de Ética Médica, 2011). La providencia No. 72 de 2011, MP. Fernando Guzmán Mora, usa el término de celeridad para definir la diligencia médica. El caso gira en torno a una menor de 17 años con 35 semanas de embarazo y víctima del desplazamiento por conflicto armado, quien es atendida en una clínica en Bogotá, presentado diagnóstico de eclampsia⁶² en curso.

⁶¹ Providencia No. 289 de 1998, Providencia No. 85 de 2013 y la No. 98 de 2014

⁶² La **eclampsia** está motivada por la hipertensión durante el embarazo y es la fase grave de la **preeclampsia**. Se caracteriza por la presencia de convulsiones y estados de coma, que pueden afectar los riñones, el hígado, el cerebro y otros **órganos** y sistemas sanguíneos de la madre. En algunos casos puede incluso causar

La primera atención la recibió por parte de una médica general que se tardó varias horas en realizar chequeo, mientras el estado de la mujer empeoraba. Tras varias dilaciones, se le realizaron exámenes y se le programó cesárea tres días después (Tribunal Nacional de Ética Médica, 2011). Un día antes de la cesárea, el estado de salud de la paciente empeoró, razón por la cual se llamó a la médica obstetra encargada. La especialista se negó a acudir al hospital argumentando que la cesárea ya estaba programada y únicamente asistiría para dicho procedimiento. Al día siguiente, la paciente se presentó al procedimiento, deshidratada y con edemas en el cuerpo (Tribunal Nacional de Ética Médica, 2011).

Durante la intervención la mujer tuvo hipotensión, desaturación severa de oxígeno, depresión respiratoria severa y convulsiones. Se procedió a su intubación y ventilación mecánica. No obstante, la anestesióloga de turno mostró problemas en la intubación por lo cual tuvo que trasladarse a la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Finalmente fue remitida con un cuadro de sepsis por estafilococo resistente y daño cerebral severo al Hospital Santa Clara de Bogotá, en donde falleció tras cuatro meses desde el primer momento de atención inicial (Tribunal Nacional de Ética Médica, 2011).

El TEM Nacional argumentó que la conducta de la médica especialista no siguió los parámetros de cuidado, responsabilidad, compromiso con la paciente y elemental humanidad para con una criatura menor de edad, golpeada por la pobreza y el desplazamiento forzado que vive Colombia, “en cabeza de más de tres millones de compatriotas, víctimas del conflicto armado y de las condiciones de extrema pobreza a la que los lanza el hecho de tener que dejar sus ya de por sí difíciles condiciones de vida (...)” la médica investigada era consciente, por su formación como ginecóloga y obstetra, de la gravedad del cuadro clínico de eclampsia que presentaba la joven madre, quien además presentaba el factor de riesgo de su edad, su condición social y nutricional y el deterioro de los exámenes de laboratorio que

desprendimiento de la placenta, provocar un parto prematuro o la pérdida del embarazo. Es el estado más grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Tomado de Medline Plus. Noviembre de 2020. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000899.htm>

confirmaron el compromiso sistémico de su enfermedad de base (Tribunal Nacional de Ética Médica, 2011).

Asimismo, el TEM señala que, procedimientos tan complejos no deben dejarse en manos de médicos generales sin la experticia para ese tipo de situaciones. Señaló puntualmente la demora en la que incurrieron la médica obstetra y el resto del equipo médico, lo cual derivó en que se prestara el servicio de manera urgente, más aún siendo una mujer en condición de vulnerabilidad reforzada por su condición de desplazada (Tribunal Nacional de Ética Médica, 2011). En este caso la definición de diligencia se enmarca en el término de celeridad.

iii. Diligencia como ausencia de mala fe

La diligencia en términos de mala fe, se refiere como su nombre lo indica, a un comportamiento adecuado más allá de los posibles daños que se puedan causar por la falta de experiencia o de experticia (Dávila & Chaparro, 2020). Es decir, que no se obre con mala fe, sin entrar a analizar el resultado que se causó. El término se desarrolló por el TEM Nacional en la providencia No. 98 de 2014 MP. Francisco Javier Henao Pérez.

El caso se presenta tras un parto natural de un bebé que nació “enredado” con el cordón umbilical de acuerdo a los relatos de la madre. Tras el parto el niño no lloró, ni fue atendido debidamente por el médico, quien procedió a acostarlo en la camilla aduciendo que estaba bien. A las pocas horas presentó hinchazón en las manos y pies, con un aparente color morado, palidez, falta de apetito y quejidos repetitivos. La madre alega que el menor nunca lloró por lo cual se le pidió al médico que procediera a revisarlo.

Una vez atendido, relata la madre que el niño entró en shock y debió ser trasladado a otra entidad hospitalaria. En el camino no respondió a la reanimación hecha por el médico inicial y solo sangraba por la nariz de manera excesiva. En el otro hospital, el doctor que atendió la urgencia se arrodilló para reanimar al bebé, apretando el pecho del menor con todo su peso, de manera que el médico anterior procedió a retirar a su compañero explicándole que ese no era el procedimiento adecuado para un recién nacido. Tres minutos después el menor fallece (Tribunal Nacional de Ética Médica, 2014).

El TEM Nacional afirmó que, si bien se había sometido al paciente a riesgos injustificados, el médico tratante no actuó de mala fe. Adujo que el error se debió a la falta de experiencia en ginecología de quien atendió el parto. En ese sentido, señaló que el médico obró de acuerdo a la *lex artis*, en tanto tuvo buen trato con la madre y el recién nacido, realizó oximetría para detectar la saturación de oxígeno y respondió de manera rápida, administrándole oxígeno por cánula nasal. Sin embargo, en las horas subsiguientes en que se presentó hipoxia y quejido respiratorio, el médico debió prever la necesidad de intubación orotraqueal, en un nivel de atención superior en salud. Hecho que solo se produjo 12 horas después cuando el paciente ya presentaba sepsis y falla respiratoria severa (Tribunal Nacional de Ética Médica, 2014).

Si bien doce horas antes no presentaba este cuadro clínico severo, el TEM considera que habría sido más prudente una remisión temprana a otro prestador del servicio. Añade que ello se debió a la falta de experiencia del médico tratante, más no por negligencia o mala fe del doctor. Fue una falta de precaución, al no prever que el cuadro clínico podría empeorar y por lo tanto debía remitirlo a un cuidado más especializado (Tribunal Nacional de Ética Médica, 2014). El argumento del TEM permite interpretar que la negligencia es sinónimo de mala fe y falta de experticia (Dávila & Chaparro, 2020). En ese sentido, afirma que no hubo falta de diligencia por parte del médico sino ausencia de experiencia o experticia para salvaguardar la vida de la madre y el recién nacido (a pesar de que el bebé falleció).

El estándar de diligencia entonces, hace alusión a la posibilidad que tienen los profesionales de la salud en hacer todo lo que esté a su alcance para garantizar la vida del paciente y así, procurar darles la mejor atención. Empero, el estándar de *diligencia como ausencia de mala fe*, produce ambigüedades y vacíos jurídicos. Se abriría la posibilidad de justificar la acción de los médicos, alegando desconocimiento o falta de experticia (Dávila & Chaparro, 2020). Además, el mismo TEM ha señalado en otros casos que la mala fe no es el único motivo por el que se puede endilgar negligencia de un médico (Dávila & Chaparro, 2020). De ser así, muy pocos incurrirían en dicha conducta. En todo caso, se siembra la duda de sí los TEM tienen la capacidad de probar la mala fe en el profesional de la salud.

3.3.2. *Fallas estructurales del Sistema de Salud*

El TEM resalta las situaciones institucionales que condicionan la eficiencia y diligencia de los médicos, sobre todo en casos de emergencia (Dávila & Chaparro, 2020). Las barreras institucionales y la falta de infraestructura, presupuesto y capacidad se erigen como un tipo de constreñimiento para la labor profesional en salud. Este ítem hace alusión a que no siempre, los resultados dañosos durante el proceso de embarazo, parto u puerperio se deben a la atención del médico o enfermera, sino al sistema de salud, quien, en ocasiones, somete a las mujeres a violencia obstétrica institucional.

El caso de 13 de octubre de 1992 MP. Jaime Casasbuenas Ayala es una de las providencias que desarrolla la violencia obstétrica de carácter institucional. Una mujer se acerca al centro de salud para informarle a su médico tratante que está lista para iniciar trabajo de parto. No obstante, al revisar las semanas de embarazo el médico considera que aún no es momento y procede a suministrarle ingesta de óvulos. Dos días después se inicia el trabajo de parto, sin embargo, el menor nace muerto. El TEM en el marco del proceso ético- disciplinario decidió que el galeno había obrado con diligencia, en tanto obedeció las órdenes de la Institución de Salud a la que estaba vinculado.

Señala el TEM que la directriz del hospital obliga al médico a verificar si existen síntomas suficientes (rompimiento de fuente y contracciones) para poder internar a una paciente y acto seguido, dar inicio al trabajo de parto. En el caso en cuestión, el médico obedeció, procediendo a verificar las semanas de embarazo y el estado del feto, de manera que su conclusión fue que, aún no era necesario internar a la paciente. El TEM asume como estructural, las directrices y políticas de cada entidad prestadora de salud y como individual, y merecedor de imputar responsabilidad disciplinaria, todo aquello que no depende de dichas dinámicas estructurales (Dávila & Chaparro, 2020). Al estar supeditado a una orden, el TEM exonera de responsabilidad al médico. Ello genera a su vez un estándar de responsabilidad difuso y ambiguo. Permitiría que los profesionales de la salud se eximan de decidir cuáles son las buenas prácticas médicas que deben asumir de acuerdo a la *lex artis* y cuáles deberían evitar (Dávila & Chaparro, 2020).

El segundo caso relacionado con inferencia institucional, es la providencia No. 81 de 2013. Una paciente de 42 semanas de embarazo es inducida a trabajo de parto vaginal sin tener en consideración su condición de embarazo riesgoso. Además, se pasa por alto la cesárea que previamente se le había programado. La mujer padece una hemorragia severa como consecuencia del desgarramiento y es trasladada a la UCI en donde fallece (Tribunal de Ética Médica del Atlántico, 2013). El TEM argumentó que los médicos involucrados no habían incumplido sus deberes éticos ni actuaron negligentemente.

En este caso el TEM hace una distinción entre el deber de diligencia de los médicos y lo que la infraestructura del hospital les permitía hacer. En el caso en cuestión la sala de parto había prescindido del segundo especialista y debido a la escasez de profesionales, el residente de turno, sin experiencia técnica, terminó atendiendo un caso para el cual no estaba preparado. La decisión concluye en que se presentaron fallas administrativas en la estructura y capacidad profesional. Afirma el Tribunal que el caso, más allá de ser una falla ética es un ejemplo de la lamentable situación del sistema de salud en Colombia.

Cuando se presentan circunstancias de orden administrativo que le impiden al médico cumplir a cabalidad con su labor médica, este enfrenta un grave conflicto entre su ética profesional y su lealtad institucional. Esta situación se vive a diario en hospitales universitarios donde los residentes cumplen múltiples labores no supervisadas a nombre del especialista de turno, quien poco interactúa con ellos durante la jornada, pues sus múltiples ocupaciones con otros enfermos se lo impiden. **Constituye una innegable y lamentable realidad que los residentes suplen la carencia de especialistas en muchas instituciones del país, y constituyen una mano de obra de bajo costo que es aprovechada al máximo bajo la premisa de que «la práctica es la mejor forma de aprender medicina»;** pero también es indudable que las instituciones están trasladando la responsabilidad de las actuaciones médicas de estos residentes en formación a los especialistas titulares que con su sello avalan decisiones y procedimientos que ocurrieron sin la más mínima supervisión. Son los residentes quienes, en ausencia de un ginecobstetra calificado, deben detectar signos de alarma y proceder de acuerdo con su nivel de conocimiento, mientras que

el especialista puede atender personalmente la paciente, si es que eso sucede (Tribunal de Ética Médica del Atlántico, 2013).

Así las cosas, puede concluirse que no hay un precedente sólido en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos en los TEM debido a la falta de fundamento legal que les reconozca ineluctablemente la calidad de derechos fundamentales. El término de VO no ha sido abordado directamente, aunque si ha habido varios casos que abordan su temática. Se denota además un vacío argumentativo de los TEM al no acudir expertos, peritos, academia u organizaciones no gubernamentales en los casos en que se requerían de conocimientos más profundos, ya sea en términos médicos que no eran de la experticia de los magistrados o en cuestiones jurídicas y de DDHH.

CONCLUSIONES

Una vez culminado el ejercicio investigativo fue posible categorizar y delimitar el concepto de la VO como una forma específica de violencia en contra de la mujer y violencia de género, sistemática y generalizada. A nivel internacional, si bien existe un fundamento jurídico en diferentes tratados de DDHH que defienden el ejercicio de las libertades y derechos de las mujeres; directamente ningún sistema de protección internacional de DDHH se ha pronunciado de fondo en materia de VO. En el momento se espera la decisión de la Corte IDH sobre el caso Eulogia Guzmán y su hijo Sergio vs. Perú, por ser el primero admitido en 2014 que aborda directamente el tema.

En Latinoamérica la VO es un fenómeno en plena construcción. Países como Venezuela, Argentina, México y Ecuador son considerados pioneros en la definición, regulación y sanción legal de esta problemática, avance fundamental en la ejecución de las obligaciones de los Estados y garantía de los derechos de las mujeres. No obstante, en la práctica se verifica que, no se han implementado ni aplicado correctamente las sanciones legales. También se encontró un alto grado de denuncias vigentes por vulneración de DDHH de las mujeres en el servicio médico obstétrico, situación develada por organizaciones no gubernamentales.

En Colombia, no se encuentra regulación legal de la VO, solo dos proyectos de ley archivados, varias guías de práctica médica y protocolos en salud del Ministerio de Salud que regulan el proceso de embarazo, parto y puerperio. Son pocos los estudios nacionales alrededor de la VO, debido entre otras, al hecho de ser un fenómeno desapercibido, normalizado y que cuenta con, aceptación y arraigo cultural incluso por los profesionales de la salud. Es así, como a pesar de ser una práctica reconocida como violatoria de DDHH, es censurada y rechazada cuando se pretenden entablar sanciones al profesional de la salud y a las entidades prestadoras del servicio de salud (Šimonović, 2019). Ninguno sugiere que exista un comportamiento reprochable que amerite acciones legales contundentes.

A falta de regulación legal de la VO se encuentra el precedente jurisprudencial del Consejo de Estado Colombiano, que vislumbra la marcada diferencia del régimen probatorio en

materia de responsabilidad en la prestación del servicio médico de ginecología y el régimen médico en general. Desde el año de 1998 el Consejo de Estado le dio un tratamiento particular, al considerar que la responsabilidad por actos obstétricos debía analizarse en concordancia con el régimen objetivo y que la obligación de la entidad demandada era de resultado. Sin embargo, el régimen que se prefirió en algún momento, no permitía analizar correctamente la imputación de estos casos, razón por la cual, desde 2004 hasta la actualidad, la responsabilidad médica en el servicio obstétrico se estudia a la luz del régimen subjetivo o de falla probada del servicio, que le impone al accionante la carga de demostrar los elementos de la responsabilidad, con flexibilización del rigor de la prueba de la falla, siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos.

Es necesario implementar estrategias y programas nacionales que garanticen el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva de manera digna. Para cumplir con el objetivo de reducir la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos se requiere la difusión y prevención sobre VO. No solamente enfocado a las mujeres como víctimas de dicha conducta sino al personal médico. Muchas veces los actos de VO no se cometen intencionalmente sino por desconocimiento y falta de formación en equidad de género y DDHH. El tema es tan fundamental, que varios organismos internacionales como la OMS, OPS, UNFPA y Naciones Unidas han abanderado la reducción de riesgos durante la maternidad, como un objetivo de protección los DDHH.

La VO y la violencia en contra de la mujer son un problema social sin precedentes que exigen la introducción de nuevas escalas de valores que aboguen por el respeto y la dignidad de la mujer. Se requieren cambios educativos, sociales y jurídicos profundos para su consecución. De manera particular, se sugiere fomentar la formación en DDHH y derechos sexuales y reproductivos de los trabajadores sanitarios, fortalecer los sistemas de salud y la disponibilidad de recursos e implementar y promover las normas y recomendaciones internacionales sobre maternidad.

RECOMENDACIONES

1. A nivel internacional, se recomienda a los Estados latinoamericanos, establecer una participación constructiva, de acuerdo a los principios de solidaridad y cooperación internacional. Ello a efectos de permitir y propiciar el dialogo entre las diferentes instituciones de salud y las organizaciones no gubernamentales involucradas, sobre salud reproductiva y atención obstétrica de calidad.
2. Desafortunadamente en Colombia se siguen teniendo índices muy altos de MM, circunstancia que debe motivar la reflexión de las autoridades públicas, con el objetivo de fortalecer las políticas de salud, como quiera que resulta inconcebible tener márgenes de mortalidad materna de 99 casos sobre cada 100.000 partos de niños vivos en comparación a otros países con porcentajes de 9 sobre 100.000. Con el fin de contrarrestar este flagelo, la ONU considera que el Estado debe afrontar los problemas estructurales en el sistema de atención de salud reproductiva, así como la falta de educación del personal de salud respecto de los derechos de las mujeres y las limitaciones presupuestarias y de personal cualificado (Šimonović, 2019).
3. Es necesario entonces, conforme al control de convencionalidad⁶³, que el Estado regule y reconozca la VO como una forma de violencia en contra de la mujer y violencia de género, por medio de medidas legislativas, judiciales, administrativas y en especial, por medio de políticas públicas que brinden mecanismos de acción y prevención para suministrar la información necesaria a las mujeres respecto de sus derechos y los mecanismos para garantizarlos. Y al personal de salud sobre los protocolos que deben implementar y el trato digno que debe recibir la mujer en este proceso.
4. El Estado debe asignar los fondos, personal, equipos y servicios de maternidad necesarios

⁶³ El control de convencionalidad es entendido como la herramienta que permite a los Estados concretar la obligación de garantía de los DDHH, a través de la verificación de la conformidad de las normas y prácticas nacionales, con la (CADH) y su jurisprudencia, al respecto, véase <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo7.pdf>.

conforme con el DIDH, “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” (Šimonović, 2019), esto, con el fin de propiciar el ejercicio pleno de los derechos y erradicar toda forma de VO institucional.

5. Se considera importante estudiar la partería profesional y las ventajas de su integración en el sistema de salud nacional. Sus ventajas como instrumento para descongestionar el sistema de salud permiten visualizarla como una alternativa para la eliminación de la VO y atención humanizada a la mujer durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

BIBLIOGRAFÍA

NORMATIVIDAD

- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. 38.668 (23 de abril de 2007). doi:<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
- CEDAW. (2017). *Recomendación general No. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19*,
- CEVI. (2012). *Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención Belem do Pará*.
- Comisión Permanente del Congreso de la Union, Gaceta: LXIV/1SPR-21/97275 (10 de julio de 2019).
- Comité CEDAW. (1999). *Recomendación General N°24*.
- Comite de DDHH - ONU. (2000). *Observación General N°28*.
- Comité de DDHH. (2005). *K.L. contra el Perú CCPR/C/85/D/1153/2003* . Comunicación núm. 1153/2003.
- Comité de DDHH. (2016). *Mellet contra Irlanda CCPR/C/116/D/2324/2013*. ONU.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000).
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2 de mayo de 2016). Observación General No. 22. El derecho a la salud sexual y reproductiva.
- Comité del PIDESC. (2000). *Observación General 14 sobre el Derecho a la Salud*.
- Congreso Argentino. (17 de septiembre de 2004). Ley 25.929. Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- Congreso Argentino, Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres (Congreso Argentino 11 de Marzo de 2009). Obtenido de https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf
- Congreso de la Nación Paraguaya, Ley de Protección Integral a las Mujeres Contra Toda Forma de Violencia-N° 5.777 (19 de diciembre de 2016).
- Congreso de la República de Colombia. (2018). *Gaceta del Congreso Senado y Cámara Año XXVII - N°800*. Bogotá DC: Imprenta Nacional de Colombia.
- Convención de Belem do Pará, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer " (Organización de los Estados Americanos OEA 9 de junio de 1994). Obtenido de <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas 18 de diciembre de 1979).
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas 10 de diciembre de 1948). Obtenido de <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- DESC, C. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud : 11/08/2000. E/C12/2000/4 CESCR OBSERVACION GENERAL 14 (General Comments)*. United Nations. Recuperado el 20 de junio de 2020, de

- <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451>
- DEVAW. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women* . Asamblea General Naciones Unidas.
- Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, 175 (Asamblea Nacional República de Ecuador 5 de febrero de 2018). Obtenido de <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/REGISTRO-OFICIAL-LEY-ORGA%CC%81NICA-INTEGRAL-PARA-PREVENIR-Y-ERRADICAR-LA-VIOLENCIA-CONTRA-LAS-MUJERES.pdf>
- Ministerio de Justicia y DDHH de Argentina. (2009). *Secretaria de DDHH y Protección de DDHH*. Recuperado el 01 de junio de 2020, de Violencia Obstétrica: <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/proteccion/violencia-obstetrica>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Fichas Técnicas - Indicadores Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Colección Resolución 3289 de 2018*. Bogotá DC.
- Ministerio de Salud y Protección Social; UNFPA. (2014). *CONPES Social 147/2012: Rutas de atención para la prevención del embarazo en la adolescencia. Atención Integral e Intersectorial para el restablecimiento de derechos en niñas y adolescentes embarazadas*. Bogotá DC.
- MSPS. (2000). *Norma Técnica para la Atención del Parto*. Bogotá DC.
- MSPS. (03 de Junio de 2016). *Boletín de Prensa No 118 de 2016*. Obtenido de Partería profesional es alternativa para la reducción de muertes maternas.: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Parteria-profesional-es-alternativa-para-reduccion-de-muerte-materna.aspx>
- MSPS. (04 de Septiembre de 2020). *Boletín de Prensa No 144 de 2020*. Obtenido de Los cuidados que deben tener las mujeres en estado de embarazo: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Los-cuidados-que-deben-tener-las-mujeres-en-estado-de-embarazo.aspx>
- MSPS. (11 de Noviembre de 2020). *Salud Materna*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>
- MSPS, Colciencias. (2013). *Guía Práctica Clínica para la prevención, detección temprana, tratamiento del embarazo, parto y puerperio. Guias No. 11-15*. Bogotá DC.
- MSPS, UNFPA. (2014). *Protocolo de Atención de Atención de la menor de 15 años embarazada*. Bogotá DC.
- MSPS; UNFPA. (2014). *Protocolo de Atención Preconcepcional*. Bogotá DC.
- Mujeres gestantes y lactantes de la comunidad indígena Wayúu, Colombia, Medida cautelar No.51/15 (CIDH 2017 de enero de 2017).
- Naciones Unidas, Asamblea General. (2019). *Informe A/74/137. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Naciones Unidas .
- OEA. (22 de noviembre de 1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*.
- OEA, Guía para la aplicación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (2014).
- OMS. (1946). *Preámbulo de la Constitución de la OMS* . New York: Official Records of the World Health Organization N°2 p100.

- OMS. (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington: OPS en español para OMS.
- OMS. (2014). *The prevention and Elimiation of Disrespect and Abuse during facility-based childbirth*. Obtenido de Reproductive Health: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/
- OMS. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.
- OMS. (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia del parto positiva*. Ginebra, Suiza: OMS.
- OMS. (2019). *Mortalidad Materna*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=La%20mortalidad%20materna%20es%20inaceptablemente,parto%20o%20despu%C3%A9s%20de%20ellos>.
- OMS. (2019). *Salud Sexual y Reproductiva*. Obtenido de Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
- OMS, D. d. (2015). *“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud”*. OMS. WHO/RHR/14.23.
- OMS; OPS. (2019). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Washington DC: World Health Organization.
- OMS; UNICEF. (2004). *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Ginebra.
- ONU, Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (16 de diciembre de 1976). Obtenido de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- ONU. (07 de Abril de 2020). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de Objetivo 3: Salud y Bienestar : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- ONU. (02 de abril de 2020). *Organización de las Naciones Unidas*. Obtenido de La Agenda para el Desarrollo Sostenible : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>
- ONU-CEDAW, Recomendación General 24, La Mujer y la Salud, párr. 27. (02 de 02 de 1999). Obtenido de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>
- OPS, Panorama regional y perfiles de país. Guatemala. (Organización Panamericana de la Salud 2012).
- OPS. (2018). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Washington D.C: World Health Organization 2016. Obtenido de <http://iris.paho.org>.
- OPS. (2019). *Recomendación de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Washington DC: Publicaciones generales .
- OPS-OMS, Estándares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna (Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud 2003).
- Parliamentary Assembly CE. (03 de octubre de 2019). *Resolution 2306 (34th Sitting)*. Obtenido de Obstetrical and Gynaecological violence: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&lang=en#:~:text=Obstetrical%20and%20gynaecological%20>

violence,-

Author(s)%3A&text=The%20European%20Union%20Agency%20for,on%20the%20lives%20of%20victims

Resolución N°3280 (Ministerio de Salud y Protección Social 02 de agosto de 2018).

Šimonović, D. (2019). *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias: Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva*. Asamblea General de Naciones Unidas. Ginebra: Asamblea General de las Naciones Unidas. Obtenido de https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A_74_137-ES.pdf

JURISPRUDENCIA INTERNACIONAL

Caso Comunidad indígena Sawhoyamaxa vs. Paraguay, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 146 (Corte IDH 29 de marzo de 2006).

Caso No.904-12-JP (Corte Constitucional del Ecuador 13 de diciembre de 2019). Obtenido de [https://portal.corteconstitucional.gob.ec/BoletinesDiciembre/904-12-JP-19\(0904-12-JP\).pdf](https://portal.corteconstitucional.gob.ec/BoletinesDiciembre/904-12-JP-19(0904-12-JP).pdf)

CIDH, ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MATERNA DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS (OEA/Ser.L/V/II. 07 de Julio de 2010). Obtenido de <http://www.cidh.oas.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaINDICE.htm>

CIDH. (7 de junio de 2010). Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos.

CIDH. (2010). *Acceso A Servicios De Salud Materna Desde Una Perspectiva De Derechos Humanos*. Washington .

CIDH. (2011). *Informe No. 80/11, Caso 12.626, Jessica Lenahan (González) y otros (Estados Unidos)*. Obtenido de <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2011/USPU12626ES.doc>

CIDH. (2014). *INFORME No. 35/14 pETICIÓN 1334-09 Informe de admisibilidad Eulogia Guzmán y su hijo Sergio VS. Perú*. Washington DC.

CIDH, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 44/17 (Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas 17 de abril de 2017).

CIDH, Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenasprácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. OEA/Ser.L/V/II. (14 de noviembre de 2019).

Corte IDH, Caso Claude Reyes y otros Vs. Chile (19 de septiembre de 2006.2).

Corte IDH, Caso González y otras (Campo Algodonero) vs. México (16 de noviembre de 2009).

Corte IDH, Caso Comunidad Indígena Xàkmok Kàsek Vs. Paraguay (24 de agosto de 2010).

Corte IDH, Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (31 de agosto de 2010).

Corte IDH, Caso Veliz Franco y otros Vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (19 de mayo de 2014).

Corte IDH, Caso I.V. Vs Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (30 de noviembre de 2016). Obtenido de http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf

Corte IDH, Caso López Soto y otros vs. Venezuela (26 de septiembre de 2018). Obtenido de http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_362_esp.pdf

- TEDH, Caso “Opuz vs. Turquía”, demanda 33401/02 (sentencia de fecha 09 de Junio de 2009).
- TEDH, Caso Ternovszky vs. Hungría Application no. 67545/09 (Diciembre de 14 de 2010).
- TEDH. (2010). CASE OF TERNOVSZKY v. HUNGARY Application no. 67545/09.
- TEDH, Case of R.R. V. Poland. Application no. 27617/04 (26 de mayo de 2011).
- TEDH, “Yazgül Yılmaz vs. Turquía”, demanda 36369/06 (01 de febrero de 2011).
- TEDH, V.C. vs Slovakia Application no. 18968/07 (8 de noviembre de 2011).
- TEDH, A.S. contra Hungría Comunicación Nro. 4/2004, CEDAW/C/36/D/4/2004 (Junio de 15 de 2012).
- TEDH, Konalova vs. Rusia Application no. 37873/04) (21 de noviembre de 2014).
- TEDH, Caso Dubská y Krejzová contra República Checa Applications nos. 28859/11 and 28473/12 (15 de noviembre de 2016).
- TEDH, Soares de Melo v. Portugal (application No.72850/14) (16 de febrero de 2016).
- TEDH, Ternovszky contra Hungría (2011).

JURISPRUDENCIA NACIONAL

- Consejo de Estado , exp. 11.878 (8 de febrero de 2001).
- Consejo de Estado , exp. 12.338 (CP. Alier Eduardo Hernández Enríquez 03 de mayo de 2001.b).
- Consejo de Estado , exp. 19.496 (C.P. Mauricio Fajardo Gómez 07 de julio de 2011.b).
- Consejo de Estado, exp. 5902 (CP. Gustavo de Greiff Restrepo 24 de Octubre de 1990).
- Consejo de Estado, exp. 6253 (13 de septiembre de 1991).
- Consejo de Estado, exp.6897 (30 de julio de 1992).
- Consejo de Estado, exp.11.802 (CP. Daniel Suárez Hernández 19 de febrero de 1998).
- Consejo de Estado, exp. 11.878 (10 de febrero de 2000.a).
- Consejo de Estado, exp.12.123 (17 de agosto de 2000.b).
- Consejo de Estado, exp.12.625 (4 de diciembre de 2002).
- Consejo de Estado, exp. 11.605 (CP. Alier Eduardo Hernandez Enríquez 15 de Agosto de 2002.a).
- Consejo de Estado, exp. 14.212 (22 de abril de 2004.a).
- Consejo de Estado, exp. 14.696 (CP. Alier Hernández 01 de julio de 2004.b).
- Consejo de Estado, 14.767 (07 de diciembre de 2004.b).
- Consejo de Estado, exp.13.542 (13 de julio de 2005.a).
- Consejo de Estado, exp. 15.276 (14 de julio de 2005.b).
- Consejo de Estado, exp.12.158 (5 de diciembre de 2005.c).
- Consejo de Estado, exp.15.772 (31 de agosto de 2006).
- Consejo de Estado, exp.27.434 (08 de marzo de 2007).
- Consejo de Estado, exp. 16.085 (26 de marzo de 2008).
- Consejo de Estado, 15.263 (CP. Myriam Guerrero de Escobar 19 de Junio de 2008.a).
- Consejo de Estado, Exp. 15.725 (20 de marzo de 2008.a).
- Consejo de Estado, exp.16.775 (16 de julio de 2008.b).
- Consejo de Estado, exp.17.149 (25 de febrero de 2009.a).
- Consejo de Estado, exp.17.994 (26 de marzo de 2009.b).
- Consejo de Estado, exp. 18.651 (CP. Ruth Stella Correa Palacio 11 de noviembre de 2009.c).
- Consejo de Estado, exp.37.427 (12 de mayo de 2010.a).
- Consejo de Estado, Exp. 19.101 (23 de Junio de 2010.b).

- Consejo de Estado, exp.20.836 (24 de marzo de 2011).
- Consejo de Estado, exp. 22745 (14 de Septiembre de 2011.c).
- Consejo de Estado, exp. 20042 (CP. Hernan Andrade Rincon 07 de marzo de 2012).
- Consejo de Estado, exp.27.743 (24 de julio de 2013).
- Consejo de Estado, Exp. 28804 (28 de agosto de 2014).
- Consejo de Estado, exp.33.460 (28 de mayo de 2015).
- Consejo de Estado, 34.928 (16 de febrero de 2017.a).
- Consejo de Estado, exp.36.386 (18 de mayo de 2017.b).
- Consejo de Estado, exp.47.100 (13 de noviembre de 2018).
- Consejo de Estado, 42.978 (29 de julio de 2019).
- Consejo de Estado, 54.886 (C.P. Martín Bermúdez Muñoz 03 de abril de 2020).
- Corte Constitucional , Sentencia No. C-542/93 (MP. Jorge Arango Mejía 24 de noviembre de 1993).
- Corte Constitucional , C-371 (2000).
- Corte Constitucional , T-732 (2009).
- Corte Constitucional, T-878 (2014).
- Corte Constitucional, T-735 (2017).
- Corte Constitucional, T-338 (2018).
- Corte Constitucional. (30 de Junio de 2020). *El Estado puede convertirse en un segundo agresor de una mujer, cuando no es diligente en atender denuncias de violencia de género*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/noticia.php?T-735/17-Estado-puede-convertirse-en-segundo-agresor-de-una-mujer-cuando-no-es-diligente-en-atender-denuncias-de-violencia-de-g%C3%A9nero-8638>
- Corte Constitucional Colombiana, C-178 (2014).
- Corte Constitucional de Colombia , C-355 (2006).
- Corte Constitucional de Colombia , C-098 (2018).
- Corte Constitucional de Colombia , SU-096 (2018).
- Corte Constitucional de Colombia, T-697 (2016:06).
- Corte Constitucional de Colombia, T-306 (2016:12).
- Tribunal de Ética Médica de Risaralda, Providencia No. 05 (MP. Juan Mendoza Vega 2005).
- Tribunal de Ética Médica del Atlántico, Providencia No. 81 (MP. Lilian Torregosa Almonacid 2013).
- Tribunal Nacional de Ética Médica, Providencia No.72 de 2011 (MP. Fernando Guzman Mora 2011).
- Tribunal Nacional de Ética Médica, Providencia No.72 (MP. Fernando Guzman Mora 2011).
- Tribunal Nacional de Ética Médica, Providencia No. 98 (MP. Francisco Javier Henao Pérez 2014).

DOCTRINA

- Al Adib Mendiri, M., Ibañez Bernaldez, M., Casado Blanco, M., & Santos Redondo , P. (Marzo de 2017). *Violencia obstétrica: Un fenómeno vinculado a la violación de los Derechos elementales de la mujer*. *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual*, 31(1).
- Alliance, W. R., Manning, A., Schaaf, M., & al, e. (2019). *Falta de Respeto y Abuso durante el Parto y Cuidado Materno respetuoso*. Obtenido de White Ribbon Alliance:

- https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2019/02/RMC_DA_Brief_Spanish.pdf
- Alnemari, B., Albizrah, N., Arain, F., Alotaib, H., Assalmi, H., & Alqurashi, A. (2020). Obstetric Violence experienced during child birth in Taif city, Saudi Arabia. *Middle East Journal of Family Medicine*, 1(18), 81-90.
- Álvarez Espinoza, N. (2016). La moral, los roles, los estereotipos femeninos y la violencia simbólica. *Revista Humanidades*, 181-212. doi:10.15517/H.V6I1.24964
- American Public Health Association. (agosto de 2001). Increasing access to out-of-hospital maternity care services through state-regulated and nationally-certified direct-entry midwives. *American Public Association*. Obtenido de <http://www.apha.org/>
- Amnesty International . (2010). Deadly Delivery: The Maternal Health Care Crisis in the USA. *Amnesty international Secretariat*.
- Annan, K. (1995). Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer . *Introducción* . Beijing .
- Arguedas Ramírez , G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 155-180.
- Argüello-Avendaño, H., & Mateo-González, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminarR*, 2(12), 13-29. Recuperado el 10 de julio de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200002&lng=es&tlng=es.
- Bautista-Charry, A., & Grillo-Ardila, C. (2019). Parto vaginal a término en presentación pelviana ¿una opción temeraria o una oportunidad? *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 70(4), 7-12.
- BBC News Zagreb. (11 de Enero de 2019). Violencia Obstétrica: Las mujeres que luchan contra el trato denigrante en los hospitales de Croacia. *BBC News*, págs. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-46835501>.
- Belli, L. (2013). La Violencia Obstétrica: otra forma de violación a los Derechos Humanos. *Rvista RedBioética UNESCO*, 25-34.
- Betrán, A., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A., & Torloni, M. (2016). The Increasing Trend in Cesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS*. doi:doi:10.1371/journal.pone.0148343
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E., Lutsiv, O., Makh, S., Souza, J. P., . . . Gülmezoglu, M. (30 de junio de 2015). The Mistreatment of women during childbirth in health facilities Globally: A mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 1-32. doi:10.1371/journal.pmed.1001847
- Bohren, M., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T., Balde, M., Maya, E., . . . Tunçalp. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries, a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet*, 394([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)), 1750-1782. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
- Bohren, M., Vogel, J., Tunçalp, Ö., Oladapo, O., & Gülmezoglu, A. (2015). Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13775>.
- Botero, E. G. (2013). *Responsabilidad extracontractual del Estado*. Bogotá: Temis.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.

- Bourdieu, P., & Passeron, J. (2009). *La creencia y el cuerpo. En El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. MA: *URC-Traction Project, Harvard School of Public Health*.
- Brundtland, G. H. (2002). *Informe mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington: OMS.
- Buchely Ibarra, L. F. (Julio - Diciembre de 2014). Género y Constitucionalismo, una mirada feminista al derecho Constitucional Colombiano. *Ciencia Política.*, 9(18), 83-107.
- Camacaro Cuevas, M. (2013). La Violencia Obstétrica como cuestión de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 185-192.
- Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 147-162.
- Carmona Cuenca, E. (24 de junio de 2018). Los principales hitos jurisprudenciales del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en materia de Igualdad de Género. *Teoría y Realidad Constitucional*(42), 311-334. doi:bibliuned:TeoriayRealidadConstitucional-2018-42-7080
- Castro, R. (Abril- Junio de 2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2).
- Castro, R., & Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre Violencia Obstétrica en México. *CONAMED*, 19(1), 37-42.
- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos* (Vol. 1). Mexico DF: Universidad Autónoma de México.
- Castro, R., & Frías, S. (2020). Obstetric Violence in Mexico: Results from a 2016 National Household Survey. *Violence Against Women*, 26, 555-572. doi:10.1177/1077801219836732
- Cava, M., Buelga, S., Musitu, G., & Murgui, S. (2010). Violencia Escolar entre adolescentes y sus implicaciones en el ajuste psicosocial: Un estudio longitudinal. *Revista de Psicodidáctica*, 21-34.
- CEPAL, Mujeres indígenas en América Latina: Dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos (octubre de 2013).
- Conde-Agudelo A, B. J. (2004). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004. 192:342-349.
- Cribb, A., & Bignold, S. (1999). "Towards the reflexive medical school: the hidden curriculum and medical education research" (Vol. 24). *Studies in higher Education*.
- Curtin, D., & Litke, R. (1999). *Institutional Violence*. Atlanta EEUU: Rodopi.
- Dávila, M. X., & Chaparro, N. (2020). *Entre la bata y la toga. El rol de los Tribunales de Ética Médica en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos*. Bogotá DC: Dejusticia.
- De Beauvoir, S. (1949). *El Segundo Sexo*. Paris: Éditions Gallimard.
- Delgado Álvarez, C. (2008). 161 respuestas sobre la violación de género. *Globalia Artes Gráficas*, 31.
- Díaz García, L. I., & Fernández M, Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de*

- derecho (Valparaiso)*, 123-153. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>
- Díaz, M. (abril-julio de 2019). Violencia obstétrica y género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedades*, ISSN 1852-8759 (29), 23-34.
- DiFilippo, S. H. (2015). Resistance and relearning: Women's experiences choosing midwifery and home birth in Ontario, Canada. *The Canadian Journal for the study of adult education*, 27(3).
- Diniz, S., De Oliveira Salgado, H., De Aguiar Andrezzo, H., De Carvalho, P., Carvalho, P., Aguiar, C., & Niy, D. (2015). Abuse and Disrespect in childbirth care as public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 377-382.
- D'Oliveira, A., Diniz, S., & Schraiber, L. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359, 1681-1685. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)
- Dukuen, J. (2011). Retomando un debate: la teoría de la violencia simbólica en Bourdieu y la noción de ideología en Althusser, frente al problema de la reproducción. *Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 5, 19-21.
- Echène, A. (2006). *Feminisme et maternité*. Obtenido de Le Cordon: http://lavivecie.free.fr/article.php3?id_article=73
- El Tiempo. (29 de abril de 2018). Fuerte debate por proyecto sobre Violencia Obstétrica. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/salud/ley-sobre-violencia-obstetrica-es-rechazada-por-especialistas-210668#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20Senadora,embarazo%2C%20parto%20y%20post%20parto>.
- Estados Unidos Mexicanos, Dictamen con punto de acuerdo sobre la violencia obstétrica en las instituciones de salud (26 de julio de 2016).
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Violence against women: an EU-wide survey. Main results report*. Obtenido de Sex, sexual orientation and gender: <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
- Faceta Jurídica. (Marzo - Abril de 2019). Derechos Reproductivos, Alcance y Contenido. *Faceta Jurídica*, págs. 1-4.
- Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. (2016). Fotoreportaje . Colombia . FECOLSOG. (26 de Junio de 2018). *Análisis Proyecto de ley sobre Violencia Obstétrica* . Obtenido de FECOLSOG: <https://www.fecolsog.org/analisis-proyecto-ley-violencia-obstetrica/>
- Fernandez, J. (24 de Julio de 2017). *VIOLENCIA INSTITUCIONAL CONTRA LAS MUJERES: VULNERABLES Y REVICTIMIZADAS*. Obtenido de Amnistía Internacional: <https://www.amnistia.org/ve/blog/2017/07/3195/violencia-institucional-contras-las-mujeres>
- Ferrer-Ferrer, M. (2019). Les violences obstétricales: état des lieux des pratiques associées à un mauvais vécu de l'accouchement en CHU à Marseille. *Gynécologie et obstétrique*. doi:dumas-02379300
- Freedman, L., & Kruk, M. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*, doi: 10.1016/S0140-6736(14)60859-X PMID: 24965825.

- Fundación Juan Vives Suriá. (2010). *Derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia : la violencia hacia la mujer*. Caracas: Fundación Editorial El perro y la rana. Obtenido de http://biblioteca.clacso.edu.ar/Venezuela/fundavives/20170104030843/pdf_136.pdf
- García Villanueva, J., De la Rosa Acosta, A., & Castillo Valdes , J. (2012). Violencia: Análisis de su conceptualización en jóvenes estudiantes de bachillerato . *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* , 495-512.
- García, E. M. (2018). *La Violencia Obstétrica como Violencia de Género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Gherardi, N. (2016). *Otras formas de violencia a las mujeres qué reconocer, nombrar y visibilizar* . Santiago de Chile : CEPAL, United Nations .
- GIRE . (2013). *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*.
- Gobierno de México. (20 de Junio de 2020). *Comisión Nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres*. Obtenido de ¿a qué nos referimos cuando hablamos de sexo y género?: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/a-que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-sexo-y-genero>
- Grupo de información en Reproducción Elegida, A. (2015). *Violencia Obstétrica. Un Enfoque de DDHH*. México DF: Fundación Angélica Fuentes.
- Henao, J. C. (2015). Las formas de reparación en la responsabilidad del Estado: hacia su unificación sustancial en todas las acciones contra el Estado. *Revista de Derecho Privado*, 277-366. Obtenido de <https://basesbiblioteca.uexternado.edu.co:2327/10.18601/01234366.n28.10>
- Instituto Nacional de Salud. (2020). *Boletín Epidemiológico Semanal*. Bogotá DC: Ministerio de Salud y de la Protección Social. doi:<https://doi.org/10.33610/23576189.2020.37>
- International Confederation of Midwives. (10 de octubre de 2020). *dedinitions of midwife*. Obtenido de <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
- International Confederation of Midwives. (03 de julio de 2020). *Midwife Map*. Obtenido de <https://www.internationalmidwives.org/icm-publications/map.html>
- Jaramillo, J. T. (2003). *Sobre la prueba de la culpa médica*. Medellín : Díké.
- Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Med*, 30.
- Kukura, E. (2018). Obstetric Violence. *Georgetown Law Journal*, 106(Issue 3), 721-801.
- Lafaurie Villamil, M., Rubio Leon, D., Perdomo Rubio, A., & Cañon Crespo , A. (2019). La Violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 18-36.
- Lafaurie Villamil, M., Rubio Leon, D., Perdomo Rubio, A., & Cañon Crespo, A. (2019). La Violencia Obstétrica en la literatura de las Ciencias Sociales en América Latina. *Revista Gerencia y Políticas en Salud* , 18-36.
- López Sáez, M., & Boucand , D. (2004). Maternidad y matronas en Francia. *Matronas Profesión*, 5(18), 30-34.
- Magnone, N. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervención y violencia obstétrica*. Ponencia presentada en la X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales , Montevideo .

- Maison de Naissance Doumaïa. (octubre de 2020). *Cadre legal d' experimentation*. Obtenido de http://doumaia.fr/?page_id=470/#cadre-legal
- Mandela, N. (2002). *World Report on Violence and Health: Summary*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud.
- Martinez Pacheco, A. (2016). Significados y Aproximaciones teóricas sobre le tema de la Violencia: La Violencia, conceptualización y elementos para su estudio. *Política y Cultura ISSN 0188-7742*(46).
- Mayo Clinic. (28 de Mayo de 2020). *Atención al Paciente e información médica*. Obtenido de Enfermedades y afecciones: Fístula Rectovaginal: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/rectovaginal-fistula/symptoms-causes/syc-20377108>
- McCracken, L. (1999). *Rape of the Twentieth Century*. Obtenido de <http://portail.naissance.asso.fr/docs/rape.html>
- Measure Evaluation. (2020). *Family Planning and Reproductive Health Indicators Database*. Recuperado el 1 de Junio de 2020, de Maternal mortality ratio (MMR): https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/womens-health/sm/maternal-mortality-ratio-mmr
- Meijer, M., Brandao, T., Cañadas, S., & Falcon, K. (2020). Components of Obstetric Violence in facilities in Quito, Ecuador: A Description study on information, accompaniment and position during childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 355-360. doi:10.1002/ijgo.13075
- Menendez, E. (2003). Modelos de Atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 185-207.
- Menendez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 185-207.
- Mera-Mamián AY, A.-S. R. (2019). Mortalidad materna en el departamento de Cauca, un estudio en el régimen subsidiado. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2019;37*(3), 64-73.
- Merger-Pélier, M., & Dibie-Krajcman, D. (2012). *La responsabilité disciplinaire*. In: *Le manuel juridique de la sage-femme*. (2ème édition ed.). Les études hospitalères.
- Miguel Barrio, R. (2018). El estatuto de la víctima del delito en los casos de víctimas de violencia de género. *Justicia* , 301-355.
- Monroy Muñoz, S. A. (2012). El continuo gineco- obstétrico: Experiencias de Violencia vividas por mujeres gestantes en Servicios de Salud de Bogotá. *Tesis Doctoral*. Bogotá DC: Universidad Nacional de Colombia.
- Muñoz Rodriguez, L. F. (2016). Violencia Simbólica y dominación masculina en el discurso cinematográfico colombiano. *Revista Colombiano de Sociología*, 103-122. doi:10.15446/rcs.v39n1.56343
- Novoa Torres, E. (julio- Diciembre de 2014). Feminismos y Prácticas Políticas en América Latina . *Ciencia politica.*, 9(18), 12-13.
- Nussenzweig Hotimski, S. (2010). Formación en Obstetricia: los conflictos entre la enseñanza y la capacitación médica y la estructuración de los Derechos humanos en la atención del Parto en San pablo, Brasil. *Formación en Obstetricia y DDHH*.
- Oakley, A. (1985). *The Captured Womb: History of the Medical Care of Pregnant Women* . Londres: Blackwell.
- Odd, A. (2013). The Impact of traumatic birth: An exploration of mother's experiences.

- Ogangah, C., Slattery, E., & Mehta, A. (2007). Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities. *New York: Center for Reproductive Rights*.
- Okafor, I., Ugwu, E., & Obi, S. (2015). Disrespect and abuse during facility-based childbirth low-income country. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* , 110-3 .
- Olza Fernandez, I. (2014). Estrés Postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de Violencia Obstétrica. *Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista Iberoamericana de Psicosomática* , 79-83.
- Ordre de Sages-femmes. (enero de 2016). *Les Sages-femmes en France et dans le monde*. Obtenido de Améliorer la Santé des femmes et des nouveau-nés: http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/06/Livret-Congres-ICM-SF_francais.pdf
- Osoimehin, B. (Junio de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de La inversión en partería puede salvar millones de vidas de mujeres y recién nacidos: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/investment-midwifery/es/>
- Patierno, N. (2016). Análisis del cuerpo y la educación como objetos de la violencia simbólica. Un enfoque posible desde la mirada de Pierre Bourdieu. *Educación Física y Ciencia*, 18(1), 1-14. Recuperado el 28 de Mayo de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4399/439946919005>
- Pérez D'gregorio, R. (2010). *Obstetric Violence: The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based Childbirth* . Obtenido de Reproductive Health WHO: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/
- Piedrahíta-Gutierrez , D., España, J., Piedrahíta , W., López, C., & Henao, R. (2016). Resultados obstétricos y perinatales en pacientes con o sin analgesia obstétrica durante el trabajo de parto. *IATREIA Universidad de Antioquia*, 263-269. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1805/180546208001>
- Pozzio, M. R. (abril de 2016). La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstetrica. *Revista Estudios Feministas*. Obtenido de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2016000100101
- Premières heures au monde. (30 de octubre de 2020). *Maisons de Naissance*. Obtenido de <http://mdnpham.fr/>
- Ramirez García, H., Almaguer Gonzales, A., & Vargas Vite, V. (Septiembre - Diciembre de 2010). La Violencia Obstétrica, Una forma de patriarcado en las instituciones de Salud . *Género y Salud en Cifras*, 8(3), 4-5.
- Rance, S. (1997). *Discursos médicos en torno al aborto: estudios de caso en contextos hospitalarios de los sistemas de salud pública y seguridad social* . La Paz: Ipas/sns/dfid.
- Red Global Doctor's for a Choice. (2015). *Violencia Obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia*. Colombia: Grupo Médico por el Derecho a Decidir.
- Renfrew, M. e. (2015). Pathways to Strengthening Midwifery. *Entre Nous*(81), 12-14.
- Rizzo, N. (2012). Un análisis sobre la reproducción social como proceso significativo y como proceso desigual. *Sociología México*, 281-297. Recuperado el 01 de Junio de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732012000300009&lng=es&tlng=es.
- Rost, M., Arnold, L., & De Clerq, E. (2020). "Boiling up the problem of violence" in childbirth? -An ethical viewpoint on medical professional responses to women's

- reports of mistreatment in childbirth. *Ethik Med*, <https://doi.org/10.1007/s00481-020-00569-z>.
- Rubio León, D. C. (2019). La construcción social de la violencia obstétrica en América Latina: Una revisión de documentos científicos, audiovisuales y periodísticos. *Revista Facultad Nacional de Salud*, 136-138.
- Salas Moya, J. (2015). LA SEXUALIDAD FEMENINA EN ROMA Y LA VIOLENCIA SIMBÓLICA CONTRA LAS MUJERES EN LOS CATULLI CARMINA. . *Revista Káñina*, 203-214. Recuperado el 28 de Mayo de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=442/44247255016>
- Sendall, Jane; et al. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Systematic Reviews*. doi:doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.
- Serrano Escobar, L. G. (2020). *Tratado de Responsabilidad Médica*. Bogotá, D.C. Colombia: Ediciones Doctrina y Ley.
- Serrano Escobar, L. G., & Tejada Ruiz, C. P. (2017). *La responsabilidad patrimonial del Estado*. Bogotá: Ediciones Doctrina y Ley.
- Stubbs, S. (1958). Cruelty in Maternity Wards . *Ladies Home Journal*.
- Sumario N° 354, Registro Oficial 354 (Corte Constitucional del Ecuador 24 de octubre de 2018). Obtenido de <https://www.registrooficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/registro-oficial/item/11022-registro-oficial-no-354>
- Taft, A., & Watson, L. (2008). Depression and temination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: The confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health*, 75-83.
- Ten Hoope-Bender, P., De Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., & Fogstad, H. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*.
- The New York Times. (13 de Marzo de 2019). ¿Porqué en América Latina, una región que dice amar a las madres, reina la violencia obstétrica? *América Latina*. Recuperado el 21 de enero de 2020, de <https://www.nytimes.com/es/2019/03/13/espanol/america-latina/violencia-obstetrica-america-latina.html>
- Tinoco Zamudio, S. (2016). Propuesta para la prevención y atención de violencia institucional en la atención obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 48-54.
- Torres Falcon, M. (2005). Género y Discriminación. *El Cotidiano*, 71-77.
- Tzul AM, K. E.-P.-G. (2006). Maternal mortality in Guatemala: differences between hospital and non-hospital deaths. *Salud Publica Mex* 2006;48:183-192.
- UNFPA. (2019). *Unitated Nations Special Rapporteur on Violence against women, its causes and consequences*. Obtenido de <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.
- UNFPA. (20 de febrero de 2020). *Fondo de Población de las Naciones Unidas*. Obtenido de Fístula Obstétrica: (UNFPA, 2020).
- UNFPA. (abril de 2020). *Fondo de Población de las Naciones Unidas*. Obtenido de Salud Sexual y Reproductiva: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
- UNFPA. (abril de 2020). *Fondo de población de las Naciones Unidas* . Obtenido de Salud Materna: <https://www.unfpa.org/es/salud-materna>
- UNFPA. (01 de julio de 2020). *Fondo de Población de las Naciones Unidas* . Obtenido de Partería: <https://www.unfpa.org/es/parterc3%ADa>

- UNFPA, OMS, International Confederation of Midwives. (2014). *El estado de las parteras en el mundo: Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer*. Washington, US: United Nations Publications.
- UNFPA, Profamilia, MinSalud, OIM. (2020). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y reproductivos*. Bogotá DC.
- UNFPA; International Confederation of Midwives, OMS. (2014). *El Estado de las parteras en el mundo: hacia un acceso universal a la salud, un derecho de la mujer*. Waghington DC: World Health Organization.
- Unicef. (2012). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. El objetivo: mejorar la salud materna*. Unicef.
- Urtin, D. W., & Litke, R. (1999). *Institutional Violence*. Atlanta, EEUU: Rodopi.
- Vallana- Sala, V. (2019). Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. (U. d. Rosario, Ed.) *Revista Ciencia y Salud*, 128-144. doi:http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125
- Vallena Sala, V. (2019). "Es rico hacerlos, pero no tenerlos": analisis de la Violencia Obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 128-144. doi:http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125
- Van Dijk, T. (1996). *Analisis del discurso ideológico* (Vol. 6(10)).
- Varela, N. (2008). *Feminismo para Principiantes*. Barcelona, España: Ediciones B.S.A para el sello B de Bolsillo.
- Vázquez Parra, J. (2016). Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 60-71. doi:http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1441.
- Vedam, S., Stoll, K., MacDorman, M., Declercq, E., Cramer, R., & Cheyney, M. (2018). Mapping integration of midwives across the United States: impact on access, equity, and outcomes. *PLoS*, 2-13. doi:https://doi.org/
- Vedam, S., Stoll, k., Taiwo, T., & et al. (2019). *The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States*. Obtenido de Reproductive Health: https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2
- Villanueva, L. A., Gutierrez, M., Valdez Santiago, R., & Lezana Fernandez, M. (2016). De qué hablamos cuando hablamos de Violencia Obstétrica . *Conamed*, 7-25.
- Villanueva-Egan, L. A. (julio-septiembre de 2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*, 15(3). Obtenido de http://bit.ly/hF16fY
- Villegas, A. (2009). La Violencia Obtétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico . *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 125-146.
- Vogel JP, Bohren MA, Tunçalp O, & Gülmezoglu, A. (2016). Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *123*(5), 671-4.
- West, C. (1984). *When the Doctor is a "Lady": Power, Status and Gender in pshysician-patient Encounters* (Vol. 7). Symbolic Interaction.
- White Ribbon Alliance & Concejo para el cuidado materno respetuoso . (2019). *Falta de Respeto y Abuso durante el Parto y Cuidado Materno Respetuoso*. Obtenido de White Ribbon Alliance : https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2019/02/RMC_DA_Brief_Spanish.pdf
- Women's Link Worldwide. (2016). *Información sobre Colombia para Informe de Seguimiento a la Implementación de Recomendaciones del Comité de Expertas del*

MESECVI. Obtenido de <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/Round3-ShadowReport-Colombia-WLW.pdf>
Zaffaroni, E. R. (2012). *La Cuetsión Criminal* (2da ed.). Buenos Aires: Planeta.