UAB
Universitat Autònoma de Barcelona

EL DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA: HACIA LA CREACIÓN DE UN MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL COMÚN

VALERIA JESSICA CALDERÓN BOGOSLAVSKY

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  https://creativecommons.org/licenses/?lang=es

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  https://creativecommons.org/licenses/?lang=en

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

TESIS DOCTORAL

EL DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA: HACIA LA CREACIÓN DE UN MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL COMÚN

VALERIA JESSICA CALDERÓN BOGOSLAVSKY

DIRECTORA: DRA. MARGARITA BONET ESTEVA
DEPARTAMENTO DE CIENCIA POLÍTICA Y DERECHO PÚBLICO
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

BELLATERRA, MARZO DE 2026

A mi familia

Agradecimiento

Quisiera expresar mi más profundo agradecimiento a mi directora de tesis, la Dra. Margarita Bonet Esteva, por su guía académica y su generosidad intelectual. Su conocimiento y experiencia han sido fundamentales para orientar esta investigación con el rigor jurídico que requiere. Aprecio especialmente su capacidad para fortalecer este trabajo hasta llevarlo a su mejor expresión. Su confianza y compromiso con una investigación orientada a la transformación social han sido una fuente constante de aprendizaje y motivación.

Abreviaturas

ACNUDH: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
AMS: Asamblea Mundial de la Salud
CADH: Convención Americana de Derechos Humanos o "Pacto de San José"
CAT: Comité contra la Tortura
CDN: Convención de los Derechos del Niño
CDN - Comité de los Derechos del Niño
CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
Convención CEDAW: Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer
CEDH: Convenio Europeo de Derechos Humanos
CERD: Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial
CIPD: Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CIPD+25: Cumbre de Nairobi +25
CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Comité CEDAW: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
Comité DESC: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CORTE IDH: Corte Interamericana de Derechos Humanos
DH: Derechos Humanos
DUDH: Declaración Universal de Derechos Humanos
FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
ICM: Confederación Internacional de Matronas
ITS: Infecciones de transmisión sexual
IVE: Interrupción voluntaria del embarazo
LGBTIQ+: Personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex y otras identidades de género y orientaciones sexuales diversas
MGF: Mutilación genital femenina
MESECVI: Mecanismos de seguimiento de la Convención de Belém do Pará

OC 29/22 CORTE IDH: Opinión Consultiva n.º 29/22 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OEA: Organización de Estados Americanos

OG 14-2000-SALUD-DESC: Observación General n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (2000), Comité DESC

OG 22-2016-SSYR-DESC: Observación General n.º 22: El derecho a la salud sexual y reproductiva (2016), Comité DESC

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones UnidasNICE

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PF-CDPD: Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

PF-CEDAW: Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

PF-PIDESC: Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

PIDCP: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Protocolo de San Salvador: Protocolo adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales

RG 19-CEDAW: Recomendación general n.º 19: La violencia contra la mujer (1992), Comité CEDAW

RG-24-CEDAW: Recomendación General n.º 24: La mujer y la salud (1999), Comité CEDAW

RG-33-CEDAW: Recomendación General n.º 33: Acceso de las mujeres a la justicia (2015), Comité CEDAW

RG-35-CEDAW: Recomendación General n.º 35: La violencia por razón de género contra la mujer (2017), Comité CEDAW

SUDH: Sistema Universal de Derechos Humanos

SSYR: Salud sexual y reproductiva

SSRMNA: Salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente

TEDH: Tribunal Europeo de Derechos Humanos

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas Aspectos jurídicos del plan de calidad del Sistema Nacional de Salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

VIH/sida: Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida

VO: Violencia obstétrica

WRA: White Ribbon Alliance

Tabla de contenido

Agradecimiento 3

Resumen 24

Abstract 25

INTRODUCCIÓN 26

Objetivos de la investigación 31

Metodología 31

PRIMERA PARTE 35

MARCO CONCEPTUAL, NORMATIVO Y TÉCNICO-ASISTENCIAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 35

CAPÍTULO I FUNDAMENTOS, DELIMITACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, MARCO HISTÓRICO DE LOS DERECHOS RELACIONADOS Y CONTEXTUALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA 35

1. Marco conceptual de la SSYR y sus derechos relacionados 36

1.1. El derecho a la salud sexual y reproductiva 37

1.2. Derechos reproductivos 38

1.3. Derechos sexuales 39

1.4. Vínculo entre derechos y conceptos 41

2. Marco histórico de los derechos relacionados con la SSYR 41

2.1. Del marco histórico a la utilización de instrumentos globales de Derechos Humanos 43

2.2. La salud como derecho 44

2.3. Mecanismos contra la discriminación y la prevención de vulneraciones en SSYR 47

2.4. Conferencias, consensos y estrategias para la protección de derechos en SSYR 48

2.4.1. Conferencias Mundiales sobre Población y Desarrollo: evolución del reconocimiento de derechos en SSYR 48

2.4.2. Consolidación del enfoque de género y desarrollo en conferencias 49

2.4.3. Estrategias y marcos de protección de derechos globales 51

3. Marco global de protección 53

3.1. La Convención sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) 53
3.2. El comité CEDAW y sus recomendaciones 54

4. Instrumentos de la OMS aplicables a la protección de derechos e identificación de violencias 55

4.1. Declaraciones de la OMS 58
4.1.1. La Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto (1985) 58
4.1.2. Declaración sobre las tasas de cesáreas (2015) 59
4.1.3. Declaración sobre la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud (2014) 60
4.2. Protocolos, recomendaciones y guías de atención 61
4.2.1. Cuidados en el parto normal: una guía práctica (1996) 61
4.2.2. Directriz de la OMS sobre el respeto de los derechos humanos en la provisión de información y servicios de anticoncepción (2014) 62
4.2.3. Estándares para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en los establecimientos de salud (2016) 62
4.2.4. Recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo (2016) 63
4.2.5. Recomendaciones sobre cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva (2018) 64
4.2.6. Guía de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario (2021) 65
4.2.7. Recomendaciones sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva (2022) 65
4.2.8. Guía para la implementación de la transición hacia modelos de atención liderados por parteras (2025) 66

5. Contextualización de la VO 66

5.1. Perspectiva teórica y alcance conceptual 68
5.2. El término “violencia obstétrica”. La adopción de un *nomen iuris* específico y la importancia de nombrar 69
5.2.1. Debates en torno al término 71

6. Impacto de la problemática 73

6.1. Medición e identificación 74

7. Recapitulación 75

8. Conclusiones parciales 76

CAPÍTULO II LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LOS MARCOS NORMATIVOS COMPARADOS EN SSYR: AMÉRICA LATINA, EL CARIBE Y EUROPA.....77

1. Marco latinoamericano y del Caribe.....78

1.1. Venezuela, pionera en la definición de VO 78

1.2. Uruguay: desarrollo normativo en autonomía reproductiva y atención obstétrica 78

1.3. Paraguay, integración de la VO como violación de DH 79

1.4. Bolivia, reconocimiento de la violencia contra los derechos reproductivos 79

1.5. Colombia, estrategias enfocadas en género 80

1.6. Argentina, de iniciativas locales a un marco nacional.....81

1.7. Ecuador, VO incorporada en ley de prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres 82

1.8. Brasil, enfoque en el acompañamiento y vínculo previo con las personas usuarias 83

1.9. Perú, disposiciones relevantes como encuadre de prácticas abusivas 83

1.10. Chile, hacia el reconocimiento de la autonomía corporal y la precisión en los derechos del nacimiento 83

1.11. Panamá: Tipificación del femicidio y protocolos de preservación probatoria 84

1.12. Costa Rica: del control médico a la reforma de la Ley General de Salud 84

1.13. México, enfoque en el derecho a la salud, políticas con perspectivas de género y tipificación 85

2. Marco europeo.....86

2.1. Reconocimiento de la VO en el marco institucional de la Unión Europea 86

2.2. Desarrollo estatal y autonómico: España y Cataluña.....89

2.3. Desarrollo comparado europeo: el caso de Portugal 91

3. Recapitulación 92

4. Conclusiones parciales 92

CAPÍTULO III VÍAS JURÍDICAS FRENTE A LA VO: RESPONSABILIDAD, GARANTÍAS Y MECANISMOS DE REPARACIÓN.....93

1. El bioderecho como marco normativo de integración entre bioética y DH 93

2. El derecho como herramienta de transformación 94

2.1. Vía penal.....95

2.1.1. Mandatos internacionales y la tendencia a la tipificación.....95

2.2. Tensiones entre la respuesta punitiva autónoma y la visibilidad de la violencia 96

2.3. La crítica a la inflación legislativa y al minimalismo penal 98
2.4. El carácter de *ultima ratio* y la función expresiva del derecho 98
2.5. Limitaciones de base y el riesgo de individualización 100

3. El enfoque civilista ante el daño sistémico 101

4. Quejas escritas y vía de justicia restaurativa 101

5. El plan de parto como garantía preventiva de autonomía 103
5.1. Vinculación con el consentimiento informado 103
5.2. Reconocimiento institucional y normativo 104
5.3. Obstáculos e imprevistos 105

6. Recapitulación 106

7. Conclusiones parciales 107

CAPÍTULO IV SALUD GINECOLÓGICA, OBSTÉTRICA Y PROCESOS REPRODUCTIVOS 108

1. Embarazo, parto y trabajo de parto 109
1.1. Lugar del parto 109
1.2. El trabajo de parto: proceso, medidas y recursos 110
1.3. Formas de nacimiento 112
1.3.1. Pinzamiento del cordón 113
1.3.2. El pujo 113

2. El posparto y los cuidados infantiles en el ámbito posnatal 113
2.1. Contacto precoz, lactancia inmediata 114
2.2. Protección de la lactancia y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1981) 115
2.3. Identidad, certificados y registros de nacimiento 116

3. Complicaciones durante las etapas reproductivas 117
3.1. Morbilidad y mortalidad materna y neonatal 118
3.1.1. Uniones tempranas como factor de mortalidad 119
3.1.2. Aborto como factor de mortalidad 120
3.2. Complicaciones específicas gestacionales y del parto 122
3.3. Riesgos posparto y secuelas a largo plazo 123
3.4. Intervenciones y manejo 124

4. Personal de atención en salud sexual y reproductiva 125
4.1. Ginecólogos y obstetras 126
4.2. Matronería, partería profesional y tradicional 127
4.2.1. Doulas y educadoras 131
4.2.2. Enfermería obstétrica 132
5. Utilidad del bioderecho 132
6. Condiciones de los profesionales que impactan la atención 133
6.1. Formación del personal sanitario en salud sexual y reproductiva y en DH 133
6.2. Desgaste profesional, condiciones laborales, jerarquías y su impacto en la atención obstétrica 135
7. Recapitulación 138
8. Conclusiones parciales 139
CAPÍTULO V PARÁMETROS DE DILIGENCIA Y MODELOS DE ATENCIÓN EN SSYR 141
1. La diligencia sanitaria 141
1.1. Alineación de la diligencia sanitaria 141
1.2. Valoración de la diligencia sanitaria 142
2. La utilización del principio de beneficencia 142
3. Garantías 143
3.1. Compatibilidad con los atributos normativos del derecho a la salud 144
4. Responsabilidad 145
5. Delimitación entre mala praxis médica y VO 146
6. Gestión del riesgo 147
7. Recepción jurisprudencial del estándar de *lex artis* 147
7.1. Jurisprudencia española 148
7.2. Jurisprudencia interamericana 150
8. Obligaciones y enfoques en la atención en salud sexual y reproductiva: personal, instituciones y centros sanitarios 150
8.1. El parto como proceso mecánico y patológico 153

8.1.1. Intervención, tecnología y medicalización excesivas como expresiones de relaciones de poder asimétricas....154
8.1.2. Jerarquías, silenciamiento y descalificación como afectación al consentimiento 158
8.2. El estándar de la atención humanizada y la experiencia positiva de parto 160
8.3. Atención centrada en las personas usuarias y continuidad de los cuidados 162
8.4. Transformación normativa y perspectiva de DH 163
8.5. Barreras institucionales: resistencia, fragmentación y lógica de la elección....164
8.6. Integración de la diversidad cultural y modelos de continuidad de cuidado....165

9. Regulación y control institucional: el papel de las políticas sanitarias, la historia clínica, los registros médicos y los protocolos clínicos....166
9.1. Guías y políticas sanitarias como complemento de parámetros normativos 166
9.2. La historia clínica: instrumento institucional y función jurídica 167
9.3. Sustento científico, protocolos y guías de práctica clínica....168

10. Recapitulación 171

11. Conclusiones parciales 172

CAPÍTULO VI MANIFESTACIONES Y TIPOLOGÍAS DE LAS VULNERACIONES DE DERECHOS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.... 174

1. Caracterización jurídica de las violencias en SSYR 176

2. Percepción del maltrato, sufrimiento y dolor 180

3. Manifestaciones de violencias en SSYR contra la integridad personal....182
3.1. Integridad personal y trato discriminatorio....183
3.1.1. Maltrato, humillaciones, regaños, insultos y amenazas 183
3.1.2. Abuso físico, uso de la fuerza, sufrimiento, prácticas coercitivas, imposición....184
3.2. Violencia contra la autonomía corporal y reproductiva, coerción y consentimiento informado. 185
3.3. Vulneración del consentimiento, información, confidencialidad y privacidad....186
3.4. Uso indebido de la objeción de conciencia 188
3.5. Explotación reproductiva y riesgos para la autonomía reproductiva 189
3.6. Violencia sexual 190
3.6.1. Impacto de la atención en sobrevivientes de violencia sexual previa 191
3.7. Medicalización, procedimientos e instrumentación excesivos, injustificados o sin consentimiento informado 192

4. Uso incorrecto de guías de atención, medicación, procedimientos y tecnología 195

4.1. Tacto vaginal desaconsejado o en tiempos inadecuados 197
4.2. Cesáreas innecesarias 197
4.3. Inducción y aceleración del parto sin justificación médica 200
4.4. Instrumentación y episiotomía de rutina 201
5. Omisión de cuidados, desatención y barreras institucionales 204
5.1. Impedimento al acompañamiento 204
5.2. Abandono, desatención 204
5.3. Negación u obstáculos para la emisión de certificados de nacimiento 206
5.4. Violencia, carencia o cuidados impropios ante pérdida gestacional o perinatal 207
5.5. Interferencias en los cuidados del recién nacido 209
6. Alcance transversal para el análisis de las vulneraciones en SSYR 210
6.1. Violencia institucional: expresión operativa de la violencia estructural 211
6.2. Fallas sistémicas, económicas e institucionales 212
6.2.1. Deficiencias del sistema 212
6.2.2. Violencia estructural 213
6.2.3. Fallas económicas 215
6.2.4. Fallas institucionales 215
7. Dimensión individual: experiencias, criterios e interrelaciones 216
8. Normalización: rutinas, cultura clínica y poder médico 217
9. Interseccionalidad e influencia de los determinantes de la salud en iniquidades y violencias 221
9.1. Determinantes sociales de la salud 221
9.1.1. Iniquidades en salud 222
9.2. Elementos de género 223
9.2.1. Relaciones de poder, decisiones económicas y políticas, y desigualdades de género 224
9.3. Determinantes y cuestiones de infancia 225
9.4. Determinantes y procesos reproductivos 227
9.5. Institucionalidad 228
10. Interseccionalidad 228
10.1. Afectación de derechos desde el ámbito de la interseccionalidad 230
10.2. Interseccionalidad y ciclo vital: vulnerabilidad agravada en la adolescencia 231
10.3. Anatomía corporal 231

10.4. Raza, origen étnico y ruralidad....232
10.5. Mujeres indígenas: atención institucional, prácticas culturales e imposiciones clínicas....235
10.6. Ruralidad y desigualdades territoriales en salud....236
10.6.1. Estándares regionales y responsabilidades del Estado en contextos rurales....237
10.7. Migración, refugio y desplazamiento....239
10.8. Conflicto armado....240
10.9. Personas privadas de la libertad....241
10.10. Orientación sexual e identidad de género....243
10.11. Personas discapacitadas o con alguna condición de salud física o mental....244

11. Responsabilidad estatal y omisión institucional....247

12. Recapitulación....248

13. Conclusiones parciales....249

SEGUNDA PARTE....251

INSTRUMENTOS NORMATIVOS Y JURISPRUDENCIALES DE LOS SISTEMAS INTERAMERICANO, EUROPEO Y RESOLUCIONES DEL COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW)....251

CAPÍTULO VII ESTÁNDARES DE PROTECCIÓN DEL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS....251

1. Marco normativo e institucional del SIDH....251

1.1. La Convención Americana de Derechos Humanos (CADH)....251

1.2. La Comisión Interamericana de DH (CIDH)....252

1.3. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará) (1994)....254

1.3.1. Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI)....256

2. La Corte IDH y sus funciones consultiva y contenciosa....257

3. Construcción del *corpus iuris* interamericano sobre VO: estándares y críticas....259

3.1. Tensiones jurisprudenciales en la construcción de estándares....260

3.2. Debates doctrinales y respuestas jurisprudenciales del *corpus iuris* interamericano....261

4. Constelación de casos y análisis sistemático de derechos vulnerados en el SIDH....266

4.1. Análisis de casos contenciosos y estándares de protección 268
4.1.1. Caso *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, 28 de noviembre de 2012 270
4.1.2. Caso *I.V. v. Bolivia*, 30 de noviembre de 2016 271
4.1.3. Caso *Manuela y otros v. El Salvador*, 12 de noviembre de 2021 272
4.1.4. Caso *Brítez Arce y otros v. Argentina*, 16 de noviembre de 2022 275
4.1.5. Caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*, 1 de septiembre de 2023 277
4.1.6. Caso *Beatriz y otros v. El Salvador*, 22 de noviembre de 2024 278
4.1.7. Caso *Ramos Durand y otros v. Perú*, 25 de noviembre de 2025 279

5. Enfoque de derechos para la delimitación de las vulneraciones de derechos en SSYR en el SIDH 280

5.1. Marco interpretativo del derecho a la salud, el derecho a la salud sexual y reproductiva y sus vulneraciones 281
5.1.1. Conductas contrarias a los derechos en SSYR 282
5.1.2. Conexión entre el derecho a la SSYR y el derecho a la salud 283
5.1.3. Conexión entre la SSYR, la autonomía y la libertad reproductiva 285

6. Salud genésica 286

7. Derechos reproductivos 288

8. Morbimortalidad 289

8.1. Morbimortalidad materna, asunto de Derechos Humanos 289
8.2. Morbimortalidad materna como fenómeno prevenible 290

9. Derecho a la atención en SSYR 291

9.1. Atención adecuada, derecho a la vida y a la integridad y el desarrollo progresivo 292
9.2. El desarrollo progresivo y la indivisibilidad e interrelación entre derechos 292
9.3. La atención adecuada y medidas de desarrollo progresivo 294
9.4. Obstáculos al derecho a la atención adecuada en SSYR 294

10. Responsabilidades estatales en SSYR 296

10.1. Criterios de respeto, protección, cumplimiento estatal 297
10.2. Atributos de los servicios de salud 298
10.2.1. Calidad 300
10.2.1.1. Calidad y morbimortalidad 303
10.2. Disponibilidad 304
10.3. Accesibilidad 304

10.4. Asequibilidad 305

11. Realización progresiva de los derechos y criterios de responsabilidades estatales 306

12. Exposición de derechos en SSYR en relación con su vulneración en la jurisprudencia interamericana 307

12.1. Derecho a la dignidad humana 307

12.1.1. Dignidad, vida privada y familiar, y autonomía personal en el marco de los derechos reproductivos 307

12.1.2. Dignidad y derecho a la atención médica adecuada 308

12.1.3. Dignidad, derechos sexuales y derechos reproductivos 309

12.1.4. Dignidad y no discriminación 310

12.2. Derecho a la vida e integridad personal 311

12.2.1. Conexión entre integridad, vida privada y salud 311

12.2.2. Conexión entre integridad, vida y salud 312

12.2.3. Conexión entre integridad y atención en SSYR 314

12.2.4. Integridad, malas prácticas y actos de VO 316

12.3. Discriminación, estereotipos de género e interseccionalidad en la jurisprudencia interamericana 316

12.3.1. Discriminación en los servicios de atención en SSYR 317

12.3.2. Discriminación e interseccionalidad 322

12.3.3. Variables de interseccionalidad 323

12.4. Estereotipos negativos de género en los servicios de atención en salud 325

12.4.1. Anulación del poder decisorio 328

12.4.2. Responsabilidad reproductiva 330

12.4.3. Personas gestantes 330

12.5. Acceso a la justicia y garantías judiciales en contextos de SSYR 331

12.5.1. Diversas formas de vulneración del derecho al acceso a la justicia 331

12.5.2. Acceso a la justicia, estereotipos e imparcialidad 338

12.5.3. Acceso a la justicia, estereotipos e investigaciones 339

12.5.4. Acceso a la justicia, estereotipos y sentencias 342

12.6. Derecho a la información y derecho de acceso a la información 343

12.6.1. Reconocimiento de la titularidad 343

12.6.2. Interpretación doctrinal: voto concurrente en el caso I.V. v. Bolivia 345

12.6.3. Confidencialidad y obligación estatal de información sanitaria 346

12.6.4. Parámetros de información adecuada y consentimiento informado 347
12.6.5. Reiteración de doctrina consolidada en la jurisprudencia posterior 348
12.6.6. Información, alternativas de tratamiento 349
12.6.7. Obligación de transparencia activa 352
12.6.8. Información, autonomía reproductiva y libertad 353
12.6.9. Barreras, límites y dificultades para el acceso a la información 353

12.7. Estándares del consentimiento informado en la jurisprudencia interamericana 356

12.7.1. Concepto y características del consentimiento informado 357
12.7.2. Proceso de decisión 358
12.7.3. Requisitos 358
12.7.4. Responsabilidad y medidas estatales 362
12.7.5. Barreras para el acceso al consentimiento informado 364
12.7.6. Estereotipos de género y consentimiento 366
12.7.7. Interseccionalidad, necesidades particulares 367
12.7.8. Consentimiento, autonomía y libertad 368
12.7.9. Salud genésica, consentimiento y autonomía reproductiva 369
12.7.10. Excepciones al consentimiento 370

12.8. Confidencialidad, secreto profesional, protección de datos personales 372

12.8.1. Excepciones al deber de confidencialidad 374
12.8.2. Restricción en el acceso a la atención médica 374
12.8.3. Ambigüedad de la ley local 376

12.9. Derecho a una vida libre de violencia, particularmente, el "derecho a una vida libre de violencia obstétrica" 376

12.9.1. La Convención de Belém do Pará: Alcance normativo y su relación con la violencia obstétrica en el SIDH 377
12.9.1.1. Aplicación de la definición de la violencia contra las mujeres: caso *I.V. v. Bolivia* 378
12.9.1.2. Deber estatal de prevención de la violencia contra las mujeres: caso *Manuela y otros v. El Salvador* 379
12.9.1.3. Reconocimiento de la VO en el marco normativo de la Convención de Belém do Pará: caso *Brítez Arce y otros v. Argentina* 380
12.9.1.4. Debida diligencia estatal frente a la violencia contra las mujeres: *caso Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela* 381

12.9.1.5. Consolidación del uso de la Convención de Belém do Pará en casos de VO: caso *Beatriz y otros v. El Salvador* 382

13. Otras fuentes de protección utilizadas por el órgano contencioso interamericano 383

13.1. Alcance normativo de otros instrumentos utilizados en la jurisprudencia de la Corte IDH 384

13.1.1. Informes de Relatorías Especiales y Documentos de la OMS 384

13.1.2. Observaciones generales de comités de la ONU 385

13.1.3. Recomendaciones del MESECVI y documentos de la Corte IDH 386

13.2. Jurisprudencia y recomendaciones del Comité CEDAW 386

13.2.1. Recomendación General n.º 19: La violencia contra la mujer (1992), Comité CEDAW 386

13.3. Opiniones Consultivas y documentos de la Corte IDH 389

13.4. Definición de la violencia obstétrica según la Corte IDH con apoyo en instrumentos globales e interamericanos 391

13.5. Elementos constitutivos de violencia obstétrica y el paso hacia actos concretos en que se manifiesta 393

13.5.1. Elementos, características y alcance de algunas manifestaciones de actos de violencia obstétrica 393

13.5.2. Acceso a servicios adecuados 394

13.5.3. Derecho a la información y a su acceso 395

13.5.4. Derecho a un estándar objetivo de cuidado médico 396

14. Medidas de reparación y seguimiento de la Corte IDH 397

14.1. Acuerdos de solución amistosa en el SIDH 399

14.1.1. Caso *María Mamérita Mestanza Chávez* del 26 de agosto (2003) 399

14.1.2. Caso *F.S. v. Chile*, 27 de agosto (2021) 400

15. Pauta de las reparaciones transformadoras 400

15.1. Caso *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*: Levantamiento de la prohibición de la FIV y reparación por restricción a la autonomía reproductiva 401

15.2. Caso *I.V. v. Bolivia*: reparación integral por esterilización no consentida y vulneración del consentimiento informado 401

15.3. Caso *Brítez Arce y otros v. Argentina*: medidas de satisfacción y campañas de prevención frente a la VO 402

15.4. Caso *Manuela y otros v. El Salvador*: reparaciones frente a la criminalización de emergencias obstétricas 403
15.5. Caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*: responsabilidad estatal por mala praxis y VO . 405
15.6. Caso *Beatriz v. El Salvador*: obligaciones estatales en embarazos de alto riesgo y regulación de la objeción de conciencia 406
15.7. Caso *Ramos Durand y otros v. Perú*: unificación normativa del consentimiento e inclusión reparadora 407
16. Recapitulación 407
17. Conclusiones parciales 409
CAPÍTULO VIII EL SISTEMA EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS, CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS CON EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS 412
1. Desarrollo normativo del SEDH 412
2. El TEDH y su jurisprudencia en salud sexual y reproductiva 415
2.1. Constelación de casos y análisis sistemático de derechos vulnerados en el SEDH 415
2.2. Análisis de supuestos de hecho examinados y la argumentación jurídica principal en sentencias del TEDH 418
2.2.1. Caso *V.C. v. Eslovaquia*, 8 de noviembre de 2011 418
2.2.2. Caso *N.B. v. Eslovaquia*, 12 de junio de 2012 419
2.2.3. Caso *I.G., M.K. y R.H. v. Eslovaquia*, 12 de junio de 2012 419
2.2.4. Caso *Elena Cojocaru v. Rumania*, 22 de marzo de 2016 421
2.2.5. Caso *Mehmet Senturk y Bekir Senturk v. Turquía*, 9 de abril de 2013 421
2.2.6. Caso *Korneykova y Korneykov v. Ucrania*, 24 de marzo de 2016 422
2.2.7. Caso *Y.Y. v. Rusia*, 23 de febrero de 2016 423
2.2.8. Caso *L.H. v. Letonia*, 29 de abril de 2017 424
3. Derechos relacionados con la SSYR en el SEDH 424
3.1. Derecho a la vida 426
3.1.1. Materialización de la responsabilidad estatal 427
3.2. Prohibición de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes 428
3.2.1. Derecho a la dignidad y a la integridad personal y tratos crueles, inhumanos o degradantes 429

3.2.2. Derechos de las personas privadas de la libertad y tratos crueles, inhumanos y degradantes 431
3.2.3. Derechos del recién nacido y tratos crueles, inhumanos y degradantes 432

4. Consentimiento informado 433

4.1. Carácter de urgencia 434
4.2. Aplicación de la ley 435

5. Derecho al respeto de la vida privada y familiar 435

5.1. El derecho a la vida privada y familiar, su relación con el derecho a la no discriminación y aspectos de interseccionalidad 437
5.2. Vulneración a la vida privada y familiar y divulgación de datos 439

6. Elementos en común y diferencias entre el SIDH y el SEDH en la aplicación de derechos en SSYR 439

6.1. Bases normativas: la distinta configuración del derecho a la salud 440

6.2. Convergencia en la doble dimensión de las obligaciones estatales: sustantiva y procesal 440

6.3. Visión sobre la interseccionalidad 441

6.4. Visión sobre la vida privada y familiar 441

6.5. El estándar común sobre la responsabilidad estatal por ambigüedad normativa 442

6.6. Construcción de estándares de la Corte IDH sobre el consentimiento informado 442

6.7. Alcance de la construcción del *corpus iuris* del SIDH basado en instrumentos europeos y en jurisprudencia del TEDH 443

6.8. Referencias al SEDH, el marco del Consejo de Europa y otras referencias 444

6.9. Referencias de la jurisprudencia del TEDH utilizadas por la Corte IDH 445

6.9.1. Precedente sobre consentimiento en esterilizaciones: caso *V.C. v. Eslovaquia* 446
6.9.2. Precedente sobre consentimiento informado y esterilización no consentida: caso *N.B. v. Eslovaquia* 447
6.9.3. Precedente sobre esterilización sin consentimiento y discriminación: caso *I.G., M.K. y R.H. v. Eslovaquia* 448
6.9.4. Precedente sobre denegación de atención obstétrica urgente y deber estatal de protección de la vida: caso *Mehmet Senturk y Bekir Senturk v. Turquía* 448

6.9.5. Precedente sobre la protección de la confidencialidad médica y de la vida privada en el ámbito sanitario: caso *Y.Y. v. Rusia* 449
6.9.6. Precedente sobre responsabilidad estatal por falta de atención médica adecuada durante las etapas reproductivas: caso *Elena Cojocaru v. Rumanía* 449
6.9.7. Precedente sobre prohibición de tratos inhumanos y degradantes durante el parto y el posparto inmediato: caso *Korneykova y Korneykov v. Ucrania* 450
6.9.8. Reafirmación del consentimiento como requisito esencial en actos médicos: caso *L.H. v. Letonia* 450

7. Recapitulación 450

8. Conclusiones parciales 451

CAPÍTULO IX ESTÁNDARES DEL SISTEMA UNIVERSAL: COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW) 453

1. Jurisprudencia, derechos vulnerados y referencias de apoyo en la jurisprudencia 454

1.1. Caso *A.S. v. Hungría*, Comunicación n.º 4/2002, CEDAW/C/36/D/4/2004 454
1.2. Caso *Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brasil*, Comunicación n.º 17/2008, CEDAW/C/49/D/17/2008..... 455
1.3. Caso *S.M.F. v. España*, Comunicación n.º 138/2018, CEDAW/C/75/D/138/2018..... 456
1.4. Caso *N.A.E. v. España*, Comunicación n.º 149/2019, CEDAW/C/82/D/149/2019..... 457
1.5. Caso *M.D.C.P. v. España,* Comunicación n.º 154/2020, CEDAW/C/84/D/154/2020..... 458

2. Reconocimiento de la vulneración del consentimiento informado 458

2.1. Algunas consideraciones de la literatura especializada..... 461

3. Referencias del Comité CEDAW por el TEDH..... 462

4. Recapitulación 463

5. Conclusiones parciales 463

CAPÍTULO X LA JURISPRUDENCIA NACIONAL ESPAÑOLA Y LATINOAMERICANA 464

1. Ámbito europeo 466

1.1. Jurisprudencia española sobre violencia obstétrica 466
1.1.1. Sentencia 143/2025, Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia 466

1.1.2. "Caso Oviedo": Recurso de amparo n.º 6313-2019, resuelto por el Tribunal Constitucional en la STC 66/2022 468
1.1.3. La consolidación de la autonomía decisional en el parto: Sentencia STS-9/2026 del Tribunal Supremo 472

2. Ámbito latinoamericano 473
2.1. Jurisprudencia mexicana sobre VO 473
2.2. Jurisprudencia colombiana sobre VO 475
2.3. Jurisprudencia ecuatoriana sobre VO 478

3. Recapitulación 479

4. Conclusiones parciales 480

CONCLUSIONES 481

1. De la fragmentación normativa a la exigencia de una respuesta sistémica 481

2. La VO como afectación jurídicamente relevante en el ámbito asistencial y en el funcionamiento del servicio 482

3. Insuficiencia de la *lex artis* como parámetro único de valoración jurídica 483

4. Convergencias y tensiones entre sistemas de protección 484

5. Ambigüedad normativa, inseguridad jurídica y reproducción de vulneraciones 485

6. Interseccionalidad como criterio jurídico de agravación y deber reforzado de diligencia 486

7. Reparaciones con vocación transformadora y sentido de la sistematización realizada 486

Bibliografía 488
OTRAS FUENTES 513

Resum

La present recerca examina la configuració jurídica de les vulneracions dels drets relacionats amb la salut sexual i reproductiva, amb especial atenció a la violència obstètrica com a manifestació d'aquells en contextos d'atenció sanitària. Atès que diverses conductes que afecten els processos reproductius han estat tradicionalment abordades des de perspectives clíniques o bioètiques, mentre que el seu tractament des del Dret Internacional dels Drets Humans i la seva articulació amb els ordenaments interns requereixen una sistematització jurídica que permeti comprendre el seu abast normatiu, la recerca analitza els estàndards jurídics aplicables a l'atenció en SSYR. Per a això es realitza un examen comparat del Sistema Universal dels drets humans, amb referència a la Convenció sobre l'Eliminació de Totes les Formes de Discriminació contra la Dona (CEDAW), al Comitè CEDAW i a la jurisprudència dels sistemes Interamericà i Europeu de Drets Humans i s'incorpora a més la seva interacció amb ordenaments jurídics llatinoamericans i espanyols per a examinar com els estàndards internacionals incideixen en la delimitació d'obligacions estatals.

L'estudi identifica una convergència interpretativa entre els sistemes de protecció entorn de drets involucrats en l'atenció sanitària en la matèria, entre ells, la informació, el consentiment, la integritat personal, la vida privada i familiar, la dignitat, la igualtat i la no discriminació, així com obligacions estatals de prevenció, regulació i supervisió sanitària. Així mateix, evidència que els desenvolupaments normatius i jurisprudencials regionals i universals han contribuït a consolidar la comprensió de la violència obstètrica com una forma de violència basada en gènere. Aquesta evolució desplaça l'estudi des d'una perspectiva centrada exclusivament en l'actuació individual del personal assistencial cap a la incorporació de la responsabilitat institucional i les obligacions estatals de prevenció, garantia, protecció, deguda diligència i reparació.

La recerca sosté que els desenvolupaments normatius i jurisprudencials configuren un corpus iuris que orienta la interpretació de les obligacions estatals i influeix sobre els ordenaments jurídics interns. La sistematització d'aquests estàndards permet delimitar paràmetres interpretatius aplicables i enforteix la protecció jurídica dels drets en l'atenció.

Paraules clau: violència obstètrica, salut sexual i reproductiva; violència de gènere, deguda diligència, atenció a l'embaràs, treball de part, postpart.

Resumen

La presente investigación examina la configuración jurídica de las vulneraciones de los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva, con especial atención a la violencia obstétrica como manifestación de aquellos en contextos de atención sanitaria. Dado que diversas conductas que afectan los procesos reproductivos han sido tradicionalmente abordadas desde perspectivas clínicas o bioéticas, mientras que su tratamiento desde el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y su articulación con los ordenamientos internos requieren una sistematización jurídica que permita comprender su alcance normativo; la investigación analiza los estándares jurídicos aplicables a la atención en SSYR. Para ello se realiza un examen comparado del sistema universal de los derechos humanos, con referencia a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, al Comité CEDAW y a la jurisprudencia de los sistemas interamericano y europeo de Derechos Humanos, y se incorpora además su interacción con ordenamientos jurídicos latinoamericanos y españoles, para examinar cómo los estándares internacionales inciden en la delimitación de obligaciones estatales.

El estudio identifica una convergencia interpretativa entre los sistemas de protección en torno a derechos involucrados en la atención sanitaria en la materia, entre ellos, la información, el consentimiento, la integridad personal, la vida privada y familiar, la dignidad, la igualdad y la no discriminación, así como obligaciones estatales de prevención, regulación y supervisión sanitaria. Asimismo, evidencia que los desarrollos normativos y jurisprudenciales regionales y universales han contribuido a consolidar la comprensión de la violencia obstétrica como una forma de violencia basada en género. Esta evolución desplaza el estudio desde una perspectiva centrada exclusivamente en la actuación individual del personal asistencial hacia la incorporación de la responsabilidad institucional y las obligaciones estatales de prevención, garantía, protección, debida diligencia y reparación.

La investigación sostiene que los desarrollos normativos y jurisprudenciales configuran un *corpus iuris* que orienta la interpretación de las obligaciones estatales e influye sobre los ordenamientos jurídicos internos. La sistematización de estos estándares permite delimitar parámetros interpretativos aplicables y fortalece la protección jurídica de los derechos en la atención.

Palabras clave: violencia obstétrica, salud sexual y reproductiva; violencia de género, debida diligencia, atención al embarazo, trabajo de parto, posparto.

Abstract

This research examines the legal configuration of violations of rights related to sexual and reproductive health, with particular attention to obstetric violence as a specific manifestation of such violations in healthcare settings. The study begins from the observation that practices affecting reproductive processes have traditionally been addressed from clinical or bioethical perspectives, while their treatment within international human rights law requires a systematic legal analysis capable of clarifying their scope.

Based on this premise, the research analyzes the legal standards applicable to sexual and reproductive health care through a comparative examination of the Universal Human Rights System, with particular reference to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) and the developments of the CEDAW Committee, as well as the jurisprudence of the Inter-American and European Human Rights Systems. The analysis also considers selected Latin American and Spanish legal frameworks to examine how international standards influence state obligations in reproductive health care contexts.

The study identifies an interpretative convergence among the different human rights protection systems regarding rights implicated in sexual and reproductive health care. These include the right to information, informed consent, personal integrity, private and family life, dignity, equality, and non-discrimination, as well as state obligations related to the prevention, regulation, and supervision of the healthcare services. The analysis demonstrates that regional and universal jurisprudential developments have contributed to consolidating the understanding of obstetric violence as a form of gender-based violence linked to dynamics within healthcare systems. This evolution shifts the analysis from the conduct of individual healthcare professionals toward an approach that incorporates institutional responsibility and state obligations of prevention, protection, due diligence, and reparation.

These developments configure an international *corpus iuris* that guides the interpretation of states' obligations and influences domestic legal systems. The systematization of these standards allows for the identification of interpretative parameters applicable to healthcare institutions and strengthens the legal protection of rights in reproductive health care.

Keywords: obstetric violence, sexual and reproductive health, gender violence, due diligence standards, pregnancy, labor, postpartum.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, distintos ordenamientos jurídicos y desarrollos normativos y jurisprudenciales, tanto regionales como nacionales, así como directrices y estándares emitidos por organismos globales de salud, han identificado situaciones que afectan el ejercicio efectivo de los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva (en adelante, SSYR) [1]. Acciones y omisiones en la atención sanitaria comprometen la salud y la vida de las mujeres [2] durante la procreación médicamente asistida, el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el posparto, y en situaciones de pérdida gestacional o perinatal. Estas han sido descritas como vulneraciones de derechos que están interrelacionados [3]. Persisten, pese a la existencia de documentación científica especializada y estándares globales orientados hacia la garantía de una cobertura efectiva, de calidad y respetuosa.

Un punto focal de esta problemática es la violencia obstétrica (en adelante, VO), entendida como una forma específica de vulneración que se manifiesta en conductas y decisiones en el ámbito asistencial, así como en la configuración, organización y funcionamiento de los servicios de salud. Su magnitud global exige una respuesta sistémica, pese a las dificultades metodológicas derivadas de la ausencia de una definición universal y de instrumentos estandarizados de medición.

[1] En esta investigación, algunas categorías, instrumentos, fuentes normativas e interpretativas y otras se citan de forma abreviada mediante su denominación común y, en su caso, el año o número correspondiente.

[2] Nota aclaratoria sobre terminología: La presente tesis maneja un lenguaje general con los términos "mujeres", "mujer", "adolescente", "niñas" y "embarazadas". Lo dicho con respecto a este grupo de la población involucra a personas con órganos reproductivos femeninos que pueden tener o no la capacidad de gestar. Es decir, a todas las personas con capacidad reproductiva. De igual manera, la expresión "recién nacidos" se usa para referirse indistintamente a personas que acaban de nacer, independientemente de su sexo biológico asignado en ese momento.

[3] El párrafo 10 de la OG 22-2016-SSYR-DESC subraya que el derecho a la SSYR es interdependiente e indivisible de otros DH estrechamente vinculados con la integridad física y mental y la autonomía personal. Entre ellos se encuentran los derechos a la vida, a la libertad y la seguridad personal, a no ser sometido a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes, a la privacidad, al respeto de la vida familiar y a la igualdad y no discriminación. La Observación General indica que la falta de servicios de atención obstétrica de emergencia o la negativa a practicar servicios de aborto es con frecuencia una causa de mortalidad y morbilidad materna, lo que puede violar el derecho a la vida o la seguridad y, en ciertas circunstancias, alcanzar el umbral de dichos tratos. Esta directriz fue tomada en cuenta por la Corte IDH en la Sentencia *Brítez Arce v. Argentin*a, como se explica en el apartado sobre atención adecuada, derecho a la vida y a la integridad, y el desarrollo progresivo.

La VO constituye una forma de violencia de género dirigida a las mujeres por el hecho de ser mujeres, que puede ocurrir durante la atención de SSYR (Cohen Shabot, 2016). Sus manifestaciones adoptan formas diversas según el género, la edad y otros factores sociales, y en todos los casos suponen vulneraciones de DH. A nivel global, el informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, relativo a la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial atención al parto y la violencia obstétrica (A/HRC/41/42, 2019), presentado por Dubravka Šimonović en 2019 (en adelante, Šimonović, 2019), reconoce la VO como una manifestación de violencia de género que afecta principalmente a las mujeres, especialmente durante el parto.

También incide en personas trans, no binarias e intersexuales, quienes enfrentan obstáculos asociados a su identidad de género o características sexuales. Se trata de dinámicas sostenidas por culturas institucionales que perpetúan sesgos de género y generan obstáculos en el acceso a servicios de SSYR. Su análisis requiere examinar conductas que vulneran derechos en el ámbito sanitario (Edward y Kibanda, 2022), en consonancia con la exigencia de garantizar el derecho a una vida libre de violencia y atención respetuosa y adecuada en todas las etapas de la vida.

En el ámbito jurisprudencial, si bien diversos sistemas presentan formas de abordar un mismo problema, se escoge el ámbito regional interamericano como primera selección, porque la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, Corte IDH), además de integrar un *corpus iuris* en diálogo con otros sistemas regionales, ofrece una interpretación más sistematizada y detallada de las vulneraciones que se producen bajo el paraguas de VO. Además, debido a que es innovador en el sistema de seguimiento de las obligaciones de reparación.

Por ejemplo, la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina. Fondo de Reparaciones y Costas, Sentencia de 24 de octubre de 2022, Serie C* n.º *484* (en adelante, *Brítez Arce y otros v. Argentina*), marcó un hito al reconocer formalmente la VO como una violación de DH y estableció un estándar que será el eje de análisis conceptual de este trabajo (párr. 77). Esta decisión es una muestra de la consolidación de la exigibilidad de estándares diferenciados de protección en la atención obstétrica y constituye un eje central de la presente investigación.

El análisis de las vulneraciones en materia de SSYR exige una aproximación integral que reconozca la interdependencia de los derechos involucrados y la articulación entre el derecho a la salud y otros derechos como la vida, la integridad personal, la autonomía reproductiva, la igualdad y el acceso a la justicia. Este enfoque requiere identificar el origen, contenido y alcance de estos derechos en los sistemas universales, regionales e internos, particularmente a partir de estándares jurisprudenciales que han delimitado las violaciones y los deberes estatales.

De igual forma, resulta imprescindible considerar factores que perpetúan desigualdades en el acceso y ejercicio de los derechos: determinantes sociales, las dinámicas de género y el entorno institucional, cuya intersección agrava la situación de grupos en situación de vulnerabilidad [4] y condiciona el acceso efectivo a los servicios de SSYR. Desde una perspectiva jurídica, este análisis permitirá identificar cómo las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales inciden en el acceso a los servicios de SSYR, así como las acciones u omisiones estatales que comprometen la implementación de estándares globales y reproducen dinámicas de género que consolidan relaciones asimétricas de poder.

Al abordar el objeto de estudio, se constató que, pese a la creciente visibilización del fenómeno, la producción jurídica especializada no siempre se presenta de manera articulada o sistematizada, especialmente en comparación con el desarrollo alcanzado por la literatura médica y antropológica. Los instrumentos normativos y desarrollos jurisprudenciales ofrecen aproximaciones diversas que responden a contextos y tradiciones jurídicas distintas, lo que se refleja también en matices entre los sistemas regionales de protección. Aun cuando se refieren a un fenómeno de alcance global, su tratamiento no es uniforme. En este marco, la investigación se interroga acerca de cómo se están configurando jurídicamente las vulneraciones de los derechos en SSYR y actos de VO en los sistemas universal y regional de DH, así como en los ordenamientos nacionales.

Aunque una de las cuestiones que surgieron al abordar el objeto del trabajo fue si la VO debía ser objeto de tipificación penal autónoma, la dimensión penal se abordará únicamente de manera

[4] Las 100 Reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad, aprobadas por la XIV Cumbre Judicial Iberoamericana (2008), identifican diversos factores que generan condiciones de vulnerabilidad. Entre ellos, edad, género, discapacidad, pobreza, pertenencia a comunidades indígenas o minorías, victimización, migración y privación de libertad. Estas reglas establecen directrices para garantizar el acceso efectivo a la justicia sin discriminación, así como la protección y el pleno ejercicio de los DH (Cumbre Judicial Iberoamericana, 2008, párrs. 3–4).

contextual como parte del debate contemporáneo, para evidenciar las limitaciones de una respuesta centrada en la responsabilidad individual [5] y subrayar la necesidad de enfoques integrales basados en DH. Por ende, no se sitúa en materia de dogmática penal ni en el análisis técnico de la imputación. Se adopta una aproximación sistematizadora del material jurídico existente orientada a ordenar conceptos, decisiones judiciales y estándares dispersos, e identificar convergencias, tensiones y vacíos relevantes para la protección de derechos en SSYR, que justifica su extensión.

El estudio se apoyará en la investigación científica de rigor disponible y en instrumentos globales de salud y de DH como marcos interpretativos para delimitar obligaciones estatales y evaluar las vulneraciones en materia de SSYR. Considerará un enfoque de DH para el análisis de la salud y la SSYR a partir del reconocimiento del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud conforme al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, PIDESC) [6]. Igualmente, los desarrollos normativos posteriores en instrumentos internacionales como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, resultado jurídico-político de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, conocida como la Conferencia de El Cairo (en adelante, CIPD, 1994) [7]. Incorporará otros derechos protegidos en el SIDH y el Sistema Europeo de Derechos Humanos (en adelante, SEDH).

Se analizarán bajo la categoría genérica de "derechos relacionados con la SSYR", lo que permite resaltar su carácter interdependiente e indivisible y evitar una fragmentación conceptual que

[5] Si bien la responsabilidad no debe ser exclusivamente individual, el personal de atención en salud en contacto con las personas usuarias debería rendir cuentas en cada caso de VO (Hakimi et al., 2025).

[6] El PIDESC, adoptado por la Asamblea General de la ONU en 1966 y en vigor en 1976, constituye una base normativa central del derecho a la salud. Aunque no menciona de forma expresa la salud reproductiva, esta ha sido interpretada posteriormente por el Comité DESC como parte integrante del dicho derecho. En su artículo 12 establece:

> Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el presente Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho comprenderán las necesarias para: a) La disminución de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento de todos los aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

[7] El CIPD (1994), además de consagrar los derechos reproductivos, sirve como referencia para la promoción de la SSYR como un DH. En su principio 8 declara que "todos los derechos reproductivos son derechos humanos fundamentales" y reafirma el derecho a "tener acceso a información y servicios de salud reproductiva". El capítulo VII, párr. 7.3 define los derechos reproductivos y señala que "estos abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre DH y otros documentos consensuados por la comunidad internacional". Establece que estos derechos permiten decidir de forma libre y responsable el número de hijos y su espaciamiento, acceder a información y medios para decidir y disfrutar del nivel más alto posible de SSYR.

invisibilice su dimensión de fondo y facilitará la articulación del análisis normativo con los desarrollos técnicos y sanitarios actuales. En diversos ordenamientos, las disposiciones internas han incorporado estos parámetros junto con el acervo científico documentado, lo que confirma su función como herramientas normativas para identificar obligaciones estatales y delimitar actos constitutivos de vulneraciones en SSYR y VO. Asimismo, el análisis comparado de la jurisprudencia regional y universal permitirá advertir la consolidación progresiva de un *corpus iuris* que incide en los ordenamientos internos y contribuirá a orientar la identificación de vulneraciones y deberes de prevención, investigación y reparación.

La aproximación adoptada es normativo-jurídica, con apoyo en la doctrina y la jurisprudencia regional y universal. Si bien este trabajo se enfoca en actos y omisiones constitutivos de VO, el análisis se inscribe dentro de un marco más amplio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos. En dicho marco, los Estados también están obligados a prevenir y erradicar prácticas y violencias conexas, tales como la violencia sexual, las restricciones indebidas al acceso a anticoncepción y aborto legal y seguro, y la protección frente a prácticas nocivas como la mutilación genital femenina o el matrimonio precoz. Asimismo, la garantía del acceso a medicamentos, información y tratamiento en materia de SSYR.

El análisis jurídico de las vulneraciones en SSYR exige examinar el contexto institucional y clínico en el que se producen, en la medida en que la configuración jurídica de los derechos depende de cómo las prácticas sanitarias, protocolos y modelos de atención interactúan con los estándares normativos aplicables. De igual forma, se considerará la incidencia de principios bioéticos en la configuración jurídica de obligaciones y parámetros aplicables en la atención.

La tesis se estructura en distintos capítulos que siguen una secuencia progresiva. En primer lugar, se establece el marco conceptual, histórico y normativo global de la SSYR. Posteriormente, se desarrolla la fundamentación jurídica de los derechos relacionados en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y la configuración conceptual de la VO como una manifestación de violencia basada en género en contextos de atención reproductiva. A continuación, se examina el ámbito ginecológico y obstétrico desde una perspectiva institucional y normativa, y se delimitan los procesos reproductivos, las obligaciones del personal sanitario, los modelos de atención, el

marco de actuación profesional y parámetros aplicables, así como los instrumentos de control y las garantías jurídicas necesarias para el ejercicio efectivo de los derechos en SSYR.

Sistematiza manifestaciones y tipologías de vulneraciones en SSYR y actos de VO. Integran su análisis multidimensional los determinantes que influyen en ellas, elementos de interseccionalidad y las responsabilidades estatales derivadas. Seguidamente, se examinan los desarrollos normativos y jurisprudenciales del SIDH y los criterios construidos en el SEDH y se identifican convergencias y particularidades relevantes para el análisis comparado. Finalmente, se incorporan los estándares del sistema universal y el diálogo con los ordenamientos nacionales y el análisis de las distintas respuestas jurídicas previstas en los ordenamientos internos.

Objetivos de la investigación

El propósito de esta investigación es analizar la configuración jurídica de las vulneraciones de los derechos relacionados con la SSYR, con especial atención a la VO como manifestación específica de dichas vulneraciones, a partir del examen comparado de los estándares universales, regionales y nacionales. El estudio busca sistematizar el material jurídico existente, identificar convergencias, tensiones y vacíos normativos, examinar el alcance de las medidas de reparación con vocación transformadora y valorar la integración del enfoque interseccional en la jurisprudencia, con el fin de delimitar el alcance de los deberes estatales e institucionales en esta materia, en diálogo con desarrollos científicos especializados y los parámetros técnicos aplicables. En este marco, la investigación se orienta a establecer si del conjunto de fuentes analizadas puede advertirse la formación progresiva de parámetros interpretativos aplicables a los Estados.

Metodología

La investigación se desarrollará en un paradigma sociojurídico y crítico centrado en los derechos relacionados con la SSYR, con el propósito de identificar estructuras normativas, institucionales y culturales que perpetúan vulneraciones, mediante la evaluación de los estándares de protección existentes. El enfoque analítico-propositivo permitirá identificar vacíos normativos derivados de la ausencia, proliferación o ambigüedad de leyes, políticas públicas, protocolos y guías que dificultan la protección de los derechos y la erradicación de las vulneraciones. Asimismo, el

enfoque interseccional permitirá examinar cómo factores determinantes afectan de manera diferenciada a mujeres y otros grupos de la población [8].

El diseño metodológico será descriptivo, analítico y crítico, basado en el análisis doctrinal, jurisprudencial, comparado y legislativo. En su dimensión descriptiva, examinará fuentes jurídicas y científicas para identificar violaciones de derechos en SSYR. En esta investigación, el conocimiento científico es una referencia para identificar el estándar profesional vigente. La exigibilidad jurídica en el ámbito sanitario se define conforme a este estándar y al marco normativo del derecho a la salud, bajo la consideración del contexto y el momento de la actuación.

En su dimensión crítica, analizará estereotipos, sesgos de género y estructuras institucionales que facilitan dichas vulneraciones. En su dimensión analítico-propositiva, evaluará vacíos normativos y la suficiencia de los estándares de protección existentes, en diálogo con la necesidad de marcos normativos y de salud pública coherentes y eficaces. Como sostienen Moreira et al. (2019), la respuesta frente a la VO requiere superar la mera proliferación normativa y centrarse en la eficacia institucional en la garantía de derechos.

El análisis se desarrollará de manera progresiva y articulada para asegurar coherencia interna y consistencia argumentativa. Estas vulneraciones serán examinadas desde un enfoque jurídico e integran dimensiones éticas y sociales. Las vulneraciones de los derechos en SSYR, particularmente la VO, serán interpretadas como violencia de género y se considerarán tanto las experiencias individuales como las condiciones sistémicas y de base que las sustentan. A nivel amplio, se trata de violencia de género; la VO constituye una manifestación específica en el ámbito de la SSYR.

En cuanto a las fuentes y recopilación de información, la investigación analizará de forma sistemática fuentes primarias y secundarias organizadas en categorías: instrumentos globales y regionales de DH, guías de salud global, literatura científica y doctrinal, y análisis del rol del personal sanitario. El estudio adoptará una articulación interdisciplinaria en la que cada tipo de

[8] En esta investigación, la referencia a "mujeres" comprende también a quienes, sin encuadrarse en la categoría jurídica de mujeres, atraviesan procesos reproductivos o reciben atención en el ámbito ginecológico y obstétrico, así como a neonatos que puedan resultar directamente afectados por prácticas constitutivas de VO. A ellos alude igualmente la expresión "otros grupos de la población".

fuente cumplirá una función metodológica específica. La normativa y la jurisprudencia permitirán identificar estándares jurídicos aplicables y la manera en que en el ámbito interno se legitima o no el reconocimiento jurídico de la VO como una forma de violencia que exige reparación integral.

Metodológicamente, el examen de las vulneraciones se realizará mediante el contraste sistemático entre las prácticas asistenciales y protocolos clínicos identificados en la literatura científica, y los estándares normativos y jurisprudenciales de los sistemas de protección de DH. Este procedimiento permitirá evaluar la adecuación de la atención sanitaria a los parámetros globales de SSYR.

Se examinarán instrumentos universales y regionales de DH, particularmente en el marco del SIDH y el SEDH, así como sus desarrollos interpretativos a través de jurisprudencia y Observaciones Generales. El estudio comparado entre el SIDH y el SEDH permitirá examinar la configuración jurídica de la VO: mientras la Corte IDH ha conceptualizado y definido jurídicamente la VO, el TEDH, aunque no usa el término, ha tomado determinaciones sobre vulneraciones conexas. El estudio se centrará en los contextos latinoamericano y europeo, dada su relevancia jurisprudencial en materia de SSYR. El análisis comparado permitirá identificar la construcción progresiva de parámetros aplicables a la SSYR y a la VO; el diálogo entre sistemas enriquecerá la comprensión y permitirá la conducción hacia soluciones normativas adaptables a diversos marcos, acordes con su desarrollo progresivo.

La literatura científica especializada y las guías técnicas posibilitarán contrastar prácticas sanitarias con estándares de calidad. Los principios bioéticos servirán como criterios interpretativos para evaluar la legitimidad de intervenciones médicas incluso cuando estas se ajustan formalmente a la *lex artis*. Se incorporan guías y recomendaciones de organismos como la OMS y la OPS como marcos técnicos que permiten evaluar la adecuación de prácticas sanitarias a estándares internacionales de calidad y respeto de derechos. Se revisará la literatura científica y académica especializada para documentar la ocurrencia de vulneraciones, identificar patrones y fundamentar el análisis jurídico desde evidencia empírica actualizada. Finalmente, se estudiará el rol del personal de salud y las condiciones institucionales que desarrollan su labor, para comprender cómo

interactúan factores de base y normativos en la configuración de afectaciones de derechos en SSYR.

PRIMERA PARTE

MARCO CONCEPTUAL, NORMATIVO Y TÉCNICO-ASISTENCIAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

CAPÍTULO I FUNDAMENTOS, DELIMITACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, MARCO HISTÓRICO DE LOS DERECHOS RELACIONADOS Y CONTEXTUALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La definición de salud formulada por la OMS, de carácter integral y con proyección normativa, permite comprender la SSYR a partir del concepto de salud como componente de base. El preámbulo de su constitución define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*"* (Constitución de la OMS, 1946) [9]. Este concepto amplió la noción tradicional de salud concebida como la ausencia de enfermedad y adoptó un enfoque multidimensional. Posteriormente, la OMS avanzó en la consideración de las necesidades de salud vinculadas a la sexualidad y la reproducción a través del documento técnico conceptual *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo* (OMS, 2017). Establece un marco que articula la SSYR como dimensión interrelacionada del derecho a la salud desde una perspectiva integral que incorpora aspectos físicos, mentales y sociales.

Para comprender este reconocimiento y su protección, debe precisarse el alcance de otros conceptos, como salud sexual, salud reproductiva y el derecho a la SSYR y sus interrelaciones. A pesar de los lineamientos de la OMS y del reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, persisten barreras como la falta de información, servicios deficientes y prácticas discriminatorias que limitan su ejercicio pleno. Algunos actores estatales, institucionales y profesionales desconocen o restringen la autonomía de las personas mediante la creación o aplicación de normativas o prácticas que perpetúan el control sobre la sexualidad y la

[9] El Acta de Constitución de la OMS de 1946 establece como principio que "la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". También determina que "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").

reproducción. Esto incluso deriva en actos de violencia que permanecen invisibles para las instituciones y en ocasiones son solo reconocidos por quienes los padecen. Profundizar en un marco conceptual basado en el derecho internacional y en los desarrollos doctrinales facilita la identificación de algunas de estas y otras vulneraciones, así como examinar la forma en que estos derechos se vulneran durante la atención en SSYR.

1. Marco conceptual de la SSYR y sus derechos relacionados

La SSYR involucra el reconocimiento de aspectos de la vida que deben garantizarse a todas las personas como titulares de derechos y que se orientan al bienestar alcanzable a lo largo de la vida, tanto en el ámbito sexual como reproductivo. Aunque interrelacionados, son distintos: la salud sexual se centra en la autonomía, el placer y la expresión sexual, con la garantía de la libertad en la toma de decisiones sexuales sin violencia ni coerción. La salud reproductiva se enfoca en la capacidad reproductiva y el bienestar durante las etapas reproductivas.

Las Conferencias sobre Población y Desarrollo, particularmente la CIPD (1994), profundizaron sobre la salud reproductiva. El Programa de Acción la define como: "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". Incorpora la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura, y la libertad de decidir sobre la procreación, cuándo y con qué frecuencia. Ambos componentes del bienestar general se conectan y se protegen con la garantía de derechos como el acceso a información y servicios de planificación de la familia, embarazos y partos seguros (Capítulo VII, A.7.2.).

La IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Beijing (1995) reafirmó la definición de salud reproductiva de la CIPD (1994). Destacó la necesidad de información sobre planificación familiar, el uso de métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables y el derecho a recibir servicios sanitarios adecuados que permitan embarazos y partos sin riesgos, entre otros.

Por su parte, el Consenso de Montevideo, aprobado en la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, reafirmó los compromisos del CIPD (1994) (Montevideo, 12–15 de agosto de 2013). Destacó la interdependencia de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos con un enfoque de DH, igualdad de género e

interseccionalidad. Los párrafos 33 a 35 señalan la responsabilidad estatal de "promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos" y de "promover políticas que aseguren que las personas ejerzan sus derechos sexuales". Incluyen el acceso a información, métodos de anticoncepción y servicios de SSYR.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, Comité DESC), como órgano de expertos independientes que supervisa el PIDESC, a través de la Observación General n.º 22: Derecho a la salud sexual y reproductiva (2016), en adelante (OG 22-2016-SSYR-DESC), también contribuyó a este enfoque. Su numeral 6 retoma conceptos de organismos globales y distingue la salud sexual de la salud reproductiva. Señala que la salud sexual es "... un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad". En lo atinente a la salud reproductiva, se apoyó en la definición proporcionada por el CIPD (1994).

Para operacionalizar la salud sexual en las políticas públicas, la OMS propuso en su documento *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo* (2017), un marco que articula principios de salud pública, equidad, participación y enfoque de DH. Este subraya el reconocimiento de la salud sexual como autónoma y no subordinada a la reproducción. Esta distinción permite visibilizar aspectos fundamentales como el placer, el consentimiento, la identidad de género y la orientación sexual y favorece una visión integral de la salud sexual como parte de los DH [10].

1.1. El derecho a la salud sexual y reproductiva

La Observación General n.º 22 (2016) del Comité DESC (en adelante, OG 22-2016-SSYR-DESC) [11] estableció el deber estatal de garantizar el derecho a la SSYR. Para garantizar la SSYR, se

[10] El documento de la OMS (2018) sobre la salud sexual y su relación con la salud reproductiva destaca en su página 6 la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva con esferas de intervención que aseguren principios como el enfoque holístico de la salud sexual; la relación entre salud sexual y salud reproductiva; el respeto, la protección y el cumplimiento de DH. De igual manera, la necesidad de intervención en varios niveles en la salud sexual, a saber, el individual, familiar, comunitario, social, organizacional y estructural. Estos niveles van desde el ámbito clínico hasta la reforma de políticas, la esfera social, el reconocimiento de las diferentes necesidades a lo largo de la vida y en las poblaciones. Asimismo, busca un enfoque positivo, respetuoso y basado en información científica vigente.

[11] Esta Observación General (núm. II.6) destaca que el derecho a la salud no se limita a estar sano. Además, está estrechamente vinculado al ejercicio de otros DH, como alimentación, vivienda, trabajo, educación, dignidad humana, vida, no discriminación, igualdad, prohibición de la tortura, privacidad, acceso a la información y las libertades de asociación, reunión y circulación. Estos derechos conforman el sustento integral del derecho a la salud.

reconoce un conjunto de libertades fundamentales como la autonomía, la capacidad de tomar decisiones y poder hacer elecciones libres y responsables sobre los asuntos relativos al propio cuerpo sin violencia, coacción ni discriminación. También se busca garantizar derechos más amplios, como el acceso a una variedad de servicios, bienes e información sobre SSYR, en virtud del artículo 12 del PIDESC [12]. Aunque está vinculado con el derecho a la salud, el derecho a la SSYR se considera único. Garantizar requiere, además, de un enfoque integral que considere determinantes sociales, culturales y económicos.

1.2. Derechos reproductivos

Los derechos reproductivos, tal como se definen en el CIPD (1994, párr. 7.3), tienen dos dimensiones complementarias: la primera establece el derecho de decidir de manera libre y responsable el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y su intervalo, de forma autónoma y sin discriminación. La segunda dimensión abarca el derecho a disponer de la información y los medios necesarios para ello, así como a alcanzar el nivel más elevado de SSYR. Cubre el acceso a servicios adecuados y rechaza cualquier forma de imposición, coacción o marginación. Abarca igualmente la libertad de elegir sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.

En coherencia con ello, la *Plataforma de Acción de Beijing* amplió el alcance de los derechos reproductivos al afirmar que los DH de las mujeres incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su SSYR, así como a decidir libremente respecto de estas cuestiones sin coerción, discriminación ni violencia (párr. 96). Esta afirmación retomó lo desarrollado por la CIPD (1994), particularmente en el Programa de Acción (párrs. 7.2, 7.3), al establecer la conexión entre salud reproductiva y DH reconocidos previamente en leyes nacionales e instrumentos internacionales.

La Declaración de Beijing reafirmó, además, el derecho de las mujeres a "controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad", junto con la libertad de decidir de forma libre y responsable el número de hijos y el intervalo entre ellos. Así, los Estados deben garantizar

[12] El artículo 12 del PIDESC reconoce el derecho a la salud como un componente fundamental del desarrollo pleno de la persona y lo vincula directamente con los derechos a la alimentación, vivienda, educación y no discriminación.

información, educación y servicios adecuados que protejan esta garantía (ONU 1995). 17). Esta visión abarca también la provisión de servicios de SSYR respetuosos de la diversidad, con información de calidad y libre de discriminación, coacción o violencia. Además, subrayó la necesidad de que las políticas públicas consideren las responsabilidades familiares y comunitarias para facilitar el ejercicio de estos derechos (párr. 96).

La Plataforma de Acción resaltó la situación de las adolescentes frente a la falta de asesoramiento, el acceso limitado a información y la ausencia de consideración de derechos como la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento [13] (ONU 1995, párr. 93). Estas circunstancias dejan a este grupo en condiciones de vulnerabilidad por la falta de información y acceso a los servicios pertinentes, por lo que incorporó medidas de protección para personas en condiciones similares.

1.3. Derechos sexuales

Mientras que los derechos reproductivos se vinculan con la capacidad de tomar decisiones libres y responsables sobre la reproducción, incluido el acceso a servicios de salud reproductiva que promuevan el bienestar y la autonomía reproductiva, los derechos sexuales, como construcción interpretativa consolidada, se enfocan en el derecho al disfrute libre, seguro y placentero de la sexualidad. Se resalta la autonomía en la toma de decisiones sexuales y las condiciones de respeto, privacidad y dignidad (ONU, E/CN.4/2004/49, párr. 55; OMS, salud sexual y su relación con la salud reproductiva (2018), 5; Comité DESC, OG 22-2016-SSYR-DESC, núm. 5) [14].

En su informe *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo* (OMS, 2017), ha establecido que los derechos sexuales comprenden DH ya reconocidos en los marcos jurídicos nacionales y globales. Entre ellos se encuentran: el derecho de alcanzar el nivel más alto posible de salud en relación con la sexualidad; acceder a servicios de SSYR; buscar, recibir y difundir información sobre sexualidad; recibir educación sexual; respetar la integridad

[13] En adelante, la expresión consentimiento se refiere a consentimiento previo, pleno, libre e informado.
[14] El numeral 5 de esta Observación General señala que el derecho a la SSYR comprende un conjunto de libertades y derechos. Entre las libertades, la posibilidad de decidir libremente sobre el propio cuerpo y la propia SSYR, sin violencia, coacción ni discriminación. Los derechos se traducen en el acceso a instalaciones, bienes, servicios e información relacionados con la salud y en la garantía del pleno disfrute del derecho a la SSYR conforme al artículo 12 del PIDESC, que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

corporal; tomar decisiones libres y responsables en asuntos sexuales y reproductivos. También vivir una vida sexual con libertad y respeto. Desde esta perspectiva, la salud sexual no puede entenderse de manera separada ni reducirse a la ausencia de enfermedad. Necesita condiciones que garanticen el bienestar integral en relación con la sexualidad, mediante un enfoque positivo y respetuoso que afirme los derechos sexuales [15].

La OG 22-2016-SSYR-DESC en su introducción, como parte del espectro normativo derivado, confirma que los derechos sexuales forman parte del contenido normativo del derecho al disfrute del nivel máximo de salud física y mental reconocido en el artículo 12 del PIDESC. Si bien establece el derecho a la salud, su interpretación se puede extender también a los derechos sexuales para asegurar la autonomía y libertad en la expresión sexual. La Observación (núm. 5, 6 y 7) [16] establece que esta vinculación impone a los Estados obligaciones positivas como la protección frente a la violencia sexual, la promoción de la igualdad en el acceso a servicios de salud sexual, la eliminación de barreras legales o sociales que impidan el ejercicio pleno de la sexualidad y la garantía de condiciones que favorezcan el respeto por la autonomía sexual de todas las personas.

En el contexto latinoamericano, el Consenso de México, adoptado en la IX Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (2004), reconoció en sus párrafos 15–18, que los derechos sexuales y los derechos reproductivos son DH universales, interdependientes e indivisibles. Los Estados se comprometen a promover su garantía mediante políticas públicas orientadas al acceso efectivo a servicios de SSYR, la educación integral en sexualidad, el respeto por la integridad corporal y la eliminación de toda forma de violencia basada en el género u orientación sexual.

[15] Los Principios de Yogyakarta refuerzan la autonomía sexual y corporal y exigen la eliminación de la discriminación por orientación sexual o identidad de género, así como la protección frente a injerencias arbitrarias o coercitivas del Estado (Principios de Yogyakarta, 2007, principios 3, 9 y 17).

[16] La OG 22-2016-SSYR-DESC distingue entre salud sexual, definida por la OMS como un estado de bienestar físico, mental y social vinculado a la sexualidad, y la salud reproductiva, entendida como la capacidad y libertad de reproducirse y adoptar decisiones informadas, libres y responsables (núm. 6). Precisa que este derecho incluye los factores determinantes básicos de la salud, como el acceso a agua, saneamiento, alimentación, vivienda, condiciones laborales y educación adecuadas, así como la protección frente a la violencia, la tortura y la discriminación (núm. 7).

1.4.Vínculo entre derechos y conceptos

Aunque diferenciados, los conceptos de salud sexual y salud reproductiva están vinculados, lo que requiere un enfoque integral. La definición de salud sexual en la CIPD (1994) se vincula con los derechos sexuales e incorpora el derecho a disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, basada en la libertad de decisión (cap. VII, núm. 7.2). La salud reproductiva se centra en la capacidad de reproducción y el derecho a decidir libremente sobre esta. Por su parte, los derechos reproductivos están reconocidos como parte de otros derechos, con independencia del instrumento normativo que los consagre (núm. 7.3), y se orientan a garantizar la autonomía reproductiva. Esta interrelación también se refleja en el derecho a recibir información y apoyo, en la participación de las mujeres en la planificación y evaluación de los servicios de salud y en el enfoque integral de la SSYR, que incorpora la prevención, tratamiento y atención de enfermedades reproductivas e ITS.

El CIPD (1994) también introdujo una definición operativa de la atención en salud reproductiva como "el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva". Distinguió operativamente la atención en salud reproductiva, orientada a evitar y resolver problemas vinculados con la reproducción, de la salud sexual, que a su vez se relaciona con el bienestar sexual integral y la capacidad de mantener relaciones personales libres y seguras. Esta distinción refleja cómo, aunque interrelacionadas, tratan diferentes aspectos del bienestar humano: uno enfocado en la autonomía sexual y el otro en la función reproductiva.

2. Marco histórico de los derechos relacionados con la SSYR

El recorrido histórico de los derechos relacionados con la SSYR permite identificar el proceso progresivo de construcción normativa que sustenta los estándares contemporáneos aplicables a la atención ginecológica y obstétrica. Comprender esta evolución permite interpretar el alcance jurídico de las obligaciones estatales y la función normativa de los instrumentos técnicos y recomendaciones globales que fueron desarrollados posteriormente.

Durante el S. XX se consolidaron lineamientos globales y regionales del SUDH, base normativa y doctrinal para configurar, tratar y proteger los derechos en SSYR. Estos desarrollos han

permitido establecer obligaciones jurídicas para los Estados que refuerzan el deber estatal de garantizar servicios de salud accesibles, de calidad y culturalmente adecuados, con impacto directo en la interpretación jurídica y en la doctrina jurisprudencial internacional. Han relacionado libertades y derechos que se han incorporado en tratados, informes de supervisión y pronunciamientos jurisprudenciales globales: el acceso a servicios integrales de salud reproductiva; la igualdad de género y no discriminación; el respeto por la autonomía corporal; el derecho a decidir sobre la reproducción y el número e intervalo de hijos; y el consentimiento en todos los procedimientos.

El PIDESC, aunque no incluía la salud reproductiva en su redacción original, fue interpretado por el Comité DESC (OG 22-2016-SSYR-DESC), (núm. 5–7) [17] para abarcar estos derechos como parte del disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Las Conferencias Internacionales sobre Población y Desarrollo marcaron avances al reconocer los derechos reproductivos como DH. Reconocieron la planificación familiar como derecho individual y la salud reproductiva como eje del desarrollo humano sostenible. De forma complementaria, la Plataforma de Acción de Beijing (1995) fortaleció el enfoque de derechos al priorizar autonomía reproductiva y equidad de género como condiciones para garantizar la salud integral.

Estas conferencias y otros instrumentos posteriores, además de ampliar el reconocimiento a la SSYR, aportaron definiciones relevantes y marcos normativos que clarifican su alcance y protección. En esta evolución, conceptos como parto humanizado o respetado se vinculan a servicios que deben garantizarse sin violencia, coerción ni discriminación, como lo señalan las directrices técnicas de la OMS de 2018 en *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva* (en adelante OMS-Parto positivo, 2018) y Šimonović (2019), que reconocen el trato respetuoso durante el parto como un componente central de la atención de calidad. A su vez, la protección de los derechos en SSYR se enfoca en omisiones estatales como la falta de infraestructura, insumos o personal calificado, que impiden el acceso a servicios esenciales y representan formas de violencia y que han sido reconocidas por órganos regionales de protección.

[17] Ver nota supra sobre la explicación de estos numerales.

2.1. Del marco histórico a la utilización de instrumentos globales de Derechos Humanos

Instrumentos globales de DH como el PIDESC, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (en adelante, CEDAW-1979), junto con su Protocolo Facultativo (en adelante, PF-CEDAW) y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, son de utilidad para definir las obligaciones de los Estados en la protección de los derechos en SSYR, así como para identificar cómo la inobservancia de estos estándares contribuye a los vacíos normativos y limita la implementación efectiva de los derechos reconocidos. A ello se suman las Observaciones y Recomendaciones Generales de los órganos de la ONU, como la OG 22-2016-SSYR-DESC y, en el caso del Comité CEDAW, las Recomendaciones Generales n.º 19, 21, 24, 33 y 35, que orientan la interpretación y aplicación interna de estos instrumentos y dotan de contenido sustantivo a los estándares globales.

Si bien esta investigación se enfoca en el SIDH y el SEDH, otros sistemas regionales refuerzan la universalidad de la protección en salud. La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul) de 1981 consagra compromisos estatales similares a los del SUDH y el SIDH. Específicamente, el artículo 16.2 impone a los Estados firmantes la obligación de "tomar las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos". Este mandato, junto con el artículo 17, que reconoce el derecho a la educación, establece una base normativa que vincula directamente la salud y el acceso a la atención médica oportuna con los DH fundamentales, lo que refleja una convergencia con los estándares de SSYR desarrollados en el ámbito interamericano y europeo.

A propósito del SIDH, destacan la Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1969 (en adelante, CADH) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como la Convención de Belém do Pará de 1994, cuyos estándares han sido reforzados por el MESECVI a través de sus informes. Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, CIDH), mediante informes como *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de Derechos Humanos* (2010) y audiencias temáticas sobre VO, ha visibilizado obstáculos y patrones de vulneración en la región. Aunque

carecen de fuerza vinculante, sus recomendaciones se fundamentan en estándares internacionales de DH. La Opinión Consultiva de la Corte IDH OC-29/22 también ha contribuido al desarrollo de un *corpus iuris* internacional que reconoce la VO como una violación de DH basada en género, con énfasis en la protección reforzada de mujeres privadas de la libertad.

2.2. La salud como derecho

Desde su creación por la ONU en 1946 y su entrada en vigor en 1948, la OMS, como autoridad en salud, se ha enfocado en promover el disfrute del más alto posible de salud como un DH. Al amparo de la concepción de la salud más allá de la ausencia de enfermedad ya analizada *supra*, adquiere particular importancia examinar su dimensión como derecho y tomar en cuenta, además, determinantes sociales y el propósito de reducir desigualdades y promover acciones multisectoriales como estrategias de protección global.

La OMS ha adoptado un enfoque integral que combina consenso científico y principios de DH mediante declaraciones, guías y recomendaciones. Estas herramientas ofrecen un marco normativo y operativo para mejorar la calidad de la atención en la SSYR y se estudiarán en capítulos posteriores, por su interés jurídico en la protección de los derechos en SSYR y por su aporte en la identificación de cómo su incumplimiento transgrede derechos vinculados con la SSYR. Buscan que, especialmente durante el embarazo y el parto, las experiencias sean positivas, los cuidados sean respetuosos y equitativos, y la tecnología se utilice sin extralimitación. Este enfoque se alinea con la garantía del más alto estándar de salud posible y refuerza la necesidad de acciones multisectoriales y un compromiso continuo con la equidad y la dignidad de las mujeres en todas las etapas reproductivas.

En lo relativo a la violencia contra las mujeres, se ha definido como:

> El uso deliberado de la fuerza física o del 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 (OPS, 2023).

Por su parte, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (en adelante, DUDH, 1948) estableció un punto de partida para el reconocimiento global de derechos y su incorporación en marcos jurídicos nacionales. Si bien no abordó obligaciones específicas en SSYR, su artículo 16 [18] reconoce el derecho a fundar una familia y el art. 25.1 [19] busca la garantía de un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar. Reafirma el principio de igualdad sin discriminación y, además, otorga especial protección a la maternidad, al acceso a la salud y a la asistencia médica (art. 25.2).

Ejemplos de esta integración son los esfuerzos de la OMS y UNICEF para priorizar la SSYR con las directrices sobre atención primaria (1978) [20]. También la ONU, con organismos creados para temas de SSYR como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), que apoya a mujeres, trabaja por la salud durante la gestación, protege el acceso a la anticoncepción, la formación de personal de atención en salud en partos y la prevención de la violencia de género.

Los principios que anticipó la OMS (Constitución de la OMS, 1946) sobre el concepto de salud se desarrollaron con instrumentos que concretaron la protección de los derechos en salud. La *Carta Internacional de los Derechos Humanos*, integrada por la DUDH y dos Pactos adoptados en 1966, en vigor desde 1976, consolidó este reconocimiento. El primero, el *Pacto de Derechos Civiles y Políticos* (PIDCP) con sus Protocolos Facultativos; el segundo, el PIDESC, cuyo Protocolo Facultativo (en adelante, PF-PIDESC) fue aprobado en 2008 y entró en vigor en 2013 [21].

La relevancia del PIDESC radica en el reconocimiento del concepto de salud promovido por la OMS como el derecho de toda persona al máximo nivel de salud física y mental. Su artículo 12,

[18] El artículo 16 (DUDH) señala que hombres y mujeres desde la edad núbil tienen derecho a casarse libremente, fundar una familia con igualdad de derechos y la protección estatal como núcleo fundamental de la sociedad.
[19] El artículo 25 de la DUDH establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que garantice su salud, bienestar, alimentación, vivienda y asistencia médica, además de seguros frente a necesidades. La maternidad e infancia requieren cuidados especiales, con igual protección social para todos los niños.
[20] La Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria en Salud (1978) concibe la atención primaria como una estrategia fundamental basada en métodos y tecnologías científicamente fundados y socialmente aceptables, accesibles a toda la población mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar (secc. VI). Asimismo, reafirma la salud como un DH fundamental y una condición indispensable para el desarrollo social y económico y la paz (secc. I). En este marco, promueve un enfoque integral y multisectorial orientado a reducir desigualdades en salud y garantizar el acceso equitativo a servicios básicos, con participación comunitaria en la planificación y gestión de los servicios (secciones I, III y VI).
[21] Esta estructura se consolidó con la creación de órganos de supervisión encargados de velar por el cumplimiento de la normativa por parte de los Estados y de recibir denuncias mediante comités especializados.

núm. 1, dispone: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y enuncia medidas estatales para su plena efectividad (PIDESC 1966, art. 12) [22].

El Comité DESC ha emitido Observaciones Generales que precisan deberes estatales sobre los atributos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios sanitarios que se explicarán *infra*. Define criterios para garantizar el ejercicio de derechos, en especial para personas y grupos en situación de vulnerabilidad. El valor jurídico de aquellas radica en que orientan la interpretación de tratados internacionales y su implementación a nivel nacional, lo que las convierte en herramientas significativas para evaluar el cumplimiento estatal y promover políticas públicas basadas en derechos. Su inclusión en esta tesis permite fundamentar el análisis jurídico y alinear el estudio con estándares internacionales en DH en SSYR.

Estas, además, han fortalecido la comprensión del derecho a la salud como facilitador de otros derechos económicos, sociales y culturales. Este derecho se vincula con aspectos esenciales como alimentación y vivienda adecuadas, condiciones laborales y ambientales seguras, acceso a servicios sanitarios, información y participación en decisiones de salud. Dos observaciones del Comité DESC constituyen un punto nodal en este marco. En primer término, la OG 14-2000-SALUD-DESC interpreta el artículo 12 del PIDESC como un “derecho fundamental e indispensable” para el ejercicio de otros DH (art. 1). En segundo término, la mencionada OG 22-2016-SSYR-DESC se enfoca en la protección integral del derecho a la SSYR, que amplía los alcances del artículo 12 del PIDESC [23].

[22] Del mismo modo, resalta la protección de la salud infantil, materna y reproductiva y exige medidas para reducir la mortinatalidad, la mortalidad infantil y garantizar el sano desarrollo infantil (art. 12.2 (a)). También impone obligaciones estatales para garantizar el acceso a estos servicios y (art. 12.2 (b), (d)) los beneficios del progreso científico (art. 15 (b)). Al igual que la DUDH, el artículo 23 del PIDESC reconoció el derecho de toda persona a formar una familia (art. 23), lo que, en el contexto actual, refuerza la autonomía en las decisiones reproductivas y el derecho a poder decidir sobre su conformación.

[23] Ver nota explicativa supra sobre el numeral 5 de la OG 22-2016-SSYR-DESC. La Observación también resalta la conexión fundamental entre el derecho a la SSYR con otros derechos: vida, integridad, igualdad, no discriminación, educación, privacidad, vida en familia, seguridad personal y libertad. Además de condenar injerencias arbitrarias, tratamientos médicos o experimentos sin consentimiento, prohíbe prácticas discriminatorias por embarazo, orientación sexual, identidad de género e intersexualidad (núm. 9). Estas formas de exclusión perpetúan desigualdades de base, limitan el acceso a servicios esenciales y vulneran derechos.
Expone el derecho a la educación y resalta su papel en el acceso a información que permita la toma de decisiones libres y responsables. Sobre esta base, subraya la importancia del acceso efectivo a servicios, bienes e información necesarios para el pleno ejercicio del derecho a la SSYR (núm. 5).

Ambas observaciones instan a los Estados a adoptar políticas y programas adecuados, superar brechas arraigadas y garantizar un acceso equitativo a servicios esenciales. Establecen pautas que priorizan derechos como igualdad, no discriminación, consentimiento y accesibilidad en salud. Además, brindan indicaciones sobre obligaciones, tanto para los Estados como para los servicios de salud, sean públicos o privados. Estas obligaciones rigen bajo criterios de respeto, protección y cumplimiento, así como el acato de los atributos de disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad, que merecen un análisis detallado posterior.

2.3. Mecanismos contra la discriminación y la prevención de vulneraciones en SSYR

La CEDAW-1979 es el primer tratado internacional de DH con enfoque de género orientado a la eliminación de la discriminación y al resultado de la igualdad y el deber estatal de eliminar obstáculos que la perpetúan. Trata la SSYR al reconocer el derecho a la atención en salud, la planificación de la familia y garantía de servicios, nutrición apropiada e incluso gratuitos durante el embarazo, parto, posparto y lactancia (art. 12). Asimismo, la protección laboral durante las etapas reproductivas (art. 11). Su PF-CEDAW, aprobado por la ONU en 1999, contempla mecanismos para presentación de quejas y reclamos.

La Oficina del Alto Comisionado de la ONU para los DH (1993) formula recomendaciones ante violaciones. Por ejemplo, el Consejo instauró la figura del Relator Especial sobre el derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental. El marco de protección de la SSYR se amplió con políticas, normativas públicas e instrumentos globales para priorizar la protección durante etapas reproductivas, cuidados neonatales, lactancia humana y protección infantil. La integración

---

Además, subraya el impacto de determinantes sociales de la salud, como el acceso al agua potable, saneamiento, condiciones laborales adecuadas y educación, en la reducción de desigualdades de fondo (núm. 12). En consonancia con la OG 14-2000-SALUD-DESC, reforzó la participación en las decisiones sobre salud. Promueve un modelo inclusivo. y corresponsable en el que la participación comunitaria, nacional e internacional fortalezca la vinculación de las comunidades con los sistemas de salud y las políticas públicas (núm. 11; núm. 17). Esta participación es clave para garantizar un entorno de salud accesible e inclusivo y limitar barreras arraigadas, lo que contribuye a la implementación efectiva de políticas que enfrenten barreras persistentes.
Entre estas barreras, la Observación menciona la objeción de conciencia, la escasez de recursos en zonas rurales y la afectación de comunidades marginadas y vulnerables. En respuesta, establece criterios de garantías mínimas, que contemplan la disponibilidad de establecimientos de salud adecuados, servicios accesibles y de calidad, personal calificado y medicamentos esenciales (núm. 11). Destaca el rol del PF-PIDESC como herramienta para la presentación de quejas individuales y colectivas y fortalecer la protección (núm. 20).

entre entidades de la ONU permitió campañas de sensibilización, herramientas para la protección de derechos, desarrollos normativos a nivel regional y guías basadas en información científica rigurosa que destacan la relación entre DH, igualdad y acceso universal a servicios de calidad (OMS, 2023). Así ocurre con los mencionados instrumentos de la OMS sobre embarazo, parto y el período posnatal, importantes para prevenir vulneraciones de DH.

2.4.Conferencias, consensos y estrategias para la protección de derechos en SSYR

2.4.1. Conferencias Mundiales sobre Población y Desarrollo: evolución del reconocimiento de derechos en SSYR

Las Conferencias Mundiales sobre Población y Desarrollo [24], convocadas por la ONU desde mediados del S. XX, sentaron las bases del concepto de los derechos reproductivos y evolucionaron de un enfoque de control demográfico a la consolidación de la salud reproductiva como DH. También priorizaron la autonomía de las mujeres en decisiones sobre SSYR.

La Conferencia de Bucarest (1974) posicionó la salud materna como eje de las políticas de población y desarrollo [25]. La Conferencia de México (1984) avanzó hacia un enfoque de género e igualdad y reafirmó la planificación de la familia, así como el acceso a información, educación y recursos estatales. La CIPD (1994), junto con su Programa de Acción, consolidó un enfoque basado en necesidades humanas y ciclos vitales. Profundizó en el derecho al más alto nivel de salud con énfasis en la SSYR. Se centró en el reconocimiento de la salud reproductiva DH dentro de la salud y la ampliación de los derechos reproductivos más allá de la capacidad de reproducirse.

Reafirmó el derecho a decidir libre y responsablemente sobre la reproducción y consolidó la planificación de la familia como un derecho individual [26] y reconoció los derechos de las mujeres

[24] Estas conferencias se llevaron a cabo en Belgrado en 1965, en Bucarest en 1974, en México en 1984, en El Cairo (CIPD) en 1994, en Beijing en 1995 y en Nairobi en 2019.

[25] La Conferencia de Bucarest (1974) reconoció el derecho a decidir libremente el número, intervalo entre nacimientos y el espaciamiento de hijos (núm. 29 (a)), aunque lo supeditó a decisiones compartidas y responsabilidad familiar. Promovió la educación, el acceso a servicios calificados y basados en evidencia y la regulación de la fertilidad (art. 29 (c), (e), (f), (g)).

[26] Adicionalmente, destacó la importancia de factores culturales y tradicionales en estas elecciones. Incorporó el derecho a alcanzar el más alto nivel de SSYR (art. 7.3) e integró la salud sexual dentro del concepto de salud reproductiva (núm. 7.4). También enfatizó la protección en contextos de vulnerabilidad (núm. 7.11). Promovió el acceso a servicios de calidad para reducir la morbimortalidad materna y neonatal (núm. 8.21, 8.22). También se impulsaron estrategias para identificar sus causas y fortalecer la atención prenatal, salud materna, prevención de

y su salud reproductiva como ejes del desarrollo económico, político y social. Destacó su empoderamiento como clave para el progreso e incorporó una perspectiva de género centrada en niñas y mujeres. Otorgó al sector salud un papel central en la igualdad y estableció el acceso a educación, información y servicios de salud como pilar para garantizar derechos reproductivos.

El informe de la Conferencia reafirmó el derecho al más alto nivel posible de salud y el deber estatal de garantizar acceso equitativo a servicios médicos. Las revisiones del CIPD (1994) en 1999 y 2014 evaluaron avances y desafíos; la Cumbre de El Cairo impulsó voluntad política y asignación de recursos para ejecutar su Programa de Acción en defensa de los DH [27]. La ONU reforzó estos compromisos con la resolución *Medidas claves para seguir ejecutando el Programa de Acción de la CIPD* (1999). En 2019, la Cumbre de Nairobi (CIPD+25) conmemoró los 25 años del CIPD (1994) y reiteró el compromiso global con los derechos reproductivos.

2.4.2. Consolidación del enfoque de género y desarrollo en conferencias

La "IV Conferencia Mundial sobre la Mujer" Beijing (1995), convocada por la Asamblea General de la ONU, al igual que la CIPD (1994), abordó las desigualdades en acceso, atención y calidad de servicios de salud. Estableció compromisos estatales recogidos en una Declaración y Plataforma de Acción de alcance global orientada al empoderamiento femenino. Planteó mejorar la salud de las mujeres al considerar factores que trascienden la atención médica, como biología y entorno social, político y económico (art. 94 (a)). La Plataforma de Acción enfatizó el reconocimiento de la autonomía reproductiva y la igualdad real entre mujeres y hombres [28].

infecciones de transmisión sexual, atención del recién nacido y lactancia exclusiva. Se priorizó la seguridad en el embarazo y el parto, así como la seguridad en los embarazos y partos, así como la reducción de cesáreas innecesarias, con la presencia de personal capacitado como enfermeras, parteras y comadronas (núm. 8.22). Se promovieron medidas para prevenir, detectar y tratar embarazos y nacimientos de alto riesgo (núm. 8.23), mejorar la supervivencia infantil y garantizar servicios ante emergencias obstétricas y mecanismos de remisión ante complicaciones. También se reforzó la atención humanitaria en estos casos (núm. 8.22).

[27] En la cumbre de El Cairo también se reconocieron derechos como la información, la educación y servicios de SSYR en la cobertura sanitaria global. Se indicó reducir, y, en lo posible, eliminar la morbimortalidad materna e infantil prevenible, garantizar el acceso a la planificación de la familia y adoptar medidas contra la violencia sexual y de género, así como con cualquier otra práctica nociva dirigida a mujeres y niñas.

[28] Además, abordó la violencia contra las mujeres en relación con violaciones de derechos reproductivos en contextos de conflicto armado, tales como embarazos, esterilizaciones y abortos forzados, el uso coercitivo de anticonceptivos y la selección prenatal del sexo. Defendió la toma de decisiones libres de discriminación, coacción o violencia, en consonancia con los instrumentos de DH. No obstante, supeditó el ejercicio de estos derechos a una responsabilidad con base en las necesidades de los hijos, nacidos o futuros, y las obligaciones hacia la comunidad. Por ello, los Estados

Es pertinente precisar que, en este encuentro, referido doctrinalmente como el Congreso sobre la Mujer de Pekín, se introdujeron por primera vez en los foros internacionales los términos específicos relativos a las violencias contra las mujeres. Este hito permitió que el concepto de violencia se convirtiera en un tema de agenda pública global. Este recorrido histórico se complementa con otros instrumentos especializados que fundamentan el deber estatal de garantizar un mínimo de dignidad en la asistencia médica, tales como la Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa (Ámsterdam, 1994) y la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI (1997) (Palomares Herrera, 2025).

En América Latina y el Caribe, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013) reafirmó los compromisos del CIPD (1994) en el plano global. Estableció principios sobre atención médica de calidad y humanizada, la promoción de la igualdad de género y el acceso universal a servicios de salud, con énfasis en la SSYR [29].

La Conferencia Mundial de la ONU sobre la Mujer de Nairobi (1985) fue un precedente en el reconocimiento de los derechos de las mujeres y la igualdad de género. Aunque no generó obligaciones jurídicas vinculantes, impuso compromisos e influyó en la formulación de políticas, marcos legales y pronunciamientos a nivel global y nacional. Desde esta conferencia, los derechos reproductivos incluyeron la libertad de decidir sobre maternidad, número de hijos y espaciamiento, con un enfoque independiente del impacto demográfico. Esta evolución permitió incluir la salud reproductiva, la planificación de la familia y la igualdad de género en la agenda internacional [30].

Este enfoque se consolidó a través de instrumentos normativos, éticos y científicos que ampliaron el marco jurídico del derecho a la salud y vincularon igualdad de género y acceso a servicios de salud, incluidos los de SSYR. Los compromisos adquiridos en esta materia se reiteraron y

deben garantizar su promoción mediante políticas, programas y medidas institucionales y comunitarias vinculadas a la salud reproductiva, incluida la fertilidad.

[29] Asimismo, determinó el deber de los Estados de revisar la legislación, normativas y prácticas que restringen el acceso a estos servicios de SSYR y de fortalecer la cobertura integral de salud, en particular para adolescentes y jóvenes. Impuso la obligación de garantizar información sobre todas las opciones de servicios de salud sin discriminación, con el fin de asegurar el respeto de los estándares internacionales que en materia de DH (20).

[30] Reforzó la protección global de los DH y destacó la necesidad de garantizar el acceso al más alto nivel de salud física y mental (núm. 41), así como la protección contra la discriminación basada en el sexo. Resaltó la importancia de proteger el disfrute del más alto nivel de salud física y mental a lo largo de la vida bajo condiciones de igualdad y la necesidad de eliminar la violencia contra las mujeres mediante acciones de cooperación nacionales e internacionales en diversos ámbitos, entre los cuales prevalece la maternidad segura y el cuidado de la salud (núm. 18, párr. 2).

renovaron en años posteriores a través de diversas estrategias y propuestas globales. Estos derechos se reconocieron como esenciales para el desarrollo sostenible, la igualdad de género, la reducción de la pobreza y el acceso a información y servicios de SSYR. Todos estos principios convergen en la importancia de la autonomía en las decisiones reproductivas, libres de discriminación y violencia, y en la igualdad de género en el acceso a oportunidades y recursos vinculados a estos servicios.

2.4.3. Estrategias y marcos de protección de derechos globales

Es relevante la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993, de la que surgió la *Declaración y Programa de Acción de Viena*. Uno de sus objetivos consistió en garantizar el acceso universal a los cuidados de salud, incluidos asuntos de regulación de la fertilidad como parte de la protección de la salud sexual (núm. 41). Igualmente, incorporó el derecho al disfrute del progreso científico y advirtió sobre los riesgos y peligros que pueden representar para la salud. Otros temas vinculados a la SSYR fueron desarrollados posteriormente en el ámbito internacional.

Los desarrollos normativos posteriores orientados a la protección de las mujeres complementaron esta evolución, entre ellos la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (ONU, 1993) [31]. Asimismo, se resalta la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos

[31] Se destaca de esta Declaración, que además respalda la Convención CEDAW-1979, la última parte de su preámbulo que define a la violencia contra las mujeres como, "... todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada" (art. 1), con actos como la violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, o la perpetrada o tolerada por el Estado (art. 2 (b), (c)).
Esta Declaración reconoció los derechos de las mujeres en diversos ámbitos, como el derecho a la vida, a la igualdad, a la libertad y seguridad, a la protección ante la ley, a la no discriminación, al más alto nivel de salud física y mental posible y a la protección contra actos de tortura o tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (art. 3). Establece algunas obligaciones de los Estados para condenar y abstenerse de practicar la violencia contra la mujer y determina la responsabilidad de ser diligentes para "prevenir, investigar y, conforme a la legislación nacional, castigar todo acto de violencia contra la mujer" (art. 4(c)), ya se trate de actos perpetrados por el Estado o por particulares.
Cabe resaltar la indicación de la responsabilidad de establecer en la legislación sanciones penales, entre otras, con fines de reparación y castigo en caso de violencia, como ofrecer acceso a la justicia para buscar resarcimiento e informar sobre los derechos a pedirlo (art. 4 (d)). Asimismo, se insta a los Estados a elaborar enfoques de prevención y otras medidas para la protección, así como implementar medidas educativas para modificar pautas de comportamiento que marquen estereotipos de género (art. 4 (j)).
En facto, esta Declaración conforma una serie de principios a adoptar por parte de los Estados, por tratarse la violencia contra las mujeres de un obstáculo para el logro de la igualdad, el desarrollo y la paz, y "...una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales" que impide total o parcialmente gozar de aquellos. Además, reconoció que "... constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que ha

Humanos (2005), adoptada por la UNESCO, así como la *Estrategia Global de la ONU para la Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescente*s (2017), cuyo objetivo es erradicar la mortalidad [32] prevenible, mejorar la salud y el bienestar, y garantizar el pleno ejercicio de derechos.

Por otro lado, los informes de los Relatores designados por el Consejo de DH de la ONU sobre SSYR y sus derechos relacionados son relevantes por el alcance de sus recomendaciones sobre situaciones específicas y su rol en supervisar la protección y visibilizar el incumplimiento estatal. Contribuyen al desarrollo normativo, a la interpretación de estándares internacionales y a visibilizar desafíos persistentes, incluidas barreras y violaciones de derechos. Uno de estos informes, publicado por la ONU en 2019 (Šimonović, 2019), caracterizó la VO dentro del marco de la violencia contra las mujeres.

En años subsiguientes, la comunidad internacional continuó con la integración de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos en iniciativas de la salud pública, desarrollo e igualdad. La *Agenda para el Desarrollo Sostenible*, adoptada desde 2015 por la Asamblea General de la ONU integra metas relacionadas con la SSYR, particularmente en educación, igualdad de género y empoderamiento femenino (núm. 20), toma de decisiones autónomas con protección y acceso a los servicios de salud [33].

conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre".

[32] De acuerdo con la OMS, la mortalidad materna se define como el número anual de muertes de mujeres por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (excluidas las causas accidentales o incidentales) durante el embarazo y el parto o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo (OMS, 2019, Tendencias de la mortalidad materna).

[33] Los ODS, en las metas de su objetivo 3 (n.º 3.7), buscan garantizar el acceso universal a la SSYR, incluida la planificación, la información y la educación, junto con la integración de la salud reproductiva dentro de las estrategias nacionales de salud. Este objetivo, además de promover la vida saludable y el bienestar, busca que los Estados involucren estos temas en las políticas, programas, desarrollos y estrategias, con el fin de reducir la morbimortalidad prevenible mediante lineamientos adecuados.

El objetivo n.º 5, orientado al empoderamiento femenino y a la igualdad de género, promueve la eliminación de cualquier forma de discriminación. Impone el acceso a la SSYR y los derechos asociados como un componente central. Este objetivo continúa, al hacer referencia a ellos (n.º 5.6), el espíritu de lo que se inició en décadas pasadas con conferencias, declaraciones, pactos e informes que abrieron el camino para consolidar estos derechos en el marco de la igualdad y la justicia social.

En desarrollo de la pretensión de una acción mundial de protección y promoción de DH, dentro de la que se busca proteger derechos relacionados con la SSYR, se destaca la defensa del derecho a la no discriminación y del derecho a la igualdad, entre otros derechos, con un enfoque directo a grupos específicos de la población. La protección de los DH de la infancia, así como los DH de las mujeres, tuvo prelación, en este caso en igualdad de condiciones y sin discriminación alguna, también con énfasis en la protección frente a la violencia.

En línea con estos desarrollos normativos, surgieron convenciones y conferencias orientadas a este fin. Por ejemplo, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (CERD) (1965). Se resalta también la Conferencia de Derechos Humanos de Teherán, conocida como la "Declaración de Teherán" (1968), que trató la salud reproductiva y la planificación de la familia bajo el reconocimiento de DH amparados en la libertad de decisión de todas las personas, como el derecho a la educación e información, la mejora de la salud materna y el acceso a la atención. En el ámbito regional, más allá de la violencia, destaca la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981).

3. Marco global de protección

3.1. La Convención sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer del Comité CEDAW (en adelante, CEDAW-1979), su PF-CEDAW, su Comité CEDAW y sus Recomendaciones Generales conforman un marco normativo específico para la protección de derechos en SSYR. Uría Acevedo (2024) destaca su impacto en la salud reproductiva, ginecológica y obstétrica, bajo los principios de igualdad y trato digno. La Convención garantiza acceso a servicios de salud y reconoce las desigualdades que enfrentan las mujeres, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad. Protege el acceso igualitario a servicios de salud y prohíbe la discriminación en la atención médica.

Destaca el valor de la maternidad y la necesidad de cambiar conductas socioculturales que perpetúan la desigualdad. Su artículo 12 conecta el derecho a la no discriminación con los derechos en SSYR y refuerza la reducción de la morbimortalidad [34] materna y neonatal. Los Estados deben adoptar medidas para eliminar la discriminación contra las mujeres en el acceso a servicios de salud, incluidos los relacionados con la planificación de la familia, y garantizar servicios apropiados durante el embarazo, el parto y el posparto, sin costo cuando sea necesario, así como una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. Se amplía esta protección a mujeres

[34] En este análisis se utiliza el término "morbimortalidad" como categoría integradora de la morbilidad y la mortalidad materna, con fines de precisión terminológica y para evitar repeticiones.

rurales; los Estados deben garantizarles información, educación, servicios de planificación de la familia y condiciones de vida adecuadas con acceso a servicios públicos, saneamiento, transporte y comunicaciones (CEDAW-1979, arts. 12, 14.2 (b)).

3.2. El comité CEDAW y sus recomendaciones

El Comité CEDAW, creado por el artículo 17 de la Convención CEDAW-1979, supervisa su implementación y promueve derechos en salud. Refuerza e interpreta el contenido de las obligaciones estatales mediante Recomendaciones Generales, que orientan la prevención y eliminación de la discriminación en salud reproductiva. Ha fijado precedentes al recomendar medidas para los Estados y fijar estándares para proteger la autonomía, dignidad y derechos de las mujeres en la atención sanitaria.

Se destaca la Recomendación General n.º 24: Mujer y salud (1999) del Comité CEDAW (en adelante, RG-24-CEDAW [35], que se ocupa de interpretar obligaciones como garantizar acceso equitativo a servicios de salud sin discriminación. En particular, eliminar desigualdades en salud reproductiva y materna y reforzar la calidad de la atención y el respeto a la autonomía. También reconoce la violencia basada en género como forma de discriminación. Esta protección fue reiterada y actualizada por la RG-35-CEDAW, que destacó la relación entre la violencia de género y las violaciones a DH [36].

[35] La RG-24-CEDAW refuerza el artículo 12 de la Convención CEDAW-1979, al destacar que "... el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico" (núm. 1.1). Resalta la salud reproductiva como fundamental para el bienestar de las mujeres y exige servicios accesibles, de calidad y libres de discriminación, con un énfasis en la planificación de la familia, embarazo, parto y posparto (núm. 2). Interpreta el deber estatal de proteger a mujeres en situaciones de vulnerabilidad y vincula el derecho a la salud con el bienestar nutricional (núm. 6–7). Afirma que la negativa estatal a prestar servicios de salud reproductiva cuando sean legales constituye discriminación y clarifica la garantía de la remisión en casos de objeción de conciencia (núm. 11).
Igualmente, critica el uso de la espera como mecanismo de control estatal sobre sectores desfavorecidos, lo que genera sumisión, obstáculos burocráticos y trato degradante en la prestación de servicios sanitarios. Uría Acevedo (2024) pone de presente la relevancia de la obligación estatal de establecer procedimientos para recibir denuncias y sancionar abusos sexuales cometidos por profesionales de la salud.

[36] La RG-35-CEDAW se refiere a la violencia de género contra las mujeres como un fenómeno generalizado en todos los países e impune, que se manifiesta en el ámbito público y privado. El numeral 18 indica que las vulneraciones a la salud y a los derechos sexuales y derechos reproductivos, como la esterilización o el aborto forzados, la criminalización del aborto o el maltrato en la atención médica, son formas de violencia de género que pueden llegar a configurar tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En su numeral 30 (e) precisa que los Estados deben implementar educación obligatoria y efectiva sobre estereotipos de género en sectores clave, incluidos el ámbito educativo y el personal de salud.

La Recomendación General n.º 19: Violencia contra la mujer (1992) (en adelante, RG-19-CEDAW) amplía la Convención CEDAW-1979 al incluir la violencia basada en el sexo [37], y la Recomendación General n.º 33: Acceso de las mujeres a la justicia (2015) (en adelante, RG-33-CEDAW) subraya el acceso a la justicia para las mujeres, destaca su importancia para garantizar la reparación de víctimas de violencia y la eliminación de estereotipos en los sistemas judiciales [38]. A lo anterior se añaden recomendaciones específicas en casos individuales bajo el (PF-CEDAW), como aquellas sobre protección infantil sobre Perú [39], El Salvador y Nicaragua [40] y sobre VO, que se analizan *infra.*

Este proceso de consolidación normativa permite situar los instrumentos elaborados por la OMS como referentes técnicos con incidencia jurídica, en la medida en que contribuyen a la definición de estándares objetivos de cuidado, a la identificación de prácticas desaconsejadas y a la delimitación de obligaciones estatales en materia de SSYR.

4. Instrumentos de la OMS aplicables a la protección de derechos e identificación de violencias

Los instrumentos de la OMS aplicables a la protección de derechos en SSYR son fuentes normativas globales de referencia para la interpretación de los deberes estatales en la materia. Su autoridad técnica y su incorporación en políticas públicas les confieren un valor jurídico complementario que orienta la actuación de los Estados y de los prestadores de servicios de salud.

[37] La RG-19-CEDAW define la violencia basada en el sexo como aquella ejercida contra las mujeres por su condición de género o que las afecta de manera desproporcionada (núm. 6). También indica que la violencia contra las mujeres vulnera derechos como la vida, la integridad, la seguridad personal, la prohibición de torturas, tratos crueles, degradantes o inhumanos, la igualdad ante la ley, la protección en conflictos armados, la salud, la equidad en el ámbito familiar y condiciones laborales equitativas (núm. 7).

[38] La *RG-33*-CEDAW enfatiza el acceso de las mujeres a la justicia y resalta la reproducción de estereotipos de género en los sistemas judiciales (núm. 7). Prioriza la protección de niñas y adolescentes que enfrentan barreras para ejercer sus derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción e insta a la derogación de normas y prácticas que requieran autorización parental o conyugal para acceder a estos servicios (núm. 24, 25(c)).

[39] En 2023, el Comité CDN emitió un dictamen contra el Estado peruano por vulnerar los derechos de "Camila", una niña víctima de violencia sexual a quien se le negó el acceso al aborto terapéutico (CRC/C/93/D/136/2021).

[40] En 2025, el Comité de Derechos Humanos concluyó, en varios dictámenes relativos a niñas obligadas a continuar embarazos resultantes de violencia sexual en Ecuador y Nicaragua, que la negativa de acceso a servicios de aborto seguro y la imposición de la continuación del embarazo constituyen violaciones de derechos, como la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes, y ordenó medidas de reparación integral (Comité de Derechos Humanos, 2025, comunicaciones núm. 3626/2019, 3627/2019 y 3628/2019, CCPR/C/142/D3626/2019; CCPR/C/142/D3627/2019; CCPR/C/142/D3628/2019).

Al establecer estándares de calidad asistencial y definir parámetros durante la atención sanitaria como trato digno, consentimiento, privacidad y autonomía, contribuyen a identificar acciones y omisiones institucionales que vulneran derechos, ya que su inobservancia o aplicación deficiente contribuye a violencias en los servicios sanitarios y se interpone contra los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios.

La comprensión de la problemática tratada exige articular documentación científica disponible con los instrumentos globales de salud y de DH que orientan su abordaje. Estos instrumentos han permitido encuadrar las violencias que vulneran los derechos relacionados con la SSYR como una cuestión de DH (White Ribbon Alliance, en adelante WRA, 2011), definir estándares de atención materna respetuosa (Khosla et al., 2016) y delimitar los compromisos estatales de prevenir, investigar, sancionar y reparar la violencia contra las mujeres. En este marco, el análisis toma como referencia los atributos del derecho a la salud desarrollados en el Sistema Universal de Derechos Humanos (en adelante, SUDH): disponibilidad, calidad, accesibilidad y aceptabilidad.

La aceptabilidad exige que la atención sea ética y sensible al género. La conducta clínica relacional, referida en la literatura especializada como *bedside manner*, opera como parámetro práctico para evaluar dicho estándar. Cuando el trato profesional incurre en arrogancia, indiferencia o falta de respeto, más que rasgos personales inevitables, se trata de deficiencias formativas y de base. En consecuencia, un trato clínico que menoscabe la dignidad debe calificarse jurídicamente como una transgresión del estándar de aceptabilidad y del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Person y Finch, 2008).

A estos atributos debe añadirse la perspectiva de los cuidados adecuados y apropiados propuesta por Gijsbers van Wijk et al. (1996), que cuestiona modelos clínicos construidos sobre estándares masculinos universales. Desde esta óptica, son fallas críticas tanto la medicalización excesiva de procesos fisiológicos como el embarazo y el parto, como la aplicación de sesgos de género que desconocen particularidades biológicas y sociales de las mujeres. Además de los atributos, se incorporan los criterios de respeto, protección y cumplimiento que estructuran las obligaciones estatales de no interferir, impedir la vulneración por terceros y adoptar medidas positivas para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos en SSYR. Estos parámetros permiten examinar jurídicamente los efectos de la acción u omisión estatal en la atención sanitaria.

El reconocimiento de los derechos en la SSYR requiere delimitar su alcance normativo y su incorporación al derecho interno. En América Latina, la jurisprudencia constitucional, como la de la Corte Constitucional Colombiana, ha integrado los tratados de DH al denominado "bloque de constitucionalidad", que les otorga jerarquía reforzada y función interpretativa vinculante en cuanto a las obligaciones estatales que señalan [41]. Este modelo, característico del constitucionalismo latinoamericano, explica el peso normativo de los parámetros internacionales en la región [42]. En Europa, la fuerza jurídica de estos instrumentos se articula principalmente a través del Convenio Europeo de Derechos Humanos (en adelante, CEDH) y de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (en adelante, TEDH), que impone deberes de adecuación normativa e interpretativa a los Estados conforme a su diseño constitucional.

Desde una perspectiva jurídica, las directrices de la OMS cumplen una doble función: preventiva, al orientar la adopción de políticas públicas y protocolos clínicos basados en evidencia y derechos; y diagnóstica, al facilitar criterios objetivos que sirvan para calificar la conducta estatal o médica frente a denuncias de VO. En esta medida, estos instrumentos fortalecen la rendición de cuentas estatal e institucional. En su conjunto, las disposiciones de la OMS impulsan modelos de atención integral que articulan la base científica con los principios de dignidad, autonomía, equidad y respeto a los DH. Este marco impulsa una transición desde prácticas biomédicas centradas en la intervención y la medicalización hacia un enfoque humanizado y participativo, que reconoce la dimensión social, emocional y psicológica de las etapas reproductivas.

[41] La jurisprudencia colombiana ha establecido que el bloque de constitucionalidad (artículo 93 constitucional) opera en un sentido estricto cuando comprende normas y principios de rango constitucional, así como tratados internacionales de DH cuya restricción está prohibida incluso en estados de excepción. En sentido amplio, incorpora instrumentos internacionales de diversa jerarquía como parámetros interpretativos para el desarrollo de los derechos fundamentales. La Corte Constitucional ha reconocido fuerza interpretativa vinculante a la jurisprudencia de tribunales internacionales de DH, como la Corte IDH y el TEDH, y a las recomendaciones de órganos de seguimiento como el Comité DESC y el Comité CEDAW (Corte Constitucional de Colombia, sentencia T-271/2016).

[42] Así, Argentina, a partir de su reforma constitucional (1994) (art. 75, inciso 22), y Venezuela, en su Constitución Política (1999, art. 23), otorgan a los tratados jerarquía constitucional. Perú los incorpora a su derecho interno en su Constitución (1993, art. 55), aunque sin conferirles rango constitucional. México (art. 1) y Brasil (art. 5, párr. 2) los consideran supralegales y los sitúan por encima de las leyes, pero por debajo de la Constitución. Bolivia, en su Constitución (2009), les da primacía cuando son más favorables que la norma fundamental (art. 256). El Salvador no les confiere jerarquía constitucional, pero ha ratificado la CADH y reconoce la competencia de la Corte IDH (art. 144).

Las directrices revisadas destacan el valor de protocolos institucionales adecuados orientados a fomentar una atención prenatal, perinatal y posnatal responsable centrada en varios aspectos. Estos deben contemplar las necesidades de quienes acceden al sistema sanitario, la calidad de la relación asistencial y el adecuado uso de la tecnología y recursos. La OMS ha contribuido a fortalecer el acceso a los servicios de SSYR, la planificación de la familia, la reducción de abortos inseguros, la asistencia segura al parto, el acompañamiento y la previsión de enfermedades con estrategias globales como el *Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva* (OMS/RHR/07.7, 2007) [43]. Estas declaraciones y guías reflejan la evolución de la OMS hacia propuestas de atención respetuosa de los DH orientadas a garantizar experiencias positivas.

4.1. Declaraciones de la OMS

4.1.1. La Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto (1985)

La OMS subrayó que la tecnología en el parto debe emplearse de forma equilibrada. La (OPS/OMS-Fortaleza, 1985) [44] fue emitida por las Oficinas Regionales de Europa y las Américas de la OMS y la OPS y marcó un hito en la atención perinatal. Nacida de la conferencia "Tecnología

[43] Esta estrategia propone una metodología en tres etapas: diagnóstico, prueba de intervenciones y ampliación a escala, sustentada en un enfoque de sistemas y en la participación de actores sociales, con el fin de alinear la oferta sanitaria con las necesidades de la población y la evidencia disponible. En este sentido, constituye una herramienta para orientar la formulación, implementación y evaluación de políticas y programas de SSYR.

[44] OPS/OMS-Fortaleza, 1985, reconoce el derecho de recibir el adecuado cuidado prenatal y destaca el papel central de quienes reciben la atención en la planificación, realización y evaluación del cuidado. Asimismo, define el parto como un proceso natural, aunque reconoce que incluso embarazos de bajo riesgo pueden presentar complicaciones. El documento subraya la relevancia de factores sociales, emocionales y psicológicos en la atención perinatal y promueve la participación de las mujeres en las decisiones relativas a sus cuidados. En este sentido, plantea la necesidad de transformar los servicios mediante políticas adecuadas, cambios en las conductas del personal sanitario y una redistribución de recursos. Entre sus principales destaca: información a la comunidad sobre procedimientos disponibles, el fomento del autocuidado perinatal, el reconocimiento de sistemas informales de atención como la partería tradicional y la promoción de prácticas que respeten las necesidades culturales y sociales durante el parto.
Asimismo, desalienta el uso de intervenciones rutinarias innecesarias y subraya la importancia de evaluar clínicamente las tecnologías aplicadas al parto. Como recomendaciones específicas, se establece permitir el acompañamiento durante el parto, respetar prácticas culturales, evitar la separación innecesaria del recién nacido, limitar las cesáreas al 10%-15% y fomentar el parto vaginal tras cesáreas previas. Desalienta procedimientos innecesarios como enemas, rasurado púbico y episiotomías sistemáticas y promueve el uso de métodos menos intervencionistas como la auscultación fetal. Destaca que la implementación debe adaptarse a cada contexto regional, promover el uso racional de tecnologías en el parto y fomentar la cooperación entre autoridades sanitarias, instituciones académicas y organizaciones profesionales para evaluar y difundir buenas prácticas en la atención del nacimiento.

apropiada para el parto*"*, estableció recomendaciones globales de expertos en salud reproductiva de varias disciplinas y de madres participantes. Estas recomendaciones se centraron en el derecho a una atención prenatal adecuada y el uso responsable de tecnologías en el parto. La Declaración marcó un umbral de cambio en la manera en que se concebía el uso de tecnologías para el parto y promovió una visión respetuosa que incorpora la perspectiva de las personas atendidas.

Se resaltó la necesidad de que los Estados evalúen la pertinencia local de las tecnologías apropiadas para el parto en colaboración con universidades, sociedades científicas y grupos de investigación, bajo la disponibilidad y eficacia tecnológica en el contexto específico. Se enfatizó que las normas de financiación deben desalentar el uso indiscriminado de tecnologías y, en cambio, promover una visión crítica de su uso obstétrico. La atención, además, debe ser respetuosa de los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del proceso del parto. Se sugiere a la OMS y OPS, como promotoras de redes de evaluación, que faciliten a los países adoptar nuevas tecnologías desarrolladas en otros más avanzados y difundan información para modificar conductas profesionales y actitudes del público hacia el parto.

4.1.2. Declaración sobre las tasas de cesáreas (2015)

Sobre las tasas de cesáreas, la OMS se enfocó en su aumento global y enfatizó que deben realizarse únicamente ante necesidad médica. Desde 1985 se ha establecido que la tasa ideal de cesáreas debería oscilar entre el 10% y el 15%. Sin embargo, su frecuencia ha superado este porcentaje en países desarrollados y en desarrollo, lo que muestra desigualdades en el acceso y también en la práctica obstétrica. Esta situación plantea interrogantes sobre su justificación (2), ya que la cesárea es una intervención quirúrgica vital, pero su uso excesivo representa riesgos para la salud materna y neonatal. La OMS destaca que previene la morbimortalidad materna y perinatal limitadamente y bajo indicación médica, y que no presenta beneficios al aplicarse innecesariamente (2, 8).

Según la OMS, el aumento observado de tasas tiene implicaciones relevantes para la salud pública y esto genera costos para los sistemas de salud e impacta la salud materna y neonatal (5). La declaración también señala la falta de un sistema de clasificación internacional que permita comparar tasas entre regiones y establecimientos de salud, lo que dificulta su evaluación (5).

También enfatiza la necesidad de investigar el aumento de cesáreas y entender sus consecuencias a largo plazo en la salud materna y neonatal (5, 2) [45].

4.1.3. Declaración sobre la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud (2014)

OMS-Maltrato (2014) abordó el trato materno y neonatal desde el enfoque del "trato irrespetuoso y abusivo", al reconocer el derecho de las mujeres a recibir cuidados de salud con dignidad, respeto y autonomía durante el parto. La vulneración de este derecho constituye una violación a los DH, por lo que el organismo instó a los Estados a fortalecer el respaldo gubernamental, investigar el maltrato, implementar programas de atención materna respetuosa, documentar prácticas abusivas e involucrar a mujeres, profesionales de la salud y sociedad civil (OMS-Maltrato, 2014).

El preámbulo advierte que muchas mujeres sufren maltratos en centros de salud, lo que vulnera derechos como la vida, la salud, la integridad personal y la prohibición de violencia y discriminación. La falta de respuestas adecuadas de los Estados compromete las obligaciones internacionales de DH y debilita la confianza en los servicios sanitarios, lo que desincentiva el acceso a servicios. En consecuencia, la OMS-Maltrato (2014) subraya la obligación de garantizar la protección de sus derechos y generar evidencia sobre intervenciones eficaces para guiar acciones estatales y clínicas. El documento vincula el derecho internacional de los DH con la erradicación del maltrato obstétrico y propone un marco de acción con enfoque sistémico.

Reconoce que el acceso efectivo a la SSYR, incluida la anticoncepción y la atención materna de calidad, es fundamental para reducir la morbimortalidad y advierte la escasez de datos que permitan dimensionar el maltrato obstétrico y formular respuestas adecuadas. Por ello, la OMS subraya la necesidad de respaldo estatal y cooperación internacional para impulsar investigaciones y diseñar intervenciones que mejoren la calidad asistencial y transformen el comportamiento institucional, con énfasis en acompañamiento, privacidad y consentimiento. Además, el fortalecimiento del derecho a una atención digna exige normas claras de ética médica y DH, apoyo

[45] Lo que por extensión integra el trabajo de parto y el posparto.

a los profesionales sanitarios y la participación de las mujeres en decisiones sobre su atención para reducir el maltrato y mejorar la calidad asistencial (OMS-Maltrato, 2014).

En este marco, la Declaración incorpora como referencia la *Carta sobre la atención materna respetuosa: Derechos universales de las mujeres durante el embarazo y el parto*, elaborada por la White Ribbon Alliance (2011). Este consagra principios como trato digno, consentimiento, privacidad, autonomía y no discriminación. Se reconoce como referente para establecer estándares de calidad basados en DH (OMS-Maltrato, 2014).

4.2.Protocolos, recomendaciones y guías de atención

4.2.1. Cuidados en el parto normal: una guía práctica (1996)

La OMS advirtió en su documento Cuidados en el parto normal: una guía práctica [46] sobre la generalización de intervenciones que alteran procesos fisiológicos del parto sin base científica sólida. Estableció principios para el uso responsable de intervenciones y tecnología y alertó sobre prácticas innecesarias que inducen, aceleran o monitorizan el parto sin evaluación crítica previa. Recomendó reducirlas mediante protocolos racionalizados en la atención institucional. En los objetivos indica que intervenciones mínimas del personal sanitario, de forma segura y según principios como: animar al grupo familiar durante las etapas del parto; observación de la díada, monitorización y cuidados posteriores; evaluación de factores de riesgo y detección temprana de complicaciones; intervenciones menores si son necesarias, como amniotomía y episiotomía; traslado a nivel mayor de asistencia ante factores de riesgo o complicaciones justificadas (1.5, 8).

Este enfoque evolucionó hacia un modelo integral que prioriza la calidad asistencial tanto para embarazadas como para recién nacidos.

[46] Esta guía práctica para el parto normal de la OMS surgió poco después de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995). Trató temas generales de la atención en un parto normal, independiente del lugar o nivel de atención. Resalta la usual costumbre de intervenir partos de la misma manera independientemente de su grado de complicación y manifiesta su preocupación sobre intervenciones que pretenden esos desenlaces positivos y que varían dependiendo de las zonas donde se implementan, como de la complejidad, categoría y nivel de atención. Así, apremia a examinar la evidencia a favor o en contra de algunas de las prácticas más comunes con base en rigor científico, para su uso en la atención al parto normal. Las recomendaciones se categorizaron según si son prácticas útiles cuya promoción se justifica, aquellas perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas; aquellas sin evidencia clara para fomentarlas, que requieren de cautela en su implementación y las que se utilizan inadecuadamente con regularidad.

4.2.2. Directriz de la OMS sobre el respeto de los derechos humanos en la provisión de información y servicios de anticoncepción (2014)

La directriz de 2014 de la OMS, *Asegurar los derechos humanos en la provisión de información y servicios de anticoncepción*, ofrece orientaciones técnicas y recomendaciones destinadas a garantizar que la entrega de información y el acceso a métodos de anticoncepción se realicen sin coerción, discriminación ni violencia. También busca proteger el derecho de las personas usuarias a decidir libre y responsablemente sobre su fecundidad. Al centrarse en el respeto a los DH, este documento sirve como parámetro previo de aceptabilidad y calidad para evaluar marcos normativos o prácticas clínicas en el ámbito de la salud ginecológica y reproductiva.

Como estándar normativo técnico que debe preceder al análisis de las legislaciones nacionales, este instrumento ofrece orientaciones de particular importancia para asegurar que la provisión de servicios de salud reproductiva sea coherente con la autonomía personal. Su relevancia también radica en establecer parámetros previos de calidad y aceptabilidad antes de evaluar los marcos comparados de atención sanitaria (Palomares Herrera, 2025).

4.2.3. Estándares para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en los establecimientos de salud (2016)

La OMS establece, a través de este instrumento (en adelante, OMS-Estándares de calidad materna (2016)), un marco integral para evaluar la calidad de la atención que relaciona la provisión de cuidados basados en documentación científica con la experiencia en la atención. Incorpora de manera expresa componentes vinculados al respeto de la dignidad, la comunicación efectiva, el apoyo emocional y la participación informada de las mujeres en las decisiones sobre su atención. Asimismo, reconoce que la experiencia de atención constituye un elemento esencial del estándar de calidad, lo que permite integrar dimensiones relacionales dentro del análisis jurídico del derecho a la salud. En este sentido, proporciona criterios objetivos para identificar prácticas que, aun en contextos de cobertura formal del servicio, pueden configurar vulneraciones a los derechos relacionados con la SSYR.

4.2.4. Recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo (2016)

La OMS emitió recomendaciones respecto de la atención prenatal orientadas a vivir una experiencia positiva durante la gestación [47], lo que representó un avance al reconocer la importancia de la atención prenatal en la experiencia del parto y sus resultados. Este modelo integral prioriza cuidados respetuosos y la eliminación de intervenciones innecesarias. Busca garantizar la calidad asistencial y el bienestar materno-neonatal. Las guías destacan principios como la comunicación efectiva, el apoyo emocional, la continuidad de los cuidados y la adaptación en contextos específicos. Además, se consolida un enfoque basado en DH y equidad en salud.

[47] Las recomendaciones de la OMS para lograr una experiencia positiva del embarazo a través de la atención de 2016 establecieron que el cuidado prenatal es la ocasión para lograr una comunicación efectiva sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, conductuales y socioculturales. La OMS realizó recomendaciones sobre nutrición, evaluación de la díada, medidas de prevención y, en general, un cuidado prenatal de calidad para lograr un intercambio en el que se ofrezca una ayuda efectiva y basada en el respeto.
Todo esto con el fin de mejorar la calidad de vida, salvar vidas y aprovechar la gestación como una oportunidad donde hay merecimiento de una atención sanitaria de calidad. Aquellas experiencias positivas durante este período y luego durante el parto facilitan el tránsito a caminos de vida saludable, en los que tanto las mujeres como sus familias son el centro de una atención basada en la evidencia, con prácticas adecuadas y oportunas. Las recomendaciones sirvieron como marco integral para la atención prenatal y para sentar bases para la formulación de políticas de atención sanitaria y protocolos clínicos (2). Reconocen que, a pesar de los avances en la reducción de la mortalidad materna e infantil, las tasas de morbimortalidad prevenible relacionadas con el embarazo siguen siendo altas. La guía parte de la premisa de que la experiencia de atención sanitaria es clave para fomentar familias y comunidades saludables (3).
También establece que la atención prenatal debe ser sistemática, centrada en la persona y alineada con principios de DH, y en priorizar el bienestar de las mujeres y los recién nacidos. Esto impacta en la prevención de la morbimortalidad, promoción de la salud y en potenciar el desarrollo de las mujeres y sus familias. Presenta recomendaciones sobre educación y apoyo emocional, atención médica y promoción de la salud, diseñadas para aplicarse en contextos específicos, que consideren particularidades culturales y sociales. Se enfatiza la importancia de una comunicación efectiva y el acceso a información para mejorar la calidad de vida de las mujeres y fomentar la utilización de los servicios de salud. Se recomienda implementar modelos de atención prenatal que prioricen la calidad sobre la cantidad y garanticen un número adecuado de visitas. También la participación de las mujeres en las decisiones sobre su atención. Se fomenta la continuidad del cuidado y el acompañamiento durante el embarazo de una partera u otro profesional sanitario conocido, lo que mejora la satisfacción y los resultados en salud.
El documento resalta la necesidad de capacitación a los profesionales de la salud en habilidades de comunicación, emocional y atención centrada en las mujeres, para garantizar que estas se sientan valoradas y respetadas durante su atención prenatal. Asimismo, se subraya la importancia de la atención posnatal como parte integral de la atención prenatal y la necesidad de que se asegure apoyo continuo después del parto.

4.2.5. Recomendaciones sobre cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva (2018)

Mientras las directrices de 2016 se enfocaron en el control prenatal, OMS-Parto positivo, 2018, buscó orientar los cuidados durante el momento del parto, para vivir una experiencia positiva [48]. Define la experiencia de parto positiva como "… aquella que responde o supera las creencias socioculturales previas de las mujeres respecto a la garantía del bienestar físico, emocional, apoyo práctico y atención profesional respetuosa y técnicamente adecuada". Se amplió la visión al incorporar aspectos físicos, emocionales y psicológicos para la díada, así como el reconocimiento de las diferencias culturales, económicas y sociales entre países y regiones.

Esta guía establece directrices basadas en evidencia científica dirigidas a profesionales de la salud y responsables de políticas y protocolos en salud materna. Incluye a obstetras, parteras, enfermeras, médicos y gestores de programas materno-neonatales. Define pautas orientadas a evitar

[48] Los lineamientos de OMS-Parto positivo, 2018, fueron destinados a responsables de protocolos de salud nacionales y locales y a quienes atienden gestantes y recién nacidos: parteras, enfermeras, médicos, obstetras, administradores de salud del ramo, sociedades profesionales, ONG enfocadas en atención materna y ejecutores de programas sanitarios. Se basan en una revisión sistemática de la literatura y en la colaboración de un grupo de trabajo compuesto por expertos en salud materna y representantes de las mujeres. Este enfoque participativo asegura que las recomendaciones reflejen las necesidades de las mujeres. Contienen pautas que abarcan desde el inicio del trabajo de parto hasta el período postnatal inmediato, organizadas cronológicamente para facilitar su aplicación.
Los lineamientos se centran en la atención durante el parto y la importancia de proporcionar una experiencia positiva tanto para las mujeres como para sus familias. Promueven la atención respetuosa, digna y centrada en los deseos, preferencias y necesidades de las mujeres durante el parto. Reconocen que una experiencia de parto positiva impacta la salud física de la madre y del recién nacido, y el bienestar emocional y psicológico de las mujeres, con efectos a largo plazo en la salud familiar. El documento incorpora una lista de directrices y un análisis de la evidencia sobre efectos, recursos, equidad y viabilidad. También proporciona información adicional sobre la fuerza de las recomendaciones, la certidumbre de la evidencia y enlaces a las directrices de origen para mayor referencia.
Finalmente, subrayan la necesidad de implementar estas guías de manera integral para mejorar la calidad de la atención durante el parto y hacen un llamado a los sistemas de salud para que adopten un enfoque basado en los DH. Para así garantizar que todas las mujeres tengan acceso a la atención que desean y necesitan, fundamental para lograr una experiencia de parto positiva. Recomienda modificar las actitudes de quienes brindan atención en salud y redistribuir los recursos humanos y materiales. Los ministerios de Salud deben establecer normas sobre tecnología apropiada para el parto en sectores público y privado e impulsar investigaciones conjuntas para evaluar su uso. Además, deben informar a la comunidad sobre métodos de atención al parto, para garantizar la libre elección. Se promueve el autocuidado perinatal y el reconocimiento de las necesidades de asistencia para mejorar el embarazo, parto y puerperio. Se destaca la importancia de los grupos de apoyo entre madres para intercambiar información.
La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público. Asimismo, se debe investigar a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el fin de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, para mejorar la salud perinatal según criterios de coste-efectividad y las necesidades y deseos específicos de las comunidades. Se protege el derecho a decidir sobre vestimenta (tanto la de la madre como la del bebé), la comida, el destino de la placenta y otras prácticas culturalmente relevantes.

intervenciones innecesarias, mejorar los resultados maternos y neonatales y promover prácticas seguras, efectivas y respetuosas. Abarca orientaciones sobre monitorización fetal, progresión del trabajo de parto, uso de intervenciones médicas y protocolos para garantizar una atención centrada en las necesidades y preferencias de las mujeres. Asimismo, enfatiza el respeto por la fisiología del parto, el rol protagónico de quienes lo cursan y su participación en la toma de decisiones, incluso en contextos de intervención, junto con el acompañamiento continuo de personal capacitado y la responsabilidad institucional en la prestación del servicio. .

4.2.6. Guía de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario (2021)

Luego de desarrollar guías conceptuales en documentos previos, la OMS fortaleció sus recomendaciones con un encuadre práctico basado en la investigación científica especializada y orientado a la implementación efectiva de los principios de respeto y autonomía. Este marco determina herramientas para monitorear el trabajo de parto, protocolos específicos y estrategias para garantizar servicios respetuosos y centrados en las mujeres. Su objetivo es mejorar la calidad de la atención durante el parto en centros de distintos niveles y prácticas seguras y fundamentadas que ofrezcan la mejor experiencia. La guía está dirigida a una amplia gama de profesionales de la salud, como parteras, enfermeras, obstetras, médicos, capacitadores y administradores de centros de parto, así como a gestores de programas materno-infantiles, a ONG y sociedades profesionales relacionadas con el cuidado del embarazo (10).

4.2.7. Recomendaciones sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva (2022)

Otro de los documentos relevantes de la OMS son las *Recomendaciones sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva* (2022) (en adelante, OMS-Experiencia posnatal positiva, 2022). Su importancia radica en la consolidación de parámetros como eje orientador de la atención materna y neonatal e incorpora dimensiones de respeto, continuidad del cuidado y centralidad de la persona durante el posparto.

4.2.8. Guía para la implementación de la transición hacia modelos de atención liderados por parteras (2025)

La OMS expidió en 2025 la guía *Atención liderada por parteras: guía para la implementación de la transición hacia modelos de atención liderados por parteras*, documento que faculta una transición para resaltar la posición de la partería en la atención que reafirma el derecho humano al nivel más alto de salud para mujeres y recién nacidos. Identificó tasas persistentes de mortalidad y morbilidad materno-neonatal, así como casos de maltrato y medicalización excesiva en la atención de las etapas perinatal, intraparto y posnatal. Ofrece una hoja de ruta práctica para que los países avancen hacia modelos de atención dirigidos por matronas, caracterizados por la autonomía profesional, el cuidado continuo y el trabajo en equipos interdisciplinarios. Asimismo, enfatiza la importancia de sistemas de referencia eficientes para garantizar una asistencia personalizada y coordinada, mediante la promoción de la cobertura universal de salud y el respeto a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos.

Los estándares normativos, históricos y técnicos sistematizados proporcionan el umbral conceptual para la identificación jurídica de violencias en SSYR. Con esa base, se delimitan patrones de vulneración y criterios de responsabilidad estatal, institucional y profesional conforme a DH, con enfoque de género. El recorrido histórico y el andamiaje normativo expuesto hasta este punto permiten identificar la arquitectura de derechos que sustenta la atención ginecológica y obstétrica. Sin embargo, la brecha entre este parámetro ideal y la realidad asistencial se materializa en el fenómeno de la VO como una manifestación de vulneraciones de derechos vinculados a la SSYR. Se trata de la manifestación de la ruptura de las obligaciones estatales en esta materia, que requiere su análisis como principal forma de vulneración.

5. Contextualización de la VO

La VO, identificada como un fenómeno sistemático y generalizado (Šimonović, 2019), exige una respuesta urgente (Pickles, 2024). Su configuración involucra responsabilidades que pueden derivar de acciones u omisiones del Estado, de las instituciones sanitarias y del personal que interviene en la prestación de servicios de salud. Su denominación ha permitido su incorporación en marcos doctrinales sobre la violencia de género, en la medida en que se vincula con patrones institucionales que afectan el ejercicio de los derechos en SSYR. En este sentido, la literatura ha

precisado que estas dinámicas se articulan con formas de control presentes en la violencia de género, en particular en relación con la coerción y la subordinación de las mujeres (Hennig, 2016).

Desde esta perspectiva, la VO se configura como violencia de género principalmente en el ámbito institucional, en el que la discrecionalidad técnica puede operar sin controles efectivos sobre información, consentimiento y autonomía. Sin embargo, su análisis excede conductas individuales y exige examinar prácticas asistenciales y decisionales que restringen derechos en SSYR. Se manifiesta en prácticas y omisiones que, pese a su normalización social, generan daños, obstaculizan el acceso efectivo a la atención en salud y afectan la dignidad. Su reconocimiento se refleja en su incorporación progresiva en marcos normativos sobre violencia basada en género y en pronunciamientos internacionales que la identifican como forma específica de violencia contra las mujeres y que han contribuido a su consolidación (Šimonović, 2019).

Goberna-Tricas y Boladeras (2018) afirman que la inclusión de la VO en los marcos normativos y feministas ha visibilizado cómo la biomedicina y los sistemas de salud reproducen desigualdades de género. Los "observatorios de violencia obstétrica" [49] han favorecido el reconocimiento público y jurídico de esta forma de violencia. En América Latina, los movimientos de la sociedad civil han desempeñado un papel importante en la visibilización de la VO y en la promoción de transformaciones en marcos normativos y modelos de atención (Sadler et al., 2021). Asimismo, la literatura ha mostrado, por una parte, que la VO se ha configurado en la región como un constructo jurídico ubicado en la intersección entre la violencia de género y la calidad de la atención obstétrica (Williams et al., 2018) y, por otra, que su recepción legislativa ha sido desigual y todavía limitada en el derecho comparado latinoamericano (Díaz y Fernández, 2018).

La problemática persiste a pesar de los avances en su reducción. Estos abarcan capacitación en DH y género, promoción de modelos de atención centrados en las mujeres y mecanismos de rendición de cuentas. Las intervenciones reportan mejoras puntuales, pero muestran déficits de sostenibilidad institucional y seguimiento adecuado, a pesar de los esfuerzos por fomentar la

[49] En España, el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO), creado por la asociación "El Parto es Nuestro" en 2014, denuncia prácticas VO y promueve una maternidad libre de violencia (El Parto es Nuestro, 2014). En América Latina, la Red Latinoamericana de Observatorios de Violencia Obstétrica agrupa a observatorios y organizaciones de países latinoamericanos en la lucha contra la VO (Ovo Latam, 2021). En México, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) trabaja por la justicia reproductiva, documentación y denuncias (GIRE, 1992).

participación de las mujeres en las decisiones sobre su parto e incorporar indicadores de trato digno en los sistemas de evaluación de calidad (Yalley et al., 2024).

5.1.Perspectiva teórica y alcance conceptual

Šimonović (2019) identificó que las vulneraciones en las etapas reproductivas abarcan maltrato físico y verbal; intervenciones médicas sin consentimiento o de carácter coercitivo; violaciones a la confidencialidad y privacidad; negativa de analgesia; rechazo de admisión en centros de salud; negligencia en la atención del parto y retención de mujeres o recién nacidos por incapacidad de pago, entre otras prácticas.

En Europa se ha reconocido la VO y la esterilización no consentida como manifestaciones específicas de violencia machista y graves vulneraciones de los DH. La doctrina jurisprudencial en Latinoamérica se ha referido a la VO como una forma de violencia de género y de violación de los DH, [50] que se manifiesta en trato deshumanizado, negligente y abusivo, a través de la patologización de procesos naturales, como se examina en el caso *Brítez Arce y otros v. Argentina* (81), con elementos característicos. Entre ellos, el sujeto activo (personal de salud), el ámbito temporal (embarazo, trabajo de parto, parto y posparto) y conductas lesivas (como denegación de información e intervenciones forzadas).

Dentro de las vulneraciones atribuidas a la VO destacan aquellas que causan daño físico y psicológico [51], como el maltrato, el abuso y la falta de respeto. Sadler et al. (2016) subrayan que el concepto integra estas manifestaciones dentro de un fenómeno estructural que se reproduce en

[50] Es pertinente aclarar que existen intervenciones y medicalización necesarias durante los procesos reproductivos que pretenden preservar la vida y salud materno-fetal, ya sea por la necesidad técnica de la situación o ante condiciones institucionales adversas.

[51] Olza (2014) destaca que, además de conductas discriminatorias, negligencia, coerción, abusos verbales y físicos e infantilización, la VO puede tener efectos adversos en la salud psicológica de las mujeres en un momento de especial vulnerabilidad. La Relatora de la ONU también se refirió a agresiones verbales, humillaciones y observaciones sexistas, y resaltó los efectos físicos y psicológicos de la episiotomía y la violencia psicológica que causan las amenazas del personal sanitario (Šimonović, 2019).
La limitación de la autonomía corporal, por acciones u omisiones del personal de atención en salud, puede generar ansiedad, depresión y estrés postraumático. La percepción del parto como una experiencia violenta puede llevar a sentimientos de culpa, miedo, indefensión, pesadillas, aislamiento, conflictos de pareja, dificultades con la lactancia y el vínculo con el bebé, rechazo a futuros embarazos y evitación del sistema de salud, con impacto negativo en sus proyectos de vida (Brigidi et al., 2023). Además, en contextos clínicos desconocidos o percibidos como hostiles, las mujeres pueden enfrentar dificultades en la adaptación emocional a la maternidad. Estas circunstancias pueden generar sentimientos de incompetencia, falta de confianza y complicaciones con la lactancia (Voguel et al., 2023).

los sistemas de salud. Señala que no se limita a episodios particulares y que remite a estructuras institucionales y normativas que perpetúan prácticas tanto coercitivas como discriminatorias. Desde este panorama también se revelan mecanismos que sostienen, además de desigualdades de género, exclusiones en el acceso a servicios de salud. Bohren et al. (2015) añaden que el maltrato durante el parto no siempre responde a la intención de dañar, sino a "dinámicas institucionales, prácticas normalizadas y desequilibrios de poder".

Si bien la violencia contra las mujeres y otros grupos de la población se manifiesta en el plano interpersonal y en estructuras sociales, también se manifiesta bajo otra dimensión que hace converger prácticas de coerción individual con marcos normativos o políticas públicas cuyo efecto práctico resulta igualmente restrictivo de derechos, particularmente aquellos relacionados con la SSYR. El abandono estatal, las poblaciones excluidas de los sistemas sanitarios o desproporcionadamente afectadas son, precisamente, las más expuestas a estas dinámicas. En esta tesis, el análisis de las vulneraciones a estos derechos se enfoca en la VO, entendida como una manifestación particular.

5.2. El término "violencia obstétrica". La adopción de un *nomen iuris* específico y la importancia de nombrar

La OMS en su informe *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud* (2014) (en adelante, OMS-Maltrato, 2014) y (Šimonović, 2019) han coincidido en señalar la ausencia de un consenso internacional y de un marco común para definir y medir la VO durante la atención del parto, lo que impide conocer su prevalencia real. Esta dificultad de acuerdo técnico se extiende, además, a otras etapas del ciclo reproductivo en las que también pueden producirse daños físicos, emocionales o afectaciones a la autonomía.

Nombrar y conceptualizar prácticas desiguales permite su visibilización y eventual erradicación (Nalepa, 2020, citado en Brito, 2025). Savage y Castro (2017) argumentan que el nombrar este tipo de violencia como VO y no únicamente como "maltrato" es una afirmación política que impugna las jerarquías biomédicas, evidencia sus condiciones de fondo y las sitúa dentro de un continuum de violencia de género.

Pickles (2024) resalta que el valor del concepto de VO radica en su capacidad para nombrar y señalar la relación entre daño clínico, dominación estructural y género. Lejos de ser un término excesivo, destaca su poder para visibilizar una forma de violencia en el ámbito asistencial, tanto público como privado, y reiterada en contextos médicos. Considera que su reconocimiento jurídico puede servir como un acto reparador y de transformación normativa, pero su eficacia depende de la distinción entre intervenciones médicas justificadas y prácticas sistemáticas que niegan la autonomía y reproducen jerarquías de género.

Massó Guijarro (2023) resalta una dimensión política al identificar la VO como una categoría con una dimensión simultáneamente descriptiva y crítica. A diferencia de las categorías técnicas que pretenden neutralidad, este concepto permite describir una realidad clínica y cuestionar su legitimidad. Señala que al emplear este término se visibiliza una conducta que resulta evitable e inaceptable. En este sentido, nombrarla constituye un acto de justicia epistémica que politiza el daño y valida la experiencia de las personas usuarias frente a marcos hegemónicos que, bajo la apariencia de necesidad médica, tienden a normalizar la vulneración de su autonomía. Esta dimensión incide en la delimitación de estándares jurídicos, al impedir que determinadas prácticas queden neutralizadas bajo categorías clínicas que invisibilizan vulneraciones.

En su presentación ante la Asamblea General de la ONU, la Relatora Especial reconoció el uso del término VO para describir la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en centros sanitarios (Šimonović, 2019). En el marco interamericano, la Corte IDH [52] ha integrado el término VO en sus pronunciamientos y ha identificado actos que la configuran. Por su parte, el *Segundo Informe Hemisférico sobre la implementación de la Convención de Belém do Pará* (en adelante, MESECVI, 2012) utilizó la definición de VO de la ley venezolana (párr. 39).

El *Cuarto Informe Hemisférico sobre la implementación de la Convención de Belém do Pará* (2025) (en adelante, MESECVI, 2025), titulado *Acceso a la justicia, la verdad y la reparación: Desafíos estructurales y progresos institucionales*, evaluó el cumplimiento de la Convención tras veinte años de funcionamiento del Mecanismo (2004–2024) mediante la aplicación de 137 indicadores de progreso. Este informe también se refirió a la VO (párrs. 76, 167, 544, 623) y a la

[52] Como sucede en las sentencias de la Corte IDH *Brítez Arce y otros v. Argentina* y *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela.*

violencia en relación con los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres y la falta de legislación suficiente y adecuada (párrs. 132, 168).

A diferencia del arraigo del término "violencia obstétrica" en el sistema interamericano, Bernardini y Dal Monico (2024) sostienen que la denominación "violencia ginecoobstétrica" (en adelante, VGO) resulta conceptualmente más completa para evitar que las vulneraciones en contextos de salud reproductiva ajenos al parto queden invisibilizadas. Consideran que esta categoría permite visibilizar el patrón complejo de abusos que se producen en el espectro más amplio de la SSYR, dentro del cual se incluyen el acceso a la anticoncepción y la atención del aborto. De esta forma, se evita que estas realidades de maltrato queden invisibilizadas en una noción de obstetricia restringida exclusivamente al evento del parto.

Aunque se han utilizado expresiones como "falta de respeto y abuso", "maltrato", "parto deshumanizado" o "atención materna irrespetuosa", el término VO ofrece un enfoque más amplio que reconoce la vulneración de derechos y la deshumanización de la experiencia del parto (Yalley et al., 2024). Por ello, reemplazarlo por términos como "atención deficiente" invisibiliza una forma institucionalizada y sexista de violencia en contextos reproductivos. También impide su comprensión en marcos jurídicos y teóricos sobre violencia de género, invalida las experiencias narradas por quienes reciben atención y obstaculiza toda posibilidad de reparación simbólica y normativa (De Roon-Immerzeel et al., 2025).

5.2.1. Debates en torno al término

Existen posicionamientos institucionales y controversias en torno al concepto y uso del término que exceden el desconocimiento de la existencia de maltrato y se enfocan en su utilidad jurídica para efectos de responsabilidad profesional. El término constituye una categoría "efervescente" en los gremios sanitarios y juristas especializados (Palomares Herrera, 2025) y, además, persiste una discusión doctrinal sobre si la violencia ginecológica y obstétrica debe encuadrarse como una modalidad de violencia de género [53].

[53] Sobre este punto, Palomares Herrera (2025) señala que en ordenamientos como el español existe un obstáculo técnico-jurídico para esta asimilación. El obstáculo surge debido a que la legislación nacional de protección integral exige que la agresión ocurra en el marco de una relación de afectividad o convivencia actual o pasada y este elemento

Según Chervenak et al. (2024), el término puede socavar la confianza entre pacientes y profesionales de la salud, al considerarlo una categoría amplia que no siempre refleja las complejidades de la interacción clínica. Señalan que etiquetar prácticas médicas como "violencia" puede frenar diálogos y la mejora de la atención. Esta postura coincide con las críticas de Lappeman y Swartz (2021), quienes consideran que el uso indiscriminado del término dificulta la resolución de problemas reales en el sistema de salud. Proponen un enfoque contextual que considere las características culturales y sistémicas que influyen en las prácticas obstétricas y, para evitar una visión reduccionista, aquel reconoce que ciertas conductas percibidas como violentas pueden derivar de limitaciones institucionales o culturales y permite comprender mejor las causas de las malas prácticas con el fin de fomentar intervenciones más efectivas.

De otra parte, en el ámbito médico español, diversas sociedades científicas y colegios profesionales han cuestionado el uso del término VO [54]. De Roon-Immerzeel et al. (2025) sostienen que la resistencia a su uso invisibiliza una forma de violencia de género y se aparta de los desarrollos doctrinales e institucionales que la reconocen como tal en el ámbito internacional. Aunque se argumenta que el término podría generar alarma social, criminalizar actos no intencionales o

no concurre en la interacción entre el personal facultativo y la persona usuaria. Bajo esta lógica, se argumenta que este fenómeno no satisface los requisitos de una relación interpersonal de pareja, aunque en marcos normativos específicos como el de Cataluña ya se haya avanzado en su integración legal bajo el concepto más amplio de violencia machista.

[54] En España, en un polémico documento de 2018, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) criticó el concepto de la VO como "legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable". Destacó la importancia de subrayar los riesgos obstétricos y advirtió que ciertos discursos podrían minimizar las complicaciones en el embarazo y parto. En sus palabras: En el parto, cada individuo se enfrenta de manera solitaria a su destino en 10 centímetros de vagina. Está en nuestras manos acompañarlo y ayudarlo a enfrentarse al resto de una vida de 80 años con la mejor adaptabilidad, salud e independencia social (SEGO, 2018).

Por su parte, la Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología (SCOG) y el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC), aunque reconocieron que el término genera rechazo entre profesionales, destacaron el reconocimiento por la ONU, la Comisión Europea y su inclusión en la Ley 17/2020. Se comprometieron a sensibilizar y a formar al personal sanitario en casos no intencionales, ya que existen mecanismos para sancionar la mala praxis (SCOG y CCMC, 2021).

En 2021, la SEGO rechazó el término por su connotación jurídica dolosa, aunque reconoció que ha contribuido a visibilizar experiencias negativas. Defendió que no debe confundirse una praxis inadecuada con expectativas incumplidas y propuso mejorar los cuidados mediante formación técnica y comunicativa, información y documentación clínica, actualización de guías, escucha activa a las mujeres, participación en políticas de salud y garantía de medios suficientes. Ofreció su colaboración con las autoridades para lograr una praxis de excelencia y seguridad jurídica (SEGO, 2021).

En este contexto de debate gremial, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) rechazó el concepto. Aclaró, en respuesta a un evento legislativo sobre la modificación propuesta a la Ley Orgánica 2/2010 que buscaba incluir la VO como modalidad de violencia de género, que no se ajusta a la realidad asistencial del embarazo, parto y posparto en España y que criminaliza la actuación profesional. La profesión en su conjunto pidió prudencia y no crear alarmas sociales innecesarias que deterioren la confianza entre el médico y su paciente (Organización Médica Colegial de España (OMC), 2021).

duplicar mecanismos ya existentes, como indica Vacaflor (2015), el término permite visibilizar prácticas que vulneran derechos en contextos de desigualdad y falta de rendición de cuentas en los sectores público y privado.

6. Impacto de la problemática

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que, además de violar sus derechos a una atención respetuosa, también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación (OMS-Maltrato, 2014). Este concepto ha permitido visibilizar dinámicas históricamente silenciadas en el entorno clínico, lo que identifica un conjunto heterogéneo de conductas lesivas normalizadas en el campo ginecológico y obstétrico. Desde exámenes y acceso a anticoncepción hasta tratamientos de fertilidad, atención de pérdidas gestacionales, embarazo, parto y posparto, sitúan a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad frente al personal sanitario. En este espectro pueden activarse estigmas y prácticas discriminatorias que constituyen formas de violencia de género con rasgos de violencia institucional, derivadas de las asimetrías de poder propias de la relación asistencial.

Esta vulnerabilidad se vincula además con un proceso de medicalización que ha estigmatizado el cuerpo femenino como un problema médico crónico "desde la cuna hasta la tumba" (Gijsbers van Wijk et al., 1996) y así se convierten funciones fisiológicas normales como el embarazo en condiciones que requieren supervisión constante, lo que justifica una supervisión e intervención constante sobre la autonomía.

Las vulneraciones en SSYR deben exceder su consideración como fallas en la calidad del servicio y observarse como un fenómeno vinculado a relaciones de poder y desigualdad, en que prácticas violentas se legitiman mediante estructuras institucionales que refuerzan jerarquías de género y dominación médica (Jewkes y Penn-Kekana, 2015). A su vez, limitar el concepto de VO a prácticas médicas abusivas y dejar por fuera experiencias violentas en los procesos reproductivos que merecen reconocimiento y protección hace que, como indica Méndez Aristizábal (2023), requiera reconceptualización, lo que la sitúa como una vulneración de DH ante la cual el Estado tiene una obligación de debida diligencia.

Esta reconceptualización además debe integrar "las agresiones y vulneraciones de derechos" en procesos de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), abortos, posabortos y emergencias obstétricas (Méndez Aristizábal, 2023). De manera que también se incluyan las experiencias violentas de quienes "no han deseado o no han podido" llevar un embarazo a término, a pesar de que se reconozcan violencias por la denegación de servicios y la obligación estatal de garantizar un marco de protección para todas las etapas reproductivas. En este contexto, la criminalización de la IVE, la denegación de servicios y el maltrato en entornos sanitarios son formas de violencia de género e incluso pueden configurar trato cruel, inhumano o degradante (RG-35-CEDAW, párr. 18).

6.1.Medición e identificación

Aunque existe complejidad para medir actos de VO (Šimonović, 2019), muchos han sido documentados. Existen propuestas de reparación y de garantías para una atención "segura, de alta calidad y centrada en las personas" como parte de la cobertura de salud universal (OMS-Maltrato, 2014) y desarrollos normativos y de política pública, pero persisten vacíos y una escasa trascendencia jurídica en su conceptualización jurídica, medición y exigibilidad como violación de DH en el ámbito sanitario. La falta de una herramienta estandarizada y la fragmentación metodológica de la literatura excluyen estudios cualitativos, análisis de medicalización o percepciones del personal sanitario (Hakimi et al., 2025). La falta de consenso cuantitativo y conceptual requiere de un análisis jurídico que supere la medición clínica e identifique fallas sistémicas, económicas e institucionales, y aclare responsabilidades estatales que perpetúan la VO.

La identificación y medición del fenómeno enfrenta otros obstáculos: la variabilidad regional, la escasa visibilidad o inexistencia de marcos normativos específicos, la falta de sistemas globales de registro, recursos limitados para la investigación y barreras socioculturales son algunos de ellos. Estos obstáculos dificultan su denuncia, en cuya falta influye el desconocimiento de que ciertos actos y omisiones son manifestaciones de violencia, y la vulnerabilidad y las circunstancias

particulares en que ocurren, como cuando el esfuerzo físico, emocional y mental se concentra en el autocuidado o en el cuidado del neonato [55], lo que dificulta reconocer la vulneración.

Aunque no todas las vulneraciones en SSYR se manifiestan como maltrato, abuso o irrespeto, los Estados no quedan exentos de sus obligaciones de prevención, protección y erradicación. La prevalencia de la VO confirma el carácter extendido del fenómeno y la necesidad de intervenciones multinivel orientadas a garantizar una atención respetuosa, segura y digna (Hakimi et al., 2025). Es una problemática global, independientemente de la calidad de la atención médica ofrecida o del contexto social y político (Bohren et al., 2015), que se manifiesta, además de en malos tratos, en omisiones de asistencia, abandono, intervenciones forzadas, coaccionadas y diversas durante las etapas reproductivas. Constituye un fenómeno vinculado a la sobreintervención médica y a la persistencia de prácticas no basadas en aportes científicos, que exige la transformación de los modelos de atención hacia estándares respetuosos de la autonomía, la dignidad y los derechos de las mujeres (Sadler et al., 2016) y reclama un accionar más enérgico, diálogo entre todos los actores intervinientes, investigación y apoyo.

7. Recapitulación

El marco conceptual delimitado es un parámetro interpretativo para el análisis jurisprudencial posterior y la revisión de conducta en la materia. La SSYR, como derecho autónomo con contenido normativo propio, se integra de libertades decisorias y obligaciones prestacionales, cuya evolución histórico-normativa confirma su consolidación como derecho exigible en el marco internacional de DH. Los instrumentos analizados precisan estándares de autonomía, consentimiento, igualdad y no discriminación que orientan la evaluación jurídica de la actuación estatal y asistencial en SSYR. Asimismo, se contextualizó la VO como fenómeno con relevancia jurídica en SSYR y se examinó su adopción como *nomen iuris*, incluidos algunos de los debates sobre su uso, así como las implicaciones jurídicas derivadas de la falta de estandarización en su medición y registro.

[55] Al recién nacido también se le llama neonato y corresponde a bebés que tienen 28 días o menos desde el día en que nacen.

8. Conclusiones parciales

Primera. La SSYR opera como un derecho autónomo con contenido normativo exigible que impone límites jurídicos a interferencias estatales a prácticas asistenciales que desconozcan derechos como la autonomía, el consentimiento y la igualdad.

Segunda. El marco global consolidado determina obligaciones estatales de respetar, proteger y garantizar, cuya inobservancia puede generar responsabilidades en sus distintas vías jurídicas y activar mecanismos de reparación y garantías de no repetición.

Tercera. Los estándares técnicos y normativos examinados operan como criterios de valoración para la identificación de vulneraciones en SSYR y para el control de la debida diligencia estatal, institucional y profesional, con enfoque de género.

Cuarta. La VO opera como categoría de calificación normativa en SSYR y permite reconducir hechos asistenciales a estándares de autonomía, consentimiento y no discriminación, con efectos en la determinación de responsabilidad profesional y estatal, así como en la configuración de mecanismos de reparación y garantías de no repetición.

Quinta. La adopción del *nomen iuris* cumple una función delimitadora, pues separa intervenciones clínicamente indicadas de prácticas u omisiones que, por su carácter sistemático o por desconocimiento de garantías, configuran vulneraciones exigibles.

Sexta. Los déficits de medición y registro inciden en los parámetros de valoración y acreditación de los actos y omisiones constitutivos de VO, así como en el control de la debida diligencia estatal, lo que exige deberes de prevención, supervisión y rendición de cuentas con enfoque de género.

CAPÍTULO II LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LOS MARCOS NORMATIVOS COMPARADOS EN SSYR: AMÉRICA LATINA, EL CARIBE Y EUROPA

El tratamiento normativo de la VO presenta matices diferenciados según las tradiciones jurídicas y la movilización social en las regiones. En el marco latinoamericano y del Caribe, la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto se ha identificado como un problema relevante de DH y salud pública (Tobasía-Hege et al., 2019), así como otras vulneraciones de derechos en SSYR. Esta realidad ha impulsado a diversos Estados a incorporar definiciones específicas o incluso tipificaciones penales para garantizar una vida libre de violencia. En el análisis legislativo de Venezuela, Argentina y México, Díaz García y Fernández (2018) destacan que han sido pioneros en definir y sancionar la VO. No obstante, señalan que el impacto de estas normas es limitado debido a que las instituciones mantienen rutinas mecánicas e impersonales que ignoran la autonomía de las personas usuarias. Sin embargo, estos avances coexisten con barreras persistentes y marcos regresivos que limitan su efectividad.

En el marco europeo, el fenómeno ha ganado visibilidad mediante el entorno institucional de la Unión Europea y el Consejo de Europa. Aunque la mayoría de Estados carece de definiciones legales específicas, el reconocimiento se ha integrado a las políticas contra la violencia de género.

El análisis comparado de ambos sistemas permite identificar convergencias en la protección de los derechos de las mujeres en SSYR, así como divergencias en las vías jurídicas e institucionales adoptadas para erradicar la VO. Los países citados en esta tesis se rigen por normas constitucionales y supralegales que orientan la interpretación del ordenamiento interno y condicionan el alcance de los deberes estatales en SSYR. Mientras algunos Estados han avanzado en políticas públicas de garantía, otros mantienen marcos punitivos que, en la práctica, permiten la criminalización de eventos obstétricos adversos [56]. Los sujetos que pueden incurrir en estas conductas son el personal sanitario u otros prestadores de atención durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el posparto y la pérdida gestacional o perinatal, en ámbitos institucionales o comunitarios, cuando realizan actos u omisiones constitutivos de VO.

[56] Véase, además, sentencia *Manuela y otros v. El Salvador*.

1. Marco latinoamericano y del Caribe

1.1. Venezuela, pionera en la definición de VO

Venezuela definió la VO en su Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007). Además, en su artículo 52 estableció una pena de 2 a 5 años de prisión en casos de esterilización forzada [57]. La introdujo por primera vez en una legislación como manifestación concreta de violencia de género al hacer alusión al trato y al impacto sobre la salud de las mujeres. Su artículo 15, núm. 13 señala:

> Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y de los 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 la autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

1.2. Uruguay: desarrollo normativo en autonomía reproductiva y atención obstétrica

En Uruguay, la Ley 19.580/2017, Integral de Violencia Basada en Género y Hacia las Mujeres, incorporó a la VO como una de las formas de violencia reconocidas. Su artículo 6(h), referido a las manifestaciones de violencia basada en género, establece: "Violencia obstétrica. Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos".

El Decreto n.º 339/019, reglamentario de la Ley 19.580/2017, incorpora disposiciones sobre el plan de parto y amplía el alcance de la VO, en su artículo 16. Integra dentro de la categoría de VO prevista en la Ley 19.580/2017 aquellas conductas humillantes, discriminatorias o contrarias a la dignidad en la atención del embarazo, parto y nacimiento. Establece que las recomendaciones del

[57] El artículo 52 de la ley venezolana indica: Quien intencionalmente prive a la mujer de su capacidad reproductiva, sin brindarle la debida información, ni obtener su consentimiento expreso, voluntario e informado, no existiendo razón médica o quirúrgica debidamente comprobada que lo justifique, será sancionado o sancionada con pena de prisión de dos a cinco años. El tribunal sentenciador remitirá copia de la decisión condenatoria definitivamente firme al colegio profesional o institución gremial a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

Ministerio de Salud Pública constituyen normas técnicas obligatorias para los prestadores [58]. El apartamiento injustificado o el trato que vulnere la dignidad habilita sanciones administrativas y el cambio de prestador conforme al procedimiento legal vigente.

La reglamentación es detallista al proteger la autonomía sobre la vestimenta, ya que permite la elección propia como la del recién nacido. Además, otorga un respaldo a la presentación del Plan de Parto y Nacimiento; lo eleva a la categoría de derecho para asegurar que todas las actuaciones profesionales se basen en decisiones seguras y previamente informadas.

1.3. Paraguay, integración de la VO como violación de DH

En Paraguay, la Ley 5.777/2016, de Protección Integral a las Mujeres Contra Toda Forma de Violencia, la reconoció en su artículo 6(j) y posicionó a Paraguay entre los países latinoamericanos que integran la VO como una violación de DH:

> Violencia obstétrica: Es la conducta ejercida por el personal de salud o las parteras empíricas sobre el cuerpo de las mujeres y de los procesos fisiológicos o patológicos presentes durante su embarazo, y las etapas relacionadas con la gestación y el parto. Es al mismo tiempo un trato deshumanizado que viola los derechos humanos de las mujeres.

1.4. Bolivia, reconocimiento de la violencia contra los derechos reproductivos

En Bolivia, la Ley 348/2013, Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia, reconoce la violencia en los servicios de salud y la violencia contra los derechos reproductivos como formas de violencia contra las mujeres, lo que proporciona un fundamento normativo para abordar prácticas de VO. Su artículo 8 indica:

[58] La referencia legal a las *Recomendaciones sobre Prácticas y Actitudes en la Asistencia del Embarazo y Nacimiento Institucional (Ministerio de Salud P*ública y UNFPA, 2018) se entiende como una remisión normativa abierta a los lineamientos técnicos y guías oficiales de dicho Ministerio en materia de atención de las etapas reproductivas. En particular, destacan aquellas sobre la regulación de prácticas asistenciales y actitudes del personal sanitario en el ámbito institucional, soporte técnico al que la Ley n.º 19.580 atribuye el carácter obligatorio a efectos de la prevención y sanción de la VO. Otro documento relevante son las Recomendaciones del Ministerio de Salud Pública para la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio (MSP, 2024).

> Violencia contra los derechos reproductivos: Es la acción u omisión que impide, limita o vulnera el derecho de las mujeres a la información, orientación, atención integral y tratamiento durante el embarazo o pérdida, parto, puerperio y lactancia; a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijas e hijos; a ejercer su maternidad segura y a elegir métodos anticonceptivos seguros.

Su artículo 9 señala:

> Violencia en servicios de salud: Es toda acción discriminatoria, humillante y deshumanizada que omite, niega o restringe el acceso a la atención eficaz e inmediata a la información oportuna por parte del personal de salud, poniendo en riesgo la vida y la salud de las mujeres.

1.5. Colombia, estrategias enfocadas en género

En Colombia, el marco normativo ha seguido una trayectoria de progresiva especialización. Ha transitado desde la garantía general de una vida libre de violencia hacia una arquitectura regulatoria técnica y operativa diseñada para proteger derechos relacionados con la SSYR. Bajo este paraguas de protección integral, el Estado colombiano ha desarrollado estrategias [59] e instrumentos operativos [60], legales [61] y sectoriales con enfoque de género [62], orientados a materializar estas garantías. Este proceso continuó con la Ley 2244/2022 (Ley de Parto Digno, Respetado y

[59] El Consejo Nacional de Política Económica (CONPES), mediante los documentos CONPES 140/2011 y CONPES 4080/2022, formuló estrategias para reducir la mortalidad materna, mejorar el acceso y la calidad de los servicios sanitarios y garantizar derechos sexuales y derechos reproductivos. El Ministerio de Salud implementó la guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" (2010) para identificar errores, barreras y defensas de la seguridad en los cuidados de la díada y reducir fallas en el servicio.

[60] La operatividad de este marco descansa en la Resolución 3280/2018, que establece la Ruta Integral de Atención para la población materno-perinatal. Integra recomendaciones de la OMS como mandatos de obligatorio cumplimiento para todos los actores del sistema de salud. La ruta está basada en recomendaciones de la OMS y es de obligatorio cumplimiento en lo que respecta a gestantes y recién nacidos.

[61] La Ley 23/1981, reglamentada por el Decreto 3380/1981 y la Resolución 13.437/1991, regula los temas de ética médica y hospitalaria, para mejorar el servicio de salud. La Ley 1257/2008 sentó bases para garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y reconocer el derecho a la salud y a la SSYR sin restricciones administrativas o económicas en la atención. La ley 1.540/2012 modificó el código de procedimiento penal para garantizar la investigación de oficio en casos de violencia de género. La ley 1.719/2014 garantizó el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, con énfasis en el contexto del conflicto armado, y tipifica delitos como la esterilización forzada, el aborto y los embarazos forzados.

[62] La ley 823/2003 estableció acciones de equidad de género en los servicios de salud e incorporó la SSYR, con medidas para reducir la morbilidad y la mortalidad materna.

Humanizado), la cual consolida los estándares de atención centrada en la persona usuaria, el respeto a los tiempos fisiológicos y el derecho al acompañamiento, entre otros.

Este marco normativo reconoce lo que menciona como cesárea humanizada cuando el parto vaginal no es posible o si se solicita de manera informada, y busca garantizar que los prestadores de salud entreguen la placenta en caso de solicitud. A pesar de esta arquitectura legal amplia, el análisis crítico de Colombia revela una brecha persistente en su aplicación territorial, donde se desplaza la pertinencia intercultural y la autonomía de las mujeres, especialmente en contextos rurales e indígenas.

1.6. Argentina, de iniciativas locales a un marco nacional

En Argentina, la regulación de la atención obstétrica siguió una trayectoria de consolidación federal. Este proceso, que comenzó con iniciativas locales [63] a finales de la década de 1990 y culminó con un marco nacional, incorpora la Ley nacional 25.929/2004 [64], conocida como Ley de Parto Humanizado, que reconoce y regula derechos durante el proceso de nacimiento y constituye un antecedente central para el abordaje de la VO. La Ley 26.485/2009 sobre Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres hace parte del marco normativo y otras leyes complementarias [65].

[63] En 1996, Corrientes sancionó la Ley Provincial 5.146 sobre "Parto Respetado", seguida por Río Negro en 1998 con la Ley Provincial 3.263 sobre los "Derechos de la Mujer Embarazada" y Buenos Aires en 2003 con la Ley 1.040, conocida como la "Ley de Acompañamiento".

[64] La Ley nacional 26.485/2004 en su artículo 6(e) define la VO como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929. Esta última garantiza derechos específicos para una atención digna, informada y libre de intervenciones innecesarias. Reconoce a la gestante como protagonista del parto y protege su intimidad y autonomía. Promueve el parto natural, el derecho a recibir información sobre la salud de la díada y el consentimiento informado.
El Decreto 2035/2015 reglamentó la ley y estableció criterios para la prestación de servicios respetuosos durante el embarazo, el parto y el puerperio. Entre otros aspectos, prioriza el parto natural sobre la medicalización innecesaria, reconoce la libertad de movimiento y la elección de la posición durante el trabajo de parto, y promueve el alojamiento conjunto, la lactancia precoz y el fortalecimiento del vínculo entre la díada. Asimismo, establece la necesidad de contar con consentimiento informado para cualquier procedimiento o investigación médica.

[65] Otras normativas complementarias: Ley 26.529 sobre los Derechos de los Pacientes; Ley 25.673 del Programa Nacional de Salud y Procreación Responsable y Ley 27.610 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo.

La existencia de registros administrativos estatales en Argentina permite identificar la VO en los servicios de salud, a partir de mecanismos oficiales de atención y denuncia (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, 2022).

1.7. Ecuador, VO incorporada en ley de prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres

En Ecuador, la VGO fue incorporada al ordenamiento jurídico mediante la Ley Orgánica Integral 1018 para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Su artículo 4 señala: "… Violencia de género contra las mujeres: Cualquier acción o conducta basada en su género que cause o no muerte, daño y/o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial, gineco-obstétrico a las mujeres, tanto en el ámbito público como privado".

Adicionalmente, su artículo 10(g) indica,

> Violencia gineco-obstétrica.- Se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y posparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico.

Esta normativa reconoce esta violencia como una forma de violencia basada en género y la define como acciones u omisiones en el ámbito de la salud que vulneran la dignidad, la integridad o los derechos reproductivos de las mujeres. La inclusión de esta categoría permite integrar las prácticas obstétricas violentas dentro del marco general de protección frente a la violencia contra las mujeres.

1.8. Brasil, enfoque en el acompañamiento y vínculo previo con las personas usuarias

En Brasil, la "Lei do Acompanhante", Ley 11.108/2005, modificó la Ley n.º 8080/1990 del Sistema Único de Salud al agregar el artículo 19(j), que reconoce el derecho de la parturienta a la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto, el parto y el posparto inmediato. Establece en su primer párrafo que dicho acompañante será elegido por la propia mujer y en el segundo párrafo obliga a los servicios de salud del sistema, propios o mediante convenios, a garantizar este derecho conforme a su reglamentación. Este reconocimiento normativo refuerza la autonomía, la dignidad y la humanización de la atención obstétrica. De otra parte, la Ley 11.634/2007 dispone sobre el derecho de la gestante al conocimiento y a la vinculación con el establecimiento donde recibirá asistencia del sistema brasileño (art. 1). Esta ley obliga a establecer un vínculo previo entre la gestante y la unidad de salud para evitar el rechazo de admisión.

1.9. Perú, disposiciones relevantes como encuadre de prácticas abusivas

En Perú, la Ley 30.364 y su reglamento desarrollan la violencia ejercida en los servicios de salud como una de las manifestaciones de violencia contra las mujeres (art. 5 (b)), lo que permite encuadrar prácticas obstétricas abusivas en este marco general. Se complementa con normativa reglamentaria y lineamientos sectoriales sobre violencia de género y deberes de actuación en servicios de salud [66].

1.10. Chile, hacia el reconocimiento de la autonomía corporal y la precisión en los derechos del nacimiento

Chile ha avanzado en el reconocimiento de la autonomía corporal a través del proyecto conocido como "Ley Adriana" (Boletín n.º 12148-11). Este marco normativo busca garantizar que las mujeres participen activamente en las decisiones médicas sobre su sexualidad y reproducción y establece que el nacimiento debe ocurrir en condiciones de intimidad y libre de violencia. Según

[66] El Decreto Supremo n.º 0882016-MIMP del Perú incorporó explícitamente la VO en el marco del Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016–2021, al definirla dentro de las modalidades de violencia de género del Plan e) como actos de violencia del personal sanitario en relación con los procesos reproductivos, expresados en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de procesos naturales que afectan la calidad de vida de las mujeres. El Plan 2022–2026, aprobado por el Decreto Supremo n.º 005-2022-MIMP, omite esta categoría, lo que evidencia un retroceso en su reconocimiento programático.

el análisis de Palomares Herrera (2025), el proyecto chileno es uno de los más "certeros o celosos en detalles" del panorama comparado. Destaca que esta regulación es disruptiva al introducir formalmente el concepto de que las mujeres son "soberanas sobre su cuerpo", lo que les otorga el derecho inalienable a participar en todas las determinaciones médicas sobre su sexualidad y los procesos de nacimiento.

Díaz García y Fernández (2018) alertan sobre la carencia de legislación específica y el elevado número de cesáreas injustificadas, que en el sector privado alcanzan un alto porcentaje. Atribuyen este fenómeno a un paradigma tecnocrático dominante que prioriza la eficiencia institucional sobre los derechos reproductivos.

1.11. Panamá: Tipificación del femicidio y protocolos de preservación probatoria

Panamá integra la lucha contra la VO dentro de un marco de protección integral contra la violencia de género. A través de la Ley 82/2013, que tipifica el femicidio, el Estado definió la VO como aquella ejercida por el personal de salud mediante tratos abusivos, deshumanizados o humillantes. El artículo 27 exige que el personal de obstetricia y ginecología siga procedimientos específicos que aseguren el resguardo de la intimidad, la adecuada documentación clínica y la custodia de soportes relevantes. Este enfoque dota a la ley de una dimensión práctica que busca reducir la impunidad en el ámbito sanitario mediante reglas de documentación y trazabilidad asistencial.

1.12. Costa Rica: del control médico a la reforma de la Ley General de Salud

Costa Rica ha transitado en su desarrollo normativo desde un modelo centrado en guías técnicas de atención hacia un reconocimiento legal explícito de la VGO. Inicialmente, la praxis sanitaria se regía por la Guía de atención al embarazo, parto y posparto de 2008. Posteriormente, la reforma a la Ley General de Salud (Ley n.º 9824) se orientó a la garantía del derecho de quienes atraviesan por la gestación a recibir una atención médica y administrativa integral, oportuna y respetuosa de su condición. Establece que los procedimientos de salud, en particular los ginecológicos, deben realizarse bajo un enfoque de riesgo y sin someter a las personas usuarias a ninguna forma de violencia, ya sea ginecológica u obstétrica (art. 12).

El mismo artículo consagra el derecho a un trato digno, respetuoso y personalizado en las etapas del parto; a acceder a atención oportuna e información clara sobre el estado de salud y las intervenciones médicas posibles; a que se respete el curso fisiológico del parto de bajo riesgo y la posibilidad de un parto natural cuando no existan riesgos médicos; a mantener el apego posparto y recibir información adecuada sobre lactancia; así como al acompañamiento por una persona de su elección durante el parto y el posparto. El incumplimiento de estos derechos, al igual que cualquier forma de violencia ginecológica u obstétrica ejercida por el personal de salud, constituye una falta en el ejercicio sanitario y da lugar a las sanciones previstas en la legislación vigente [67].

1.13. México, enfoque en el derecho a la salud, políticas con perspectivas de género y tipificación

México reconoce el derecho a la salud en su Constitución (art. 4) y la obligación estatal de garantizar el acceso a servicios médicos y proteger los derechos reproductivos. Aunque la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) (2007) no menciona expresamente la VO, establece que la Secretaría de Salud debe diseñar políticas con perspectiva de género para prevenir, atender y erradicar la violencia en el ámbito sanitario.

Diversos Estados han incorporado el término en sus legislaciones locales. Por ejemplo, el Estado de Veracruz reformó su Código Penal para tipificar la VO y Estados como México, Chiapas, Guerrero y Quintana Roo han incorporado sanciones relacionadas con la VO. El Código Penal Federal (Capítulo III del título séptimo, “Delitos contra los derechos reproductivos”) sanciona prácticas como la esterilización forzada. Castiga a quien cause esterilidad sin consentimiento (art. 199 bis). La Ley General de Salud regula los cuidados y la atención obstétrica. Establece la capacitación técnica de parteras (art. 64.4), promueve el respeto a la medicina tradicional indígena (art. 92) y exige atención de calidad, respeto a los DH y no discriminación (art. 4 bis).

[67] La referencia a la legislación vigente debe entenderse como una remisión a los distintos regímenes de responsabilidad aplicables en el ordenamiento costarricense. Estos comprenden el régimen disciplinario del empleo público y de la Caja Costarricense del Seguro Social, el régimen administrativo-sanitario previsto en la Ley General de Salud, así como las eventuales responsabilidades civiles y penales derivadas de la comisión de actos de violencia en la materia objeto de estudio, sin perjuicio del control constitucional por vulneración de derechos fundamentales.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (1986) faculta a no profesionales autorizados a prestar servicios obstétricos en zonas rurales. Sin embargo, persisten obstáculos para integrar la partería al sistema. La NOM-007-SSA2-2016 regula la atención en embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, con pautas para una atención respetuosa y libre de violencia [68]. Han sido promovidos convenios con servicios integrales con enfoque de DH y perspectiva de género [69]. México además cuenta con la Recomendación General núm. 31-2017 de los Derechos Humanos (CNDH) relativa a la VO en el sistema nacional de salud [70].

2. Marco europeo

2.1. Reconocimiento de la VO en el marco institucional de la Unión Europea

El Parlamento Europeo hizo referencia expresa a la VO en la *Resolución de 24 de junio de 2021 sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres* (2020/2215(INI)). La integró en el marco más amplio de la salud y aquellos derechos como forma de violencia de género y vulneración. La Resolución se apoyó, entre otras fuentes, en el informe OMS-Maltrato, 2014; en el informe de la Relatora Especial de la ONU (Šimonović, 2019) y en el informe del Comité de Igualdad y No Discriminación de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (PACE), de 16 de septiembre de 2019, sobre la violencia obstétrica y ginecológica.

En el considerando AB, la Resolución del Parlamento Europeo de 2021 reconoce que determinadas personas y colectivos en situación de vulnerabilidad afrontan obstáculos adicionales y vectores de

[68] La NOM-007-SSA2-2016 prohíbe la discriminación, fomenta la ingesta de líquidos, la deambulación y la elección de posición. Reconoce la necesidad de intérpretes interculturales para garantizar el consentimiento de las mujeres indígenas, limita los tactos vaginales, restringe la episiotomía y promueve el pinzamiento tardío del cordón umbilical y el alojamiento conjunto. Exige registrar cesáreas e informar claramente sobre sus riesgos y beneficios. En anticoncepción posparto, estableció la consejería obligatoria y el consentimiento. La NOM-046-SSA2-2005 la reforzó con deberes frente a violencia contra las mujeres, incluido el contexto obstétrico.

[69] El *Convenio Interinstitucional para la atención universal de emergencias obstétricas* (2009) y el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal (2013-2018) del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ampliaron la protección institucional en esta materia.

[70] La Recomendación General 31-2017 se refiere a la VO en el Sistema Nacional de Salud, con seis directrices: (1) Política integral con perspectiva de género y DH; (2) infraestructura adecuada y personal suficiente; (3) Modelo de Atención Humanizado, Intercultural y Seguro, el cual hace imprescindibles servicios respetuosos de la autonomía, con pertinencia cultural, lenguaje accesible, participación activa de las mujeres y eliminación de tratos deshumanizantes; (4) difusión de derechos sexuales y derechos reproductivos; (5) fortalecimiento de la participación de parteras tradicionales; y (6) capacitación continua del personal de salud.

discriminación interseccional en el acceso a la atención sanitaria. Entre ellos, minorías étnicas o religiosas, personas migrantes, quienes proceden de entornos socioeconómicos desfavorecidos, personas sin cobertura sanitaria, residentes en zonas rurales, personas con discapacidad, personas LGBTIQ y víctimas de violencia. Vincula estas barreras a marcos normativos y políticas públicas que permiten prácticas coercitivas en la prestación de servicios de salud reproductiva, y la falta de ajustes razonables para un acceso efectivo a información y atención de calidad.

Asimismo, advierte sobre la falta de datos sólidos sobre VO contra mujeres racializadas en Europa y subraya que estas dinámicas discriminatorias aumentan las tasas de mortalidad y morbilidad materna y el riesgo de maltrato y violencia. Especialmente en el caso de mujeres con discapacidad, en déficits de acceso a la información y, en términos generales, en situaciones de injusticia y desigualdad en el ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos. Hernández Darriba (2025) destaca esta Resolución como hito al instar a los Estados miembros a combatir específicamente la VO, y también la violencia ginecológica. Señala que el texto exige la formación obligatoria de los proveedores de salud en DH y el consentimiento libre e informado como medida para evitar tratos degradantes. No obstante, advierte que la persistente heterogeneidad legislativa entre los Estados miembros continúa permitiendo disparidades en el acceso a estos derechos.

En 2024, el Parlamento Europeo impulsó un estudio técnico especializado: Violencia obstétrica y ginecológica en la Unión: prevalencia, marcos jurídicos y directrices educativas para su prevención y eliminación. Fue elaborado por el Departamento Temático de Derechos de los Ciudadanos y Asuntos Constitucionales (IPOL) para la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género (FEMM) en el campo de sus servicios de investigación. Se evidencia un interés político y analítico más focalizado en el fenómeno, aunque sin carácter normativo vinculante. Ofrece una visión integral sobre la percepción y desafíos de la VO en los Estados miembros de la Unión Europea.

Además de identificar problemas y examinar el marco jurídico aplicable, destaca la ausencia de procesos sistemáticos de recopilación de datos y la falta de reconocimiento legal de esta forma de violencia en las legislaciones nacionales. Estas carencias dificultan la evaluación precisa de la magnitud del problema y la implementación de medidas para su prevención y eliminación. Promueve definiciones claras y uniformes, así como desarrollar iniciativas educativas dirigidas a

profesionales de la salud y a la sociedad en general, con el fin de mejorar la comprensión y tratar adecuadamente esta manifestación de violencia de género (Parlamento Europeo, 2024).

También en 2024, la Comisión Europea, a través de su Dirección General de Justicia y Consumidores, elaboró un estudio que visibilizó y analizó la VO en Europa. Bajo el título *Violencia obstétrica en la Unión Europea: análisis situacional y recomendaciones de política pública*, formuló recomendaciones de política pública para su abordaje. Conceptualizó la VO como una violación de DH y forma de violencia de género e institucional en la atención obstétrica y perinatal e identificó manifestaciones y respuestas institucionales adaptadas. Se refirió a la falta de definición acordada y de un marco normativo uniforme en la Unión como obstáculos para medir, prevenir y sancionar la VO.

Destacó que ningún Estado miembro ha adoptado una definición legal específica de VO, lo que hace que en la práctica se requiera el uso de instrumentos más generales de derechos de los pacientes o normas de atención sanitaria para su resarcimiento. Asimismo, a partir de un análisis comparado, documentó la limitada disponibilidad de datos sistemáticos sobre prevalencia y formas de VO. Esta situación dificulta tanto la percepción social como la respuesta institucional y revela que prácticas como la ausencia de consentimiento informado, la hipermedicalización rutinaria o la falta de comunicación adecuada son experiencias recurrentes en múltiples jurisdicciones.

Este estudio de 2024 subrayó que la VO, más que intencional, puede estar arraigada en estructuras organizativas del sistema sanitario, estereotipos de género y desigualdades de poder que perpetúan patrones de abuso y falta de respeto hacia las mujeres. Basado en estos hallazgos, el informe formuló recomendaciones dirigidas a la Comisión y a los Estados miembros. Algunas son: desarrollar definiciones y marcos normativos claros de VO, promover mecanismos de recopilación sistemática de datos cuantitativos y cualitativos, facilitar intercambios de buenas prácticas entre Estados miembros, asignar recursos a iniciativas de formación específica para profesionales de la salud en DH y consentimiento informado. También financiar proyectos de investigación y políticas que fortalezcan la prevención y la respuesta institucional a la VO.

De manera complementaria, la adopción en 2024 de la Directiva (UE) 2024/1385, relativa a la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, refuerza el marco europeo

de prevención, protección y recopilación de datos en violencia de género. Aunque no aborda expresamente la VO, trata vulneraciones como la esterilización y el aborto forzados, que cataloga como delitos y forma de violencia contra las mujeres (núm. 9), e indica la obligación de apoyo especializado, con independencia de si las víctimas han denunciado (núm. 7). Establece deberes de formación profesional (núm. 6) y la producción de datos que resultan relevantes para su abordaje debido a los patrones relacionados de violencia institucional contra las mujeres (núm. 1).

2.2. Desarrollo estatal y autonómico: España y Cataluña

En España, la VO es reconocida como parte de los patrones de violencia institucional machista en el sector salud, según el *Informe anual de violencias institucionales machistas en el Estado español* (OVIM, 2024). El marco legal ofrece protecciones relevantes en el ámbito de la autonomía del paciente, información, confidencialidad y la erradicación de violencias machistas. La Ley 41/2002 regula la autonomía y los derechos y obligaciones sobre información y documentación clínica y protege el consentimiento y el respeto a las decisiones libres y voluntarias de los pacientes.

La Ley Orgánica 2/2010 sobre SSYR e interrupción voluntaria del embarazo estableció derechos en este ámbito. La Ley Orgánica 1/2023 modificó su artículo 2 e incorporó un nuevo numeral 7, que define la "violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo" como todo acto basado en la discriminación de género que atente contra la integridad o la libre elección de las mujeres en la SSYR. Además, proteger decisiones sobre la maternidad, su espaciamiento y oportunidad.

La Ley 14/1986 General de Sanidad ampara el derecho a la información y confidencialidad en los servicios sanitarios (art. 3). El art. 18, núm. 14, se refiere al desarrollo de las Administraciones Públicas a través de sus servicios de salud y órganos competentes a la mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio de la organización sanitaria, con actuaciones de formación para garantizar la capacidad de detectar, prevenir y tratar la violencia de género y, en su núm. 16, el control y mejora de la calidad asistencial sanitaria en todos sus niveles.

En la comunidad autónoma de Cataluña, el *Plan para el abordaje de la violencia obstétrica y la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos* (2023–2028) constituye un instrumento de política pública en desarrollo, en el ámbito de la Generalitat de Cataluña. Su existencia deriva de

un mandamiento legal específico para la eliminación de la VO, que ya había sido reconocida y definida en la legislación autonómica y es una respuesta directa a la Ley 17/2020 sobre el derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Esta ley autonómica, que modificó la Ley 5/2008, ya reconocía la VO y la vulneración de derechos sexuales y de derechos reproductivos como una forma de violencia machista. Por lo tanto, el Plan 2023 despliega acciones operativas, preventivas y de capacitación necesarias para cumplir con el deber de erradicación ya establecido en 2020.

Dicha Ley 17/2020 definió la VO en su artículo 4(d):

> Violencia obstétrica y vulneración de derechos sexuales y reproductivos: consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Puede afectar diferentes ámbitos de la salud física y mental, comprender la SSYR e impedir o dificultar que las mujeres tomen decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, así como sobre su reproducción y las condiciones en que esta se lleva a cabo, de acuerdo con la legislación sectorial aplicable.

Se refiere a la esterilización forzada, el embarazo forzado, el impedimento de aborto en los supuestos legalmente establecidos y la dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, a los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH, y a los métodos de reproducción asistida, así como las prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales de la mujer. Además de exigir a los poderes públicos la diligencia debida para prevenir, investigar, sancionar y reparar los actos de violencia machista (art. 3(h)), describe la discriminación por embarazo o maternidad:

> … consiste en todo trato desfavorable a las mujeres relacionado con el embarazo o la maternidad, existente o potencial, que suponga una discriminación directa y una vulneración de los derechos fundamentales a la salud, a la integridad física y moral y al trabajo (art. 5(c)).

En todo caso, según Parrilla Vergara (2025), la falta de normativa específica, la omisión de datos oficiales sobre VO y la falta de mención de este fenómeno en los planes formativos para obstetras y matronas dificultan la evaluación precisa de la magnitud del problema y la aplicación de medidas eficaces para su prevención y erradicación. La existencia de este marco no ha impedido que

persistan prácticas que pueden configurar VGO, lo que contrasta con los altos estándares del sistema de salud español con su prevalencia.

Palomares Herrera (2025) observa una dicotomía en este contexto, pues el alto nivel de calidad técnica y de derechos no garantiza su ausencia. Respecto al marco legal, considera que a nivel estatal la VO no se ha regulado de manera específica, al igual que la violencia ginecológica. En su lugar, cuando ocurren actos graves, se ha encuadrado en tipos penales ya existentes en la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal, como el homicidio imprudente (art. 142), el aborto no consentido (art. 146) o la lesión imprudente (art. 152), en su relación con la negligencia médica. Este enfoque coexiste con realidades como la resistencia institucional sobre el concepto de VO.

2.3. Desarrollo comparado europeo: el caso de Portugal

Portugal reconoce la VO en relación con la garantía del respeto a la autonomía sexual y reproductiva y su prevención con disposiciones sustantivas, formativas e institucionales. La Ley 33/2025 promueve los derechos durante la preconcepción, procreación médicamente asistida, embarazo, parto, nacimiento y puerperio, e incorpora normas contra la VO. La define como actos físicos y verbales de profesionales sanitarios sobre el cuerpo, o procedimientos reproductivos bajo un trato deshumanizado, abuso de medicalización o patologización injustificada del embarazo y parto (art. 2). Introduce un avance en la terminología jurídica europea al reconocer que la VO puede ejercerse sobre mujeres y sobre otras personas gestantes (art. 2), que se alinea con una visión inclusiva de derechos (Dal Monico, 2026).

Asimismo, refuerza la protección con la exigencia de la inclusión de contenidos de DH en la formación sanitaria (art. 4) y ordena a los centros sanitarios difundir información sobre derechos y vías de denuncia (art. 6). En cuanto a registros, requiere que los desvíos del plan de nacimiento sean registrados y justificados (modificación al artículo 15e de la Ley 15/2014) y también obliga el registro documental de todos los actos médicos durante el parto con motivación clínica (art. 7). Además, prohíbe las episiotomías rutinarias no justificadas, impone sanciones a instituciones y profesionales (art. 8) e instituye una comisión multidisciplinaria para monitoreo, campañas de sensibilización e informes anuales sobre la atención en el embarazo y parto (arts. 10–12).

3. Recapitulación

Este recorrido comparado evidencia respuestas normativas heterogéneas frente a la VO en América Latina, el Caribe y Europa. En el primer bloque regional predominan leyes de violencia basada en género que incorporan definiciones expresas, combinadas con vías penales, administrativas o de política pública, según el Estado. En el marco europeo, el reconocimiento opera con mayor frecuencia por integración en instrumentos institucionales y en normas generales de autonomía, información clínica y violencia contra las mujeres, con desarrollos puntuales de derecho interno que abarcan definiciones y deberes de registro. En ambos sistemas, la eficacia práctica depende de la articulación entre responsabilidad jurídica en todos los niveles y transformación institucional efectiva.

4. Conclusiones parciales

Primera. El derecho comparado muestra que la VO se reconoce por técnicas normativas distintas: definición legal expresa; reconducción a regímenes generales de autonomía del paciente y violencia contra las mujeres; o combinación de ambos enfoques, lo que incide en las vías disponibles y en los umbrales de intervención estatal.

Segunda. Cuando un ordenamiento incorpora la VO en leyes de violencia de género, suele añadir deberes específicos de trato digno, información y límites a intervenciones, junto con consecuencias administrativas, disciplinarias o penales, lo que refuerza la exigibilidad interna.

Tercera. Donde el reconocimiento depende de marcos generales o de instrumentos institucionales no vinculantes, la respuesta se desplaza hacia obligaciones de organización, formación, documentación clínica y supervisión, de modo que la efectividad de la protección queda vinculada a la operatividad de mecanismos de queja y reparación, así como de la trazabilidad documental de la actuación sanitaria.

CAPÍTULO III VÍAS JURÍDICAS FRENTE A LA VO: RESPONSABILIDAD, GARANTÍAS Y MECANISMOS DE REPARACIÓN

Este apartado analiza las principales vías jurídicas mediante las cuales los ordenamientos han intentado responder a la VO. Se examinan sus alcances, límites y tensiones, especialmente cuando las conductas se producen en contextos institucionales del sistema sanitario. Si bien la tipificación autónoma ha surgido como herramienta para visibilizar el desvalor social de estas conductas y cuestionar la opresión de género en el ámbito clínico, su implementación enfrenta límites derivados de la necesidad de delimitar las conductas sancionables y del carácter subsidiario del derecho penal. Asimismo, corre el riesgo de individualizar una problemática que halla su raíz en prácticas del personal de salud o en deficiencias de carácter organizativo e institucional que la sanción individual no logra revertir.

El análisis se estructura en torno a cuatro ejes: la vía penal, el enfoque civil, los mecanismos de garantía y las alternativas restaurativas. El examen se realiza desde una aproximación a la responsabilidad jurídica y a la efectividad normativa, con el fin de evaluar sus alcances y límites frente a las dinámicas del sistema sanitario.

1. El bioderecho como marco normativo de integración entre bioética y DH

Los DH en materia de SSYR imponen obligaciones de respeto, protección y garantía frente a prácticas obstétricas lesivas, lo que exige abordar la problemática desde un marco jurídico integral capaz de identificar, delimitar y transformar las condiciones que permiten su persistencia. En este contexto, el bioderecho adquiere especial relevancia al integrar los valores del derecho y la bioética para enfrentar jurídicamente los dilemas de la medicina contemporánea (Romeo Casabona et al., 2025). Cook y Dickens (2002) sostienen que la "función de la bioética en la atención médica consciente equivale a la de los derechos humanos en la atención de salud pública". Principios como autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia en la formación profesional fortalecen las competencias necesarias para actuar conforme a obligaciones jurídicas y éticas, y contribuyen a una atención centrada en respeto, dignidad y seguridad (González-Blázquez et al., 2024).

Como campo normativo, el bioderecho articula principios éticos con disposiciones jurídicas vinculantes derivadas de tratados internacionales, declaraciones, jurisprudencia en salud. Así se otorga fuerza jurídica a la beneficencia, la no maleficencia y la autonomía en el ámbito ginecológico y obstétrico (Romeo Casabona et al., 2022). Ello se traduce en el deber de actuar en beneficio de las personas que reciben atención, respetar la capacidad decisoria y prevenir perjuicios.

La realización efectiva de derechos en SSYR incorpora obligaciones positivas para los sistemas sanitarios, públicos y privados, que trascienden la mera disponibilidad formal de servicios. También obligaciones para el personal de la salud. Sin embargo, persiste una distancia significativa entre la vigencia normativa y su aplicación práctica, lo que muestra que la sola formulación de normas no garantiza su cumplimiento. Al respecto, Šimonović (2019) expone que, sin perjuicio de la adopción de leyes y políticas que reconocen, por ejemplo, el derecho de contar con un acompañante de su elección durante el parto y a iniciativas de atención humanizada y capacitación del personal, continúan registrándose denegaciones sistemáticas de tales garantías.

2. El derecho como herramienta de transformación

En este contexto, la complejidad y prevalencia de la VO supone intervenciones como la creación y el fortalecimiento de políticas públicas; el respaldo a modelos de atención dirigidos por parteras [71]; el respeto a derechos como el de la información [72], a su acceso y al consentimiento. A su vez, la reducción de disparidades socioeconómicas, en consonancia con enfoques integrales orientados a garantizar dignidad, seguridad y equidad en la atención perinatal (Ramos et al., 2023).

Aquella confluencia obliga a considerar al derecho como herramienta de transformación de los marcos institucionales que perpetúan estas violencias, en cumplimiento de estándares normativos sustentados en estándares clínicos vigentes como en instrumentos globales de DH. Cuando no es

[71] Sriram et al. (2024) señalan que los modelos de atención liderados por parteras son seguros y eficaces en embarazos de bajo riesgo, reducen intervenciones médicas innecesarias y mejoran los resultados maternos y neonatales. Integrar la partería en los sistemas nacionales de salud facilita garantizar una atención reproductiva segura y humanizada. Sin embargo, es necesario fortalecer la investigación en contextos donde los sistemas de salud enfrentan limitaciones de infraestructura, transporte y comunicación entre parteras comunitarias y hospitales, con el fin de garantizar mecanismos adecuados de referencia y continuidad asistencial.

[72] En adelante, la expresión información se utiliza siempre en el sentido de información clara, fidedigna, completa, oportuna, suficiente y comprensible.

posible la garantía, el debate no se agota en la criminalización, ya que resulta imperativo considerar vías de solución complementarias, como los sistemas de quejas administrativas y la justicia restaurativa. Estos proponen una reparación integral que prioriza el diálogo, el reconocimiento del daño y la transformación de las prácticas asistenciales más allá del castigo económico o carcelario.

Dada la magnitud de la problemática y la necesidad de examinarla desde un enfoque jurídico integral, capaz de identificar y transformar las condiciones de fondo que permiten la persistencia de la VO, la discusión necesariamente debe ir más allá de la criminalización y de la reparación civil individual del daño. Resulta pertinente analizar críticamente los límites de ambos enfoques y considerar vías de solución complementarias y alternativas, como la justicia restaurativa, que permiten una reparación integral orientada al reconocimiento del daño, la participación de las personas afectadas y la transformación de las prácticas asistenciales, más allá del castigo económico o carcelario. Estas vías no reemplazan la responsabilidad estatal, la incorporan en el cumplimiento de su obligación de debida diligencia para prevenir, reparar y garantizar.

2.1.Vía penal

2.1.1. Mandatos internacionales y la tendencia a la tipificación

Existen propuestas normativas que han optado por responder a la VO con mecanismos penales. La Corte IDH, en ejercicio de su función consultiva, a través de su Opinión Consultiva OC 29/2022 de 30 de mayo de 2022 (en adelante OC 29/2022 Corte IDH), solicitada por la CIDH, destaca dicho informe para subrayar la necesidad de garantizar el acceso a la justicia para víctimas de VO a través de su tipificación (párr. 162). Lo mismo hizo mediante su función contenciosa, en la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina*, que también se refirió a este informe en su recomendación a los Estados para penalizar la VO (80).

En América Latina, por ejemplo, la (MESECVI, 2012) exhortó inicialmente a los Estados a tipificar esta forma de violencia [73]. No obstante, se ha advertido que la respuesta penal presenta

[73] El comité de expertas destacó en el párrafo 40 de dicho informe la existencia de disposiciones en algunos Estados para prevenir y sancionar la VO y la importancia de que esté definida en la ley como una modalidad de violencia. Indicó que, aun cuando algunos marcos legales no mencionan explícitamente la VO, abogan por "el respeto de los procesos naturales antes, durante y después del parto". También recomendó a los Estados adoptar disposiciones para

límites, pues la falta de precisión técnica en la definición de conductas punibles, lo que desde el principio de legalidad penal puede generar riesgos de arbitrariedad (Barbosa et al., 2024). En esta línea, el Comité de Expertas del MESECVI (2025, párr. 16) señaló el sesgo androcéntrico derivado del uso del derecho penal como herramienta predominante para abordar la violencia contra las mujeres en la región. Destacó que dicha vía no siempre garantiza un acceso efectivo a la justicia, la verdad y la reparación. Esta observación resulta relevante para el análisis de la VO, pues sugiere que la respuesta penal, por sí sola, no garantiza el acceso efectivo a la justicia, la verdad y la reparación.

El marco general del informe reitera que la obligación de debida diligencia exige a los Estados adoptar medidas que trasciendan la respuesta penal, con medidas civiles, administrativas e institucionales orientadas a la prevención y reparación de la violencia contra las mujeres (MESECVI, 2025, núm. 16).

2.2.Tensiones entre la respuesta punitiva autónoma y la visibilidad de la violencia

La doctrina penal presenta posiciones divergentes respecto a la idoneidad de una tipificación penal autónoma. Parte de la doctrina postula la tipificación penal autónoma como una respuesta político-criminal dirigida a visibilizar la gravedad de la VO y reforzar los mecanismos de rendición de cuentas frente a sus conductas. Algunas posturas sostienen la necesidad de una figura penal específica, en tanto los tipos tradicionales como lesiones, coacciones o tratos degradantes resultan insuficientes para abarcar sus particularidades. Consideran que únicamente un tipo penal propio permitiría visibilizar la naturaleza de la VO y garantizar una respuesta sancionatoria eficaz, para así evitar su dilución en la práctica judicial.

Bernardini y Dal Monico (2024) sostienen que el recurso al derecho penal se legitima cuando las vías civil y disciplinaria son inoperantes para disuadir estas conductas. Consideran que la ausencia de un estatuto penal específico, además de presentar un vacío técnico, puede generar una falta de protección de bienes jurídicos esenciales como la autodeterminación y la integridad corporal frente a conductas ya reconocidas como violaciones de DH por organismos como el Comité CEDAW.

sancionarla y desarrollar elementos que definan un proceso natural antes, durante y después del parto, con información, bajo consentimiento y sin excesos en la medicación.

Desde una perspectiva garantista, Trapero Barreales (2024) sostiene que el derecho penal debe mantener su carácter de *ultima ratio* y mínima intervención. Reconoce el potencial preventivo de aplicarse tipos ya existentes sin ser necesaria una tipificación autónoma. Considera que la expansión desproporcionada del derecho penal podría vaciar de contenido el sistema jurídico y resultaría ineficaz ante dinámicas arraigadas. Para garantizar el respeto a los DH y la autonomía de las mujeres, propone en su lugar reformas en la educación médica, prácticas hospitalarias y políticas públicas de SSYR.

Otros sectores doctrinarios resaltan las limitaciones de la penalización. La VO se ha reconocido como violación de los DH y su reconocimiento legal busca mejorar la calidad de la atención obstétrica, garantizar los derechos de las mujeres y establecer definiciones claras y responsabilidades para los prestadores de salud. En ese sentido, aunque la legislación no erradica por sí sola el maltrato obstétrico, sienta una base para exigir atención materna digna y respetuosa (Williams et al., 2018). En todo caso, los avances se limitan por su falta de reconocimiento y dificultades para encuadrar jurídicamente las conductas constitutivas de VO. Esta dificultad de encuadre responde a una tensión intrínseca entre las definiciones amplias de VO necesarias para visibilizar el fenómeno en los DH y el ámbito penal.

Así como el término VO, el uso de la legislación genera debate dentro de la comunidad médica. Aunque fortalece la rendición de cuentas, también genera resistencia (Williams et al., 2018). En todo caso, bajo los estándares internacionales, el Estado mantiene una responsabilidad indelegable de supervisión y fiscalización sobre los servicios de salud reproductiva, incluso cuando estos son prestados por actores privados.

Por otro lado, según Barbosa et al. (2024), la criminalización individual no resulta suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones estatales en materia de DH en el ámbito de la atención sanitaria. El derecho internacional no impone una obligación absoluta de criminalizar la VO en todas sus formas y el Estado puede cumplir sus deberes mediante vías civiles, administrativas o presupuestarias que aseguren una reparación integral y la transformación del sistema de salud. Sostienen que priorizar estas alternativas puede ser más efectivo para ocuparse de las condiciones de salud que permiten la persistencia de estas prácticas.

De otra parte, Gherardi (2016) sostiene que la VO está enraizada en prácticas institucionales y culturales que perpetúan la desigualdad de género. Junto con eventuales respuestas sancionatorias, propone estrategias como la formación y sensibilización de los equipos de salud, el empoderamiento de las mujeres mediante la difusión de sus derechos y condiciones institucionales que garanticen su ejercicio efectivo. Estas soluciones buscan desnaturalizar la VO y promover una atención respetuosa y centrada en la autonomía.

2.3. La crítica a la inflación legislativa y al minimalismo penal

Desde la ontología constitucional, se ha cuestionado que el aumento del número de leyes, por sí solo, sea un mecanismo suficiente para mejorar la protección de derechos. En esta línea, Palomares Herrera (2025) recurre a la ontología constitucional de Loewenstein para sostener que un mayor volumen normativo o protocolario no necesariamente se traduce en mejores garantías, pues los cambios relevantes dependen de transformaciones cualitativas en las bases sociales y en la práctica institucional. A partir de ello, examina si la asignación de una denominación autónoma a cada forma de violencia, mediante tipificaciones autónomas, resulta suficiente para erradicar el fenómeno. Sostiene que la inflación normativa puede tener valor simbólico, pero no necesariamente produce cambios de base en la práctica. Señala que el ordenamiento ya dispone de tipos penales idóneos para sancionar conductas graves, sin necesidad de una figura autónoma.

Por su parte, Vacaflor (2021) indica que, aunque la tipificación penal puede tener un valor simbólico al reconocer la gravedad del fenómeno, es insuficiente para erradicarlo. Sus manifestaciones se encuentran vinculadas a jerarquías de género y a prácticas autoritarias arraigadas en la formación médica. Esto limita el alcance de respuestas puramente punitivas y puede restringir el fenómeno a definiciones estrechas, obstaculizar su abordaje interdisciplinario, deteriorar la relación médico-paciente y omitir actos y omisiones institucionales y estatales.

2.4. El carácter de *ultima ratio* y la función expresiva del derecho

Por su parte, Brennan (2019) fundamenta la necesidad de un delito estatutario específico a través de lo que denomina la función expresiva del derecho penal. Sostiene que, si el maltrato en el parto se encajona en tipos genéricos como las lesiones, el componente de género y el desvalor social de la agresión permanecen invisibles para el público y los jueces. Sin embargo, aclara que la

criminalización debe limitarse a daños serios y culpables como intervenciones médicas no consentidas o realizadas mediante engaños y amenazas y la privación deliberada del alivio del dolor sin justificación clínica. Bajo este supuesto, el Estado debe realizar un etiquetado justo (*fair labelling*) que nombre estas conductas como VO para reflejar la experiencia real sufrida y demostrar la intolerancia de la comunidad hacia la deshumanización de los procesos reproductivos.

Parrilla Vergara (2025) observa la influencia del punitivismo en legislaciones latinoamericanas que penalizan supuestos concretos y considera la tipificación autónoma como incoherente con el principio de mínima intervención, y que el ordenamiento ofrece herramientas suficientes para sancionar conductas graves aplicadas a delitos contra la integridad física, psíquica o moral atribuibles a actos de VO cometidos por actores del servicio de salud. Por ejemplo, en Venezuela, la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007) disocia la responsabilidad civil y penal para los actos de VO general y privilegia la vía disciplinaria, aunque tipifica la esterilización forzada con penas de dos a cinco años (art. 52.3).

En Bolivia, la Ley núm. 348 prevé un marco amplio de protección, pero limita la respuesta penal a casos de aborto o esterilización, lo que permite reconducir otros supuestos a delitos contra la integridad física o moral. Estas divergencias reflejan la dificultad de determinar qué actos de VO alcanzan el umbral de desvalor necesario para justificar su penalización (Parrilla Vergara, 2025; Trapero Barreales, 2024). Parrilla Vergara (2025) también destaca el vacío legislativo en España, donde hay referencias aisladas como la Ley 17/2020 de la Comunidad Autónoma Catalana.

Parrilla Vergara (2025) sostiene que esta reconoce la VO dentro del marco de la violencia machista, aunque su alcance autonómico limita su efecto. Este silencio, explica, conduce a la desprotección durante la gestación. Frente a esta carencia, sitúa como contrapunto el modelo de Portugal (Ley 33/2025), que se distingue por ser pionero en otorgar una respuesta institucional específica en la que las prácticas no consentidas se reconducen hacia el ámbito de las responsabilidades disciplinarias y permiten una sanción efectiva sin depender exclusivamente de la vía penal.

2.5. Limitaciones de base y el riesgo de individualización

Existen tendencias hacia la especialización punitiva [74]. En general, en los contextos donde se ha implementado, la respuesta punitiva no ha generado un reconocimiento efectivo ni una mayor observancia de los derechos reproductivos de las mujeres. Tampoco ha derivado en mejoras sustanciales en la calidad asistencial proporcionada por el personal de salud [75]. En consecuencia, se requieren medidas complementarias, como la formación continua, el diseño e implementación de políticas institucionales con enfoque de derechos y la promoción de una cultura de respeto hacia los derechos de las mujeres durante el parto (Calvo Aguilar et al., 2019). Además, la penalización tiende a individualizar esta problemática al centrar la responsabilidad en determinados agentes sin enfocarse en las bases organizacionales ni obligar a las instituciones en su conjunto.

Según Barbosa et al. (2024), la eficacia del marco penal se ve limitada por estándares probatorios rigurosos que suelen derivar en procesos de revictimización para las personas usuarias. Resulta insuficiente castigar a profesionales específicos mientras no se reforme el modo de actuar autoritario gestado en la formación académica, ya que allí se reproducen valores de jerarquía que la sanción penal individual no logra alterar. Por ende, el derecho internacional permite que los Estados cumplan sus deberes de protección mediante vías civiles o administrativas que aseguren una reparación integral y garantías de no repetición.

[74] En sintonía, la propuesta de ley francesa de 2023 plantea la creación de un tipo delictivo autónomo de VGO. El valor jurídico de esta iniciativa, según destaca Dal Monico (2026), radica en situar la invalidez del consentimiento en el núcleo del injusto penal cuando el personal sanitario crea un entorno hostil, intimidatorio u ofensivo. Bajo este paradigma, se reconoce que la asimetría de poder institucional anula la libertad de las personas usuarias, de modo que cualquier apariencia de conformidad bajo una atmósfera de intimidación u hostilidad carece de validez jurídica. Estos parámetros transforman el maltrato verbal y la humillación en elementos constitutivos de la conducta típica.

[75] En el contexto latinoamericano, la experiencia de México ilustra los límites de la penalización de la VO. Aunque se han tipificado delitos específicos en algunas entidades federativas, la evidencia empírica muestra que esta estrategia legal no ha garantizado mejoras sustantivas en la calidad de la atención ni en el reconocimiento efectivo de derechos. El estudio comparativo de Calvo Aguilar et al. (2019) entre lugares con y sin criminalización concluyó que no existen avances significativos en la protección de las mujeres ni en los mecanismos de rendición de cuentas. Esta constatación refuerza la necesidad de políticas integrales que incluyan reformas de fondo en los sistemas de salud, formación profesional con enfoque de derechos y mecanismos eficaces de supervisión institucional.

3. El enfoque civilista ante el daño sistémico

La VO trasciende errores o malas prácticas médicas individuales y se inserta en prácticas institucionalizadas del sistema de salud. Cuando genera daños físicos y emocionales, el maltrato supera la noción de negligencia individual y revela formas de abuso y negligencia a nivel sistémico, asociadas a fallas en la implementación de políticas de salud materna (Vacaflor, 2016). El enfoque civilista es insuficiente debido a que estas conductas exceden la responsabilidad civil o deontológica y configuran vulneraciones de derechos universalmente reconocidos, como la integridad personal, la libertad reproductiva y la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes. Ello exige integrar la práctica médica en un marco de DH que reconfigure la relación asistencial desde parámetros de autonomía y no discriminación.

Dentro del enfoque civilista, debe considerarse la naturaleza del servicio médico como un contrato que obliga a prestar una atención respetuosa, de manera que el respeto de la voluntad se configura como la norma general y no como una concesión graciosa del facultativo. Se evita así que el consentimiento informado sea instrumentalizado como un escudo de inmunidad que contemple cláusulas abusivas destinadas a eximir al personal sanitario de su responsabilidad por tratos deshumanizados (Palomares Herrera, 2025).

Según Bernardini y Dal Monico (2024), si se procesa la VGO únicamente bajo las reglas del derecho civil (*tort law*), el sistema jurídico tiende a desvirtuar su gravedad y tratarla como un simple error médico o un conflicto interpersonal menor. De este modo, la justicia falla en reconocer que estos actos son una manifestación de violencia de género y termina por desestimar sistemáticamente la validez del testimonio y la experiencia vivida de quien recibe la atención frente al saber médico dominante. Los autores sostienen que este enfoque es insuficiente para enfrentar un fenómeno de naturaleza sistémica, ya que se limita a una reparación *ex post facto* del daño individual, ineficaz para disuadir la mala conducta futura u obligar a cambios institucionales.

4. Quejas escritas y vía de justicia restaurativa

Entre los mecanismos posibles de solución, la queja escrita puede formar parte de un proceso restaurativo cuando concurren condiciones como el reconocimiento del daño, la apertura al

diálogo, el compromiso institucional y la participación de la persona afectada en la definición de la reparación. Un mero trámite administrativo da paso a la apertura de espacios de encuentro, escucha o resarcimiento simbólico. Se facilita la disculpa o los reconocimientos que atiendan el daño emocional o visibilicen conductas vulneratorias. La queja, al ser formalizada, documenta la experiencia y genera responsabilidad institucional para confrontar los hechos y revisar prácticas.

Este registro es un paso necesario para impulsar transformaciones en los centros sanitarios. La justicia restaurativa se propone como alternativa frente a las limitaciones de la búsqueda exclusiva de sanciones individuales, e incluso frente al derecho penal y la concepción civilista de la reparación de la VO, que suele reducir el daño a un aspecto exclusivamente económico. Sirve como mecanismo para reparaciones integrales y transformadoras que atiendan dimensiones emocionales, sociales y simbólicas mediante el diálogo entre la víctima, el responsable y la comunidad, con el objetivo de reconstruir la confianza y evitar nuevos ciclos de violencia. Este enfoque contrasta instrumentos que no ofrecen un tratamiento diferenciado de las violaciones de DH y que limitan garantías como la no repetición (Champo Sánchez y Serrano Sánchez, 2019).

Aplicada a la VO, la justicia restaurativa requiere un enfoque de género que sensibilice al personal de atención en salud sobre los derechos involucrados y promueva medidas reparadoras que trasciendan lo patrimonial, como disculpas, compromisos de no repetición o acciones comunitarias. Constituye un instrumento educativo y preventivo que permite transformar patrones culturales y estereotipos normalizados al reconocer el daño más allá de la lesión física, para incluir sus consecuencias psicológicas, morales y sociales (Champo Sánchez y Serrano Sánchez, 2019).

Esta perspectiva se amplía al vincularla con los DH en el parto, entendido como un proceso narrativo que busca restaurar la confianza, reconocer el daño y prevenir su repetición. El diálogo entre los actores involucrados facilita medidas simbólicas adicionales a la compensación económica. Prácticas como la narración de experiencias y la escucha activa contribuyen a atender el daño emocional y social derivado de la VO, al tiempo que orientan la transformación de los entornos sanitarios hacia modelos de atención respetuosos y centrados en la autonomía (Lokugamage y Pathberiya, 2017). Estos desarrollos dialogan con las reparaciones integrales y transformadoras ordenadas por la Corte IDH, cuyo análisis se desarrolla en otros apartes.

La justicia restaurativa permite introducir una transformación diferenciada en la respuesta jurídica. Mientras que las vulneraciones graves que afectan de modo irreversible el proyecto de vida exigen sanciones proporcionales y severas, otros supuestos pueden contemplarse mediante mecanismos restaurativos orientados al reconocimiento del daño y a la modificación de prácticas institucionales. La implementación de disculpas públicas, siempre condicionadas a la voluntad de la víctima, puede constituir una forma de reparación simbólica que comprometa a la institución en la revisión de sus patrones de vulneración arraigados y en la adopción de garantías de no repetición.

5. El plan de parto como garantía preventiva de autonomía

5.1. Vinculación con el consentimiento informado

La evidencia vincula la satisfacción con el parto y la atención sensible a las necesidades y preferencias de las mujeres basada en una comunicación clara desde etapas tempranas del embarazo. Esta condición permite decisiones informadas sobre su cuidado (Webb et al., 2021). Como expresión de esas preferencias y necesidades, así como de las expectativas respecto de la atención durante las etapas reproductivas, el plan de parto busca asegurar la participación en los procesos de comunicación, decisión y autonomía, como instrumento que recoge anticipadamente las decisiones autónomas de quien recibe la atención obstétrica. Se vincula con el consentimiento informado como otra forma de garantía de la autonomía, pues opera como manifestación concreta de la autonomía decisional durante la atención y exige información veraz, suficiente y accesible.

El documento *Aspectos jurídicos del plan de calidad del Sistema Nacional de Salud* en España enmarca el plan de parto como un soporte documental para recoger la voluntad, que equipara en su función al consentimiento informado sin exigencia de forma específica y con validez jurídica como manifestación de decisiones libres e informadas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). En coherencia con el artículo 2.6 de la Ley 41/2002 de España [76], esta configuración impone al personal sanitario el deber de respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente, lo que

[76] La Ley 41/2002 señala: “Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no solo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente” (art. 2.6).

permite entender el plan de parto como una expresión concreta de la autonomía decisional durante la atención obstétrica.

El plan de parto contiene aspectos relevantes y solicitudes respaldadas por la evidencia. Trata aspectos como el lugar de parto, las personas de apoyo, los asistentes al parto, el entorno del parto, las preferencias, la evaluación del bienestar fetal, el alivio del dolor, los tipos de parto, los cuidados del recién nacido y las consideraciones especiales (Ghahremani et al., 2023). También sobre el movimiento y posición durante el trabajo de parto y la fase expulsiva, el apoyo y acompañamiento continuo de una persona de libre elección; el alivio del dolor; ingesta de alimentos e hidratación en partos de bajo riesgo, restricción de intervenciones rutinarias, cuidados posnatales adecuados (pinzamiento tardío del cordón umbilical y contacto piel a piel inmediato) (King y Pinger, 2014).

Los elementos descritos forman parte de los estándares globales de atención respetuosa y basada en documentación científica. Son condiciones básicas de la atención obstétrica adecuada y no deben tratarse como concesiones. Plasmadas en un plan de parto, buscan asegurar su cumplimiento ante la persistencia de conductas institucionales que no siempre se ajustan a estos estándares. Así, se convierte en un mecanismo de protección para favorecer el curso fisiológico del parto, mejorar la comunicación con el personal de salud y aumentar el control del proceso, con impacto en los resultados obstétricos y neonatales. Promueve la autonomía y dignidad de las mujeres al fomentar su participación en decisiones informadas sobre procedimientos clínicos y mejorar la experiencia del parto cuando las instituciones respetan estas decisiones (Rodríguez-Garrido et al., 2025).

La OMS lo recomienda como parte de una atención centrada en las mujeres, ya que fortalece la comunicación, la autonomía y una experiencia positiva al ser tenido en cuenta por el personal involucrado en la atención (OMS-Parto positivo, 2018). A nivel jurídico, su eficacia depende del reconocimiento institucional y normativo, y promover su cumplimiento materializa dichos resultados. Se requieren políticas que fomenten su uso y mejoren su implementación y nivel de adherencia efectiva (Hidalgo-Lopezosa et al., 2020).

5.2. Reconocimiento institucional y normativo

La participación en la planificación del plan de parto se asocia con mayores niveles de satisfacción y capacidad de decisión y se requiere reconocimiento institucional para garantizar condiciones

hospitalarias respetuosas. También respaldo normativo y la superación de limitaciones organizativas y culturales en los servicios de salud. Ejemplos de este respaldo son su previsión en algunas regulaciones nacionales [77] y su vinculación a derechos en SSYR. En el sistema interamericano, la OC 29/2022 CORTE IDH reconoció su elaboración como manifestación del derecho a la información y a la autonomía reproductiva [78].

Esto quiere decir que el acceso a la información sobre salud en estas etapas debe ser preciso, oportuno, basado en evidencia, libre de sesgos, estereotipos y discriminación, además de garantizar su incorporación en la atención institucional y el ejercicio del derecho al contacto con el recién nacido. Este aspecto, como se estudiará, también ha sido tratado en el ámbito jurisprudencial [79].

5.3.Obstáculos e imprevistos

La operatividad del plan de parto se limita por la resistencia institucional, la falta de formación del personal y la escasa adaptación de protocolos a realidades locales (Catissi et al., 2021). Su implementación comporta más que su reconocimiento formal, pues depende del contexto cultural y de la flexibilidad de los protocolos clínicos por la tensión persistente entre los deseos de la gestante y las rutinas médicas establecidas (Valenzuela et al., 2025). Algunos obstáculos para su

[77] El ordenamiento sanitario español incorporó el plan de parto como un instrumento de expresión anticipada de preferencias asistenciales en el ámbito obstétrico, con fundamento en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, que garantiza el derecho a la información y al consentimiento. En desarrollo de este marco, el Ministerio de Sanidad aprobó la *Estrategia de atención al parto normal* y el documento *Plan de parto y nacimiento* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), cuya implementación ha sido incorporada y desarrollada por diversas comunidades autónomas mediante protocolos y guías asistenciales propias. El ordenamiento colombiano reconoció el plan de parto como derecho. En este documento se expresan necesidades, preferencias y expectativas sobre la atención obstétrica. Dispone que, desde la semana 32 de gestación, los controles prenatales se realicen en el lugar del parto, de ser posible con el mismo personal, para asegurar la continuidad de la atención y el respeto a las decisiones consignadas en el plan (Ley 2244/2022, Colombia, art. 4, núm. 11).
En Uruguay, el Decreto n.º 339/019, que reglamentó la Ley 19.580/2017, se refiere al plan de parto en su artículo 15. Lo describe como un instrumento para establecer preferencias, necesidades y restricciones sobre la asistencia durante el trabajo de parto y el parto. Lo considera como un eje de la relación clínica entre las personas usuarias y el equipo asistencial. Indica el deber de este último de establecer un diálogo continuo durante la gestación, discutir opciones seguras según las preferencias y necesidades individuales y la información de las ventajas del parto natural. Supedita esta herramienta a las condiciones de salud de la diada durante el nacimiento y a la voluntad verbal expresa de la mujer en el momento en que recibe la atención.
[78] Los Estados deben observar obligaciones mínimas, como las pautas técnicas sobre atención integral durante el embarazo, parto y posparto. Deben garantizar información completa y oportuna en salud mental y reproductiva, basada en conocimiento científico disponible y libre de estereotipos, lo que incluye el plan de parto ante la institución de salud y el derecho al contacto maternofilial (OC 29/2022-CORTE IDH (núm. 18 (c)).
[79] Ver caso *Brítez Arce y otros v. Argentina* (73).

implementación efectiva son la actitud del personal sanitario y las expectativas divergentes sobre el rol que este tiene, a pesar de que las personas usuarias perciben mayor capacidad de participación cuando disponen de esta herramienta, y hay personal sanitario que lo reconoce como instrumento útil para estructurar el diálogo y alinear expectativas (Shareef et al., 2023).

La discusión del plan de parto permite explorar distintos escenarios, recurso que prepara a las mujeres para circunstancias imprevistas y facilita la toma de decisiones conjuntas incluso cuando el proceso de parto no se desarrolla conforme a lo anticipado (Shareef et al., 2023). No obstante, opera como guía orientadora. Debe individualizarse de acuerdo con las necesidades y preferencias (OMS-Parto positivo, 2018). Fomenta la autonomía, pero requiere evitar expectativas inflexibles, pues la discrepancia entre lo anticipado y la experiencia real del parto se asocia con menor satisfacción e incluso con riesgo elevado de trastorno de estrés postraumático (TEPT) posparto.

Webb et al. (2021) señalan que la adecuada gestión de expectativas mediante información clara, accesible y oportuna es un elemento decisivo para reducir riesgos y que los proveedores de salud deben apoyar la construcción de expectativas realistas para, además de promover una experiencia positiva, disminuir resultados adversos derivados del desajuste entre expectativas y realidad. A su vez, adquiere importancia tomar en cuenta que, para quienes enfrentan un alto riesgo obstétrico, su implementación individual puede no mejorar la experiencia general y, por el contrario, intensificar vivencias negativas en distintos aspectos del proceso de parto (Berg et al., 2003).

6. Recapitulación

El análisis de las vías penal, civil y restaurativa evidencia que ninguna respuesta aislada resulta suficiente para abordar la VO en toda su complejidad. La vía penal enfrenta límites derivados de los estándares probatorios exigidos por el sistema penal, además del riesgo de individualizar dinámicas organizativas. El enfoque civil, aunque permite reparación patrimonial, tiende a reducir el fenómeno a un conflicto interpersonal y no siempre activa transformaciones institucionales. Las alternativas restaurativas amplían el horizonte reparador al incorporar reconocimiento del daño y garantías de no repetición, pero requieren condiciones normativas e institucionales para evitar su trivialización. En conjunto, el debate revela que la eficacia jurídica depende de la articulación entre responsabilidad jurídica en todos los niveles y transformación institucional efectiva.

7. Conclusiones parciales

Primera. El derecho internacional impone una obligación de debida diligencia que compromete la responsabilidad estatal en su dimensión normativa, institucional y de supervisión.

Segunda. La tipificación penal autónoma posee un valor expresivo relevante, pero tiende a concentrar la imputación en sujetos individuales, lo que resulta insuficiente cuando el daño deriva de dinámicas organizativas o fallas del sistema sanitario.

Tercera. La responsabilidad civil aislada no siempre permite ocuparse adecuadamente de los componentes institucionales del daño ni activa transformaciones sistémicas.

Cuarta. Los mecanismos restaurativos solo adquieren legitimidad cuando se integran en un marco de responsabilidad estatal que garantice reparación integral, supervisión efectiva y garantías de no repetición.

Quinta. La eficacia en la tutela de los derechos en SSYR exige la articulación sistémica de las respuestas estatales, más allá de la acumulación normativa o de la creación de rutas segmentadas. La proliferación de normas sin base operativa o ejecutoria puede fragmentar la atención, debilitar el enfoque integral de los derechos y generar inseguridad jurídica en el acceso a la justicia.

CAPÍTULO IV SALUD GINECOLÓGICA, OBSTÉTRICA Y PROCESOS REPRODUCTIVOS

La atención de los procesos reproductivos y de las complicaciones que pueden presentarse exige intervenciones oportunas, adecuadas y basadas en estándares científicos internacionalmente reconocidos. El estudio jurídico de las conductas contrarias a tales estándares se amplía con una comprensión mínima de los procesos ginecológicos y obstétricos, y de los cuidados que estos procesos demandan, especialmente en el ámbito institucional. La aproximación a un contexto técnico básico sirve para identificar cuándo estos cuidados resultan en intervenciones adecuadas, excesivas, injustificadas, o en infracciones técnicas o a derechos en SSYR, así como para valorar si la actuación y diligencia sanitaria se encuadran en dichos estándares y derechos aplicables.

Resulta necesario distinguir los campos clínicos que integran estos procesos. La ginecología se ocupa de la vigilancia, diagnóstico, tratamiento y resolución de inquietudes y problemas relacionados con los órganos reproductivos femeninos. Abarca necesidades de salud durante la edad fértil, con independencia de la maternidad, la regulación de la fertilidad y diversas patologías del aparato reproductivo (Saldarriaga, 2010). Incluye infecciones, endometriosis, síndrome del ovario poliquístico (SOP), la detección de cánceres ginecológicos, como el de ovario, cervical y endometrial, y procedimientos como la histerectomía y la laparoscopia. También comprende ciclos vitales como la preadolescencia y adolescencia, etapa en que suele presentarse la menarquia [80], así como la salud menstrual, el climaterio, la menopausia [81] y los controles posteriores.

La obstetricia, por su parte, abarca la atención preconcepcional, prenatal [82] y del embarazo, de la pérdida gestacional o perinatal, del trabajo de parto, del nacimiento y del seguimiento posparto. Además, incorpora la atención en contextos de aborto y posaborto. El trabajo de parto,

[80] Es el primer indicador de maduración sexual femenina, generalmente entre los ocho y trece años en niñas (Soriano Guilén y Argente, 2017).

[81] Esta última corresponde a la interrupción definitiva de las menstruaciones debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario y se define como la última menstruación tras 12 meses consecutivos sin sangrado por pérdida definitiva de la actividad folicular, sin otra causa aparente. Generalmente, ocurre entre los 45 y los 55 años (OMS-Menopausia, 1996).

[82] Durante el embarazo, la atención abarca controles prenatales mediante entrevistas o visitas programadas para observar la evolución gestacional y apoyo para la preparación del parto. Este espacio permite informar sobre el embarazo, el parto y el posparto, fomentar la autonomía y la autoconfianza, así como reforzar la capacidad de decisión sobre procedimientos corporales, resolver dudas y brindar información y apoyo (Pardin et al., 2023).

especialmente, requiere apoyo continuo conforme a la literatura científica disponible (Bohren et al., 2017) [83].

1. Embarazo, parto y trabajo de parto

La OMS, en su guía de 1996, *Cuidados en el parto normal: una guía práctica,* indica que el avance del embarazo se mide en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual hasta la fecha actual con estimación del desarrollo gestacional. Se programan seguimientos, atención prenatal y la preparación para el parto, que, de bajo riesgo, inicia espontáneamente entre las semanas 37 y 42, con un único feto en presentación cefálica y la cabeza hacia abajo.

1.1.Lugar del parto

En cuanto al lugar del parto, la evidencia disponible sobre el parto domiciliario planificado en mujeres de bajo riesgo muestra matices metodológicos relevantes. La certeza global de la evidencia es limitada para establecer conclusiones firmes sobre diferencias de seguridad entre parto hospitalario y parto domiciliario (Olsen y Clausen, 2023). Sin embargo, estudios observacionales de cohortes amplias reportan resultados maternos y neonatales comparables al parto hospitalario cuando el parto domiciliario es atendido por personal calificado e integrado a sistemas eficaces de referencia y contrarreferencia, con menores tasas de intervenciones obstétricas (Janssen et al., 2009; Bolten et al., 2016). Estos hallazgos muestran que la seguridad del parto domiciliario depende de la organización sanitaria y no de la modalidad en sí misma.

En concordancia con lo anterior, la ausencia de infraestructura médica en partos domiciliarios incrementa el riesgo de mortalidad perinatal (Berg y Süß, 1994), por lo que, además de la necesidad de sistemas eficaces de referencia y contrarreferencia, se requiere personal capacitado y disponible para emergencias obstétricas, ya que hay partos que presentan complicaciones imprevisibles que requieren intervenciones urgentes. Las principales causas de traslados en partos planificados en el hogar son la distocia, el sufrimiento fetal y la hemorragia posparto (Blix et al., 2014). En partos

[83] Según Bohren et al. (2017), el apoyo continuo durante el trabajo de parto se asocia con resultados positivos para la díada. Es beneficioso tanto si proviene de familiares o amistades como de personas con experiencia y capacitación que no formen parte de la red de quien recibe atención.

no atendidos [84] o en aquellos con atención domiciliaria, es necesario un traslado inmediato al hospital cuando aparecen signos de riesgo.

1.2.El trabajo de parto: proceso, medidas y recursos

El trabajo de parto es el proceso por el cual el feto y la placenta abandonan el útero. Prepara el canal de parto para facilitar el paso del feto por la vagina y permitir el nacimiento de un neonato o de un feto sin vida. Se inicia con la dilatación gradual del cuello uterino y suele comenzar entre dos semanas antes y dos semanas después de la fecha probable de parto. Su duración varía: de 12 a 18 horas en el primer parto y entre 6 y 8 horas en embarazos posteriores. Durante su avance se producen contracciones uterinas que aumentan en intensidad y duración para favorecer la dilatación y borramiento cervical (Briones et al., 2022). OMS - Parto positivo (2018) considera el trabajo de parto como un momento crítico para la salud materna y neonatal. Se recomiendan esquemas para su seguimiento y apoyo desarrollados posteriormente en instrumentos orientados a la implementación (OMS, Cuidados del parto, 2021). Una vez completada esta fase, comienza una segunda, la del nacimiento y, luego, el alumbramiento de la placenta (Briones et al., 2022).

El tacto vaginal es una intervención utilizada durante el trabajo de parto para evaluar, junto con otros indicadores, el progreso del trabajo de parto, comprobar la dilatación cervical necesaria para el nacimiento y determinar la posición fetal (Moncrieff et al., 2022). Suele realizarse en posición de litotomía mediante el uso de los dedos medio e índice. Se valoran características del cuello uterino, como longitud, dilatación, consistencia y posición, así como el polo fetal (grado de descenso, variedad de posición y grado de deflexión cefálica) y la pelvis.

La libertad de movimiento durante el trabajo de parto y la adopción de una posición erguida, u otra de preferencia durante el período expulsivo, cuentan con respaldo normativo [85] y científico dados

[84] El *freebirth* o parto sin asistencia corresponde a la decisión deliberada de dar a luz sin la presencia de apoyo en salud capacitado, aun cuando existen servicios de maternidad disponibles. La literatura señala que esta práctica suele vincularse con experiencias previas negativas de atención, pérdida de confianza en los servicios de salud, deseo de control y percepción del riesgo desde parámetros no clínicos. Estas decisiones reflejan insatisfacción con modelos de atención percibidos como poco individualizados o rígidos. El parto sin supervisión profesional fuera de toda evaluación continua del estado materno-fetal es considerado como una práctica radical y se asocia a riesgos potenciales para la madre y el feto o recién nacido, en especial ante complicaciones imprevisibles que requieren intervención inmediata (Feeley y Thomson, 2016; Lou et al., 2022).

[85] En Argentina, el Decreto 2035/2015, reglamentario de la Ley 25.929, dispone en su art. 2) evitar prácticas que impidan la libertad de movimiento en partos vaginales. En Colombia, la Ley 2244/2022 ordena considerar la salud y

sus beneficios [86]. La OMS recomienda alentar la movilidad y el uso de la posición erguida durante el trabajo de parto, para facilitar su progreso y aumentar la satisfacción, especialmente en partos de bajo riesgo (OMS-Parto positivo, 2018). En todo caso, la posición libremente elegida durante el parto se asocia con mejores resultados maternos y neonatales en comparación con la posición de litotomía (Sánchez Chávez et al., 2022). Se promueve el derecho a elegir la posición, incluso con analgesia epidural. Este respaldo científico coincide con los parámetros de la OMS, que desde 1985 con la Declaración de Fortaleza: La tecnología apropiada para el parto de la OPS/OMS, en adelante (OPS/OMS-Fortaleza, 1985), ha señalado que la posición de litotomía no debe ser impuesta de forma rutinaria y que se debe priorizar la libertad de movimiento.

En cuanto al manejo de molestias o dolor, existen métodos farmacológicos y no farmacológicos para controlarlos durante el trabajo de parto y estrategias y leyes nacionales que reconocen el derecho a elegirlos [87]. Entre los métodos más comunes está la analgesia epidural, técnica de bloqueo nervioso central mediante la inyección de un anestésico local a la altura de los nervios que transmiten dolor (Anim-Somuah et al., 2018). Además de la analgesia epidural, se emplean óxido nitroso, oxígeno inhalado, sedantes, bloqueos nerviosos con anestesia local y opiáceos por vía parenteral. Existen métodos no farmacológicos como inmersión en agua, técnicas de relajación, acupuntura y masajes (Jones et al., 2012) que complementan el manejo del dolor y mejoran la experiencia del parto.

---

la libre elección de prácticas como el movimiento corporal y las posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto (art. 12 (d)). En Venezuela, la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007) tipifica como VO obligar a una mujer a parir en posición supina con las piernas levantadas cuando existen condiciones para un parto vertical (art. 51.2).

[86] El libre movimiento durante el trabajo de parto ofrece beneficios como partos más cortos, mayor comodidad, contracciones más eficientes, menor uso de analgésicos, reducción del riesgo de cesárea y una mayor percepción de control, lo que incrementa la satisfacción con la experiencia del nacimiento (Lawrence et al., 2013). Permanecer de pie o caminar en la primera etapa puede reducir su duración en más de una hora, especialmente con una posición erguida y activa (OMS, 2018, Parto - Positivo; Briones et al., 2022).

[87] En España, la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud en España (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) recomienda informar previamente a las personas usuarias sobre los diferentes métodos para el alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos y consecuencias, así como también informar sobre la capacidad cerebral de producir sustancias analgésicas durante un parto fisiológico en condiciones de intimidad. También indica evitar la práctica rutinaria del rasurado perineal antes del parto y la administración rutinaria de enemas, instruir sobre cómo reconocer signos de un verdadero trabajo de parto; facilitar la deambulación, la ingesta de líquidos y alimentos según necesidad, entornos amigables, uso de partograma, evitar vías periféricas de rutina, entre otros. Véase también la Ley 2244/2022, art. 12 (e) de Colombia.

Las recomendaciones señalan la analgesia epidural como opción efectiva bajo evaluación de las ventajas y desventajas, y la promoción de decisiones informadas (OMS-Trabajo de Parto, 2018). Se sugiere evitar analgésicos o anestésicos rutinarios durante la fase expulsiva, salvo necesidad clínica, y se destaca la importancia del parto fisiológico y la participación de las personas usuarias en las decisiones ante intervenciones médicas (OMS-Parto positivo, 2018).

1.3.Formas de nacimiento

El parto natural, como proceso fisiológico mediante el cual el feto es expulsado del útero a través del canal vaginal, suele seguir un curso predecible. Sin embargo, su evolución depende de factores individuales, como la posición fetal, la paridad, la edad gestacional, la salud general y las condiciones anatómicas.

Existen dos formas de nacimiento: el parto vaginal y la cesárea, una intervención quirúrgica en la que se practica una incisión en el abdomen y el útero para extraer al feto, indicada en situaciones en las que el parto vaginal no es posible o cuando existen condiciones maternas o fetales que lo requieren . La cesárea, inicialmente concebida como una intervención excepcional ante la imposibilidad del parto vaginal, ha experimentado un aumento sostenido en su uso, incluso por encima de los niveles considerados clínicamente necesarios, lo que plantea interrogantes sobre su indicación y sus implicaciones en términos de morbilidad y práctica obstétrica (Schnapp et al., 2014).

La OMS resalta la importancia de una atención continua y respetuosa, en un entorno seguro, con acompañamiento, libertad de movimiento, privacidad y decisiones informadas, incluso sobre alimentación o manejo cultural de la placenta (OMS-Maltrato, 2014; OMS-Parto positivo, 2018). Estas condiciones reducen la ansiedad, mejoran la experiencia y disminuyen intervenciones médicas (OMS-Trabajo de Parto, 2018). De igual forma, OPS/OMS-Fortaleza (1985); OMS-Maltrato (2014) y OMS-Parto positivo (2018) y promueven el respeto a la autonomía, la elección sobre la ropa, alimentación y prácticas culturales vinculadas al parto.

1.3.1. Pinzamiento del cordón

Se utiliza el pinzamiento del cordón umbilical como procedimiento estándar tras el nacimiento para ocluir los vasos umbilicales y permitir su posterior sección segura. La oclusión interrumpe el flujo sanguíneo entre la placenta y el recién nacido. La duración óptima para su inicio (pinzamiento tardío), es de hasta tres minutos o hasta que deje de pulsar. Su retraso se respalda como estándar de atención respetuosa y segura, ya que permite una beneficiosa transfusión placentaria (hasta el 30% del volumen sanguíneo total fetoplacentario). Provee suficiente hierro y reduce el riesgo de anemia, ante su deficiencia o ante el riesgo de tener reservas de hierro deficientes (King y Pinger, 2014). Aumenta la concentración de hemoglobina y esas reservas durante los primeros meses de vida, sin asociarse a efectos adversos graves para la díada (McDonald et al., 2013).

1.3.2. El pujo

Entre los eventos fisiológicos del parto, además de la libertad de movimiento y la elección de la posición, se encuentra el pujo, mecanismo natural que complementa las contracciones uterinas para facilitar la salida del feto. No existe un método o técnica única para pujar y la evidencia no permite establecer la superioridad de una estrategia específica, lo que exige considerar condiciones clínicas y la respuesta individual (Lemos et al., 2017). Algunas estrategias nacionales, e incluso marcos normativos, promueven su realización conforme a la sensación fisiológica durante el período expulsivo avanzado, en coherencia con un enfoque de atención respetuosa [88]. Con anestesia, esta sensación puede verse disminuida.

2. El posparto y los cuidados infantiles en el ámbito posnatal

El posparto o puerperio comprende desde el nacimiento hasta la completa involución del útero (aproximadamente seis semanas) y requiere cuidados especiales para la díada, especialmente luego del nacimiento. La OMS recomienda al menos cuatro controles posnatales: dentro de las 24 horas, entre las 48 y 72 horas, en la primera semana y antes de la sexta semana. Incluyen monitoreo físico

[88] En España, la *Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal* del Sistema Nacional de Salud recomienda no indicar pujos dirigidos de forma sistemática, favorecer el pujo espontáneo cuando no hay analgesia epidural e individualizar la indicación cuando existe epidural (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010). Véase también la Ley 2244/2022, art. 12(f) de Colombia.

y emocional, apoyo a la lactancia, detección de depresión posparto y cuidados del recién nacido, con énfasis en contacto piel a piel, vacunación y seguimiento del desarrollo neonatal (OMS-Experiencia posnatal positiva, 2022).

La OMS también advierte que este período posnatal es uno de los más desatendidos en los sistemas de salud, a pesar de concentrar muchas muertes maternas y neonatales prevenibles. (OMS-Experiencia posnatal positiva, 2022). La falta de atención adecuada, las deficiencias en el seguimiento clínico o en el acceso a servicios integrales aumentan el riesgo de complicaciones posnatales (Sacks et al., 2022). Garantizar una atención posnatal continua y respetuosa protege el derecho a la salud y el desarrollo infantil.

2.1.Contacto precoz, lactancia inmediata

La primera hora postnatal es un período especial para el binomio. El contacto piel con piel inicia inmediatamente después del nacimiento cuando existen condiciones clínicas favorables. El recién nacido permanece en decúbito ventral sobre el pecho materno, incluso en unidades de cuidados especiales o después de una cesárea, en condiciones seguras. La literatura científica exige proteger este momento y superar barreras institucionales (Widström et al., 2019). El personal de enfermería desempeña un papel determinante al brindar cuidados para una recuperación efectiva (Ospina et al., 2012). Interviene el equipo de pediatría luego del nacimiento. Esta práctica favorece un estado de alerta tranquilo, el desplazamiento espontáneo hacia el pecho y la instauración eficaz de la lactancia (Martínez y Damian, 2014).

Contribuye al mantenimiento térmico, proporciona calma y facilita la transición a la vida extrauterina (Moore et al., 2016; Widström et al., 2019). Facilita la regulación respiratoria y cardíaca, la estabilización de la glucosa, en especial en recién nacidos de bajo peso o prematuros, y favorece la colonización del bebé con microbios beneficiosos como barrera ante infecciones (OPS, 2022). Para la persona puérpera, el contacto favorece la expulsión de la placenta, reduce el sangrado y disminuye el estrés (Widstrom et al., 2019) y facilita la involución uterina, el vínculo y disminuye el riesgo de depresión posparto (Martínez y Damian, 2014).

Diversos marcos normativos reconocen estos derechos, tanto a nivel nacional [89] como global. OPS/OMS-Fortaleza, 1985, recomienda el contacto inmediato y evitar separaciones injustificadas. La guía OMS-Parto positivo, 2018, promueve la no separación siempre que sea posible y el inicio del contacto, incluso si se está bajo observación. También el inicio temprano de la lactancia, incluso antes de salir de la sala de partos. Es imprescindible asegurar, además, apoyo, información y acceso a servicios de salud posnatal, facilitar el contacto piel a piel y, si así se decide, la posibilidad de escoger el control de la natalidad.

2.2. Protección de la lactancia y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1981)

La protección de la lactancia es fundamental para el derecho a la salud de la díada desde el nacimiento hasta el destete. Su reconocimiento impone a los Estados y a las instituciones sanitarias obligaciones efectivas de información, acompañamiento, asistencia, cuidado y promoción, respaldadas por normas que reconocen el derecho a recibir apoyo especializado, particularmente durante el posparto [90].

La necesidad de reforzar este derecho surge de las elevadas tasas de abandono durante los primeros seis meses, influenciadas por la insuficiente formación de profesionales de la salud. Solo el 40% de los lactantes menores de seis meses a nivel mundial reciben lactancia exclusiva, lo que demuestra la necesidad de capacitar de manera adecuada a quienes brindan atención en salud (Victora et al., 2016). La formación y su actualización deben priorizar las necesidades nutricionales del binomio y ofrecer educación en lactancia por encima de la alimentación artificial durante los controles prenatales y posnatales, con el fin de garantizar el derecho a una alimentación adecuada.

[89] Por ejemplo, la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007) considera como acto de VO la obstaculización del apego precoz sin causa médica (art. 51.12), lo que implica impedir el contacto inmediato después del parto.

[90] En Argentina, la Ley 26.873 sobre Promoción y Concientización Pública sobre Lactancia Materna reconoce la lactancia como cuestión de salud pública, consagra el derecho a recibir información y promoción, y obliga al Estado a fomentarla y protegerla. En Colombia, la Ley 2244/2022 reconoce el derecho a recibir información, asesoría oportuna y de calidad de expertos basada en literatura científica actualizada sobre los beneficios de la lactancia desde la gestación, así como apoyo para amamantar en el posparto (art. 4, núms. 9, 13).

Las directrices internacionales establecen estándares éticos sobre alimentación infantil. En 1981, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, que regula la promoción y comercialización de productos destinados a sustituir, total o parcialmente, la lactancia [91]. Fija parámetros mínimos de protección frente a presiones comerciales, sin prohibir la venta de sucedáneos. Las resoluciones posteriores de la Asamblea ampliaron su interpretación y hacen parte de su marco normativo [92] (OMS, 1981).

2.3.Identidad, certificados y registros de nacimiento

El certificado de nacimiento y el registro civil acreditan el nacimiento y habilitan la existencia jurídica del recién nacido y su incorporación al sistema legal, estadístico y de protección a través del reconocimiento oficial del nombre, la filiación y la nacionalidad. Como condiciones jurídicas indispensables para ejercer el derecho a la identidad y acceder a otros derechos, están respaldados por obligaciones derivadas del derecho internacional de los DH [93] y por la normativa interna de

[91] El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna establece principios y restricciones para su promoción y exhorta a los Estados a adoptar legislación y mecanismos de control para su aplicación. Abarca preparados para lactantes, leches de continuación y crecimiento, así como otros productos lácteos promocionados para infantes hasta los 36 meses; incluye además agua, tés y cereales cuando se publicitan como aptos para menores de seis meses; y regula la promoción de biberones y tetinas (OMS, 1981).
La preocupación central radica en que la promoción de estos productos puede inducir su uso, debilitar la confianza en la lactancia y ampliar la alimentación artificial a casos en los que no resulta necesaria. Por ello, el Código protege tanto a los lactantes como a quienes amamantan y dispone que, cuando el suministro de sucedáneos sea indispensable, su provisión debe ser individualizada y estrictamente regulada (OMS, 1981).

[92] En 2016, la OMS adoptó las *Orientaciones sobre la forma de poner fin a la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños*, respaldadas por la Resolución WHA69.9 de la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, con el fin de precisar y actualizar el alcance del Código frente a nuevas estrategias de comercialización. Establecen que los profesionales y establecimientos de salud deben abstenerse de recibir donaciones, incentivos, regalos, financiamiento de eventos, formación o materiales educativos provenientes de empresas que comercializan sucedáneos de la leche humana. Asimismo, prohíben la aceptación de muestras gratuitas, cupones de descuento y la presencia de publicidad en instalaciones sanitarias (OMS, 2016). Posteriormente, las Resoluciones WHA71.9 (2018) y WHA74.5 (2021) reafirmaron la vigencia del Código e instaron a los Estados a fortalecer su implementación mediante marcos legislativos, mecanismos de monitoreo y políticas libres de conflictos de interés. Estas resoluciones no modifican formalmente el texto de 1981, pero refuerzan su interpretación autorizada y consolidan su función como estándar internacional en la regulación de la promoción de sucedáneos de la leche humana.

[93] El Comité de Derechos Humanos, en su Observación General n.º 17 sobre los derechos del niño (1989), subraya que estas condiciones deben garantizarse de forma inmediata y efectiva, sin obstáculos, en especial para grupos históricamente excluidos. Por su parte, el artículo 7 de la CDN reconoce el derecho a la identidad, nacionalidad y vínculos familiares desde el nacimiento. El artículo 7 CDN establece que: "El niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos". El artículo 24 del PIDCP establece el derecho a la inscripción inmediata del nacimiento y al reconocimiento del nombre. Indica que "todo niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y tendrá un nombre". En el ámbito interamericano, el artículo 18 de la CADH ofrece un marco protector amplio sobre la necesidad estatal de protección integral de la infancia como condición para la titularidad de otros derechos.

algunos Estados. Asimismo, organismos globales de salud y desarrollo han emitido orientaciones técnicas sobre la inscripción universal de nacimientos y defunciones, así como sobre el papel del sector sanitario en la garantía del derecho a la identidad [94].

3. Complicaciones durante las etapas reproductivas

Aunque el nacimiento se desarrolla habitualmente como un proceso fisiológico, puede presentar complicaciones imprevisibles que requieren atención médica adecuada (OPS/OMS-Fortaleza, 1985) [95]; OMS-Parto positivo, 2018) [96]. Se subraya la necesidad de una atención que respete la fisiología del parto, pero que esté preparada para intervenir cuando sea necesario. No toda complicación del embarazo impide un parto normal; algunas condiciones permiten un trabajo de parto y alumbramiento fisiológicos sin intervenciones mayores (Grupo de trabajo…, 2010) [97]. Los riesgos en las etapas reproductivas no son necesariamente patológicos ni exigen medicalización. Determinantes de la salud materna inciden en la aparición de complicaciones y en la persistencia

[94] La OMS elaboró el manual *Fortalecimiento de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales* (2013), que orienta a los Estados sobre cómo garantizar la inscripción universal y oportuna de nacimientos y defunciones. Subraya su relevancia para el derecho a la identidad y para la salud pública y la función del sector salud en la notificación y certificación médica de nacimientos, de modo determinante en contextos con baja cobertura de registro. Promueve la integración de estos procedimientos en los servicios de atención materna y neonatal. Este enfoque ha sido reafirmado en desarrollos posteriores que destacan el carácter continuo, universal y obligatorio del registro civil y su relevancia para la identidad jurídica y la salud pública.
La OMS y UNICEF emitieron en 2021 la guía *Contribuciones del sector salud a la mejora de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales*. Está orientada a países de ingresos bajos y guía a los Estados en el fortalecimiento de la inscripción universal de nacimientos y defunciones mediante la articulación entre el sector de la salud y los registros civiles. Establece que los establecimientos de salud y el personal de salud desempeñan un papel crucial en la notificación y certificación temprana de nacimientos, en particular en contextos con limitaciones institucionales. Recomienda integrar estos procedimientos en los sistemas de atención materna y neonatal como parte del derecho a la identidad y a la salud.
[95] OPS/OMS-Fortaleza. 1985 estableció que: “El parto es un proceso fisiológico normal, que, en la mayoría de los casos, puede llevarse a cabo sin complicaciones. Sin embargo, este proceso natural puede ocasionalmente presentar problemas imprevisibles, por lo que se requiere vigilancia y apoyo adecuado”.
[96] OMS-Parto positivo, 2018, señala que:
El parto es un proceso fisiológico que, en la mayoría de los casos, progresa sin complicaciones. Sin embargo, pueden surgir situaciones imprevisibles que requieren atención médica oportuna y adecuada para evitar resultados adversos para la madre y el recién nacido.
[97] Así lo indica la Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal (Grupo de trabajo, 2010) del Ministerio de Sanidad de España, que establece:
El parto de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento, debe ser considerado normal. Sin embargo, como el parto y el alumbramiento de muchas gestantes con problemas de salud o complicaciones durante su embarazo tienen un curso normal, numerosas recomendaciones de este estudio pueden ser aplicadas al cuidado de estas mujeres.

de muertes evitables, las cuales se asocian a desigualdades en salud global y a brechas en el desarrollo socioeconómico a nivel global (Souza et al., 2024).

3.1.Morbilidad y mortalidad materna y neonatal

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos. No obstante, pueden presentarse complicaciones imprevisibles que afectan la salud y la sobrevivencia. Mujeres de alto riesgo pueden no presentarlas y, a la inversa, grupos de bajo riesgo pueden experimentarlas. Entre los factores asociados a la morbilidad materna destacan edad, multiparidad, anemia, antecedentes de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, parto prolongado y cesárea (Álvarez Toste et al., 2011). Inciden en la morbimortalidad y son reconocidas como indicadores del nivel de desarrollo sanitario de la calidad de la atención obstétrica (González Aguilera et al., 2015).

Desde una perspectiva institucional, la OMS (2025) ha señalado que la mayoría de las muertes maternas son prevenibles y se vinculan con deficiencias en el acceso oportuno a servicios de calidad, lo que refuerza su valor como parámetro de evaluación del desempeño del sistema de salud y del cumplimiento de obligaciones estatales en materia de atención obstétrica. La mortalidad requiere atención continua y de calidad durante el embarazo, parto y el puerperio, garantizada con profesional cualificado y acceso a servicios esenciales de salud. Asimismo, condiciones adecuadas como acceso a agua potable, saneamiento (OMS - Estándares calidad atención materna, 2016; UNICEF - Estado mundial de la infancia, 2008; UNICEF - Salud materna y neonatal, 2023). Muchos fallecimientos derivan de complicaciones prevenibles o tratables con atención eficaz y oportuna y seguimiento adecuado.

El apoyo continuo favorece partos vaginales espontáneos, reduce la duración del trabajo de parto y cesáreas, instrumentación y uso de analgesia. También disminuye puntuaciones bajas en Apgar [98] a los 5 minutos y las experiencias negativas del parto (Bohren et al., 2017). La atención eficaz contribuye a prevenir, identificar y tratar oportunamente las complicaciones maternas, lo que permite mejorar los resultados en salud y la experiencia de parto (OMS-Parto positivo, 2018), así

[98] La prueba de Apgar es una evaluación rápida del recién nacido que se realiza al primer y quinto minuto tras el parto para valorar la adaptación inicial del recién nacido, su frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, reflejos y color de piel. Se asigna una puntuación total de 0 a 10. Un puntaje de 7 o más indica una condición adecuada, mientras que valores inferiores pueden requerir intervención clínica (Academia Americana de Pediatría y Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, 2015).

como reducir su impacto en la salud futura. Por ejemplo, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (en adelante FIGO) reconoce que en condiciones como el prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria han sido históricamente desatendidos, lo que muestra carencias en la garantía de una salud integral en la salud de las mujeres (FIGO, 2021).

Pese a los esfuerzos globales para reducir la mortalidad materna, la atención de morbilidad materna, que incluye la que se manifiesta en el posparto, sigue siendo insuficiente. Se requiere fortalecer su conocimiento, medición y abordaje en los sistemas de salud (Say et al., 2018). La participación de comadronas es fundamental: el modelo de continuidad liderado por profesionales calificadas se asocia con mejores resultados perinatales frente a otros modelos de atención (Sandall et al., 2016).

En el informe *Vidas en riesgo: uniones tempranas y mortalidad materna en América Latina*, el riesgo de muerte materna se duplica o triplica antes de los 18 años, especialmente en entornos de pobreza, discriminación étnica, ruralidad y matrimonios y uniones infantiles y forzadas (UNFPA, 2025). La vulneración de DH en entornos sanitarios es un problema de salud pública vinculado con la mortalidad materna y neonatal y la morbilidad materna [99] con secuelas físicas y psicológicas por falta de diagnóstico o tratamiento. Persisten desigualdades en el acceso a la atención (McCauley et al., 2020; OMS, 2023) y la pérdida de confianza en los servicios reduce su utilización (Yalley et al., 2024). Las altas tasas de mortalidad materna en países de ingresos bajos y medios reflejan limitaciones en el acceso y la calidad de los servicios de salud materna (Mgawadere y Shuaibu, 2021).

3.1.1. Uniones tempranas como factor de mortalidad

Según la OMS en su informe *Embarazo en la adolescencia* de 2018, el matrimonio o unión temprana se asocia con un mayor riesgo de embarazo adolescente, y las complicaciones del embarazo y el parto constituyen una de las principales causas de mortalidad en mujeres de 15 a 19

[99] La morbilidad en este contexto se entiende como cualquier condición en la salud que se atribuya al embarazo o parto o que sea agravada por estos, que afecte negativamente el funcionamiento o el bienestar (Chou et al., 2016). Así como la mortalidad, la morbilidad describe el progreso y la gravedad de un evento de salud determinado. También se define como el estado de presentar síntomas o estar enfermo por causa de una afección o enfermedad (Hernández y Kim, 2022).

años a nivel global. Asimismo, la literatura muestra que el riesgo de mortalidad materna aumenta con la disminución de la edad materna, y es significativamente mayor en adolescentes más jóvenes, especialmente en aquellas menores de 16 años (Neal et al., 2012).

En este contexto, la eliminación de excepciones legales al matrimonio infantil, junto con el fortalecimiento de la educación sexual integral y el acceso efectivo a servicios de SSYR, resulta necesaria para prevenir riesgos evitables y garantizar la protección efectiva de los derechos de niñas y adolescentes. Países como México [100], Colombia [101] y Ecuador [102] , por ejemplo, han establecido la prohibición del matrimonio antes de los 18 años.

3.1.2. Aborto como factor de mortalidad

El aborto en general es un procedimiento médico seguro, salvo cuando se realiza en condiciones sanitarias peligrosas, lo que lo convierte en una de las principales causas de morbimortalidad materna, ya que genera complicaciones graves, como infecciones y hemorragias. En esas circunstancias afectan los DH (OMS, 2022). Las legislaciones restrictivas no reducen los abortos voluntarios, pero sí aumentan los riesgos al forzar la búsqueda de formas de interrupción inseguras, lo que incrementa la mortalidad materna (Sagot Rodríguez y Carcedo Cabañas, 2002).

En España, la IVE está regulada por la Ley Orgánica 2/2010, modificada por la Ley Orgánica 1/2023, que en su artículo 3 establece el deber del Estado de garantizar que la prestación se realice con respeto al bienestar físico y psicológico de la mujer. El artículo 14 permite su realización a solicitud dentro de las primeras catorce semanas de gestación; el artículo 15 regula los supuestos

[100] México reformó en 2019 el Código Civil Federal y estableció los 18 años como edad mínima para contraer matrimonio, mediante el Decreto por el que se reforman diversas disposiciones del Código Civil Federal, en materia de edad mínima para contraer matrimonio. (art. 148), en consonancia con la obligación de protección reforzada de niñas, niños y adolescentes frente a riesgos de violencia, desigualdad y vulneración de derechos.

[101] La Ley 2447/2025 de Colombia elimina todas las formas de uniones tempranas de contrayentes o compañeros permanentes, sean menores de 18 años (art. 3), y establece que la nulidad de los matrimonios o uniones tempranas podrá ser demandada en cualquier tiempo (art. 4). La sentencia C-039/2025 de la Corte Constitucional colombiana declara inexequibles los artículos 117 y 124 del Código Civil que permitían matrimonios o uniones de hecho entre menores sin que se prescribiera la nulidad del acto, y afirma que las normas que admitían la validez de un matrimonio con menores de 18 años contradecían tratados como la Convención *CEDAW*-1979 y la Convención de los derechos del Niño. Reforzó que no puede permitirse ninguna excepción legal para uniones de menores de 18 años, dada la incompatibilidad con la protección constitucional de la infancia y adolescencia, con las líneas de protección de DH.

[102] Ecuador reformó en 2015 su Código Civil mediante la Ley Reformatoria al Código Civil para garantizar la igualdad de los derechos de mujeres y hombres en la capacidad de contraer matrimonio, y fijó en 18 años la edad mínima para contraer matrimonio y suprimió las excepciones previas.

por causas médicas hasta la semana veintidós, y en su apartado c), los casos sin límite temporal cuando existan anomalías incompatibles con la vida o enfermedad fetal extremadamente grave e incurable. El artículo 16 regula la intervención del comité clínico en estos supuestos. El modelo español responde a un sistema de plazos integrado en el ámbito sanitario, lo que excluye la intervención penal en los supuestos legalmente previstos.

En ciertos países latinoamericanos, el aborto voluntario está reglamentado y es legal bajo ciertas causales, como sucede en México [103], Argentina [104], Chile [105], Colombia [106], Guatemala [107], Bolivia [108], Ecuador [109], Brasil [110], Venezuela y Paraguay [111], a diferencia de países como Honduras y República Dominicana [112] y El Salvador [113], en que incluso se penalizan emergencias obstétricas que se relacionan con abortos.

[103] En México, el Código Penal Federal mantiene como causas de no punibilidad el aborto causado por imprudencia de la gestante, el aborto por violación y el aborto necesario para evitar un peligro de muerte para el feto o la gestante (Código Penal Federal, arts. 329–334). Sin embargo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación declaró inconstitucional la criminalización del aborto (Acciones de Inconstitucionalidad 148/2017 y 106/2018, y Amparo en Revisión 438/2020), por lo que la aplicación de las sanciones penales previstas en el Código resulta hoy contraria al criterio constitucional vinculante fijado por la Suprema Corte.

[104] En Argentina, la Ley 27.610 instauró un sistema de plazos hasta la semana catorce y mantuvo vigentes las causales previstas históricamente en el artículo 86 del Código Penal para supuestos posteriores.

[105] En Chile, la Ley 21.030 autorizó la interrupción del embarazo cuando la gestación pone en riesgo la vida de la mujer, cuando el embrión o el feto presenta una patología letal o cuando el embarazo resulta de violación.

[106] En Colombia, la Corte Constitucional, mediante la sentencia C-355/2006, despenalizó el delito de aborto en tres circunstancias específicas: cuando existe riesgo para la vida o salud de la mujer, cuando el embarazo es resultado de acceso carnal violento o inseminación artificial no consentida, y cuando se presenta grave malformación del feto que haga inviable su vida extrauterina. La sentencia C-055/2022 declaró que el delito de aborto no se configura cuando la IVE se practica antes de la semana veinticuatro de gestación, y sin límite temporal, en los tres supuestos definidos en la sentencia C-355/2006.

[107] En Guatemala, la única excepción legal corresponde al aborto terapéutico destinado a preservar la vida de la mujer (Código Penal, arts. 133–140).

[108] En Bolivia se permite la interrupción del embarazo por violación, rapto, estupro, incesto y por riesgo para la vida o la salud de la mujer, sin requisito de autorización judicial previa, conforme a la sentencia constitucional plurinacional 0206/2014.

[109] En Ecuador se prevé el aborto no punible por riesgo para la vida o la salud de la gestante y, tras la sentencia 34-19-IN/21 de la Corte Constitucional, también por violación.

[110] En Brasil, el aborto no constituye delito cuando existe riesgo de muerte para la gestante, cuando el embarazo resulta de violación o cuando el feto padece de anencefalia (Código Penal de Brasil, arts. 123–128 y decisión del Supremo Tribunal Federal en la ADPF 54, 2012).

[111] Venezuela solo contempla el aborto si es necesario para salvar la vida de la gestante (Código Penal, arts. 430–434). Igualmente, Paraguay (Código Penal paraguayo, art. 109).

[112] En Honduras (Código Penal, arts. 126–132) y en República Dominicana (Código Penal, art. 317), el aborto está penalizado sin ninguna excepción.

[113] El Salvador mantiene su Código Penal intacto (arts. 133–137), que penaliza el aborto sin excepciones. En el caso *Manuela y otros v. El Salvador*, la Corte IDH advirtió los efectos discriminatorios derivados de la aplicación de la legislación penal en contextos de emergencias obstétricas y la afectación del secreto profesional. Posteriormente, en

Sin embargo, a pesar de la reglamentación en algunos Estados, algunas mujeres ven limitada su autonomía sexual y reproductiva cuando buscan acceso para abortar en contextos protegidos por la ley. Persisten barreras sociales e institucionales que refuerzan estereotipos de género, que, además de contribuir al aumento de los índices de morbimortalidad, limitan su acceso a servicios de salud, exponen a las mujeres a violencia, riesgos y desigualdades. Algunas de estas barreras son la estigmatización, barreras médicas y retrasos en el acceso a procedimientos médicos (Ganatra et al., 2017), lo que afecta de manera desproporcionada a quienes buscan interrumpir un embarazo conforme a derecho (OMS, 2022).

3.2.Complicaciones específicas gestacionales y del parto

- Abortos inseguros, aborto espontáneo [114].
- Pérdida perinatal y posnatal [115].
- Embarazo ectópico.
- Hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia).
- Falta de progresión del parto por contracciones débiles o dilatación insuficiente del cuello uterino.
- Rotura uterina.
- Problemas en el descenso fetal por el canal de parto.
- Complicaciones de la placenta.
- Cordón umbilical atrapado, enrollado o comprimido en extremidades, cuello o que precede al bebé.

el caso *Beatriz v. El Salvador,* estableció la responsabilidad internacional del Estado por la vulneración de los derechos a la vida, integridad personal, salud y vida privada ante la falta de respuesta médica oportuna y adecuada. No obstante, el Estado no ha reformado su legislación penal, lo que evidencia una persistente tensión entre sus obligaciones internacionales y su marco normativo interno.

[114] El aborto espontáneo es la pérdida de un embarazo antes de las 20 semanas de gestación. Aproximadamente entre el 15% y el 25% de los embarazos clínicamente reconocidos terminan en aborto espontáneo. Su ocurrencia no está exenta de riesgos, ya que puede provocar morbilidades graves, como hemorragias, infecciones y la muerte, en particular cuando sucede en entornos sin servicios adecuados (Ghosh et al., 2021).

[115] Diversos ordenamientos reconocen derechos en casos de duelo gestacional y perinatal, incluido el acceso a apoyo psicosocial oportuno, acompañamiento interdisciplinario especializado y atención en un espacio que respete la intimidad, sin contacto con personas que se encuentran en ese momento en trabajo de parto o parto, a fin de asegurar un trato digno y emocionalmente sensible.

- Frecuencia cardíaca fetal anormal que puede requerir cambios de posición para aumentar el flujo sanguíneo o disminuir intervenciones como una cesárea [116], episiotomía o el uso de instrumentación.
- Hemorragias, por ejemplo, por atonía uterina, retención placentaria o desgarros del canal de parto, una de las causas de mortalidad materna (Briones et al., 2022).
- Laceraciones perineales [117] o prolapsos [118].

3.3. Riesgos posparto y secuelas a largo plazo

- Infecciones.
- Fístula obstétrica [119].
- Hemorragia puerperal [120], principal causa global de mortalidad materna [121].
- Infecciones puerperales.
- Patologías vasculares.

[116] Disminuyen las tasas de cesáreas: reducir intervenciones innecesarias, implementar guías con segunda opinión obligatoria, auditorías con retroalimentación y la formación continua del personal (Chen et al., 2018).
[117] Las laceraciones perineales son desgarros en el periné durante el parto vaginal. Su severidad varía desde lesiones superficiales (grado I) hasta desgarros más profundos que afectan el esfínter anal y la mucosa rectal (grados III y IV). Estas laceraciones son más frecuentes en mujeres primíparas y afectan aproximadamente al 49.5% de los partos vaginales, con una incidencia variable en los desgarros graves (Oliveira et al., 2024).
[118] El prolapso de órganos pélvicos es el descenso de órganos como el útero, vejiga o recto hacia la vagina, causado por el debilitamiento del suelo pélvico. Su aparición está asociada al embarazo y al parto vaginal. La multiparidad es uno de los principales factores de riesgo. Su aparición se ha asociado al embarazo y al parto vaginal, y la multiparidad es uno de los principales factores de riesgo (Valencia-Chión et al., 2020).
[119] La fístula obstétrica es una grave lesión que se origina en un parto prolongado y obstruido y genera una comunicación anómala entre la vagina y la vejiga (fístula vesicovaginal) o entre la vagina y el recto (fístula rectovaginal). Entre sus consecuencias se encuentran incontinencia urinaria y fecal, infecciones crónicas, infertilidad y aislamiento social y trauma emocional. El tratamiento consiste en una reparación quirúrgica especializada, con altas tasas de éxito cuando se realiza por equipos entrenados. Sin embargo, el cuidado debe ser integral, incluir apoyo psicosocial y estrategias de reintegración social para evitar la exclusión.
[120] La hemorragia puerperal precoz es una urgencia obstétrica y una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial. Se define como una pérdida sanguínea superior a 500 ml tras un parto vaginal o más de 1000 ml después de una cesárea dentro de las primeras 24 horas posparto o cualquier pérdida sanguínea que comprometa la estabilidad hemodinámica. Entre los factores de riesgo se encuentran los partos distócicos, la inducción al parto y el mayor peso del recién nacido (Sánchez et al., 2019).
[121] La OMS estableció en 2012 directrices en *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto*, principal causa de mortalidad materna, que incorporan criterios de diagnóstico temprano y priorizan la prevención mediante una atención prenatal y posnatal adecuada, el tratamiento de la anemia y el uso racional de uterotónicos.

- Trastornos de ansiedad, estrés postraumático y depresión posparto [122].
- Dificultades en la lactancia (grietas, ingurgitación, mastitis).
- Desgarros perineales, que pueden sanar sin intervención o requerir cirugía.

En el ámbito perinatal, algunas de las complicaciones son la prematuridad o el bajo peso al nacer (menos de 2.500 g), asociados con prematuridad o restricción del crecimiento intrauterino; afecciones respiratorias, distocia, hipoxia y asfixia perinatal, insuficiencia de oxígeno fetal durante el trabajo de parto o posparto inmediato y trastornos digestivos (OMS, 2024, Mortalidad del recién nacido, 2024). También puede presentarse distocia de hombros, esto es, la salida de la cabeza fetal con retención de uno de los hombros, y su resolución depende del tipo de distocia y de la posición de la gestante, el contexto y la habilidad profesional (Espinoza et al., 2023).

3.4. Intervenciones y manejo

Incluso durante el embarazo pueden requerirse medidas clínicas. A su vez, aunque el parto es un proceso fisiológico, puede presentar complicaciones que exijan un enfoque asistencial capaz de combinar el respeto por la fisiología con una intervención adecuada y proporcional y considerar, además de la salud física, el bienestar emocional y psicológico, así como la identificación de factores de riesgo para la salud mental perinatal. Las evaluaciones psicosociales durante el embarazo permiten detectar dichos factores (Austin et al., 2008). Así, la resolución oportuna de eventos adversos no contradice la lógica de una atención integral y basada en derechos y es un componente exigible de la obstetricia orientada a proteger la salud y el bienestar de la díada.

Sin embargo, la medicalización e intervenciones que no se justifican médicamente ni se ajustan a estándares globales de atención impiden la atención segura, respetuosa y de calidad, e incluso

[122] Entre los factores asociados a la aparición de la depresión posparto se encuentran el parto instrumental, experiencias obstétricas negativas, antecedentes de depresión y la ausencia de lactancia exclusiva (Martínez-Galiano et al., 2025). Las intervenciones psicosociales y psicológicas han demostrado ser eficaces para prevenirla y mitigar sus efectos, al reducir su incidencia y favorecer la salud mental (Dennis y Dowswell, 2013). Por ello, reviste importancia que el personal sanitario conozca los factores de riesgo y aplique métodos de evaluación adecuados para identificar a las personas vulnerables, ya que la detección precoz permite garantizar un tratamiento efectivo y oportuno. Ello, en atención a que los trastornos de salud mental en la etapa perinatal constituyen un problema de salud pública con elevada carga de subdiagnóstico (Martínez-Galiano et al., 2025).

pueden generar nuevas complejidades como la inducción, la aceleración del parto y la monitorización fetal. Aunque están orientadas a mejorar los desenlaces obstétricos, pueden aumentar los riesgos materno-fetales y reducir la incidencia de partos vaginales (OMS-Parto positivo, 2018). Por ello, su uso debe restringirse a complicaciones y se evitan intervenciones innecesarias que alteren el curso fisiológico del parto y que puedan generar daños a la díada. La OMS enfatiza la preservación del ritmo natural del proceso y la restricción de intervenciones, salvo alto riesgo que requiera cuidados especializados. Además, promueve un enfoque multidisciplinario que garantice atención obstétrica integral y ajustada a estándares globales (OMS, Cuidados en el Parto, 2021).

4. Personal de atención en salud sexual y reproductiva

El análisis de la labor del personal sanitario permite determinar el reconocimiento jurídico de vulneraciones en SSYR, delimitar cuándo una intervención constituye una práctica justificada o una afectación de derechos y articular un enfoque jurídico de la VO que incorpore los estándares científicos aplicables y las obligaciones profesionales en los procesos reproductivos. Se examina, además, para distinguir entre actuaciones clínicamente indicadas y conductas contrarias al estándar profesional. Se consideran las condiciones laborales del personal y las estructuras organizativas del sistema sanitario en tanto inciden en la calidad de la atención y por su contribución a prácticas lesivas. Este examen involucra la responsabilidad del personal sanitario, la de los sistemas de salud, públicos y privados, y las obligaciones estatales en materia de SSYR en el ámbito obstétrico.

La atención puede estar a cargo de ginecólogos, obstetras, matronas u otros profesionales de la partería y también coexistir con prácticas tradicionales de la partería y agentes comunitarios de apoyo. Intervienen figuras complementarias como doulas [123], enfermería especializada, fisioterapia, educación prenatal y apoyo en lactancia. Actúan idealmente bajo la confianza, formación y experiencia de su oficio y según normas que definen derechos, deberes y límites en su desempeño. Algunas de sus obligaciones son el buen trato, la práctica segura y de calidad, el

[123] En el ámbito iberoamericano, la doula carece, en general, de reconocimiento jurídico formal. Predominan modelos de reconocimiento indirecto mediante el derecho al acompañamiento, con excepción de Brasil, donde el Proyecto de Ley n.º 3.946/2021, aprobado y pendiente de sanción, evidencia un proceso de institucionalización al reconocer su rol en el embarazo, parto y puerperio y el derecho a su elección en servicios públicos y privados. Esta ausencia normativa incide en la efectividad de los derechos a la información, autonomía y acompañamiento en el parto.

resguardo del secreto profesional, la información y comunicación adecuadas y el respeto a las decisiones informadas, de cumplimiento para contrarrestar vulneraciones y desequilibrios de poder.

El "personal calificado para la atención del parto" comprende profesionales competentes en salud materna y neonatal (SMN), formados, entrenados y regulados conforme a estándares nacionales e internacionales. Incluye, entre otros, a matronas, parteras profesionales, enfermeras, obstetras, anestesistas y pediatras, siempre que estén debidamente habilitados (OMS, Personal calificado, 2018) [124]. Este personal ejerce en contextos condicionados por factores socioeconómicos, culturales e institucionales, y desempeña sus funciones en entornos clínicos diversos. La pluralidad de agentes hace necesario analizar su responsabilidad en la prevención de prácticas vulneratorias, muchas veces derivadas de formación insuficiente en DH, desconocimiento normativo o normalización de intervenciones contrarias a estándares éticos y jurídicos.

Se requiere que actúen como parte de un equipo integrado capaz de ofrecer atención continua, basada en producción científica especializada, con enfoque de DH y sensibilidad cultural. Deben reunir competencias clínicas en ocho dominios: atención prenatal, intraparto, posparto, cuidado neonatal, liderazgo y manejo de complicaciones. Se requiere un entorno habilitante con sistemas de salud funcionales que garanticen insumos, supervisión, rendición de cuentas y sostenibilidad del recurso humano. Esta definición surge de la constatación de que altos niveles de cobertura con personal denominado "calificado" no han reducido proporcionalmente la mortalidad materna y neonatal. Por ello es necesario asegurar calidad efectiva más allá del conteo de asistentes (OMS et al., 2018, "Ámbito de práctica").

4.1.Ginecólogos y obstetras

El personal médico especializado en obstetricia supervisa la salud de gestantes y del feto durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como en casos de pérdida gestacional y perinatal. Su labor incluye monitoreo clínico, controles prenatales y, cuando es necesario, intervenciones para

[124] Definición establecida en la declaración conjunta de 2018 sobre personal de salud calificado para la atención del parto, suscrita por la OMS, UNFPA, UNICEF, la Confederación Internacional de Matronas (ICM), el Consejo Internacional de Enfermeras (ICN), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Asociación Internacional de Pediatría (IPA).

preservar la salud materna y fetal, y procurar un parto sin complicaciones. En algunos países, las normas clínicas reservan su actuación a gestaciones de mediana y alta complejidad, mientras que las de bajo riesgo se asignan a matronas o enfermeras obstétricas [125]. En otros contextos, su ámbito abarca toda la atención obstétrica, incluso sin complicaciones, lo que puede generar una medicalización predominante de procesos fisiológicos. Asimismo, existen subespecialistas centrados en el manejo de embarazos de alto riesgo y condiciones perinatales complejas.

4.2.Matronería, partería profesional y tradicional

La atención al embarazo, parto y posparto, entendidos como eventos fisiológicos de bajo riesgo, puede ser provista por personal capacitado que complementa la labor médica especializada (OPS/OMS-Fortaleza, 1985). Entre ellos se encuentran parteras o matronas profesionales, médicos generales y enfermeras, con formación para manejar partos normales y derivar oportunamente ante complicaciones. La calidad de esta atención depende tanto de competencias clínicas como de condiciones laborales y organizacionales, que, cuando son precarias, comprometen el servicio (Munabi et al., 2017) [126].

De acuerdo con el informe de UNFPA *El estado de la partería en el mundo* (2021) (en adelante, UNFPA-Partería, 2021), la partería comprende actividades de promoción y prevención en SSYR, educación prenatal y posnatal, y orientación familiar, tanto en contextos domiciliarios como institucionales. También abarca la atención durante la gestación, el parto, el puerperio, la identificación de complicaciones, apoyo en emergencias obstétricas y cuidados iniciales del recién nacido.

[125] Así como en España, en diversos países de América Latina, las guías clínicas y normativas establecen que los ginecoobstetras concentran su labor en embarazos de mediana y alta complejidad, mientras que los embarazos de bajo riesgo pueden ser atendidos por matronas u otros profesionales capacitados. Por ejemplo, en Perú, las *Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología* del Instituto Nacional Materno Perinatal delinean claramente las competencias según el nivel de riesgo. Así, asignan a los ginecoobstetras casos complejos y a las matronas embarazos de bajo riesgo (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2023).
Asimismo, en Chile, la *Guía clínica perinatal* del Ministerio de Salud establece una regionalización de la atención perinatal, en que las matronas asumen la atención primaria de embarazos normales y derivan a especialistas en casos de complicaciones. Este modelo busca optimizar los recursos humanos en salud y garantizar servicios adecuados según el nivel de riesgo (Ministerio de Salud de Chile, 2015).

[126] Algunos factores que influyen en los servicios de parteras, médicos y enfermeras son el acceso a capacitación y supervisión, la disponibilidad de personal, la carga laboral, los salarios, las condiciones de vida y el acceso a las instalaciones médicas equipadas y con servicios como agua, electricidad y transporte (Munabi et al., 2017).

Su modalidad profesional, denominada en algunos lugares como matronería, suele requerir formación superior acreditada y marcos regulatorios nacionales. Su denominación y estructura académica varían por país, aunque generalmente con títulos habilitantes. En Chile, la partería tradicional subsiste en ciertas regiones, aunque sin reconocimiento legal formal. Esto perpetúa su exclusión del sistema de salud formal por no ser una forma institucionalizada de atención al parto. En contraste, la matronería es una profesión reconocida oficialmente [127].

En Argentina, esta función recae en profesionales con licenciatura en obstetricia, conocidas como obstétricas [128]. En España, las matronas están integradas en el sistema de salud [129].

El modelo de continuidad de la atención respaldado por la partería ha demostrado reducir intervenciones médicas innecesarias, favorecer servicios respetuosos y aumentar la satisfacción de las personas usuarias (Sandall et al., 2016). Reconocer y apoyar estas prácticas resulta relevante para enfrentar desigualdades en salud y mejorar la cobertura en contextos rurales, marginados o remotos. Particularmente en lo que atañe a la partería tradicional, que se basa en saberes ancestrales transmitidos entre generaciones sin certificación académica formal, aunque reconocida en diversos marcos normativos. Con capacitación, las parteras pueden ser integradas a la atención primaria. Vinculadas a la medicina ancestral, suplen carencias persistentes de los sistemas de salud, especialmente donde la atención institucional es inexistente o inaccesible (OMS, FNUAP, UNICEF, 1993).

[127] En Chile, las matronas enfrentan desafíos semejantes derivados del proceso de modificación de la Norma Técnica n.º 150 sobre regulación de la atención en SSYR. El Ministerio de Salud publicó el Decreto Exento n.º 243/2023 que anunciaba la futura actualización de la norma. Entre los aspectos cuestionados se encuentran la tendencia hacia modelos más generalizados y estandarizados y la reducción del ámbito clínico de las matronas en áreas como ginecología, cirugía y atención neonatal.

[128] En Argentina, además de médicos especialistas en ginecología y obstetricia habilitados para atender embarazos de alto riesgo y complicaciones médicas durante los procesos reproductivos, existen licenciados en obstetricia con formación universitaria para asistir embarazos, partos y puerperios de bajo riesgo y promover la SSYR y acompañar procesos como la anticoncepción, el aborto legal, el parto y el posparto (Ministerio de Salud, 2019). Su ejercicio se enmarca en la clasificación de la obstetricia como actividad auxiliar de la medicina (Ministerio de Salud, 2019).

[129] En España, la atención profesional al parto está a cargo de matronas, profesionales con formación especializada en enfermería obstétrico-ginecológica, reguladas por la Ley 44/2003, el Real Decreto 450/2005 y la Orden SAS/1349/2009. Luego de obtener el grado de enfermería, deben superar una prueba nacional y completar una residencia de dos años. A diferencia del personal médico especialista en obstetricia, responsable del manejo de embarazos de alto riesgo y complicaciones quirúrgicas, las matronas atienden embarazos normales, partos de bajo riesgo y puerperios fisiológicos, con un enfoque preventivo y centrado en la SSYR. Aunque ambas profesiones están integradas en el sistema público, la organización del sistema sanitario evidencia falta de personal de enfermería que incide en la distribución de funciones y en la calidad de la atención sanitaria (Consejo General de Enfermería, 2023).

El rol de las parteras tradicionales trasciende lo clínico, con acompañamiento comunitario. Son un recurso estratégico para detectar riesgos obstétricos en contextos de vulnerabilidad, incluida la violencia de género y durante el embarazo, factor que incrementa complicaciones obstétricas (Villaseñor et al., 2014). Esta labor se articula con la de médicos generales en centros de salud cercanos; establecen un puente entre las mujeres en etapas reproductivas y los servicios disponibles. Este enfoque colaborativo y culturalmente respetuoso facilita la garantía de cuidados adecuados. La OMS ha destacado que una atención digna y continua requiere parteras capacitadas, supervisadas, remuneradas con justicia e integradas a equipos multidisciplinarios con habilidades para brindar cuidados seguros y respetuosos (OMS-Parto positivo, 2018).

La partería profesional y la tradicional enfrentan obstáculos pese a su importancia en la garantía de la SSYR. La partería profesional y la matronería, aunque respaldadas por un marco normativo que regula su ejercicio y reconoce su autonomía, se ven limitadas por graves barreras [130] como estereotipos de género, jerarquías médico-hegemónicas y precarización laboral, factores que restringen el desarrollo profesional e impiden el ejercicio pleno de sus competencias (UNFPA-Partería, 2021). Si bien algunos países de América Latina han avanzado en su reconocimiento normativo y articulación con los sistemas de salud [131], persisten limitaciones para su integración

[130] En España, la formación y el ejercicio de las matronas se rigen por la Ley 44/2003, el Real Decreto 450/2005 y la Orden SAS/1249/2009, que delimita su ámbito de competencia dentro del sistema sanitario. Este marco normativo establece una distribución de funciones entre profesionales sanitarios que, en la práctica, condiciona el grado de autonomía en el ejercicio de sus competencias, particularmente en la organización asistencial y en la asignación de funciones según niveles de riesgo.

[131] En Colombia, la partería tradicional se reconoció como medicina ancestral de los pueblos indígenas y afrocolombianos. La Resolución 1077 de 2017 del Ministerio de Cultura, *por la cual se incluye la "manifestación "Saberes asociados a la partería afro del Pacífico" en la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial del ámbito nacional, y se aprueba su Plan de Salvaguardia,* declaró sus saberes patrimonio cultural inmaterial de la nación. Las parteras tradicionales organizadas en asociaciones desempeñan un rol clave al atender zonas remotas donde escasean profesionales de la salud. Entes como la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (ASOPARUPA) han cumplido un rol determinante en la defensa y preservación de saberes ancestrales en Buenaventura, Colombia.
Sin embargo, a pesar de estos reconocimientos culturales y los mandatos constitucionales de pluralismo, junto con sentencias como la T-128/2022, en que la Corte Constitucional colombiana reconoció expresamente sus derechos, ordenó al Ministerio de Salud garantizar su integración al sistema de salud y exhortó al Congreso a legislar en la materia, la partería tradicional aún carece de una regulación específica que la integre plenamente al sistema de salud como una práctica médica formal. Estas circunstancias limitan su acceso a recursos, procesos formativos y con reconocimiento profesional. También afectan a comunidades donde las parteras tradicionales son la principal o única fuente de atención materna e impiden su reconocimiento como parte legítima del sistema sanitario, lo que redunda en la falta de apoyo estatal e institucional.
En lo atinente a la partería profesional, en Colombia no existe una formación universitaria como tal. Los cuidados del parto recaen principalmente en médicos ginecoobstetras o en profesionales en enfermería con formación adicional en obstetricia, en contextos institucionales conforme a los lineamientos de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para partos de baja complejidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

efectiva. La exclusión normativa de la partería tradicional ha sido calificada en la literatura crítica como "etnocidio programado", dado que los Estados han impulsado modelos biomédicos que deslegitiman los saberes ancestrales y excluyen a las parteras de los marcos institucionales (Alarcón Lavín, 2021).

Esta exclusión normativa se traduce en barreras concretas para el ejercicio de la labor tradicional de la partería, lo que a su vez afecta el derecho de comunidades indígenas, afrodescendientes y campesinas a recibir una atención culturalmente adecuada [132]. Desde un enfoque jurídico-antropológico, esta omisión constituye una forma de violencia estructural en los sistemas de salud. Por ello, diversos instrumentos y análisis doctrinales reclaman el reconocimiento de las parteras tradicionales como sujetos colectivos de derechos, en el marco de un modelo de pluralismo jurídico, igualdad material y justicia reproductiva [133] (Alarcón Lavín, 2021), dado que, en contextos de limitada cobertura sanitaria, asumen funciones esenciales ante la ausencia estatal, lo que demuestra carencias en la atención obstétrica (Aranta-Tellez et al., 2021). Finalmente, pese a la relevancia de las parteras en la atención sexual, reproductiva, materna, neonatal y de adolescente (UNFPA-Partería, 2021), su número sigue siendo insuficiente a nivel mundial para cubrir las necesidades esenciales de una atención digna, accesible y culturalmente pertinente [134].

En México, la partería tradicional está reconocida en la Constitución Política (art. 2) y en la Ley General de Salud (art. 64), que instruye a las autoridades a fortalecer sus competencias. El Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (arts. 102–114) permite su ejercicio con capacitación y actualización bianual. La NOM-020-SSA-2025 y el Registro Nacional de Partería (ReNalPa) refuerzan su integración institucional sin desconocer su saber ancestral. La partería profesional está reconocida en la Ley General de Salud (art. 79) y regulada por normas como la NOM-007-SSA2-2016 y la NOM-020-SSA-2025. Requiere formación académica formal y titulada y permite atender partos de bajo riesgo con capacidad de derivación a atención especializada.

[132] La obligación de garantizar servicios culturalmente adecuados encuentra sustento en el artículo 25 del Convenio 169 de la OIT, que impone a los Estados el deber de asegurar servicios de salud adecuados o diseñados bajo control de los pueblos indígenas, así como en el artículo 24 de la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

[133] La justicia reproductiva vincula derechos reproductivos y justicia social, incluido el derecho a tener hijos o no, y a criarlos en entornos seguros y sostenibles. Plantea un enfoque integral que abarca el acceso a la salud, educación y estabilidad económica como prerrequisitos para ejercer aquellos derechos. Para Alcalá y Miranda (2025), este enfoque busca desafiar jerarquías coloniales y exclusiones de género, raza y clase social, para superar la insuficiencia del rótulo de derechos sexuales y derechos reproductivos, que aborda integralmente, para nombrar las estructuras que obstaculizan su goce efectivo, además de plantear un enfoque interseccional.

[134] Una cobertura adecuada podría satisfacer el 75% de las necesidades de esta atención a nivel global y hasta el 41% en países de ingresos bajos. Con una formación adecuada y regulación del oficio conforme a estándares globales, se podría satisfacer cerca del 90% de las necesidades mundiales de intervenciones esenciales. Para alcanzar este objetivo, es imperativo invertir "en la mejora de la calidad de la atención y en la reducción de la incidencia de la falta de respeto y el maltrato que padecen los usuarios de los servicios de SSRMNA" (UNFPA-Partería, 2021). Según estimaciones, la financiación adecuada de la partería permitiría, para 2035, evitar el 67% de las muertes maternas, el 64% de las neonatales y el 65% de los nacimientos sin vida, así como salvar anualmente 4,3 millones de vidas (Nove et al., 2021).

4.2.1. Doulas y educadoras

Las doulas y educadoras perinatales, prenatales y posnatales son agentes no clínicos en el acompañamiento a la gestación, el parto y el posparto. Ofrecer apoyo emocional, práctico e informativo, sin brindar cuidados médicos directos. Aunque poseen conocimientos básicos sobre procesos fisiológicos y sanitarios, no realizan intervenciones clínicas ni diagnósticas sobre la gestante o el recién nacido. Su objetivo es crear un entorno seguro y de confianza, facilitar información para una comunicación efectiva con el personal de salud y reforzar el bienestar físico y emocional de la díada. Durante el embarazo contribuyen a la preparación emocional de la gestante. En el parto, su apoyo continuo mediante técnicas de relajación se asocia con experiencias más satisfactorias y menor uso de intervenciones médicas. En el posparto favorecen la instauración de la lactancia, el autocuidado y el fortalecimiento del vínculo afectivo (Sobczak et al., 2023).

La evidencia respalda su eficacia como agentes no clínicos: su intervención se asocia con partos más cortos, menos intervenciones médicas, mejores indicadores de lactancia y mayor percepción de control, autonomía y bienestar emocional. También se relaciona con una reducción de cesáreas no indicadas y una mayor iniciación de la lactancia en mujeres de bajos ingresos. Las mujeres atendidas por doulas tienen mayor probabilidad de iniciar la lactancia dentro de las 72 horas posteriores al parto y de mantenerla hasta las seis semanas (Nommsen-Rivers et al., 2009).

La OMS destaca el valor del apoyo continuo durante el parto y recomienda el acceso a un acompañante respetuoso y competente que brinde acompañamiento antes, durante y después del nacimiento (OMS-Parto positivo, 2018). Asimismo, la presencia de doulas se ha asociado con mejoras en el bienestar emocional, como en la ansiedad y el estrés durante el proceso de parto. Su incorporación en el ámbito sanitario resulta especialmente importante para personas que enfrentan disparidades en la atención de salud, al contribuir a mitigar desigualdades en los resultados maternos (Sobczak et al., 2023).

4.2.2. Enfermería obstétrica

La enfermería obstétrica cumple un papel significativo en la atención integral durante el embarazo, el parto y el posparto. Su labor incluye la monitorización de la salud materna y fetal, la educación sobre cuidados prenatales y el apoyo emocional y físico durante el trabajo de parto. En el posparto, proporcionan orientación sobre cuidado del recién nacido y la lactancia, además de identificar problemas de salud mental. La evidencia respalda su intervención como factor de mejora en los resultados de salud materna e infantil, y subraya la necesidad de fortalecer su formación y recursos disponibles (Kaur y Upendra, 2025).

5. Utilidad del bioderecho

Entre las obligaciones éticas y legales del personal sanitario reconocidas por el bioderecho, destaca la protección de las decisiones sobre gestación, parto y anticoncepción. Estas decisiones deben adoptarse en condiciones de libertad, con información adecuada y sin presiones institucionales o imposiciones morales, de forma que la voluntad de la persona prevalezca sobre intereses ajenos a su bienestar (Romeo Casabona et al., 2022). Estas obligaciones se imponen en el marco del ejercicio profesional, que reconoce la autonomía clínica y la actuación conforme a criterios científicos, así como el deber de alertar sobre las deficiencias del sistema sanitario que afectan la calidad asistencial, sin que ello implique atribuir al profesional la responsabilidad directa por las carencias del sistema.

El bioderecho también ampara la confidencialidad, la intimidad y la protección de datos médicos, particularmente en contextos ginecológicos, obstétricos y de diversidad sexual. Estas garantías comprenden el respeto a la identidad de género y al derecho a la privacidad, y adquieren exigibilidad jurídica cuando se integran al contenido de derechos [135]. Esta última se basa en principios como preservar la confidencialidad, informar adecuadamente, no causar daño, actuar con competencia profesional y priorizar el interés de quien recibe cuidados. Sin embargo, cuando

[135] En España, el Código de Deontología Médica del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM, 2022) sistematiza los deberes que rigen el ejercicio profesional de los médicos colegiados, en particular aquellos relativos al respeto de los derechos de las personas en la atención sanitaria (CGCOM, 2022).

estas obligaciones se integran al contenido del derecho a la vida privada, adquieren carácter jurídico vinculante y exigible ante vulneraciones (Romeo Casabona et al., 2022).

El cumplimiento de estas obligaciones requiere condiciones de fondo mínimas: infraestructura suficiente, insumos y equipamiento adecuados, dotación y capacitación del personal. Adicionalmente, una red articulada que fortalezca la capacidad resolutiva del primer nivel y evite la saturación hospitalaria. Estas no sustituyen la responsabilidad profesional, individual o colectiva y son condiciones de base cuya ausencia puede generar responsabilidad institucional.

6. Condiciones de los profesionales que impactan la atención

Las condiciones que inciden en el desempeño del personal sanitario forman parte del análisis de las obligaciones estatales de organización, supervisión y garantía del servicio en materia de SSYR. La formación continua en DH, género y bioética, junto con las estructuras jerárquicas y el desgaste profesional, inciden en la garantía de los derechos de las personas usuarias. Estos factores se relacionan también con la objeción de conciencia, cuya regulación debe asegurar la continuidad y la accesibilidad del servicio.

Un estudio transversal realizado en España entre estudiantes de ciencias de la salud y residentes en ginecología y obstetricia evidenció percepciones de la VO en el ámbito de la formación sanitaria y una brecha en la identificación de sus manifestaciones. Reconocieron con mayor facilidad las formas visibles y protocolizadas de VO, en comparación con las formas invisibles o sutiles que fueron mayormente no reconocidas. Esto sugiere que la capacitación actual es insuficiente para identificar las manifestaciones de violencia más arraigadas en la cultura clínica. La exposición a situaciones de VO durante la formación promueve su normalización. Ser mujer, residente de matronería o haber presenciado episodios de VO aumentan la sensibilidad hacia esta problemática (Llagosterra-Reverter et al., 2025).

6.1.Formación del personal sanitario en salud sexual y reproductiva y en DH

Organismos globales han destacado la obligación de incorporar formación en DH, género y bioética en la atención en SSYR, dado que la ausencia de capacitación adecuada favorece la

normalización de prácticas que vulneran derechos, como la falta de consentimiento o el trato despectivo. Desde OPS/OMS-Fortaleza, 1985, y en desarrollos posteriores, la OMS ha subrayado la necesidad de integrar dimensiones sociales, culturales, antropológicas y éticas del parto, junto con habilidades de comunicación clínica y esquemas organizativos que aseguren continuidad y coordinación interdisciplinaria (OMS-Parto positivo, 2018).

En el marco de la debida diligencia, la capacitación constituye una medida exigible de organización del servicio. El Estado debe garantizar que el personal desarrolle competencias profesionales que aseguren un trato digno como estándar obligatorio (Person y Finch, 2008). La ausencia de una capacitación adecuada compromete la responsabilidad estatal, en la medida en que la debida diligencia exige adoptar medidas organizativas y formativas que prevengan vulneraciones en la prestación del servicio.

Otra dimensión de la capacitación requerida se centra en la asistencia a mujeres, primera infancia y prevención de la violencia de género. Diversos instrumentos globales [136] muestran que la formación profesional, además de fortalecer competencias técnicas, debe incluir un enfoque ético, de género y basado en DH. De este modo se busca garantizar una atención integral y respetuosa, capaz de superar limitaciones de base y de promover el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres, la infancia y otros grupos vulnerables.

[136] La IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, de Beijing (1995), enfatizó la reformulación de los sistemas de capacitación sanitaria hacia un enfoque integral que atienda las necesidades de las personas (núm. 106 (f)). Otro ejemplo lo constituye la Observación General n.º 7 (2005) del CDN, que resaltó la capacitación profesional e investigación global como elementos protectores de derechos desde las primeras etapas de vida. Igualmente, la prevención de la violencia de género fue materia de atención con la RG-24-CEDAW, que instó a incluir en los programas educativos cursos obligatorios sobre salud y DH de las mujeres, con énfasis en esta violencia y la atención de denuncias (núm. 15, 31).
En el ámbito regional, la OG 14-2000-SALUD-DESC estableció la obligación de garantizar formación adecuada, promover la educación y la investigación y asegurar suficientes centros de salud que respondan a las necesidades de las mujeres (núm. 36). Más adelante, la OG 22-2016-SSYR-DESC del mismo Comité insistió en la actualización constante del personal y en su capacitación para ofrecer servicios de calidad, respetuosos y accesibles (núm. 46–47). Por su parte, el *Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de Derechos Humanos* de la CIDH (2010) identificó como deficiencias, la insuficiente preparación del personal de salud y la falta de capacitación para responder a emergencias obstétricas (núm. 31–34).
La OMS posteriormente reforzó la necesidad de contar con profesionales competentes, amables y bien capacitados para ofrecer un trato digno y sensible en la atención del parto. También abordó la importancia de la formación del personal de salud para garantizar una atención de calidad y respetuosa (OMS-Parto positivo, 2018, núm. 4, 25–28).
La Relatoría especial de la ONU identificó como causa de maltrato en los servicios sanitarios la falta de capacitación adecuada, particularmente en ética médica y DH. Además, señaló la obligación de los Estados de considerar los problemas arraigados y factores subyacentes dentro de la atención de la salud reproductiva, que reflejan la carencia de formación sanitaria adecuada sobre DH de las mujeres (núm. 39, 48) (Šimonović, 2019).

La OMS resalta el deber de garantizar la continuidad de la atención obstétrica mediante esquemas organizativos que eviten interrupciones derivadas de cambios de personal. Asimismo, la formación del equipo sanitario debe integrar conocimientos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto, junto con criterios para la evaluación de intervenciones y tecnologías, a fin de asegurar recomendaciones consistentes y coordinación interdisciplinaria (OMS-Parto positivo, 2018). En esta línea, la OMS promueve los modelos de continuidad de atención liderados por parteras profesionales, en los que una misma matrona o grupo reducido acompaña el proceso de embarazo, parto y posparto como estrategia para fortalecer la atención personalizada y basada en conocimiento científico (OMS-Parto positivo, 2018).

6.2. Desgaste profesional, condiciones laborales, jerarquías y su impacto en la atención obstétrica

Hennig (2016) muestra que, en el marco de las jerarquías médicas, también operan formas de violencia dirigidas hacia el personal sanitario subordinado, lo que obstaculiza transformaciones orientadas a una atención respetuosa durante el parto. Tal como lo sostienen Bernardini y Dal Monico (2024), estas dinámicas también vician los mecanismos de control profesional. Los comités disciplinarios médicos suelen estar sesgados porque las normas éticas que los rigen han sido elaboradas por una comunidad que tiende a negar la existencia de la VO o a racionalizarla como necesidad clínica. Al poseer un monopolio sobre el conocimiento experto, los profesionales suelen priorizar la reputación corporativa sobre la integridad de las personas atendidas. De esta manera se reduce la eficacia de los mecanismos de control profesional y se legitiman intervenciones justificadas bajo la fórmula de actuar “por su bien”.

Por otro lado, el fenómeno de la medicina defensiva hace parte de esta fragilidad profesional como motor de la medicalización. Según Yaraş et al. (2026), los riesgos legales, económicos y reputacionales que enfrentan los profesionales de la salud contribuyen a la rutinización de intervenciones obstétricas como la episiotomía, en la búsqueda de un parto percibido como libre de riesgo. En este contexto, decisiones clínicas pueden desplazarse hacia lógicas de gestión del riesgo, y alterar la correspondencia entre indicación clínica y finalidad terapéutica, con efectos directos sobre la autonomía e integridad de las personas usuarias.

Otros actores afrontan desafíos como las matronas, que experimentan limitaciones derivadas de relaciones de poder desiguales dentro del sistema, aislamiento cultural, condiciones de alojamiento inseguras y salarios bajos (Šimonović, 2019). Por su parte, el personal de enfermería en salas de parto, si bien ocupa una posición estratégica para detectar tratos indignos o coercitivos, en contextos institucionales con jerarquías rígidas y cultura de obediencia incuestionable, puede incurrir en omisiones o reproducir comportamientos lesivos. Ello se opone a principios éticos y deteriora la confianza en ellos depositada. Se propone, en cambio, un modelo de atención informado por el trauma y basado en el consentimiento, la autonomía y la escucha activa, con respaldo institucional para denunciar abusos sin temor a represalias (Runyon et al., 2023).

A las dinámicas de jerarquización, Fariello y Mitidieri (2026) añaden la profesionalización incompleta de la matronería como un factor de riesgo para la VO. Sostienen que, en sistemas en que el modelo médico es hegemónico, la matrona opera a menudo como una semiprofesión, atrapada en una zona híbrida entre la autonomía técnica y la subordinación auxiliar. Esta fragilidad socioprofesional produce una identidad fragmentada que propicia que el personal termine internalizando el modelo tecnocrático. Al actuar como meras asistentes del facultativo en lugar de protectoras de la fisiología, se genera un entorno donde, para sobrevivir a la tensión del sistema, se producen conductas de silenciamiento de las personas usuarias, que se tornan pasivas. Esto convierte la asimetría de poder institucional en un motor invisible de violencia cotidiana.

El *síndrome de burnout* agrava la deshumanización en la atención, el agotamiento emocional y el riesgo de vulneración de derechos (Olza, 2014). En profesionales obstétricos, puede derivar en estrés postraumático secundario, entendido como la tensión entre “el coste de estar con las mujeres” y “el coste de estar con el sistema” (Leinweber y Rowe, 2010, citado en Brigidi et al., 2023). La violencia ejercida en el ámbito formativo por docentes y superiores hacia estudiantes y residentes puede trasladarse y reproducirse en la práctica asistencial, lo que perpetúa patrones autoritarios y debilita la empatía clínica.

El modelo médico de corte tecnocrático sitúa al profesional sanitario como eje central de la asistencia y le atribuye una elevada responsabilidad sobre los resultados clínicos, lo que genera presión en la práctica clínica. La fragmentación de la atención y el uso intensivo de tecnologías operan como prácticas institucionales que desplazan la dimensión racional del cuidado. La

exposición prolongada a estas condiciones se asocia con agotamiento profesional o *burnout*, caracterizado por despersonalización, distanciamiento emocional y deterioro del trato, con impacto directo en la garantía de los derechos en SSYR (Bohren et al., 2015; Sadler et al., 2016; Freedman et al., 2014).

La persistencia de prácticas inadecuadas en la atención obstétrica también se vincula con las condiciones laborales del personal sanitario. La escasez de recursos humanos, sobrecarga asistencial, precariedad salarial, jornadas extensas y limitaciones de infraestructura generan un entorno laboral altamente tensionado que propicia comportamientos poco profesionales. La falta de apoyo institucional y de mecanismos eficaces de supervisión disminuye la moral y refuerza actitudes negativas, lo que contribuye a reproducir prácticas de maltrato hacia las personas usuarias (Šimonović, 2019).

En la determinación de responsabilidades, se requiere distinguir entre el actuar individual del personal y la falla sistémica institucional. Condiciones laborales como tiempos de consulta restringidos impiden físicamente cumplir con requisitos como completar la historia clínica o registros médicos. Cuando el sistema obliga a la atención en serie sin insumos humanos necesarios, a la responsabilidad se suma la institución que no provee un entorno habilitante para el cumplimiento.

Estas condiciones inciden en el trato brindado durante la atención. Esta situación puede derivar en prácticas de maltrato. Asimismo, la ausencia de espacios de reflexión sobre la práctica clínica contribuye a la normalización de estas conductas en los entornos sanitarios. La falta de conocimiento del marco normativo aplicable por parte del personal sanitario refuerza la necesidad de medidas institucionales de formación continua como parte de las obligaciones estatales de garantía. Algunas de las estrategias propuestas por la literatura son incorporar al personal sanitario como actor activo en estrategias de prevención mediante intervenciones orientadas a la sensibilización, el abordaje de las emociones en la práctica clínica y la transformación de las dinámicas institucionales (Cornejo y Barreto, 2022).

Es necesario asegurar condiciones adecuadas para el ejercicio de prácticas orientadas a una atención respetuosa del parto y prevenir contextos en los que quienes las promueven enfrenten

presiones, deslegitimación o el uso indebido de mecanismos sancionatorios que puedan obstaculizar su labor.

7. Recapitulación

Este desarrollo ha mostrado que la atención en SSYR conforma un ámbito de obligaciones jurídicas diferenciadas que vinculan al personal sanitario, a las instituciones y al Estado. Estas obligaciones delimitan la legitimidad de las intervenciones clínicas y exigen que toda actuación se ajuste al marco normativo aplicable, al estado del conocimiento científico disponible y al estándar profesional vigente. La protección de decisiones reproductivas, la confidencialidad, la integridad y el consentimiento constituyen pautas éticas y componentes exigibles del derecho a la salud en su dimensión sexual y reproductiva. Asimismo, la atención centrada en la persona opera como un parámetro interpretativo del contenido del derecho a la salud en su dimensión sexual y reproductiva.

La formación profesional, la regulación de la objeción de conciencia, las jerarquías institucionales, la medicina defensiva y el desgaste profesional inciden en la garantía real de los derechos y trasladan el análisis desde la conducta individual hacia el diseño institucional del servicio. Asimismo, las condiciones laborales del personal sanitario y la ausencia de formación normativa adecuada inciden en la calidad de la atención y en la garantía efectiva de los derechos en SSYR.

La atención ginecológica y obstétrica debe trascender la evaluación basada exclusivamente en categorías clínicas y examinarse como un ámbito de cumplimiento de obligaciones jurídicas. La distinción entre procesos fisiológicos y complicaciones no es meramente técnica: define el alcance del deber de intervención, la proporcionalidad de las actuaciones médicas y los límites de la medicalización.

Asimismo, la morbimortalidad materna arroja información que confirma que los desenlaces adversos no responden únicamente a contingencias biológicas, sino a fallas institucionales prevenibles relacionadas con acceso, calidad y organización del sistema sanitario. El análisis realizado permite afirmar que la estructura normativa y el modelo de prestación inciden directamente en la reducción de riesgos evitables.

Este desarrollo permite identificar el parámetro técnico que delimita cuándo una actuación sanitaria se ajusta a estándares clínicos exigibles y cuándo puede constituir una afectación jurídicamente relevante.

8. Conclusiones parciales

Primera. Dado que la atención en SSYR impone obligaciones jurídicas que trascienden la corrección técnica de la práctica clínica, la legitimidad de las intervenciones depende de su conformidad con el marco normativo del derecho a la salud, integrado por principios como la autonomía, dignidad, igualdad y no discriminación. En esta determinación de legitimidad, el conocimiento científico es un elemento relevante para identificar el estándar profesional vigente, pero la exigibilidad jurídica se determina en función del contenido normativo del derecho y del contexto de la actuación. Esta articulación impide reducir el análisis a criterios exclusivamente técnicos.

Segunda. La garantía efectiva de los derechos en SSYR requiere condiciones organizativas y materiales adecuadas, capacitación profesional continua y mecanismos organizativos coherentes, incluidas condiciones laborales adecuadas y el conocimiento efectivo de las obligaciones que rigen la atención en SSYR por parte del personal sanitario. Su ausencia compromete la responsabilidad institucional y estatal en el cumplimiento de las obligaciones de respeto, protección y garantía. En consecuencia, la erradicación de prácticas lesivas en el ámbito obstétrico excede el comportamiento individual del personal sanitario y recae, además, en la transformación del modelo organizativo y cultural que estructura la prestación del servicio.

Tercera. La fisiología del embarazo y el parto delimitan un ámbito de intervención médica que exige proporcionalidad, indicación clínica y respeto por la autonomía. La medicalización rutinaria sin indicación clínica o la omisión frente a riesgos obstétricos identificables constituyen desviaciones del estándar de diligencia sanitaria.

Cuarta. La morbimortalidad materna y neonatal evidencia deficiencias de base en el sistema de salud cuando resulta prevenible [137]. Su persistencia compromete obligaciones estatales relacionadas con la calidad, accesibilidad y no discriminación en la atención obstétrica.

Quinta. La organización del modelo de atención, incluida la integración de la partería profesional y el reconocimiento de prácticas culturalmente adecuadas, incide en la efectividad del derecho a la salud y en la reducción de desigualdades territoriales y socioeconómicas.

Sexta. Las barreras normativas e institucionales en el acceso a servicios como la interrupción voluntaria del embarazo y la atención posnatal integral y la prevención de uniones tempranas incrementan la morbimortalidad evitable con un impacto desproporcionado y discriminatorio en mujeres y en otros grupos de la población en situación de vulnerabilidad. Esta exclusión vulnera la autonomía reproductiva y constituye una forma de violencia estructural que compromete la responsabilidad internacional del Estado al incumplir sus obligaciones de protección reforzada. Se transforma una deficiencia prestacional en una afectación sistemática a los derechos relacionados con la SSYR.

[137] El estándar jurídico, como se verá *infra* y que aporta bases para sustentar esta conclusión, se halla en la sentencia de la Corte IDH en el caso *Brítez Arce y otros v. Argentina* (2022). En dicho pronunciamiento, el Tribunal elevó la muerte materna evitable de la categoría de dato clínico a la de indicador de responsabilidad convencional.

CAPÍTULO V PARÁMETROS DE DILIGENCIA Y MODELOS DE ATENCIÓN EN SSYR

De acuerdo con la definición de la Real Academia Española, la *lex artis* se entiende como el conjunto de reglas científicas, técnicas y de experiencia profesional que orientan la actuación adecuada en cada caso concreto, de acuerdo con las circunstancias específicas del paciente y del procedimiento médico (RAE, 2023).

Por su parte, la jurisprudencia española [138] define la *lex artis ad hoc* como el criterio valorativo de la corrección del acto médico concreto ejecutado por el profesional de la medicina, que atiende a las características de su autor, de la profesión, a la complejidad y trascendencia de la persona atendida, así como a factores endógenos, dentro de los cuales está su estado y la organización sanitaria, con el fin de determinar su conformidad con la técnica exigible y, en su caso, la responsabilidad derivada de la actuación médica.

Desde una perspectiva jurídica, la función de la *lex artis* no se agota en el ajuste a estándares profesionales ni en la observancia formal de protocolos clínicos. Su valoración como parámetro de diligencia sanitaria debe interpretarse de manera sistemática conforme al enfoque de derechos que rige la atención sanitaria. Bajo esa interpretación, la comprensión estrictamente técnica de este parámetro y del estándar de diligencia sanitaria queda asociada a los principios éticos, bioéticos y jurídicos que estructuran el derecho al más alto nivel posible de SSYR y a los atributos normativos que lo configuran, desde su anclaje en el bioderecho hasta su alcance técnico y jurídico, su interpretación contextualizada, su relación con los derechos en SSYR y sus límites frente a prácticas que, aun siendo técnicamente correctas, pueden constituir vulneraciones autónomas de derechos, como ocurre en contextos de VO.

1. La diligencia sanitaria

1.1. Alineación de la diligencia sanitaria

Desde el bioderecho, la diligencia sanitaria articula principios éticos con avances científicos, recomendaciones globales y estándares de DH como parámetros para evaluar la adecuación de la

[138] Véase la sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo español, Sentencia de 11 de marzo de 1991, STS 13345/1991.

praxis profesional. La Declaración de Ginebra de 1948, adoptada por la Asociación Médica Mundial como reformulación contemporánea del juramento hipocrático, estableció compromisos del personal de salud: “La salud y la vida del enfermo serán las primeras de mis preocupaciones”. Este juramento refuerza el mandato central del bioderecho: integrar la beneficencia y la primacía de quienes reciben atención por encima de otros intereses como el protocolo clínico o la eficiencia institucional. La observación de esta máxima deontológica permite alinear la diligencia sanitaria con el respeto efectivo de los derechos en SSYR. También comprender la *lex artis* como estándar técnico y parámetro normativo de diligencia sanitaria sujeto a principios éticos y jurídicos.

1.2.Valoración de la diligencia sanitaria

Según Pacheco Gómez (2022), la *lex artis* se define como un conjunto de reglas, técnicas y procedimientos que rigen la práctica médica, el cual debe integrar principios éticos, bioéticos y científicos, y el reconocimiento de su carácter dinámico y evolutivo. Vázquez López (2010) explica que, más que una ejecución mecánica de protocolos o la mera aplicación correcta de técnicas, requiere la adaptación a condiciones individuales y la observancia de los estándares científicos y éticos vigentes. De esta forma, constituye un parámetro técnico central para la valoración de la diligencia sanitaria, en la medida en que permite evaluar la adecuación de la praxis médica frente a los estándares objetivos de cuidado aceptados por la comunidad científica y profesional. Asimismo, se enfoca en el deber de proceder bajo los principios de autonomía y beneficencia, lo que hace primar la voluntad de las personas atendidas por encima de la técnica.

En este sentido, la *lex artis* opera como estándar jurídico de valoración de la diligencia profesional, en cuanto permite determinar si la actuación médica se ajusta al deber de cuidado exigible en el contexto clínico concreto.

2. La utilización del principio de beneficencia

Un obstáculo central para el reconocimiento de la VO es la divergencia de paradigmas éticos. Mientras que el derecho internacional prioriza la autonomía de la voluntad, ciertos sectores gremiales médicos rechazan el término “violencia” y lo califican como una categoría ofensiva que criminaliza el juicio clínico. Según Palomares Herrera (2025), para desarticular el paternalismo

médico se debe reconocer que la voluntad de las personas usuarias debe ser la norma general y no una concesión del facultativo [139].

Este rechazo se da bajo el amparo del principio de beneficencia, mientras que se utiliza la autoridad técnica como un escudo para evitar la fiscalización externa. Así, los procedimientos calificados como excesivos son, en realidad, actos amparados en la búsqueda del bienestar de la díada. El conflicto trasciende lo técnico para situarse en un plano ideológico: la confrontación entre la visión del profesional como autoridad benevolente frente a la de la gestante como soberana de su propio proceso reproductivo (Palomares Herrera, 2025).

La resistencia institucional se ve reforzada por lo que la doctrina define como un monopolio de la pericia por parte de los profesionales de la salud, cuya autoridad técnica rara vez es cuestionada (Bernardini y Dal Monico, 2024). Este monopolio permite al personal sanitario racionalizar prácticas lesivas como si fueran actos normales, justificados y necesarios realizados supuestamente por el bien de las personas usuarias. Al poseer la autoridad técnica exclusiva, el colectivo médico a menudo prioriza la reputación corporativa sobre la integridad de quienes reciben atención. Esto dificulta que el profesional se identifique a sí mismo como autor de violencia.

3. Garantías

En virtud de lo anterior, una comprensión ampliada de la *lex artis* requiere examinar tanto su definición normativa como su recepción jurisprudencial. Al interpretarse este parámetro en coherencia con el marco de derechos aplicable, su valoración no puede limitarse a un examen estrictamente técnico ni al mero cumplimiento de protocolos institucionales, pues ello podría generar el riesgo de excluir elementos jurídicamente esenciales para la valoración de la diligencia sanitaria.

Así, este enfoque exige integrar el saber clínico con el respeto efectivo de garantías fundamentales. Algunas de estas son los principios de la ética médica y la incorporación de una sensibilidad de

[139] Palomares Herrera (2025) ilustra esta primacía mediante una analogía técnica: si un médico pide a un mecánico neumáticos de 17 pulgadas, el experto no puede instalar de 15 porque considera que "son mejores para él". Del mismo modo, explica, el personal sanitario debe respetar la elección de quien recibe el servicio de salud, como eje central de la atención médica.

género. La doctrina especializada se refiere a garantías como el trato digno, la protección de la privacidad, el respeto a la autonomía y el acceso a la información, las cuales se relacionan con la humanización de la atención ginecológica y obstétrica y con la adecuada ejecución de intervenciones médicas (Bohren et al., 2015).

También se podría afirmar que el consentimiento informado actúa como otra garantía. Una intervención clínicamente indicada puede constituir VO cuando se realiza sin consentimiento informado, componente importante del derecho a la salud. Más que una mera formalidad, es un derecho y representa una barrera contra prácticas coercitivas y discriminatorias (como las esterilizaciones y abortos forzados), que vulneran DH, aun sin error técnico. Además, incluso cuando se ha otorgado, puede carecer de validez jurídica si no se brinda información completa, fidedigna, accesible y libre de sesgos de género que abarque los riesgos y alternativas disponibles.

3.1. Compatibilidad con los atributos normativos del derecho a la salud

La interpretación de la *lex artis* exige una compatibilidad estricta con los atributos normativos que estructuran el derecho al más alto nivel posible de salud: aceptabilidad (condiciones en las que se presta el servicio) [140], disponibilidad (suficiencia de establecimientos, bienes, servicios y programas de salud), accesibilidad (condiciones para que las personas puedan ejercer el derecho a la salud) y calidad (condiciones científicas y médicas adecuadas; personal capacitado). medicamentos seguros, equipamiento e higiene) [141]. Estos elementos, cuyo desarrollo exhaustivo

[140] Por ejemplo, una prestación que satisface formalmente la corrección técnica, pero desconoce la autonomía de las personas usuarias, excluye su participación en la toma de decisiones, lo que comporta un incumplimiento del atributo de aceptabilidad del derecho a la salud. En tales supuestos, la atención deja de ser jurídicamente legítima y se transforma en una práctica incompatible con el derecho a la salud y potencialmente constitutiva de trato discriminatorio. La aceptabilidad, entonces, opera como límite normativo interno del estándar técnico, de modo que la adecuación científica no legitima prácticas que desconocen la dimensión relacional del derecho a la salud.

[141] El párrafo 22 de la RG-24-CEDAW, se refiere a la obligación estatal de garantizar que los servicios de salud sean aceptables para las mujeres, lo que incorpora la necesidad de un consentimiento, respeto a la dignidad e intimidad y consideración de sus necesidades. Igualmente, la Observación General n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (2000) del Comité DESC (en adelante, OG 14-2000-SALUD-DESC).
La OG 14-2000-SALUD-DESC identifica en su numeral 12 como elementos esenciales del derecho a la salud la disponibilidad, accesibilidad, sin discriminación, física, económica y a la información, aceptabilidad conforme a la ética y la cultura y calidad científica y médica de los servicios.
Dentro de las mencionadas directrices y obligaciones globales también están los (OMS - Estándares calidad atención materna (2016) y lo indicado por la Relatora Especial de la ONU (Šimonović, 2019).

se analiza pormenorizadamente en este estudio, trascienden su naturaleza asistencial para operar en este punto de la investigación como parámetros normativos de control de la práctica sanitaria.

Esta situación pone de relieve la existencia de brechas entre las exigencias normativas del consentimiento informado y su implementación en la práctica clínica, particularmente en relación con los estándares de información adecuada, voluntariedad, proceso continuo de decisión, formación del personal sanitario y participación efectiva de las mujeres en la toma de decisiones, lo que muestra la necesidad de reforzar estos estándares en la práctica asistencial (Kokkosi et al., 2023). Estas deficiencias adquieren relevancia jurídica en la medida en que el bioderecho reconoce el consentimiento como una manifestación del principio de autonomía y como una garantía vinculada a la dignidad y la integridad corporal (Romeo Casabona et al., 2022).

4. Responsabilidad

La responsabilidad médica supera la competencia técnica y se orienta hacia el respeto de derechos. La aplicación de la *lex artis* exige considerar, además de los aspectos clínicos, el deber de información y consentimiento, la humanización de la atención y los derechos reproductivos. Por ello, su incumplimiento no depende de la existencia de daño. Observarla comporta un deber jurídico y ético con obligaciones esenciales y suma al estándar de diligencia profesional el modo de actuación clínica como componente de la praxis médica. Así, su adecuación no exonera a los profesionales del deber de respetar los DH de las personas usuarias. Aun con técnica correcta y obligación de medios, el criterio médico no puede justificar la exclusión de la participación informada ni decisiones unilaterales sobre el cuerpo y la autonomía.

La *lex artis* también adquiere interés jurídico como criterio para evaluar la corrección de las actuaciones profesionales. Su incumplimiento, además de constituir negligencia profesional, puede generar responsabilidad jurídica en distintas esferas, como la penal, por lesiones o imprudencia médica; la civil, por responsabilidad patrimonial; y la administrativa, por faltas disciplinarias en el ejercicio profesional, conforme a los distintos regímenes de responsabilidad previstos en los ordenamientos jurídicos. En concordancia, según García Villarreal (2022), la *lex artis* se define como “el conjunto de conocimientos y habilidades aceptados por los pares, cuya

infracción puede generar responsabilidad penal, civil o administrativa, según la gravedad de los efectos sobre los derechos de los sujetos de atención".

Bajo esta comprensión, dado que existe una correlación directa entre una mala conducta interpersonal y el menor cumplimiento de los regímenes terapéuticos por parte de las personas usuarias, el profesional que omite un trato humanizado infringe su deber objetivo de cuidado. Por ende, desde una perspectiva de responsabilidad jurídica, la comunicación efectiva deja de ser una opción ética para convertirse en una garantía de seguridad de quienes reciben la atención. Por lo tanto, la inobservancia de estos parámetros de comportamiento asistencial puede generar responsabilidad administrativa o civil, ya que se aleja de la buena praxis exigible a un prestador de salud calificado (Person y Finch, 2008).

5. Delimitación entre mala praxis médica y VO

Se aclara que la *lex artis*, aun interpretada desde un enfoque de derechos, constituye un parámetro de valoración de la diligencia técnica. La VO, en cambio, no opera como un estándar de diligencia ni como un criterio técnico-clínico, ni depende de la infracción de la *lex artis*, sino que permite identificar vulneraciones autónomas de derechos que no se agotan en dicha valoración. Esta distinción resulta necesaria para evitar que el análisis jurídico de las vulneraciones producidas en la atención quede absorbido exclusivamente en la corrección técnica de la intervención y para afirmar que, aun bajo un enfoque de derechos, el parámetro es insuficiente para captar todas las violaciones de DH que se producen en la atención obstétrica. De lo contrario, quedarían excluidas del análisis afectaciones autónomas a los derechos de las personas usuarias.

También debe precisarse que tanto la mala praxis como la VO pueden coexistir, aunque refieren a problemáticas jurídicas distintas. La primera se configura a partir de la infracción de la *lex artis* como parámetro de valoración de la responsabilidad, con un enfoque centrado en la conformidad clínica de la intervención u omisión, conforme a estándares profesionales y científicos. La VO puede ocurrir con o sin una mala práctica médica, en la medida en que se estructura a partir de la vulneración de los DH, aun en supuestos de corrección formal de la actuación clínica.

Por otro lado, la *lex artis*, aunque relevante como parámetro de actuación clínica profesional, si bien se funda en criterios de diligencia clínica aceptados por la comunidad médica, puede omitir

la dimensión organizativa, relacional y de asimetría de poder de muchas prácticas que vulneran derechos relacionados con la SSYR. Ciertas actuaciones, técnicamente correctas, pueden traducirse en tratos abusivos o deshumanizantes, contrarios a los DH (Freedman et al., 2014). Prácticas como cesáreas o episiotomías sin justificación clínica, aunque puedan presentarse como conformes a una buena praxis técnica, son actos lesivos que atacan la autonomía y dignidad.

En consecuencia, la delimitación entre la VO y la mala praxis médica requiere considerar que prácticas correctas según este parámetro pueden generar daños morales y psíquicos cuando se ejecutan en contextos de violencia, que deben ser objeto de reparación. El resarcimiento, según el principio de reparación plena, puede abarcar el daño psicológico y emocional derivado del trato deshumanizado y de la patologización del cuerpo, con independencia del daño físico (Ales Uría, 2021).

6. Gestión del riesgo

En relación con el alcance ampliado de la *lex artis*, se ha sostenido que el intervencionismo obstétrico no puede explicarse solo por la competencia técnica ni por la supuesta neutralidad de la práctica médica, ya que responde a marcos conceptuales institucionalizados que conciben el parto como evento riesgoso y susceptible de control con intervenciones estandarizadas. Desde esta perspectiva, las prácticas obstétricas se legitiman como respuestas preventivas orientadas a garantizar la seguridad clínica, aun cuando impliquen el desplazamiento de la autonomía de personas usuarias y la subordinación de su experiencia frente al saber médico. En este contexto, la literatura advierte que tales dinámicas se refuerzan por patrones colectivos de actuación profesional que contribuyen a normalizar la intervención como gestión del riesgo y consolidan un modelo centrado en el control técnico y con poca consideración por los derechos involucrados (Cherniak y Fisher, 2008).

7. Recepción jurisprudencial del estándar de *lex artis*

El alcance ampliado de la *lex artis* también encuentra respaldo y desarrollo en la jurisprudencia, que ha reconocido que la corrección técnica de un procedimiento no excluye, por sí misma, la existencia de vulneraciones de DH.

7.1. Jurisprudencia española

La jurisprudencia española del Tribunal Supremo permite observar los límites de un modelo de valoración jurídica centrado exclusivamente en la corrección técnica de la actuación clínica. La sentencia STS n.º 8/2010, de 29 de enero, examinó una reclamación de responsabilidad por una lesión obstétrica derivada de un parto vaginal, en la que se alegaba que debió practicarse una cesárea. El Tribunal descartó la existencia de responsabilidad al considerar que no existía una indicación clínica expresa que impusiera dicha intervención y que la opción por el parto vaginal se encontraba dentro de las alternativas clínicamente aceptadas conforme al estado de la ciencia médica.

Concluyó que la actuación del profesional fue conforme a la *lex artis ad hoc*, y reiteró que la responsabilidad médica se rige por una obligación de medios y que la sola producción del daño no basta para acreditar negligencia, además de advertir que no pueden sostenerse atribuciones de responsabilidad basadas en hipótesis retrospectivas ("prohibición de regreso") cuando la decisión clínica estaba médicamente justificada.

Este pronunciamiento, correcto dentro del marco civil de la responsabilidad médica, evidencia que una valoración agotada en la *lex artis* no agota la valoración jurídica de las vulneraciones involucradas cuando estas no se alegan ni se integran como criterios de valoración jurídica, lo que pone de relieve los límites de un enfoque estrictamente técnico en la atención obstétrica. Este caso permite identificar estos límites, en la medida en que la valoración judicial se agota en la adecuación de la decisión médica a los estándares profesionales, sin incorporar un análisis autónomo de los derechos involucrados en la atención obstétrica.

De otra parte, la sentencia 143/2025 del Tribunal Superior de Justicia de Galicia muestra que, aunque mala praxis y VO son figuras distintas, pueden coincidir, y estableció con claridad la distinción entre la infracción de la *lex artis* y los actos de VO [142]. Delimitó cuándo una actuación médica técnicamente incorrecta configura infracción de aquella, y cuándo el trato recibido se

[142] Esta remisión a la sentencia 143/2025 del Tribunal Superior de Justicia de Galicia anticipa el análisis pormenorizado *infra*. Su inclusión ratifica la naturaleza autónoma de la VO frente al cumplimiento técnico. La decisión confirma que el trato lesivo genera responsabilidad y valida la dignidad de la gestante como un bien jurídico protegido con primacía sobre la ejecución del acto médico.

califica como VO por vulnerar derechos. La infracción de este parámetro se dio por la ejecución defectuosa de una episiotomía que superó lo que se puede soportar durante un parto y por su deficiente reconstrucción.

Los actos de VO que ocurrieron, cuyos antecedentes fácticos se estudiarán en el segmento correspondiente a la jurisprudencia nacional, derivaron en que la justicia tasó el trato y la VO como una lesión autónoma e indemnizable, distinta del daño físico de la mala praxis. Se subrayó la importancia de considerar el contexto y los DH de las mujeres durante la atención obstétrica. Se hizo alusión a las recomendaciones de la OMS (2018) para los cuidados durante el parto para referirse a su tratamiento como un proceso natural, con la gestante como centro de la toma de decisiones e intervenciones únicamente ante complicaciones. También al dictamen del Comité CEDAW contra España (caso N.A.E., Comunicación 199/2019), en el que se reconoció la responsabilidad por VO, de manera que acreditó el uso del término VO, el derecho a la información y el consentimiento, y el acompañamiento.

Así, es posible delimitar cuándo se está frente a una infracción técnica y cuándo ante una vulneración de DH desde dos perspectivas: primero, al reconocer que ambas dimensiones pueden entrelazarse en un mismo hecho. Segundo, al advertir que la VO va más allá de la adecuación científica de la actuación médica, y comprende fallas en la organización del servicio, en la garantía de consentimiento y en el cumplimiento de deberes estatales de regulación, supervisión y debida diligencia, cuando el análisis incorpora el deber estatal de regulación, supervisión y garantía. Esta delimitación facilita el análisis jurídico más preciso de las vulneraciones en materia de SSYR.

Adicionalmente, la mención específica del estrés postraumático refuerza la gravedad de la VO como un acto que vulnera la integridad psíquica, lo que conecta directamente con el presupuesto de la VO como una violación de los DH y el derecho a la integridad personal. Asimismo, facilita la identificación de la naturaleza específica del daño y del tipo de responsabilidad involucrada, ya sea individual, institucional, por fallas sistémicas o estatal, por incumplimiento del deber de garantía y protección de derechos.

7.2.Jurisprudencia interamericana

Por su parte, en la jurisprudencia interamericana, la construcción del concepto de VO ha incorporado el trato deshumanizado, abusivo o negligente, así como supuestos de mala praxis médica. En el caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2023. Serie C* n.º *504* (en adelante, *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*), la Corte IDH determinó que la VO se configura por la vulneración de la autonomía, aun cuando la técnica médica sea correcta. Al priorizarse el criterio técnico sobre la voluntad de la paciente, se calificó como violencia basada en estereotipos de género e infracción a los DH.

Asimismo, la Corte precisó que, aunque el personal médico no sea agente estatal, su actuación se encuentra bajo la supervisión del Estado, que mantiene el deber de garantizar el derecho a la salud materna incluso cuando la atención se presta en centros privados. Afirmó que existían "indicios de violencia obstétrica, así como, eventualmente, mala praxis médica, en el marco de una serie *de operaciones quirúrgicas realizadas en un hospital privado...".* (125). Este criterio confirma que la *lex artis* no puede analizarse desde la conducta individual de quien presta la atención exclusivamente, y que debe tomarse en cuenta el deber estatal de regulación, supervisión y garantía del derecho a la salud. La responsabilidad por la vulneración de derechos en la atención obstétrica puede, por tanto, proyectarse más allá del acto clínico concreto hacia la organización del sistema sanitario.

Todo ello reviste relevancia jurídica para formular soluciones y medidas de prevención, reparación e indemnización idóneas. Como señala Kukura (2018), la VO no se limita a actos intencionales de daño; también abarca prácticas asistenciales, tanto públicas como privadas, que, aunque rutinarias desde la perspectiva médica, infringen derechos. Esta violencia puede coincidir o superponerse con la mala praxis, pero no se agota en la infracción técnica del estándar de diligencia profesional.

8. Obligaciones y enfoques en la atención en salud sexual y reproductiva: personal, instituciones y centros sanitarios

La atención en SSYR genera obligaciones jurídicas específicas para los distintos actores que intervienen en la prestación de servicios de salud, derivadas de los deberes de respeto, protección y garantía de los derechos en SSYR. Estas obligaciones delimitan el uso legítimo de intervenciones

y medicalización, exigen que toda actuación tenga justificación clínica conforme al marco normativo aplicable, al estado del conocimiento científico disponible y al estándar profesional vigente en el momento de la intervención y prohíben prácticas que, aun técnicamente posibles, los vulneren. La justificación clínica debe evaluarse conforme al contenido normativo del derecho a la salud en su dimensión sexual y reproductiva, integrado por los principios de autonomía, dignidad y no discriminación. En términos de DH, estos parámetros funcionan como criterios de debida diligencia en la prestación del servicio, exigibles al personal sanitario y a la institución.

La práctica médica sustentada en el mejor conocimiento científico disponible y en principios bioéticos orienta la determinación del estándar profesional exigible [143]. Los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia han permitido revisar prácticas arraigadas sin sustento ético o clínico para mejorar los resultados obstétricos, salvar vidas ante complicaciones y proteger a quienes acceden a los servicios. Por el contrario, su vulneración compromete la conformidad de la actuación sanitaria con los estándares jurídicos exigibles [144]. Una indicación médica puede justificar la omisión de un procedimiento, pero su uso innecesario desvía recursos, a menudo limitados o requeridos para otros.

Desde el siglo XVIII, autores como Gregory (1772) y Percival (1803) plantearon que la medicina debía regirse por el interés superior del paciente, la competencia clínica y la responsabilidad frente a intereses económicos o institucionales. Este legado inspiró el modelo de profesionalismo promovido por entidades como FIGO (2021), que exige competencia continua, primacía del interés de la persona atendida en salud y una práctica médica basada en el conocimiento científico disponible al servicio del bien común. Aunque en perspectiva médica, estos requisitos se integran

[143] Numerosas intervenciones quirúrgicas siguen siendo justificadas únicamente por su plausibilidad fisiológica y por experiencia empírica, sin una evaluación rigurosa de su eficacia. La medicina basada en evidencia promueve, en cambio, la adopción de prácticas respaldadas por estudios clínicos controlados y revisiones sistemáticas que permiten valorar críticamente su eficacia y pertinencia clínica (Sackett et al., 1996).

[144] En un plano distinto del ejercicio profesional sanitario, el uso de redes sociales plantea también desafíos. Las interacciones del mundo digital requieren de educación y políticas claras en entornos profesionales. De acuerdo con (Piscotty et al., 2016), el uso inapropiado por parte de profesionales de la salud puede generar riesgos para la confidencialidad y la seguridad de las personas atendidas. Esta problemática se manifiesta cuando, en el entorno sanitario, estudiantes publican contenidos no profesionales que comprometen la confidencialidad y la ética profesional (Marnocha et al., 2015), en particular mediante la difusión de datos o imágenes sensibles. Asimismo, la circulación de información inexacta con fines de promoción personal contribuye a agravar estos riesgos.

al contenido normativo de derechos como la dignidad, la autonomía y la no discriminación en el sistema sanitario.

Desde perspectivas feministas y normas globales, han emergido posturas que se oponen a dicho modelo y resignifican los procesos reproductivos como experiencias humanas dignas de protección. En este marco, la humanización en el ámbito obstétrico se plantea como un estándar que cuestiona el predominio del modelo tecnocrático. Por otro lado, también orienta la práctica hacia el respeto de los derechos de las personas atendidas (Backes et al., 2021). Por otro lado, orienta la práctica hacia el respeto de las personas atendidas. La historia clínica, los protocolos, las guías de práctica y la supervisión institucional funcionan como garantías o barreras según su diseño y propósito. El examen de estos dispositivos permite comprender cómo los enfoques de atención se traducen en prácticas concretas dentro de los sistemas de salud y cómo inciden en la delimitación del estándar de atención obstétrica.

Cuando se ofrecen opciones clínicas, o incluso cuando estas no se presentan [145], la lógica médica suele definir los límites del consentimiento y del control. No toda intervención médica vulnera derechos; su legitimidad depende de las condiciones en que se aplica. Una cesárea, por ejemplo, puede ser parte de una experiencia humanizada si se garantizan derechos como el consentimiento, el acompañamiento, la autonomía y condiciones dignas (Diniz et al., 2016). También cuando se explican sus impactos en la salud inmediata y futura.

Cualquier procedimiento puede integrarse en una atención respetuosa cuando existe un marco ético y normativo que equilibre el saber clínico con la autodeterminación de quien recibe la atención. En cambio, se vulneran derechos cuando las intervenciones carecen de justificación médica individualizada, se normalizan prácticas innecesarias o perpetúan una dinámica asistencial jerárquica que excluye su participación. La literatura científica ha documentado la falta de respaldo empírico para técnicas como la episiotomía rutinaria, la monitorización fetal electrónica continua

[145] Un claro ejemplo es la sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 5 de Las Palmas de Gran Canaria (22 de febrero de 2023, Recurso 233/2021), que analiza una reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por una madre en representación de su hijo menor. El Tribunal concluyó que existió una infracción de la *lex artis* por la falta de información proporcionada a la paciente sobre las alternativas disponibles, en particular la opción de cesárea frente al parto vaginal. Esta omisión vulneró los derechos de autonomía y consentimiento de la paciente, lo que contribuyó al daño sufrido por el menor.

o la obligación de parir en posición supina. Estas prácticas, cuando se aplican sin indicación clínica concreta, pueden generar efectos iatrogénicos (Enkin et al., 2000).

La exposición de la VO confronta la visión androcéntrica de la medicina, cuyos parámetros han tendido a invisibilizar experiencias específicas de las personas usuarias de los servicios de SSYR y reforzar dinámicas de control institucional. Por ende, el ejercicio libre de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto, pérdida gestacional o perinatal y los eventos relacionados, exige reconocimiento para que puedan ser promovidos y protegidos bajo condiciones libres de violencia, coacción y discriminación (Hernández Darriba, 2025).

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay (MSP) y UNFPA realizaron en 2018 recomendaciones sobre atención humanizada tituladas *Recomendaciones del Ministerio de Salud Pública sobre Prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento de Uruguay.* Estas recomendaciones se configuran como parámetros normativos emergentes y explican que estos modelos proponen el cuidado del equipo sanitario mediante la distribución colectiva de responsabilidades, el trabajo interdisciplinario, la toma de decisiones colegiadas, la capacitación continua y el respaldo institucional desde los niveles directivos, como condiciones necesarias para prevenir el desgaste profesional y garantizar una atención respetuosa y centrada en la persona.

8.1.El parto como proceso mecánico y patológico

La despersonalización, la medicalización excesiva y la negación sistemática de la autonomía durante el parto configuran un mecanismo simbólico y material de control sobre cuerpos percibidos como desviados de la norma biomédica. Esa norma, aplicada a la atención obstétrica, se sustenta en una subordinación histórica de las mujeres en la regulación de sus procesos reproductivos (Barrera Gutiérrez y Díaz Gamboa, 2018).

Hernández Darriba (2025) sitúa la raíz de esta desposesión en la tradición androcéntrica de la medicina, la cual ha operado históricamente como un instrumento de control sobre la autonomía reproductiva. Explica que la medicalización se apoya en teorías mecanicistas de los siglos XVI y XVII que redujeron el cuerpo femenino a un objeto de control técnico dentro de la racionalidad

biomédica. A lo largo del siglo XX, los avances en obstetricia desplazaron el parto del hogar al hospital, lo que progresivamente consolidó un modelo institucional. Desde la medicina moderna, fecundidad y maternidad se han subordinado al saber médico, regulado y controlado mediante saberes científicos diseñados para ese fin (Belli, 2013).

El modelo definido por Robbie Davis-Floyd como "tecnocrático del parto" concibe el parto como un proceso mecánico y potencialmente patológico que requiere corrección mediante intervención médica y tecnología estandarizada. Bajo esta lógica, el parto pasó de ser un evento fisiológico y vital para considerarse un procedimiento clínico institucionalizado, en detrimento de la autonomía de quienes reciben atención (Davis-Floyd, 2004). Esta dinámica se consolidó con la patologización de los procesos reproductivos y despojó a la mujer de su capacidad y potestad sobre sus procesos naturales. Se asienta en una construcción androcéntrica del saber, que históricamente ha conceptuado procesos fisiológicos naturales, como la menstruación, el parto o la menopausia, como verdaderas patologías que requieren supervisión y control institucional (Van Wijk et al., 1996).

Según Brennan (2019), a diferencia de los pacientes cuya vulnerabilidad proviene de la debilidad física causada por una enfermedad, las mujeres en el parto no están enfermas. Su vulnerabilidad responde, en parte, a construcciones sociales vinculadas a expectativas normativas sobre la maternidad. Esto permite que el personal sanitario, bajo el pretexto de protección fetal, pueda incurrir en prácticas coercitivas que no serían toleradas en otros contextos clínicos con pacientes sanos. En suma, este modelo puede caracterizarse por la hegemonía biomédica, caracterizada por el predominio de un enfoque que patologiza el parto y concentra el saber obstétrico en manos del personal médico, sin considerar los saberes tradicionales ni las experiencias de las mujeres (Castrillo, 2020; Davis-Floyd, 2004), lo que contribuye a la medicalización del embarazo y el parto mediante intervenciones innecesarias (Bohren et al., 2015).

8.1.1. Intervención, tecnología y medicalización excesivas como expresiones de relaciones de poder asimétricas

Sin desconocer la legitimidad de intervenciones médicamente indicadas, la medicalización no se limita a configurarse en un recurso clínico: su estandarización acrítica puede derivar en

restricciones indebidas de derechos en SSYR y en formas de tutela que infantilizan a las mujeres. Al tratarlas como un objeto de intervención y no como sujetos plenos de derechos, el sistema desplaza su agencia decisoria sobre su propio proceso vital (Adán, 2018). Por ello, el análisis crítico de la medicalización e instrumentación excesiva del parto puede explicarse mediante la noción de relaciones de saber-poder desarrolladas por Michel Foucault.

Estas relaciones permiten comprender cómo la medicina ha apropiado institucionalmente el proceso de parto. Según Moreira et al. (2019), la imposición del saber médico en el acto de parir neutraliza la experiencia de quienes lo viven. También determina las conductas apropiadas en detrimento del conocimiento extraído de los saberes y la experiencia bajo una jerarquía de conocimiento como factor que consolida el modelo de atención.

Se configura así lo que la doctrina ha denominado violencia epistémica, entendida como la anulación sistemática del saber corporal y experiencial de la gestante por el conocimiento autorizado del personal sanitario (Pérez, 2019; Belli, 2013). Este modelo, marcado por la intervención y medicalización excesivas y por la patologización de procesos fisiológicos, puede generar riesgos para la vida y la salud de la díada (Mena-Tudela et al., 2021) que se insertan en relaciones de poder que limitan la capacidad de decisión sobre el desenlace de eventos como el embarazo.

También inciden en la morbimortalidad materna, especialmente en contextos de marginalidad y vulnerabilidad (Chávez Courtois y Sánchez Maya, 2018). Se agravan por la insuficiente protección de derechos, la sobrecarga del personal y la restricción de tiempos de atención, incluso en contextos con garantías aparentes. Se normalizan prácticas al concebirse el parto como una situación de riesgo desde su inicio, aunque su gravedad solo se evalúe a posteriori. Igualmente, a partir de la medicalización y patologización del parto, lo que favorece su tratamiento como un proceso clínico susceptible de intervención incluso en ausencia de indicación médica, en el marco de una organización del saber obstétrico centrada en la autoridad profesional (Castrillo, 2020).

Bajo este paradigma, la VO se vincula con relaciones de poder asimétricas en el ámbito clínico que relegan a las mujeres a un rol pasivo y limitan su capacidad de decisión. Para Arguedas (2014), citado en Barrera Gutiérrez y Díaz Gamboa (2018), la injusticia epistémica en el entorno clínico

que desestima el conocimiento de las mujeres sobre sus propios cuerpos tiene sus raíces en la demonización histórica del conocimiento femenino. Considera que este proceso de deslegitimación sienta las bases de lo que la doctrina ha denominado "colonización del útero", al subordinar la individualidad de las mujeres a un supuesto beneficio general, lo cual constituye la base del poder obstétrico.

Los entornos sanitarios operan mediante jerarquías institucionales de saber y poder que condicionan qué voces son reconocidas como creíbles y cuáles quedan relegadas dentro de la toma de decisiones clínicas. Estas estructuras pueden limitar la capacidad de ciertos sujetos para hacer valer sus observaciones y objeciones dentro del ámbito asistencial (Ceci, 2004). En el ámbito obstétrico, se ha sostenido que estas dinámicas se insertan en un marco más amplio de relaciones de poder que reflejan estructuras patriarcales y sitúan a las mujeres en una posición de subordinación durante la atención (Hennig, 2016). En este contexto, la autoridad médica puede favorecer la consolidación de prácticas que permanecen sin cuestionamiento ni sanción efectiva. Estas circunstancias generan entornos en que vulneraciones de derechos pueden normalizarse o pasar inadvertidas (Erdman 2015 citada en Hennig, 2016).

El modelo tecnocrático consolida una racionalidad dominante en la atención. Transforma los procesos reproductivos en objetos de intervención institucional y desplaza su dimensión vivencial. Opera desde lógicas de control, estandarización y eficiencia administrativa. En este marco, la autonomía, el consentimiento y la participación de las personas quedan subordinados a jerarquías profesionales y a criterios clínico-administrativos (Backes et al., 2021; Davis-Floyd, 2001). Su hegemonía se explica por el saber experto y se integra en mecanismos de regulación sanitaria, clínica y legal. La medicalización y naturalización de prácticas invasivas sin justificación individualizada revelan relaciones de poder persistentes, aun frente a la misma documentación científica que las cuestiona (Davis-Floyd, 2001).

Se añaden otras dimensiones, como la dominación de un enfoque de riesgo reproductivo, que prioriza la seguridad médica en perjuicio de la experiencia subjetiva. La intersección entre tecnología, productivismo y gestión temporal impulsa la eficiencia y el control en la atención obstétrica. Esto se traduce en prácticas como la inducción del parto sin justificación médica, así

como en mecanismos de dominación que reproducen estructuras patriarcales y restringen su autonomía de las mujeres (Bohren et al., 2015; Castrillo; 2020; Davis-Floyd, 2004).

Bajo este modelo, la tecnología se torna en barrera y favorece el uso arbitrario de intervenciones. La atención se organiza mediante la estandarización de procedimientos y directrices que minimizan la experiencia y la percepción de las personas atendidas, que son tratadas más como objetos de intervención que como sujetos de derecho. Esta visión surge desde las primeras etapas de la formación médica (Salgado y Díaz, 2019). El enfoque intervencionista y la medicalización excesiva contribuyen a vulneraciones de derechos, al imponer prácticas que restringen la autonomía durante el parto (Castrillo, 2020). Según Wagner (2001), las intervenciones rutinarias dejan de percibirse como cuestionables, incluso cuando afectan la libertad decisoria. Aclara que su crítica no va contra la medicina como disciplina, sino contra su ejercicio sin diálogo, consentimiento ni adecuación individual.

La aplicación protocolizada de tecnologías sin un criterio clínico individual erosiona derechos y despoja el parto de su dimensión vivencial. El uso indiscriminado de intervenciones despersonaliza el proceso reproductivo y relega a las mujeres a un rol subordinado. Ayala (2021), al retomar a Saldarriaga y Artuz (2017), sostiene que este modelo privilegia un orden lógico basado en la sintomatología y criterios fisiopatológicos para establecer diagnósticos y tratamientos, aunque ello desplace la experiencia subjetiva de las mujeres. Desde esta perspectiva, la atención se orienta más al procedimiento técnico que al reconocimiento de la autonomía, incluso cuando se pretende proteger el derecho a la salud.

La estandarización de intervenciones invasivas, justificadas en casos limitados y específicos, se impone sistemáticamente, incluso en partos sin complicaciones. El cuerpo gestante se reduce a un objeto clínico bajo control institucional, con pérdida de agencia y protagonismo. Dicho modelo se vincula con intervenciones frecuentes innecesarias que no mejoran los estándares de calidad del cuidado. Esto ocurre dentro de estructuras institucionales jerárquicas, estandarizadas e impersonales (Behruzi et al., 2010). En la práctica clínica prevalece un enfoque intervencionista y medicalizado, lo que desplaza el protagonismo de las mujeres y limita su autonomía (Olza, 2014).

8.1.2. Jerarquías, silenciamiento y descalificación como afectación al consentimiento

Se configura un riesgo de asimilación acrítica entre el modelo sanitario y el estándar de diligencia, que conduce a que la técnica desplace la titularidad de derechos de quienes reciben servicios. Las jerarquías asimétricas de dominación limitan la autonomía y participación en sus procesos reproductivos. La autoridad del conocimiento médico se impone sobre su voluntad al legitimar la intervención. Castro (2014) denomina este fenómeno "hábitus médico autoritario", reflejo de su arraigo en la atención obstétrica institucional. Este "hábitus" guarda una relación con el monopolio de la pericia definido por Bernardini y Dal Monico (2024), el cual dificulta que el personal sanitario se identifique a sí mismo como autor de violencia, pues le permite transponer prácticas violentas en actos legítimos ante la deslegitimación de la experiencia subjetiva de las personas atendidas.

En este sentido, la literatura indica que el sistema refuerza un comportamiento autoritario en el que la voluntad de aquellas se subordina a criterios que no se pueden cuestionar. En la sala de partos, el personal médico disfruta de un exceso de credibilidad injustificado, mientras que el saber corporal es degradado a distracción. Bajo la premisa implícita de "usted no está calificada, déjenoslo a nosotros", se despoja a las mujeres de su agencia epistémica, lo que las transforma en objetos pasivos del proceso clínico (Cohen Shabot, 2021).

La VO constituye una intervención epistémica que rechaza los marcos institucionales que silencian, borran y desvalorizan el conocimiento encarnado y la agencia de quienes atraviesan por la gestación. Según Chadwick (2021), el núcleo de esta violencia es la subjetividad reproductiva, la cual busca destruir la capacidad de la persona para ser el centro de su propio parto y reducirla a un objeto-cuerpo pasivo bajo la autoridad del saber biomédico. Al nombrar esta práctica como violencia, produce una ruptura epistémica que desafía la normalización de la opresión y reclama el derecho a una agencia epistémica plena sobre el propio cuerpo.

Según Van Wijk et al. (1996), la deslegitimación de la palabra se expresa también en sesgos diagnósticos asociados al estilo comunicativo. Mientras que las personas atendidas suelen describir sus síntomas mediante narrativas relacionales y contextuales, la práctica médica privilegia registros breves, fácticos y clínicamente estructurados. Como consecuencia, al no ajustarse a este

patrón durante procesos como el embarazo o el parto, los síntomas y quejas reportados son atribuidos con mayor facilidad a causas emocionales o psicológicas, lo que invisibiliza el daño físico real y perpetúa la desatención. Este fenómeno se ha documentado mayormente en el diagnóstico de patologías graves, pero su lógica es extrapolable a la obstetricia.

Además de la asimetría técnica, opera un mecanismo de silenciamiento que descalifica el testimonio de la mujer, tratado como irrelevante o carente de validez frente a la narrativa clínica dominante, lo que configura una forma de violencia epistémica. Así, se reduce su capacidad de participación en sus propios procesos reproductivos y se consolida la autoridad del saber biomédico. Nombrar esas prácticas como violencia permite cuestionar su normalización y reivindicar el ejercicio de una agencia plena sobre el propio cuerpo (Chadwick, 2019).

La VO, entonces, se configura como una injusticia testimonial basada en un doble prejuicio: uno sistemático, derivado de la descalificación histórica de las mujeres como sujetos racionales bajo el patriarcado; y otro incidental, vinculado específicamente al estado de conciencia durante el parto, el cual es erróneamente interpretado por el personal médico como una pérdida de capacidad cognitiva que anula su autoridad para decidir sobre su propio cuerpo (Cohen Shabot, 2021).

La supuesta irracionalidad de quien vive el proceso fisiológico del parto responde a un estado de hipofrontalidad transitoria que facilita la liberación hormonal necesaria para este. La injusticia radica en no reconocer estos modos de conciencia como formas legítimas y útiles de conocimiento encarnado. De este modo, la voluntad de la gestante queda subordinada a paradigmas de control médico estandarizado (Cohen Shabot, 2021). Estas dinámicas de subordinación del conocimiento experiencial tienen consecuencias directas en la configuración jurídica del consentimiento durante el parto, pues condicionan la capacidad real de la gestante para ejercer su autonomía decisoria. Este condicionamiento contempla conductas individuales y también estructuras institucionales que presentan las decisiones reproductivas como elecciones libres y trasladan a la gestante la responsabilidad de los resultados del parto, además de ocultar los factores que limitan su decisión (Sadlet, 2024).

En este punto, Brennan (2019) sostiene que el derecho médico tradicional utiliza un concepto de autonomía individualista y de raíz masculina que no se ajusta a la realidad del parto. Propone, en

cambio, la autonomía relacional, la cual reconoce que las decisiones de la gestante están influenciadas por su vínculo afectivo con el feto y por las normas sociales de género. Bajo esta óptica, el consentimiento en la sala de partos es a menudo sospechoso, ya que la persona se encuentra en una posición de vulnerabilidad emocional que el personal suele aprovechar. Al invocar el bienestar fetal como prioridad absoluta sobre los deseos maternos, la autoridad médica anula la capacidad de elección real y subordina la voluntad a la expectativa social de sacrificio.

8.2. El estándar de la atención humanizada y la experiencia positiva de parto

Diversos marcos normativos impulsados por organismos globales han incorporado directrices centradas tanto en la experiencia como en los derechos. En su página 11, las *Recomendaciones sobre Prácticas y Actitudes en la Asistencia del Embarazo y Nacimiento Institucional (Ministerio de Salud P*ública y UNFPA, 2018) explican el alcance del término humanizar: "hacer humano, familiar, afable a alguien o algo". También, que el concepto de asistencia sanitaria humanizada significa asistir bajo un trato personalizado que reconoce la dignidad y el respeto de los principios y valores de las personas como condición en la relación con el equipo técnico. Adicionalmente, que el concepto de humanización hace parte de la calidad del proceso y que los profesionales sanitarios deben repensar continuamente sus propios esquemas mentales y remodelar costumbres de intervención en beneficio de las personas usuarias. Define al nacimiento humanizado institucional como,

> aquel en el que se respeta a los protagonistas del proceso, se los acompaña en la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar, garantizando el bienestar materno-fetal y realizando un uso racional de la tecnología (p.13).

Además, la sustentación de este modelo asistencial se basa en tres pilares que deben estar engranados entre sí para que funcione: la atención sanitaria en la gestante y su familia, cuidar al equipo prestador de salud y las buenas prácticas asistenciales. El modelo humanizado también se traduce en que, en la mayoría de los casos, el parto es un proceso fisiológico que no requiere intervención sistemática. Comporta condiciones que garanticen el consentimiento, acceso a información, autonomía, participación en decisiones sobre salud, continuidad del cuidado, respeto y dignidad. De este modo, las personas atendidas dejan de ser tratadas como pasivas y se reconocen

como titulares de derechos, cuyas decisiones deben orientar la práctica clínica según estándares globales de salud.

Estos parámetros son producto de directrices de organismos globales dirigidas a los Estados para adoptar modelos de atención centrados en las personas con el fin de proteger la SSYR, recuperar la confianza pública en los servicios de salud y erradicar patrones discriminatorios. La humanización impacta positivamente la relación entre quienes brindan atención en salud y las personas atendidas y se erige como un estándar derivado del derecho a la salud en su dimensión integral (Shimpuku et al., 2023).

La OMS en su guía de 1996, *Cuidados en el parto normal: una guía práctica,* ya había advertido de prácticas que carecen de respaldo científico y que afectan la experiencia. Propuso un modelo centrado en las personas y el reconocimiento del parto como proceso fisiológico. Recomendó restringir intervenciones como el uso sistemático de oxitocina o la imposición de la posición en decúbito dorsal durante el parto. Consolidó este giro en 2018 al indicar que el parto debe vivirse como una experiencia positiva adaptada a valores, expectativas y preferencias de las mujeres; en condiciones dignas y seguras (OMS, 2018, Parto positivo).

La calidad del cuidado se mide por el respeto a la autonomía, la integridad emocional y la experiencia subjetiva durante los procesos, y supera la medición por parámetros clínicos. La atención con soporte científico mejora resultados clínicos y redefine relaciones de poder, comunicación y decisión en los entornos obstétricos (OMS, 2018, Parto positivo). Olza (2014) recomienda promover modelos de atención al parto normal liderados por matronas, que garanticen continuidad de cuidados, participación de las mujeres y diálogo constante entre usuarios y profesionales. Adquiere centralidad incorporar estrategias preventivas de apoyo psicológico, formación en salud mental y manejo del trauma, así como programas de autocuidado profesional (Pintado et al., 2015). Adicionalmente, se requiere incluir la perspectiva de la salud mental y el trauma en la formación, a través de herramientas de la salud mental para promover la higiene emocional de los equipos de salud.

8.3.Atención centrada en las personas usuarias y continuidad de los cuidados

Parte de la responsabilidad profesional se concreta en iniciativas internacionales como la *Iniciativa Internacional para el Parto* (International Childbirth Initiative, ICI), lanzada en 2018 por la FIGO, la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la White Ribbon Alliance (WRA) [146] (FIGO et al., 2018) [147] entre otras organizaciones, que establece doce pasos para garantizar una atención materna segura y respetuosa, centrada en la gestante, el recién nacido y su entorno familiar. Estos estándares abarcan el trato digno y libre de violencia, el respeto a la autonomía y a la toma de decisiones informadas , la evitación de intervenciones innecesarias y la garantía de atención oportuna frente a emergencias obstétricas, en coherencia con los parámetros globales de calidad asistencial y sustentada en investigación especializada (Lothian, 2020). Estos parámetros se encuentran en consonancia con los estándares sobre calidad de la atención materna desarrollados por la OMS (OMS-Estándares de calidad, 2016; OMS, Parto positivo, 2018).

En el contexto latinoamericano existen parámetros que facilitan la interpretación del contenido del derecho a la salud en su dimensión obstétrica, como la Iniciativa para la Atención Materna y Neonatal Integral (IAMII) [148]. Impulsada por la OPS, establece una estrategia regional para mejorar la calidad de la asistencia en salud materna y neonatal y su incorporación constituye un parámetro de organización del servicio conforme a las obligaciones estatales en materia de SSYR (OPS, 2021).

La atención centrada en la mujer o persona en los servicios de maternidad presenta una formulación normativa robusta, pero su contenido operativo carece de delimitación uniforme. La ausencia de criterios precisos para su implementación dificulta su traducción en prácticas institucionales consistentes. Para las mujeres, la atención centrada en la persona puede significar

[146] White Ribbon Alliance (WRA) es una alianza global nacida en 1999 que promueve en todo el mundo los derechos reproductivos, la salud materna y neonatal y la equidad de género.

[147] Sus principios abarcan: asistencia con compasión, respeto y dignidad, libre de maltrato físico, verbal o emocional; consentimiento, privacidad y respeto cultural; acceso universal y asequible sin discriminación económica; atención integrada y costo-efectiva centrada en las necesidades durante el embarazo; apoyo continuo durante el trabajo de parto; métodos no farmacológicos para el alivio del dolor; respuesta oportuna ante emergencias; promoción de la salud; entornos humanizados; trabajo interdisciplinario y estándares de apoyo a la lactancia (ICI, 2019).

[148] Esta iniciativa complementa los lineamientos globales como los de la ICI al traducirlos en acciones institucionales adaptadas a los sistemas de salud de América Latina. Incorpora principios de integralidad, continuidad del cuidado, participación de las mujeres y enfoque de derechos. IAMII propone estándares que fortalecen la atención centrada en las mujeres, como el respeto al parto fisiológico, la evitación de intervenciones no indicadas clínicamente, el acompañamiento continuo durante el parto y la garantía del consentimiento como pilar ético y jurídico.

control, respeto, decisiones compartidas o interacciones cálidas, mientras que los profesionales suelen priorizar la seguridad, la eficiencia organizacional o los marcos biomédicos, lo que afecta la coherencia de la atención. Este desalineamiento conceptual y práctico muestra un déficit en la implementación efectiva del estándar que puede no traducirse en transformaciones reales de la atención (Gregory et al., 2025).

Del mismo modo, se reconocen necesidades particulares. La atención prenatal humanizada figura como componente exigible en los estándares de calidad. Exige la formación del personal de salud en prácticas basadas en producción científica especializada que favorezcan cuidados más personalizados y menos intervencionistas, con impactos positivos en la satisfacción de las personas usuarias y en los resultados maternos y neonatales (Jimeno-Orozco et al., 2022; Shimpuku et al., 2023). En contextos que requieren un alto nivel de tecnología y experiencia, este enfoque en las prácticas de parto busca que la hospitalización sea más tranquila, confortable y significativa para las mujeres y sus familias, bajo una lógica de cuidado centrado en la familia y la continuidad de los cuidados (Behruzi et al., 2011).

En cuanto a la continuidad de los cuidados, la evidencia indica que la atención continua, particularmente por comadronas, se asocia con una menor probabilidad de cesárea y parto instrumental, y posiblemente de episiotomías. Asimismo, aumenta la probabilidad de parto vaginal espontáneo y de una experiencia positiva de parto. No obstante, la certeza de algunos resultados es variable y se requiere mayor investigación en mujeres con factores de riesgo y en contextos de ingresos bajos y medios (Sandall et al., 2024).

8.4.Transformación normativa y perspectiva de DH

La humanización responde a la necesidad de transformar la atención sanitaria desde una perspectiva de DH. Su fundamento permite visibilizar conductas que, bajo apariencia rutinaria, pueden vulnerar derechos. Se configura como un estándar ético que exige revisar las políticas institucionales, garantizar la dimensión humana en las relaciones profesionales y reconocer a las personas atendidas como sujetos de cuidado, y evitar su reducción a objetos de intervención sujetos a no como objetos de intervención sometidos a protocolos estandarizados (Backes et al., 2005).

En varios países se utilizan términos como “parto respetado” o “parto humanizado” en leyes [149] y guías estatales. Lejos de ser construcciones semánticas, estas expresiones reflejan un compromiso con la garantía de derechos y con la necesidad de situar el bienestar en el centro de la atención. Estas nociones confrontan la despersonalización derivada de la tecnificación excesiva e intervenciones sin justificación médica. En este sentido, se ha señalado que el movimiento por el parto humanizado surge como respuesta a prácticas médicas que han limitado la autonomía de las mujeres y su capacidad de decidir sobre su cuerpo y su experiencia reproductiva (Montes Hernández, 2021).

Con independencia de si se trata de centros de atención sanitaria públicos o privados, especializados o no, como parte de ese enfoque, la literatura ha señalado que la humanización de la atención en el embarazo y el parto gira en torno al protagonismo de las personas usuarias, la interacción humana y la calidad del cuidado. En este sentido, se reconoce a la gestante como protagonista del proceso y sus necesidades como punto de partida de la atención (Jimeno-Orozco et al., 2022).

8.5.Barreras institucionales: resistencia, fragmentación y lógica de la elección

Este giro cuestiona la legitimidad de ciertos protocolos y abre el camino a propuestas normativas y clínicas centradas en derechos. Sin embargo, persisten barreras para implementar este modelo en los entornos institucionales. Estudios realizados en hospitales de alta complejidad reflejan resistencias frente a enfoques centrados en las mujeres. Entre las principales limitaciones figuran la exclusión en la toma de decisiones, la jerarquización profesional, la autonomía limitada del personal de enfermería y partería, la fragmentación del cuidado, la estandarización de protocolos y la falta de acompañamiento continuo (Behruzi et al., 2010; 2011).

A nivel regional, aun en contextos en que se ha reconocido normativamente el derecho a una atención humanizada, persisten prácticas institucionales que restringen la participación de las mujeres. En hospitales brasileños, por ejemplo, se han documentado esquemas verticales en la

[149] Por ejemplo, en Argentina con la Ley 25.929 de Parto Humanizado y la Guía de Implementación del Parto Respetado en la Atención Sanitaria; en Colombia con la Ley 2244/2022, Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado.

relación profesional-usuaria, acceso limitado a información clara y rutinas que afectan privacidad, libertad de movimiento y contacto inmediato con el recién nacido (Gonçalves et al., 2011).

Otra barrera es presentar las opciones humanizadas como servicios adicionales, cuando deberían ser la norma. Resulta aquí pertinente lo señalado por Sadler (2019), que muestra cómo se deja atrás el entender un estándar obligatorio derivado de responsabilidades institucionales dentro de un servicio esperado para concebirse como un servicio adicional ofrecido como parte de una supuesta lógica de elección. Aunque no se refiere directamente a términos humanizados, advierte que el modelo de atención que debería configurarse como un derecho exigible se presenta como una opción dentro de un conjunto de posibilidades diferenciadas.

En su análisis sobre el sistema chileno, los programas diferenciados promocionados como "elección" en la atención natural del parto están condicionados por múltiples factores que limitan el margen real de decisión, tales como el tipo de seguro, la información disponible o la capacidad de acceder a ciertos servicios. Desde esta perspectiva, la atención centrada en la autonomía, principalmente en la autonomía de las mujeres y en la evitación de intervenciones innecesarias, se ofrece en un plano restringido a quienes acceden a ciertos entornos de servicios (Sadler, 2019).

Sadler (2019) también señala que esta narrativa desplaza la responsabilidad institucional sobre el respeto al parto hacia las propias mujeres, quienes deben navegar sistemas fragmentados y asumir la tarea de buscar una atención que se ajuste a sus expectativas. Esta lógica, presentada como libertad de elección, encubre la falta de garantías reales y naturaliza prácticas de VO, pues no se asumen como violaciones de derechos, sino como decisiones individuales condicionadas.

8.6.Integración de la diversidad cultural y modelos de continuidad de cuidado

La integración de la diversidad cultural y los modelos de continuidad del cuidado se relaciona con la reducción de intervenciones innecesarias y con la centralidad de las mujeres en la atención. Los modelos de continuidad del cuidado liderados por parteras han evidenciado mayor satisfacción de la persona usuaria, menor incidencia de partos prematuros, menor número de intervenciones obstétricas y un vínculo más sólido entre usuarias y equipos de salud (Sandall et al., 2016). Estos

resultados confirman que la incorporación de modelos centrados en derechos incide en los resultados clínicos y redefine los estándares éticos y jurídicos aplicables.

9. Regulación y control institucional: el papel de las políticas sanitarias, la historia clínica, los registros médicos y los protocolos clínicos

9.1. Guías y políticas sanitarias como complemento de parámetros normativos

En el contexto de instrumentos internacionales de orientación en políticas de salud que complementan los estándares normativos del SUDH, se encuentran guías y políticas sanitarias globales que complementan los estándares normativos del SUDH, como las guías de salud global de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud (en adelante, OPS). Cuentan con recomendaciones sobre la atención del parto orientadas a prevenir maltratos y garantizar una atención respetuosa y segura. Asimismo, se destaca la Carta de la Reforma de Atención Sanitaria de Liubliana (1996) como iniciativa europea dirigida a la reducción de las desigualdades en salud, y la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI (1997), que establece principios globales para la promoción de la salud y la formulación de políticas públicas en este ámbito.

Estos instrumentos, aunque de naturaleza declarativa o programática, refuerzan la necesidad de un enfoque de salud global centrado en la calidad, la equidad y la reforma de la atención, y se alinean con las directrices de la OMS. Su relevancia jurídica radica en su valor interpretativo y en su función de orientación de políticas públicas, sin perjuicio de que las obligaciones exigibles provengan de fuentes vinculantes del SUDH y del DIDH.

Por otro lado, la regulación y el control institucional son determinantes para garantizar la calidad en la atención en SSYR. La historia clínica y los registros médicos cobran relevancia en el seguimiento de la salud de las personas usuarias y facilitan la evaluación de tratamientos y resultados. Además, las guías de atención y los protocolos clínicos, cuando se aplican correctamente, promueven intervenciones con soporte científico y reducen variaciones injustificadas en la atención. Resulta relevante analizar cómo la regulación y los protocolos, pese a su valor como herramientas institucionales, pueden generar tensiones con la atención centrada en los derechos y la autonomía de las personas atendidas.

9.2.La historia clínica: instrumento institucional y función jurídica

La historia clínica facilita la evaluación del perfil de las personas usuarias, la atención, el diseño de tratamientos y la evaluación de resultados en consultas, tratamientos y hospitalizaciones. Establece antecedentes personales y familiares, como datos de filiación, e incluye la anamnesis con motivo de consulta, condición actual y revisión por sistemas para detectar circunstancias de salud relacionadas o no con la causa principal de la visita. Acorde con lo anterior, la entrevista clínica se orienta a comprender la experiencia de la persona usuaria y situarla en el centro del proceso asistencial (Swartz, 2021).

Los registros suelen organizarse de forma cronológica, con el detalle de intervenciones médicas y procedimientos realizados por el equipo sanitario. Constituye un documento con función asistencial y valor probatorio. Como instrumento esencial para registrar el estado de salud, debe ser clara, objetiva, concisa y basada en literatura científica especializada e integrar datos clínicos y consentimientos para garantizar servicios integrales y actualizados.

En el ámbito ginecológico y obstétrico recoge información específica, como antecedentes menstruales (edad de la primera menstruación o menarquia, duración del ciclo y sangrado) y antecedentes obstétricos (número de gestaciones o gravidez, paridad y pérdidas gestacionales). Incluye datos sobre planificación reproductiva pasada y actual, resultados de exámenes de cribado (Papanicolau), ITS, problemas ginecológicos previos y síntomas relacionados. Incluso pueden incorporar rastreo por violencia de pareja (Universidad de Chile, 2022).

El diligenciamiento y mantenimiento de la historia clínica exige la actuación coordinada del personal de salud bajo condiciones de registro adecuado, dado su carácter de documento técnico y jurídico. Su contenido debe permitir la identificación de los responsables, reflejar las actuaciones realizadas y garantizar su integridad, confidencialidad y disponibilidad, de modo que pueda cumplir funciones asistenciales, administrativas y probatorias. Asimismo, se conforma en un insumo relevante para la organización y planificación de los servicios de salud (Castillo Blanco, 2024).

Desde un enfoque jurídico, constituye el eje probatorio para detallar cada acto médico y procedimiento realizado. Sus registros permiten esclarecer cuestionamientos sobre la secuencia de eventos y aportan información sobre el alcance y naturaleza de estos. El consentimiento documentado prueba el acuerdo sobre los procedimientos efectuados, mientras que una nota operativa bien redactada puede servir como prueba en casos de presuntas omisiones o actos médicos incorrectos, lo que facilita la valoración de daños y su impacto.

La documentación acredita las actuaciones realizadas sobre quienes reciben atención y hace responsable a quien la incorpora. Esto requiere la implementación estricta de políticas sobre protocolos de diligenciamiento, transferencia y manejo, alineadas con normas de ética médica aplicables en cada región. Protege los derechos de aquellos y de los profesionales sanitarios frente a reclamaciones legales o aseguradoras, y así se constituye en un medio valioso de verificación. Su acceso y recuperación deben garantizarse dentro de los plazos definidos por la ley, pues pertenecen a las personas usuarias, quienes pueden solicitar copias personalmente o por representantes legales. También pueden requerirse por autoridades judiciales o sanitarias, según la normativa vigente. Su ausencia o deficiencia puede generar consecuencias legales.

9.3.Sustento científico, protocolos y guías de práctica clínica

Los protocolos y guías de práctica clínica orientan decisiones sanitarias, promueven intervenciones basadas en producción científica especializada y desalientan prácticas ineficaces. Su adecuada aplicación mejora los resultados en salud, reduce variaciones entre profesionales y centros, y mejora la calidad, además de disminuir costos (Woolf et al., 1999). También los registros clínicos, ya que su ausencia constituye una barrera que puede llegar a invisibilizar vulneraciones. El registro de las interacciones clínicas en la cultura clínica, como la presentación o el motivo de la atención, facilita la prueba de que se trata a la persona como un sujeto y no como a un “cuerpo”.

Estas herramientas contribuyen a la coherencia en los cuidados y evitan variaciones en la atención de problemas clínicos similares según el personal o el lugar. No obstante, deben formularse con claridad para evitar confusión. Su utilidad práctica radica en orientar la toma de decisiones clínicas, para prevenir que el personal sanitario actúe únicamente en función de valoraciones subjetivas o incurra en errores derivados del desconocimiento. En este sentido, los protocolos, en relación con

el criterio clínico, permiten reducir riesgos tanto a las personas usuarias como para el propio personal sanitario en caso de complicaciones, en consonancia con los estándares internacionales de calidad y seguridad en la atención sanitaria (OMS - Estándares calidad atención materna, 2016).

Si bien los protocolos y guías orientan la actuación, no equivalen por sí mismos al estándar jurídico de diligencia: su observancia formal no exonera la obligación de justificar la intervención en el caso concreto. La literatura advierte que estos instrumentos no son neutrales, ya que a menudo son elaborados por la misma comunidad médica que normaliza intervenciones rutinarias y desestima la perspectiva de la VO (Bernardini y Dal Monico, 2024; Pickels, 2020). Por tanto, el seguimiento estricto de un protocolo no debe utilizarse como un escudo jurídico para validar prácticas que, bajo una apariencia de respaldo científico, en realidad responden a un paradigma tecnocrático que ignora las necesidades emocionales y la autonomía de las personas.

Incluir lineamientos sobre violencia mejora la calidad del servicio, aborda un factor crítico de salud y constituye un mecanismo útil para enfrentar la violencia de género en el ámbito sanitario. Adicionalmente, la RC-24-CEDAW señala que los Estados deben eliminar barreras de acceso con "protocolos apropiados" que consideren necesidades como la atención de violencia por motivos de género (párr. 15). Esta obligación se refuerza con la Recomendación General n.º 35: Violencia por razón de género contra la mujer (2017) del Comité CEDAW (en adelante, RG-35-CEDAW). Actualiza la Recomendación n.º 19 (1992) e insta a establecer "protocolos, directrices y procedimientos operativos" para atención, derivación y reparación ante violencia en servicios sanitarios (párr. 31).

Por el contrario, los instrumentos sin respaldo científico pueden ser ineficaces y vulnerar derechos. El informe del MESECVI (2008, núm. 10) destacó la importancia de contar con protocolos y guías para garantizar acceso a servicios como aborto legal en ciertos casos o profilaxis de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Estas herramientas revisten importancia ante la violencia sexual. Son recursos que apoyan las decisiones de personal sanitario y de las personas usuarias, sin ser inamovibles.

Su acceso facilita comparar información, conocer directrices, resolver dudas y desechar prácticas en desuso, lo que mejora la calidad clínica y corrige métodos obsoletos (Woolf et al., 1999). Por

el contrario, los instrumentos desactualizados generan barreras. Por ejemplo, posponer el contacto piel a piel tras el parto para realizar otras acciones sobre el neonato contradice la investigación científica disponible y las normas que protegen este derecho y afecta la calidad del cuidado. Otros obstáculos surgen cuando su elaboración e implementación priorizan la reducción de costos, la protección institucional o los intereses corporativos, en lugar del bienestar de las personas atendidas. Esto resulta ineficaz y lesiona derechos. Asimismo, la rigidez en su aplicación impide responder a situaciones particulares y afecta especialmente a personas con necesidades específicas (Woolf et al., 1999) [150].

En relación con lo anterior, los protocolos y guías de atención influyen en las políticas públicas. Su evaluación permite detectar problemas desatendidos y revelar necesidades clínicas y orientar intervenciones preventivas. Facilita la inclusión de servicios no previstos, en especial para poblaciones en riesgo. Por ello, deben responder al bien público y a la justicia distributiva. Cuando están mal diseñados, su aplicación puede generar observaciones equivocadas sobre la calidad de los servicios, incluso desde la gestión sanitaria (Woolf et al., 1999). En su guía Cuidados en el parto normal: una guía práctica (1996), la OMS advirtió sobre el uso rutinario de intervenciones durante el parto que no cuentan con evidencia suficiente de beneficio o que pueden resultar innecesarias o inapropiadas. Asimismo, identificó prácticas frecuentemente utilizadas sin justificación clara y propuso su revisión mediante una evaluación crítica de su utilidad, en el marco de una atención orientada a respetar el carácter fisiológico del parto.

La *Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo* de la OMS (2008) plantea la necesidad de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de SSYR, junto con la planificación familiar, la reducción de abortos inseguros y el fortalecimiento de la atención durante el embarazo y el parto. Asimismo, destaca el valor de protocolos institucionales que promueven atención prenatal responsable, y la atención se adapta a necesidades y derechos y considera las características sociales, emocionales y psicológicas. Estas directrices se basan en producción científica rigurosa y estándares de DH (OMS-Parto positivo, 2018).

[150] Por ello, la Ley 2244/2022 en Colombia (art. 8, núm. 3) ordena actualizar las guías de práctica con base en el conocimiento científico.

La atención obstétrica, influenciada por la racionalidad biomédica y los mandatos institucionales, ha moldeado las políticas y la práctica profesional y consolidado jerarquías epistémicas, estructuras de control y una visión reducida de legitimidad médica (Davis-Floyd, 2001). Esto causa tensiones con la incorporación e integración de enfoques centrados en derechos, la ética del cuidado, la crítica feminista y los estándares internacionales, que impulsan un giro hacia modelos centrados en las personas usuarias (Backes et al., 2021; OMS, 2018, Parto - positivo). Por ello se hace necesario revisar guías, protocolos, historia clínica, dispositivos de control institucional y formas de supervisión. Más allá de sustituir protocolos, se requieren cambios de la cultura asistencial y normativa (Sadler, 2019).

10. Recapitulación

En esta parte se ha examinado la *lex artis* como parámetro de diligencia sanitaria que no se identifica únicamente con la mera corrección técnica ni con la aplicación mecánica de protocolos clínicos. La exposición ha mostrado que la evaluación jurídica de la atención exige integrar la dimensión relacional de la práctica clínica, especialmente la autonomía y la información, y que la adecuación a la práctica aceptada no neutraliza, por sí sola, posibles vulneraciones de DH en SSYR.

Sobre esa base, se ha delimitado la diferencia entre mala praxis y VO: la primera remite a la infracción técnica del estándar de cuidado, mientras que la segunda permite identificar vulneraciones de estos derechos en escenarios en que el problema se vincula a asimetrías de poder, prácticas deshumanizadas o exclusión de la persona usuaria de decisiones relevantes. Asimismo, se examinó el monopolio de la pericia como dinámica que puede encubrir prácticas lesivas bajo el lenguaje de la autoridad técnica, y se revisó la recepción jurisprudencial que sostiene una lectura no puramente técnica de la responsabilidad en la atención obstétrica.

El examen de los enfoques de atención en el ámbito obstétrico permite advertir que modelos que operan bajo una racionalidad que se materializa en dispositivos institucionales concretos: protocolos, guías de práctica, historia clínica, sistemas de supervisión y formas de organización hospitalaria no son neutros; pueden funcionar como garantías de calidad y protección de derechos o como mecanismos que consolidan jerarquías epistémicas y restringen la autonomía. La

medicalización acrítica, la aplicación protocolizada de tecnologías sin justificación individualizada y la identificación automática entre práctica dominante y estándar de diligencia muestran una tensión entre técnica y derechos.

Frente a ello, los modelos de atención humanizada centrados en la persona usuaria y bajo estructuras de continuidad introducen una reconfiguración normativa en la que la calidad se mide por parámetros clínicos; además, orientada hacia el respeto a la dignidad, la participación y la autodeterminación. Así, el análisis refleja que la discusión involucra la atención obstétrica en general, con énfasis en la arquitectura institucional y la forma en que esta define los límites de legitimidad jurídica en la intervención sanitaria.

11. Conclusiones parciales

Primera. La *lex artis* no agota el juicio de licitud de la atención obstétrica. Una prestación que se ajusta a protocolos, pero desconoce la autonomía y excluye la participación de la persona usuaria, incumple exigencias normativas vinculadas al derecho a la salud. En particular, su dimensión de aceptabilidad, y resulta incompatible con estándares de DH que prohíben el trato deshumanizado.

Segunda. La autonomía opera como norma general de la relación asistencial. El consentimiento informado, más que tratarse de una formalidad clínica, se conforma en una garantía jurídica conectada con dignidad e integridad corporal. Su ausencia puede tornar jurídicamente ilegítima una intervención aun cuando exista indicación clínica, porque la indicación técnica no sustituye la decisión libre e informada.

Tercera. La VO es jurídicamente independiente de la mala praxis. Puede coexistir con infracciones técnicas, pero su núcleo reside en la vulneración de derechos en SSYR, como el trato abusivo o el aprovechamiento de una asimetría de poder. En consecuencia, el resarcimiento debe abarcar responsabilidades en toda su amplitud e incluir las afectaciones morales y psíquicas derivadas del trato deshumanizado, aun cuando no se acredite una lesión corporal relevante.

Cuarta. Dado que la *lex artis* opera como parámetro de valoración de la actuación individual, su alcance resulta limitado cuando las vulneraciones derivan de fallas organizativas o de base del sistema sanitario. En tales supuestos, la responsabilidad no puede circunscribirse a la conducta del personal de la salud, pues el Estado conserva deberes de regulación, supervisión y garantía, tanto

de prestadores públicos como privados. Por ello, fallas organizativas, carencia de información y ausencia de mecanismos efectivos de prevención y queja pueden comprometer la responsabilidad estatal y activar distintas vías de tutela, según el tipo de incumplimiento y el daño acreditado.

Quinta. La valoración judicial de la atención obstétrica requiere una metodología diferenciada que distinga entre el examen técnico de la actuación médica y el análisis autónomo de los derechos comprometidos. La corrección conforme a la *lex artis* no excluye la obligación de examinar posibles vulneraciones de derechos como la autonomía y la integridad personal. La incorporación de este doble nivel de análisis permite evitar que las violaciones de derechos en SSYR queden subsumidas exclusivamente en parámetros clínicos y asegura una respuesta jurisdiccional acorde con estos.

Sexta. El estándar de diligencia en la atención obstétrica no puede identificarse sin más con la práctica institucional dominante ni con la aplicación formal de protocolos y guías de práctica clínica. La legitimidad jurídica de la intervención depende de su justificación individualizada, de su respaldo científico actualizado y de su compatibilidad con los derechos a la autonomía, la dignidad y la no discriminación. La técnica no constituye por sí sola un criterio suficiente de corrección.

Séptima. Los dispositivos institucionales, guías clínicas, historia clínica, protocolos y mecanismos de supervisión desempeñan un papel decisivo en la configuración del entorno asistencial. Cuando se diseñan desde una racionalidad tecnocrática, pueden consolidar dinámicas de subordinación y normalizar prácticas que restringen derechos. Cuando se articulan con un enfoque de DH, en cambio, se convierten en herramientas de garantía, transparencia y rendición de cuentas. La transformación del modelo de atención exige, por tanto, ajustes clínicos en sentido estricto y una revisión de la cultura asistencial y normativa, en sentido amplio.

CAPÍTULO VI MANIFESTACIONES Y TIPOLOGÍAS DE LAS VULNERACIONES DE DERECHOS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El reconocimiento de la violencia en el ámbito de la SSYR exige identificar algunas de las formas en que se manifiestan las vulneraciones de derechos. Por ejemplo, la violencia reproductiva afecta la capacidad de decisión sobre la reproducción mediante actos como el embarazo, la esterilización, el aborto y la anticoncepción forzados. Esta forma de violencia incide directamente en la autonomía reproductiva y en la capacidad de gestar o no gestar.

En cuanto a la VO, la literatura científica y los desarrollos normativos han permitido calificar algunas de estas conductas y analizar sus manifestaciones en la atención sanitaria. En este contexto, la VO se examina a partir de las conductas lesivas que la constituyen y de las obligaciones estatales, institucionales y del personal sanitario que se derivan de ellas. La problemática se analiza también desde la desprotección estatal, entendida como omisiones normativas, déficits de supervisión institucional y ausencia de mecanismos de garantía. Sus consecuencias abarcan daños físicos, emocionales y psicológicos a lo largo de los procesos reproductivos.

Desde esta perspectiva, el derecho cumple funciones preventivas y de respuesta frente a la violencia durante el parto en centros de salud, lo que exige el desarrollo de remedios jurídicos específicos mediante un *nomen iuris* que permita identificar y visibilizar jurídicamente estas conductas. Este no introduce derechos nuevos; más bien permite identificar jurídicamente estas prácticas lesivas previamente invisibilizadas. En este sentido, el reconocimiento jurídico específico cumple una función expresiva al calificarlas como formas de violencia y evitar su normalización dentro del sistema sanitario.

Las categorías penales tradicionales pueden resultar insuficientes para captar las formas específicas de violencia que se producen en el contexto obstétrico, en particular aquellas vinculadas a la autonomía y la dignidad de quienes cursan la gestación (Brennan, 2019). Al respecto, organismos internacionales han desempeñado un papel significativo, y legislaciones internas han incorporado, en diversos grados, definiciones y ejemplos de prácticas que vulneran derechos vinculados (Trapero Barreales, 2024).

Por consiguiente, la puesta de manifiesto de estas conductas mediante un *nomen iuris* específico facilita su reconocimiento jurídico y responde al principio de etiquetado justo (*fair labelling*) (Zawati, Hilmi, 2014). Este principio exige que el lenguaje jurídico refleje con exactitud el desvalor social de la conducta y la naturaleza particular de la agresión. Según Brennan (2019), subsumir estas prácticas en categorías genéricas corre el riesgo de oscurecer la naturaleza del abuso y reducir la función expresiva del derecho. Al emplear el término "violencia obstétrica", el sistema legal nombra la conducta como un agravio basado en estereotipos de género. Así, el reproche legal es proporcional a la gravedad de la vulneración de derechos. Bajo esta comprensión, llamar las cosas por su nombre es un acto de justicia en sí mismo porque evita que se ignore el impacto del contexto de la relación en la que ocurrió la violencia.

Brigidi et al. (2023) documentan la intensificación de la VGO en mujeres migrantes y otros grupos de población vulnerable. Se refieren a los conceptos de racismo obstétrico, concepto desarrollado por Davis (2019) y retomado en Brigidi et al. (2023), junto con la noción de estratificación obstétrica interseccional (Brigidi, 2022, citado en Brigidi et al., 2023), y muestran que esta violencia puede agravarse por factores como la gestación tardía o la adolescencia. Además, destacan la violencia espiritual en la atención obstétrica, expresada en la desatención de peticiones, tradiciones y prácticas espirituales o religiosas, lo que evidencia una dimensión adicional de vulneración en la atención.

La VGO puede adoptar múltiples formas a lo largo del ciclo reproductivo, incluida la gestación, el parto, el posparto y la lactancia. Estas experiencias no responden a una división rígida entre procesos fisiológicos y patológicos. Más bien configuran un continuo que desafía categorías de riesgo basadas en edad o clase social. No obstante, la violencia más documentada es la que puede manifestarse antes, durante y después del parto, cuando las mujeres y sus recién nacidos son percibidos como especialmente frágiles (Brigidi et al., 2023). Desde esta perspectiva, la identificación de las formas concretas en que se manifiestan estas violencias permite comprender cómo se materializan estas vulneraciones.

Estas prácticas, ejercidas tanto por hombres como por mujeres, responden a dinámicas institucionales que perpetúan jerarquías y formas de organización del sistema que generan

violencia. Como señalan Brigidi et al. (2023), abordar la VO requiere transformaciones en la formación sanitaria y en los modelos de atención. Esta visión exige analizar el papel de los Estados, las instituciones y el personal sanitario en la garantía de estos derechos. Estas acciones u omisiones configuran patrones discriminatorios que, al entrecruzarse con formas de violencia de género, requieren un enfoque jurídico que reconozca su carácter sistemático y sus impactos en el ejercicio de derechos relacionados.

Junto a la responsabilidad estatal, intervienen estructuras institucionales y conductas individuales, que generan barreras que pueden reducirse con intervenciones viables, como el apoyo continuo durante el trabajo de parto, el cual mejora los resultados maternos y neonatales (Bohren et al., 2017). Los patrones institucionales configuran esta violencia cuando "las instituciones perpetúan la violencia a través de prácticas abusivas que se presentan como parte del cuidado médico" (Šimonović, 2019). El control del cuerpo gestante opera desde estructuras sin fiscalización ni mecanismos eficaces de rendición de cuentas, lo que exige analizar el funcionamiento de los sistemas sanitarios sin limitarse a hechos clínicos singulares. La atención obstétrica en el ámbito asistencial puede imponer rutinas estandarizadas que entorpecen, en lugar de facilitar, el proceso fisiológico del parto.

Los patrones individuales no distinguen género, ya que la VO puede constituir también una forma particular de violencia ejercida por mujeres contra otras mujeres (Barata, Simões y Soromenho, 2023). No obstante, comprender la VO como una manifestación de violencia de género que no se reduce a actos individuales, y más bien se inserta en marcos que condicionan la práctica clínica, permite una aproximación jurídica que trasciende la responsabilidad individual e incorpora la dimensión institucional, cultural y regulatoria de estas conductas (Brennan, 2019).

1. Caracterización jurídica de las violencias en SSYR

No toda intervención constituye violencia, aun cuando los resultados del procedimiento no sean los esperados. Sin embargo, la falta de formación en dimensiones emocionales y sexuales, sumada a la ausencia de mecanismos para afrontar daños iatrogénicos, puede derivar en omisiones, excesos o negligencias. El análisis normativo global, regional y nacional permite identificar tanto actos puntuales como estructuras que favorecen vulneraciones (Freedman et al., 2014). Su persistencia

se vincula con una falta en su reconocimiento jurídico, que dificulta su encuadre normativo y limita su justiciabilidad. Esta indeterminación afecta la identificación de las conductas y restringe la activación de mecanismos de responsabilidad y reparación en la atención en SSYR (Calderón Bogoslavsky, 2023b).

Entre los factores identificados se encuentran la escasez de recursos, las condiciones inadecuadas de atención, la normalización de prácticas y las relaciones jerárquicas en los servicios de salud (Šimonović, 2019). Asimismo, inciden el desconocimiento, la precariedad en infraestructura, el uso de prácticas obsoletas, la sobrecarga de trabajo, los bajos salarios, el autoritarismo y la falta de personal cualificado o con experiencia.

Adicionalmente, afectaciones al consentimiento, a la confidencialidad y a la privacidad, así como la ejecución de prácticas innecesarias o excesivas, pueden causar complicaciones iatrogénicas (Voguel et al., 2023). También vulneraciones sistemáticas vinculadas a condiciones del entorno sanitario. La falta de insumos básicos, la ausencia de instalaciones adecuadas y la escasez de recurso humano limitan el acceso efectivo a una atención segura e intensifican las situaciones de riesgo y maltrato. A ello se suman malos tratos y falta de respeto, discriminación por diversos motivos, entre ellos religiosos y culturales, que menoscaban el derecho a una atención sin distinciones arbitrarias. Se genera un patrón de violencia institucional que provoca desigualdades y afecta derechos bajo un marco permisivo que perpetúa estas formas de VO como parte del funcionamiento cotidiano de los servicios de salud (Briones Lorca et al., 2023).

El documento de Freedman et al. (2014), titulado *Definición de falta de respeto y abuso hacia las mujeres durante el parto: una agenda de investigación, políticas y derechos*, publicado en el Boletín de la OMS, propone una tipología basada en documentación científica de rigor para clasificar prácticas vulneratorias de derechos. Desarrolla tres ejes analíticos: primero, las expectativas y vivencias de las personas usuarias. Segundo, las normas y prácticas obstétricas consideradas "normales" en la atención obstétrica. Tercero, la interrelación entre los DH, acciones individuales del personal sanitario y estructuras institucionales que perpetúan afectaciones.

En una línea similar, el estudio titulado: El maltrato de las mujeres durante el parto en los centros de salud a nivel mundial: una revisión sistemática de métodos mixtos (Bohren et al., 2015) también

categoriza estas prácticas. Señala que ciertas formas de violencia derivan, por un lado, de interacciones entre personas usuarias y proveedores de salud en las que priman las conductas individuales de estos. Por otro, de deficiencias sistémicas y fallas de base en instituciones y niveles de los sistemas de salud que facilitan su reproducción [151].

El informe de Bowser y Hill (2010), titulado *Explorando las pruebas sobre maltrato y ausencia de consideración en partos en instituciones de salud*, categorizó múltiples formas de maltrato en el parto institucional: abuso físico, sexual o verbal; discriminación; falta de consentimiento o confidencialidad; negligencia, abandono y las condiciones y limitaciones de los sistemas de salud. Otras investigaciones, como la revisión sistemática titulada: El maltrato de las mujeres durante el parto en los centros de salud a nivel mundial: una revisión sistemática de métodos mixtos (Bohren et al., 2015) profundizó las categorías previamente establecidas por Bowser y Hill en 2010.

Estas son maltrato físico y verbal; abuso sexual; estigmatización y discriminación; incumplimiento de estándares profesionales de cuidado; relación deficiente entre las mujeres y proveedores; y condiciones y limitaciones del sistema de salud. Destacó la necesidad de desarrollar herramientas para medir estos actos y fundamentar posteriores investigaciones, programas e intervenciones (Bohren et al., 2015). Desde una perspectiva de DH, el estudio de Khosla et al. (2016) titulado Derechos Humanos internacionales y el maltrato a las mujeres durante el parto también identifica estas conductas y enfatiza la necesidad de reconocer y erradicar la VO mediante criterios normativos que garanticen una atención respetuosa.

Espinoza Navarrete et al. (2025) documentan actos específicos de VO y sus prevalencias en Ecuador. Un estudio de la comunidad San Eduardo (Guayaquil) evidenció que las mujeres encuestadas experimentaron algún tipo de VGO en contextos institucionales. Documentó exámenes sin consentimiento, falta de información sobre procedimientos como cribados o el tacto vaginal y la administración de anticonceptivos sin justificación médica, esperas largas sin explicación, desconocimiento de los riesgos de la cesárea, falta de información sobre opciones de parto, comentarios humillantes o sexuales y culpabilización. También se reportaron prácticas

[151] Valga aclarar que en este trabajo las deficiencias sistémicas se entienden respecto de los factores y dinámicas que afectan el funcionamiento de los sistemas de salud, tales como políticas, normas, regulaciones, relaciones de poder y patrones institucionales. Mientras que las deficiencias de base se relacionan con las deficiencias en las bases que sostienen a estos sistemas, como infraestructura, recursos físicos y humanos.

físicas invasivas como presión abdominal, comentarios de índole sexual, tactos reiterados sin consentimiento.

En Brasil, el estudio multicéntrico de Diniz et al. (2015) registró que el 25% de las mujeres atendidas en hospitales públicos reportaron ser objeto de gritos, burlas, presión abdominal o imposición de cesáreas innecesarias. Además, se constató la exclusión de las mujeres de decisiones clínicas sobre su propio parto. En Argentina, informes institucionales han documentado actos de VO como la negación de acompañante durante el parto, la separación injustificada de la díada, la realización de procedimientos sin consentimiento, así como insultos, gritos y trato deshumanizado. También se reportaron intervenciones médicas sin información previa y violencia verbal vinculada al número de hijos o la apariencia.

En México, estudios clínicos e institucionales en hospitales públicos identificaron agresiones físicas, prácticas invasivas sin autorización y omisiones de información durante la atención obstétrica. Contribuyen a la persistencia de estas prácticas lagunas en la protección jurídica, lo que permite que conductas violatorias de derechos no tengan consecuencias y configura una responsabilidad estatal por omisión frente al deber de prevenir, investigar y sancionar estos actos (Aguilar et al., 2020). Por su parte, la *Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares* (ENDIREH, 2021) permitió dimensionar la prevalencia de prácticas de maltrato durante la atención obstétrica. Reportes especializados han registrado que estas incluyen la imposibilidad de escoger la posición de parto, intervenciones sin consentimiento como cesáreas o episiotomías, y también maltratos como gritos, regaños y humillaciones. Estos afectan mayormente a mujeres jóvenes y a poblaciones en situación de vulnerabilidad, entre ellas aquellas con discapacidad (GIRE, 2021).

En Europa, el estudio técnico del Parlamento Europeo (2024) identificó la existencia, en los Estados miembros de la Unión, de prácticas como procedimientos sin consentimiento, tactos innecesarios, humillaciones, episiotomías no justificadas, presión para la realización de cesáreas y denegación de analgesia. El informe vincula estas conductas con estructuras asistenciales de carácter jerárquico que inciden en la relación entre el personal y las personas atendidas, así como

con falta de formación en género, la ausencia de garantías efectivas de consentimiento informado y la limitada visibilización normativa de estas formas de violencia (Parlamento Europeo, 2024).

2. Percepción del maltrato, sufrimiento y dolor

Freedman y Kruk (2014) proponen una perspectiva que articula las experiencias individuales con las condiciones institucionales que configuran situaciones de maltrato durante el parto. Distinguen dos elementos importantes: por un lado, la intencionalidad, que hace posible analizar si el maltrato proviene de acciones deliberadas o de fallas sistémicas que condicionan el actuar del personal de salud. Por otro, la percepción subjetiva, que reconoce que, aun sin intención explícita, el trato puede vivirse como humillante, degradante o abusivo desde la experiencia de quien lo recibe.

En esa misma línea, Cohen Shabot y Sadler (2023) documentan relatos sobre experiencias de VO vividos como equivalentes a tortura, caracterizada por un estado de desolación, pérdida de control corporal y alienación ontológica. La denominación empleada: maltrato, falta de respeto o abuso o VO también condiciona la percepción y el reconocimiento jurídico de esas experiencias (Pickles, 2023). Behruzi et al. (2014) investigan cómo mujeres, profesionales y directivos perciben la humanización en un hospital terciario. Identifican la personalización del cuidado, el reconocimiento de derechos, el acompañamiento continuo, la defensa de la autonomía y un equilibrio entre seguridad médica y bienestar emocional. Estos configuran un concepto de calidad asistencial que no se refiere directamente a la vivencia individual del dolor o sufrimiento.

En cuanto al impacto de intervenciones obstétricas imprevistas en la percepción del parto, Volkert et al. (2024) encontraron que intervenciones médicas inesperadas, como presión del fondo uterino, episiotomía, parto vaginal asistido o cesárea no planificada, influyen negativamente en la valoración del parto en dimensiones como sensación de seguridad, capacidad personal, apoyo profesional y participación.

Se ha documentado que las mujeres negras e hispanas en trabajo de parto presentan menor probabilidad de recibir analgesia epidural en comparación con mujeres blancas o hispanas, aun después de controlar variables como la cobertura del seguro, las características clínicas y la práctica del proveedor (Glance et al., 2007). Se han documentado disparidades raciales y étnicas en el manejo del dolor posparto. En comparación con las mujeres blancas no hispanas, las mujeres

negras no hispanas e hispanas reportaron mayores niveles de dolor al alta, pero recibieron menos medicina de alivio durante la hospitalización y tuvieron menor probabilidad de recibir una dosis al alta, lo que evidencia desigualdades clínicas en el tratamiento analgésico posparto (Badreldin et al. (2019).

En el campo regional contencioso, la percepción de sufrimiento también ha sido tomada en cuenta por la Corte IDH [152]. Considerar las características individuales de una presunta víctima puede influir en su concepción del sufrimiento y en la sensación de humillación ante ciertos tratamientos. Por ello, la Corte destacó que este es único para cada individuo y depende de diversos factores.

Desde una perspectiva sociocultural, la literatura científica explica que las formas de expresar el dolor durante el trabajo de parto no responden a una reacción uniforme ni biológica. Responden a códigos socioculturales diversos que condicionan su manifestación, como el origen, la cultura, la barrera idiomática y la presencia de acompañantes, que influyen directamente en la forma en que se expresa el dolor durante el parto. También el miedo, el recuerdo de las experiencias de dolor, la atención recibida durante experiencias de dolor anteriores, si se trata del primer parto y el entorno sociocultural (Navarro-Prado et al., 2022).

La atención clínica que ignora estas variables puede incurrir en prácticas discriminatorias al interpretar erróneamente dichas expresiones como descontroladas, exageradas o inapropiadas. También excluir responsabilidades por considerar que se trata de un factor de percepción y no de una vulneración real. Esta desconexión entre el estándar biomédico y las formas culturalmente situadas de comunicar el dolor contribuye a reforzar estereotipos, invisibiliza las expectativas legítimas de las personas usuarias y puede derivar en intervenciones coercitivas o juicios moralizantes que vulneran la autonomía y dignidad. Como dicen Navarro-Prado et al. (2020), contemplar la percepción de dolor en entornos de atención multiculturales y saber interpretarlos sin interrupción del proceso puede contribuir a mejorar la calidad de la atención durante el parto.

Así como es esencial garantizar el respeto por la autonomía, la capacidad de decisión y el consentimiento de las personas usuarias, también lo es comprender las características, expectativas

[152] Véase *sentencia I.V. v. Bolivia* (265, 267).

y percepciones de quienes reciben atención. Estos factores inciden en la experiencia asistencial, especialmente en SSYR. La forma en que las personas interactúan con los servicios de salud depende de sus expectativas y necesidades, así como de la satisfacción con la experiencia vivida, que, como señalan Soafer y Firminger (2005) y Crow et al. (2002), depende de sus características y las de sus familias. También se relaciona con su reconocimiento como el centro de la atención (Hulton et al., 2007). Influyen la disponibilidad de servicios, la existencia de mecanismos de supervisión y la rendición de cuentas que logren un desempeño conforme a pautas de calidad y derechos.

3. Manifestaciones de violencias en SSYR contra la integridad personal

La VO como manifestación de las conductas contrarias a los derechos relacionados con la SSYR no es un fenómeno aislado ni depende de su reconocimiento formal. Afecta de manera particular a mujeres y grupos en situación de vulnerabilidad. Requiere respuestas articuladas para garantizar derechos en SSYR. Por ello, este trabajo realiza una aproximación a la forma en que determinadas prácticas se identifican en los planos jurídico y sanitario e integra producción científica y estándares globales de salud. Por ello es preciso indicar la naturalización de prácticas desactualizadas o inadecuadas que afectan la atención en salud y distinguir entre prácticas médicas justificadas y aquellas que se materializan en vulneraciones de DH desde la perspectiva de cada derecho [153]. También considerar principios éticos y jurídicos, como la beneficencia, la no maleficencia y la autonomía, aplicados particularmente al campo obstétrico.

Dado que múltiples marcos analíticos y normativos emplean diferentes términos para referirse a estas prácticas, se priorizará su descripción factual más que por categorías. Se interpreta la VO como una manifestación específica de violencia de género en la atención sanitaria expresada, entre otros, mediante maltrato, abuso, negación del consentimiento y la tendencia a la patologización de procesos fisiológicos y la subordinación de la autonomía ante criterios clínicos hegemónicos. Sin embargo, se insiste en que esta dimensión trasciende las conductas contrarias a los derechos en el

[153] Con base en lo anterior, este trabajo incluye estudios que identifican y clasifican las formas de VO, como la revisión de Bohren et al. (2015) sobre abuso y falta de respeto durante la atención del parto. De manera complementaria, la síntesis de Bowser y Hill (2010) provee una base sólida para su comprensión como fenómeno multidimensional. También se apoya en los trabajos de Khosla et al. (2016) e informes como el de Šimonović (2019) para evidenciar la normalización de prácticas obsoletas, comprender las raíces de la VO y exponer su carácter sistemático y generalizado.

entorno clínico y hospitalario: la violencia estructural sustentada en omisiones estatales, falta de acceso efectivo a servicios de SSYR y la ineficacia judicial que la sustentan y perpetúan.

Entre las manifestaciones de VO se encuentran el trato deshumanizado, irrespetuoso o abusivo, que afecta la dignidad y la integridad personal de quienes reciben atención. Jurídicamente, este trato se delimita como una lesión autónoma, distinta a la mala praxis técnica. Las prácticas aquí descritas son acciones y omisiones que, al aplicarse con discriminación, sesgos o coerción, reflejan relaciones de poder y desigualdad, y pueden incluso alcanzar el umbral de tratos crueles, inhumanos o degradantes.

3.1. Integridad personal y trato discriminatorio

Bowser y Hill (2010) analizan la discriminación según características del sujeto de atención, como raza, etnia, edad, idioma, estado serológico VIH/SIDA, creencias culturales, nivel socioeconómico y educativo (11). A lo anterior se agrega la condición migratoria, de salud, orientación sexual y expresión de género (Khosla et al., 2016). Documentan la detención de mujeres o recién nacidos cuando no pueden pagar la atención, sin acceso a agua o alimentos. La OMS advirtió sobre su impacto en los derechos de las mujeres. Grupos como adolescentes, mujeres solteras, personas en estado de pobreza, con VIH, minorías étnicas o migrantes, enfrentan mayor riesgo de sufrirlas (OMS-Maltrato, 2014). Persisten leyes y prácticas discriminatorias y estereotipos nocivos de género, exigir el consentimiento del esposo o de un tercero para tratamientos médicos (Šimonović, 2019).

3.1.1. Maltrato, humillaciones, regaños, insultos y amenazas

Se constatan en instituciones de salud humillación, culpabilización, gritos, trato rudo y falta de empatía. La mala percepción de la atención refuerza estas violencias (Bowser y Hill, 2010). La OMS documenta humillación, abuso verbal, amenaza y trato despectivo (OMS-Maltrato, 2014). Adicionalmente, se identifican conductas de intimidación y culpabilización, como la suspensión de tratamientos como coerción, amenazas sobre posibles complicaciones o culpabilizar por resultados adversos. También se retrasa el tratamiento como condición para autorizar actos médicos; se amenaza con retirarlo, con violencia física o golpizas si no se obedece (Šimonović,

2019). A las conductas mencionadas se añaden prácticas paternalistas [154] e infantilizadoras que limitan la autonomía de las mujeres en la atención obstétrica.

Las consecuencias de estas afectaciones se proyectan a corto y largo plazo, con secuelas emocionales y físicas, frecuentemente desatendidas. La dimensión subjetiva de episodios de maltrato adquiere relevancia en tanto se vincula con graves consecuencias psicológicas persistentes (Hakimi et al., 2025) y con la percepción de un trato inadecuado durante el parto, que incrementa el riesgo de depresión posparto o suicidio (Martínez-Galiano et al., 2025).

3.1.2. Abuso físico, uso de la fuerza, sufrimiento, prácticas coercitivas, imposición

En cuanto al abuso físico, el informe de Bowser y Hill (2010) identifica formas de violencia obstétrica como trato indigno, golpes, bofetadas, amenazas, pellizcos y fuerza desproporcionada en intervenciones. Se denuncia la práctica de la maniobra de Kristeller, presión excesiva sobre el abdomen para forzar la expulsión fetal [155], no recomendada por la OMS, pero ampliamente usada para acelerar el parto (OMS, Parto-Positivo, 2018; Šimonović, 2019).

Šimonović (2019) destaca la sujeción forzada, uso de mordazas o grilletes y la detención por impago de servicios médicos. Se reportan violencias asociadas a la insensibilidad al dolor, como la omisión de asistencia frente a las molestias causadas por las contracciones (Flores Romero, et al., 2022) y la realización de procedimientos dolorosos e incapacitantes y sin consentimiento, como la sinfisiotomía, que consiste en la separación y ampliación quirúrgica de la pelvis (Šimonović, 2019), actualmente en desuso.

En cuanto al sufrimiento, (Khosla et al., 2016) advierten sobre tactos invasivos y procedimientos vaginales dolorosos pese a la negativa expresa, así como la denegación de tratamiento para el

[154] La bioética ha conceptualizado el paternalismo como la intervención de los profesionales de la salud en la autonomía del paciente, justificada en la promoción del bienestar o la prevención del daño (Beauchamp y Childress, 2019).

[155] La presión fúndica durante el período expulsivo consiste en la presión con fuerza a través de manos o antebrazos sobre el abdomen en dirección al canal de parto por parte del personal sanitario para forzar la salida del feto de forma vaginal. La OMS no la recomienda. Según estudios, la maniobra no mejora la tasa de partos vaginales espontáneos ni reduce la tasa de parto instrumental y la duración de la segunda etapa de parto. No se han descubierto beneficios de esta maniobra (Hofmeyr et al., 2017).

dolor. En algunos casos, la negativa de analgesia se ha empleado como mecanismo de castigo o represalia (Šimonović, 2019). La analgesia y anestesia deben usarse solo cuando sea médicamente necesario para prevenir o corregir complicaciones del parto (OPS/OMS-Fortaleza, 1985) o de otros momentos que requieren intervención. No obstante, se han documentado situaciones en las que se ha negado la anestesia en procedimientos como la IVE, abortos espontáneos o legrados (Jardim y Modena, 2018; Šimonović, 2019).

La omisión de asistencia frente al dolor, particularmente cuando la negativa de analgesia se emplea como mecanismo de castigo o represalia (Šimonović, 2019), impone un sufrimiento innecesario (Flores Romero, et al., 2022) que lesiona derechos como la integridad psíquica y física y la dignidad. La Relatora Especial de la ONU reportó la negativa de anestesia en la inducción del parto, extracción de óvulos para reproducción asistida y suturas posparto (Šimonović, 2019). Bowser y Hill (2010) advierten sobre la práctica de suturas innecesarias tras desgarros vaginales o episiotomías sin anestesia.

Lo mismo ocurre con la revisión uterina manual. Además, Jardim y Modena (2018) documentan raspados uterinos, retiro manual de placenta y suturas posparto sin analgesia. En esta línea, la OMS (2014) denuncia la negación de analgésicos y el mal manejo del dolor en el parto. Otros eventos son intervenciones con brusquedad o sin respetar la anestesia ni los tiempos fisiológicos. También el uso coercitivo de instrumentos médicos y el uso de medicamentos o anticonceptivos sin justificación ni control del dolor.

3.2. Violencia contra la autonomía corporal y reproductiva, coerción y consentimiento informado

La violación de la autonomía y el consentimiento es un pilar de la caracterización jurídica de la VO. El consentimiento es una manifestación de la autonomía y una garantía vinculada a la dignidad y a la integridad personal, no una formalidad. La jurisprudencia interamericana y europea ha reforzado que la omisión o la coacción en la obtención del consentimiento constituye una vulneración de derechos. Se trata de la anulación de la capacidad de decisión de las personas sobre sus procesos reproductivos y su cuerpo, previo acceso y entrega de información.

Los requisitos de validez del consentimiento (previo, libre, pleno e informado) sirven como eje preventivo de la VO y su desarrollo exhaustivo e interpretación. Deben ofrecerse opciones para elegir la posición del parto según la autonomía, bajo condiciones médicas seguras. También se recomienda permitir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto en procesos de bajo riesgo si no hay contraindicaciones (Khosla et al., 2016; OMS-Trabajo de parto, 2018, 2022).

No obstante, el consentimiento puede ser coaccionado y viciado mediante tácticas retóricas de coerción psicológica que anulan la autonomía. La denominada "*carta del bebé muerto*" (en inglés, *dead baby card*) consiste en que el personal sanitario impone o justifica una intervención al invocar una amenaza exagerada o no verificada de peligro inminente a la vida del feto, del neonato o de la madre. Esta amenaza instrumentaliza el vínculo maternofilial y es un mecanismo propio del paternalismo médico hegemónico, pues desestima la capacidad de quien gesta, como sujeto capaz de comprender, valorar y decidir sobre su atención. Vicia el consentimiento al generar estrés y pánico que impiden una decisión libre y reflexiva. Dicha coerción institucional tiene el efecto de normalizar intervenciones injustificadas, por lo que es necesario que sea reconocida como violencia simbólica [156] contra la autonomía y la dignidad (Van der Waal y van Nistelrooij, 2024).

3.3.Vulneración del consentimiento, información, confidencialidad y privacidad

La vulneración del consentimiento, la confidencialidad, la privacidad y el derecho a la información, incluido su acceso efectivo, compromete la autonomía corporal y decisional. Incumple las recomendaciones de la OMS (2014) sobre la necesidad de tomar decisiones conjuntas con el personal sanitario (OMS-Trabajo de Parto, 2021). Según Foster en Pickles y Herring (2020), el consentimiento justifica legalmente actos que de otro modo serían *prima facie* ilícitos en intervenciones jurídicamente inaceptables, salvo que exista una causa legítima que las fundamente, como los tactos vaginales durante el parto. Así, no basta con una oposición explícita ni con una respuesta ambigua; debe valorar si el acto contribuye a su bienestar y expresar su consentimiento para cumplir con su función jurídica y ética. Esto es relevante en esterilizaciones o aplicación de métodos anticonceptivos forzados.

[156] La violencia simbólica, en términos de Bourdieu, refiere a formas de dominación que se ejercen sin coacción directa, pero que se imponen y se aceptan como legítimas por quienes las padecen, al estar insertas en estructuras sociales, educativas o institucionales que las naturalizan (Bourdieu, 1991).

Estas vulneraciones involucran omisión, exceso descontextualizado o falta de claridad en la información. Sucede con la manipulación o ausencia de información sobre el parto. El informe de Bowser y Hill (2010) documenta la ausencia sistemática de protocolos de consentimiento en cesáreas, episiotomías, histerectomías, transfusiones, esterilizaciones e inducciones y estimulación del parto, la imposición de intervenciones sin autorización, falta de comunicación, desestimación de inquietudes y barreras lingüísticas que dificultan la comprensión y la autonomía (Khosla et al., 2016). Dicho informe y la OMS (2014) reportan partos sin privacidad y divulgación no autorizada de datos sensibles (estado serológico, edad, historia clínica o estado civil).

Se documentan amenazas penales por realización o solicitudes de IVE. Según la OMS (2014), la ausencia de consentimiento se vincula con prácticas como esterilización y abortos forzados. Se ha denunciado "*el punto para el marido*" [157] (suturas vaginales adicionales no consentidas justificadas por el placer sexual de la pareja y la falta de garantías de la privacidad física en espacios de atención).

Otra vulneración es la utilización de las mujeres como sujetos de experimentación médica o científica sin su consentimiento. Incluye exámenes e intervenciones educativas sin autorización innecesarias, justificados únicamente por su valor formativo. Se han documentado casos en que, pese a su capacidad, el personal médico decide por la usuaria.

La Relatora Especial de la ONU afirmó que la falta de consentimiento viola directamente los DH, al igual que negar la posibilidad de tomar decisiones informadas durante el parto y en otros servicios de SSYR. Esta vulneración se atribuye tanto a los Estados como a los sistemas nacionales de salud. Del mismo modo, destaca prácticas graves, como la transferencia de embriones al útero de una mujer sin su consentimiento, calificada por el Comité DESC como violación al derecho al goce del máximo nivel de salud alcanzable (Šimonović, 2019).

[157] Se trata de un acto quirúrgico que suele realizarse sin consentimiento durante la sutura de una episiotomía. Se agregan puntos para que la apertura de la vagina quede más estrecha, bajo la consideración de que la pareja masculina pueda disfrutar más durante la intimidad. Suele acompañarse de comentarios sexistas, sin que medie el consentimiento y sin petición de la persona que recibe la atención, a iniciativa del profesional de la salud que la practica. Las consecuencias se atribuyen al dolor durante la penetración con la imposibilidad de tener relaciones sexuales placenteras.

3.4.Uso indebido de la objeción de conciencia

La objeción de conciencia como negativa personal para realizar procedimientos autorizados por convicciones morales, religiosas o filosóficas, y cómo, tal como lo sostiene (Wicclair, 2011), un conflicto ético-jurídico en el que la acción, aunque legal, colisiona con creencias del objetor, deriva de la libertad de conciencia protegida. Sin embargo, no es absoluto y debe interpretarse a la luz de derechos como autonomía, igualdad, dignidad, no discriminación e integridad. Si no se rige por el principio de proporcionalidad, se anulan las garantías que impiden que la objeción se convierta en una barrera de acceso o un mecanismo de obstrucción a los servicios. Tal como ha señalado la Corte Constitucional de Colombia, es un derecho de carácter individual, no institucional, y su invocación no puede incorporar la negación, dilación u omisión de servicios legalmente permitidos (Corte Constitucional de Colombia, T-209/2008; C-264/1996).

Negarse a remitir o usar la objeción para desinformar, persuadir, imponer creencias o demorar atención vulnera derechos. En consecuencia, los centros de salud deben garantizar profesionales no objetores disponibles para prestar el servicio sin poner en riesgo la vida, la salud o los derechos de las personas solicitantes. El deber de remisión debe ser personal, fundamentado e informado, con exposición ética, religiosa o filosófica que motive la objeción. Según Valderrama y López, la integridad moral del objetor no se ve comprometida al remitir, en tanto que participa directamente del procedimiento objetado ni comparte su fin (2011).

Organismos universales de protección han promovido la regulación de la objeción de conciencia para evitar obstrucciones al acceso a servicios de salud reproductiva y que sean seguros, oportunos y no discriminatorios (RC-24-CEDAW, párrs. 11, 14; Comité de Derechos Humanos, Observación General n.º 36: El derecho a la vida, 2018, párr. 8).

Si bien la coerción anticonceptiva se ubica conceptualmente dentro de la violencia reproductiva, su análisis resulta pertinente en este apartado por abarcar prácticas que vician el consentimiento y reiteran patrones institucionales de coerción en el acceso sobre las decisiones reproductivas. Por ejemplo, mediante métodos anticonceptivos de acción prolongada, como implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos. Esta coerción, a menudo “oculta a plena vista”, constituye una forma de

violencia institucionalizada que desdibuja la autonomía de la persona usuaria y prioriza objetivos institucionales o de control poblacional sobre el consentimiento (Boydell y Smith, 2023).

3.5.Explotación reproductiva y riesgos para la autonomía reproductiva

La gestación subrogada, que consiste en que una persona sustituta queda embarazada y gesta un hijo para terceros comitentes, fue objeto de análisis por la Relatora Especial de la ONU sobre la violencia contra las mujeres y las niñas. En su informe sobre distintas manifestaciones de violencia en este contexto, advirtió que se trata de una manifestación de violencia reproductiva que, además de generar formas múltiples e interseccionales de discriminación, mercantiliza las funciones reproductivas (Alsalem, 2025). El informe, si bien no distingue formalmente entre modelos de gestación subrogada altruista, de la que señala dudas, analiza los riesgos de explotación a partir de las condiciones materiales, contractuales y relacionales en las que se desarrolla la gestación.

El documento permite reconocer mecanismos de explotación y cosificación coincidentes con los descritos en la VO por la coerción y anulación de la autonomía que comparte. Según la Relatora, algunos profesionales que intervienen en el proceso realizan intervenciones invasivas innecesarias o coercitivas que considera VO. Señala que refuerza normas patriarcales y reduce a la mujer a su capacidad gestacional, daño análogo al trato como mero objeto descrito en la VO. Considera la gestación subrogada violatoria de derechos como la dignidad humana, protegida por instrumentos como la DUDH [158], el CDN [159], PIDCP y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes [160], el PIDESC [161], las Conferencias y Programas de Acción de la ONU [162] y el CEDH, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina (en adelante,

[158] La DUDH proclama la dignidad humana en su artículo 1, concepto que la relatora usa para condenar la cosificación y mercantilización del cuerpo femenino.
[159] La CDN protege los derechos de la infancia a la identidad y a cuidados de sus padres en sus artículos 7 y 8. Según la relatora, se contravienen por la separación entre el recién nacido y quien lo gestó.
[160] La CAT prohíbe tratos crueles, inhumanos o degradantes en sus artículos 7 y 16, estándar aplicado a la trata y explotación de las madres sustitutas.
[161] El informe cita el artículo 10, párrafo 2 del PIDESC, que declara que se debe proteger a las madres durante el embarazo y el posparto.
[162] Estas declaraciones definen el alcance y los límites de los derechos reproductivos de las mujeres y el derecho a decidir sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, como sucede al viciarse el consentimiento y al someter a las mujeres a intervenciones médicas coercitivas.

Convenio de Oviedo, 1997) [163], el Convenio de La Haya relativo a la Protección del Niño y a la Cooperación en Materia de Adopción Internacional [164].

La Relatora indicó, además, que refuerza los estereotipos sexistas prohibidos por la CEDAW [165]. Según el informe, la vulnerabilidad económica suele viciar el consentimiento porque se exigen renuncias a la toma de decisiones médicas propias cuando opera bajo la promesa de una compensación decisiva para la supervivencia y cuando permiten intervenciones no indicadas clínicamente, incluidas las cesáreas, en contravención a este derecho. La mayoría de los Estados no regulan la gestación subrogada ni eventos de filiación relacionados, aun cuando tienen la obligación de ejercer la debida diligencia y prevenir la explotación de las mujeres y las niñas. El informe de la Relatora señala que, incluso cuando es legalmente permitida, el Estado continúa con la obligación de respetar y proteger los DH y de ofrecer acceso a la justicia y recursos legales a las mujeres explotadas, incluida la prohibición de tratos inhumanos (Alsalem, 2025).

3.6.Violencia sexual

Se documenta violencia sexual institucional en contextos obstétricos mediante prácticas invasivas sin consentimiento, manipulación genital o contacto humillante en situación de subordinación (Cohen Shabot y Sadler, 2023). Procedimientos invasivos sin consentimiento, intervenciones médicas no informadas y prácticas que vulneran la dignidad durante el parto (OMS-Maltrato, 2014; Jardim y Modena, 2018; Diniz et al., 2015), junto a aquellas que implican una exposición corporal injustificada, vulneran la autonomía corporal y los derechos en SSYR.

Estas acciones vulneran el consentimiento, la integridad sexual y la autonomía corporal en el parto. Tal como señalan Khosla et al. (2016), la "atención no consensual que incluye contacto genital" viola derechos y puede clasificarse como violencia sexual institucional. Del mismo modo, Cohen

[163] El informe menciona el Convenio de Oviedo (1997) porque su artículo 21 prohíbe que el cuerpo humano o sus partes sean fuente de lucro, base que toma para condenar la mercantilización del cuerpo en la GS.
[164] El Convenio sobre Adopción Internacional, en su artículo 4, atribuye la maternidad a las mujeres que dan a luz legalmente, principio opuesto a los arreglos contractuales de la GS según la Relatora.
[165] El informe usa el artículo 5 de la Convención CEDAW, que exige a los Estados modificar los patrones socioculturales basados en funciones estereotipadas, lo que contraviene la reducción de las mujeres a su función reproductiva y la discriminación.

Shabot y Sadler (2023) las califican como tortura de género, pues buscan controlar y humillar, "rectificando a las mujeres y despojándolas de su subjetividad corporal durante el trabajo de parto".

3.6.1. Impacto de la atención en sobrevivientes de violencia sexual previa

Por otro lado, sobrevivientes de violencia sexual previa pueden experimentar la atención en salud reproductiva, y, en particular, el parto, como revictimización, en particular ante la ausencia de estándares adecuados de consentimiento, privacidad, lenguaje y contacto físico. En contextos institucionales altamente medicalizados, ciertos procedimientos rutinarios, como tactos vaginales sin consentimiento explícito previo, exposiciones genitales innecesarias, imposición de posiciones o separación no justificada del recién nacido, pueden vivirse como invasión corporal o coerción, incluso cuando sin intención lesiva (Sadler et al., 2016; OMS-Maltrato, 2014).

Estudios documentan que mujeres con antecedentes de violencia sexual reviven el trauma durante el parto ante intervenciones no explicadas, exámenes repetidos realizados por distintos profesionales, falta de respeto a sus tiempos o imposibilidad real de rechazar procedimientos sin consecuencias clínicas o administrativas (Simmons et al., 2019). Estos episodios pueden generar disociación, pánico, revictimización o pérdida del vínculo con el recién nacido, con consecuencias clínicas, psíquicas y jurídicas. La VO puede superponerse a la violencia sexual institucional al involucrar contacto genital sin consentimiento, coerción, humillación verbal o sujeción física en contextos de poder asimétricos (Bohren et al., 2015; Sadler et al., 2016).

Desde una perspectiva de DH, los Estados deben adoptar medidas de prevención, atención y reparación para mujeres que han sido víctimas de violencia sexual, respecto de los principios de debida diligencia, no revictimización e igualdad sustantiva. La Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer ha destacado la obligación estatal de incorporar enfoques de atención sensibles al trauma dentro de los sistemas sanitarios, pues ignorar estos antecedentes puede ser otra forma de violencia institucional (Šimonović, 2019; RCOG, 2022).

En el ámbito clínico, organizaciones como el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG) y el Real Colegio de Matronas (Royal College of Midwives, RCM) destacan la necesidad de atención perinatal sensible al trauma,

especialmente en mujeres vulnerables o con antecedentes traumáticos. En su declaración conjunta, ambos afirman que todas las mujeres deben recibir cuidados basados en conocimiento del trauma brindados por profesionales capacitados y comprometidos con acompañamiento efectivo, decisiones informadas, y resaltan la importancia de implementar modelos de atención perinatal sensibles al trauma (RCM y RCOG, 2023).

3.7. Medicalización, procedimientos e instrumentación excesivos, injustificados o sin consentimiento informado

Las manifestaciones de VO se derivan de modelos de atención que tienden a patologizar y medicalizar en exceso eventos fisiológicos. Se configuran mediante técnicas, tecnologías e intervenciones protocolizadas sin justificación clínica, actos que, al negar la autonomía, vulneran DH y causan riesgos significativos para la salud de la díada. Las intervenciones y medicalización suelen priorizar resultados inmediatos por sobre la seguridad y el bienestar materno-neonatal. Estos se manifiestan mediante el control arbitrario, la manipulación, la aceleración injustificada de los tiempos fisiológicos, el uso excesivo de tecnología, la omisión de pruebas o alternativas menos invasivas y procedimientos carentes de respaldo científico. La investigación especializada muestra que su uso inapropiado o excesivo de intervenciones durante el parto puede generar efectos adversos y riesgos innecesarios para la salud materna y neonatal (Miller et al., 2016).

Esta lógica de intervención se extiende al ámbito de la reproducción asistida. Dinámicas institucionales trascienden la finalidad terapéutica y configuran formas de control sobre la autonomía reproductiva, en un contexto en el que puede haber desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Desde otra perspectiva, el deseo de un embarazo inmediato puede estar atravesado por un esquema de saturación farmacológica y hormonal excesiva, practicada incluso sin evidente necesidad clínica indispensable que la justifique. Esta medicalización innecesaria vulnera la autonomía corporal y desplaza el derecho a un consentimiento plenamente informado sobre los riesgos a largo plazo. Además, transforma el proceso reproductivo en un objeto de negocio institucional.

Por otro lado, en la práctica obstétrica se observa una tendencia al uso excesivo de intervenciones médicas, muchas veces sin justificación clínica suficiente, lo que contribuye a la medicalización

del proceso reproductivo y a la limitación de la autonomía de las mujeres . Asimismo, se ha señalado que, mientras en algunos contextos las intervenciones se aplican de forma tardía, en otros se realizan de manera excesiva y prematura, con posibles consecuencias incluso fatales para la díada (Mena-Tudela et al., 2021).

Un ejemplo de intervenciones que desestiman los procesos fisiológicos naturales durante el trabajo de parto, el parto y el posparto es el pujo espontáneo en la fase expulsiva avanzada, en contraste con el pujo dirigido, que ignora la sensación fisiológica de pujar y puede llegar a interferir con los mecanismos naturales, ya que técnicas como la maniobra de Valsalva, que exige contener la respiración con la glotis cerrada durante el pujo, se han asociado con efectos adversos como la disminución del gasto cardíaco y un aumento en las desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal, fatiga materna y daño al suelo pélvico (King y Pinger, 2014). Otro caso frecuente es la separación de la díada tras el parto sin complicaciones. Esta separación interrumpe el contacto piel con piel y la lactancia temprana. También se vulneran derechos al restringir el parto natural, impedir la posición, alterar procesos fisiológicos o ignorar los deseos de quien pare.

Algunas de estas y otras prácticas institucionales y políticas de salud carecen de sustento científico actualizado y responden a producción científica desactualizada [166], intereses y a la falta de formación del personal. Estas deficiencias pueden dar lugar a complicaciones evitables y afectar la calidad del manejo médico. En lugar de fundamentarse en investigación médica rigurosa y en las necesidades reales de quienes reciben atención, estas prácticas a menudo perpetúan protocolos que no consideran su individualidad. Aunque se busca un parto seguro y un nacimiento saludable, persiste una medicalización que patologiza procesos fisiológicos.

Valls (2020) señala que sesgos del personal dificultan y retrasan diagnósticos adecuados en mujeres y favorecen medicalizaciones innecesarias de procesos fisiológicos como el embarazo, el parto o la menopausia. Estas prácticas, ajenas a los estándares vigentes, pueden equivaler a

[166] Actualmente, la evidencia, en partos de bajo riesgo, contradice la idea de no permitir la ingesta oral; presenta efectos adversos clínicamente significativos. Históricamente, la práctica de restringir la ingesta oral durante el trabajo de parto se centraba en el riesgo de aspiración pulmonar durante el parto, un riesgo hoy casi inexistente debido al uso poco frecuente de anestesia general. Sin embargo, la restricción de alimentos y fluidos continúa siendo una política estándar en muchos hospitales, a pesar de la falta de evidencia sobre la ingesta oral para mujeres de bajo riesgo. De hecho, la práctica actual de restringir la ingesta oral y administrar fluidos intravenosos a una tasa estándar de 125 ml por hora puede ser iatrogénica, lo que contribuye a una mayor duración del trabajo de parto (King y Pinger, 2014).

violencia ginecológica [167] y obstétrica, y vulneran DH y principios éticos, además de generar complicaciones evitables que afectan a mujeres y recién nacidos.

Estos actos y omisiones contrarias al conocimiento científico representan una vulneración de DH y una violación de principios éticos fundamentales, ya que exponen a las personas usuarias a riesgos evitables y vulneran su derecho a una atención digna, respetuosa y segura, protegida y reconocida en marcos jurídicos globales y locales. Según OMS-Parto positivo, 2018, las intervenciones innecesarias en personas sanas pueden interferir con el parto fisiológico y debilitar sus capacidades innatas. También afecta la experiencia de parto.

Las *guías consolidadas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto*, de la OMS, FIGO e ICM, aconsejan un uso racional de uterotónicos, desaconsejan prácticas rutinarias sin justificación clínica, como la episiotomía sistemática, y enfatizan la inversión estructural en sistemas de partería y atención obstétrica. Es un avance normativo para garantizar la atención materna segura, digna y soportada científicamente (OMS, 2025).

Por su parte, la guía conjunta de la OMS y UNICEF para proteger*, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología, Revisión de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños* (2018), insta a evitar prácticas sin indicación médica o perjudiciales durante el trabajo de parto, el parto y el posparto, como la episiotomía, el parto instrumental y la cesárea. Subraya el derecho a adoptar la postura que se desee durante el parto, el trato digno y respetuoso (58); las decisiones fundamentadas y el acompañamiento por la persona de elección (11).

[167] Algunas de estas conductas son exploraciones ginecológicas innecesarias, la indicación de medicamentos que causan enfermedades o síntomas secundarios o que no corresponden al cuadro médico. De igual forma, pruebas de virginidad y exámenes pélvicos no recomendados para mujeres asintomáticas y no embarazadas, que pueden causar daños, falsos positivos, sobrediagnóstico, ansiedad y costos innecesarios (Qin, et al., 2020), y también pruebas innecesarias en personas que no son sexualmente activas.
Los retrasos en los diagnósticos o la falta de diagnóstico afectan de manera significativa la salud física y mental. Por ejemplo, la falta de reconocimiento de patologías vinculadas al ciclo menstrual, como la endometriosis, enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por la presencia de tejido similar al endometrio fuera de la cavidad uterina. Su diagnóstico oportuno constituye un asunto de DH, ya que protege el derecho a la salud y a una vida libre de dolor controlable. El tiempo de diagnóstico, que varía según el contexto sanitario y la región, puede superar los diez años, lo que requiere definiciones estandarizadas, mayor sensibilización e intervenciones diagnósticas específicas (De Corte et al., 2024), elementos para garantizar servicios compatibles con los DH.

La imposición de técnicas y tecnologías sobre el parto fisiológico plantea interrogantes sobre la legitimidad de ciertas intervenciones. Evaluar estas prácticas y la función profesional resulta clave para distinguir entre actos respaldados por producción científica y aquellos que, sin justificación médica, vulneran derechos en los servicios de salud reproductiva.

4. Uso incorrecto de guías de atención, medicación, procedimientos y tecnología

El bienestar y el funcionamiento de quienes atraviesan por procesos de atención suelen ser minimizados por sistemas sanitarios que priorizan la supervivencia, en detrimento de un enfoque integral de salud. Fallas en la provisión de guías de práctica clínica actualizadas y de calidad, especialmente en contextos de ingresos bajos o medianos, inciden en la persistencia de complicaciones subsiguientes (McCauley et al., 2023). Se presentan manifestaciones de violencia cuando se aplican intervenciones agresivas para obtener resultados inmediatos, sin considerar alternativas menos invasivas ni criterios de respeto fisiológico. Esto incluye prácticas coercitivas como la esterilización y el aborto forzados (Šimonović, 2019).

También se manifiesta cuando se administran intervenciones rutinarias sin justificación clínica individualizada, como la analgesia sistemática, los enemas o el rasurado perineal. La literatura científica disponible no demuestra beneficios del rasurado perineal rutinario durante el trabajo de parto y, por el contrario, identifica posibles efectos adversos, por lo que no se recomienda como práctica sistemática en la atención obstétrica (Basevi y Lavender, 2014). Asimismo, los enemas durante el trabajo de parto no generan beneficios clínicos en términos de infección, resultados neonatales o evolución del parto, por lo que su uso rutinario debe ser desaconsejado (Reveiz et al., 2013).

Cobra relevancia evitar prácticas en las que los estándares o diligencias se construyen sobre los temores del personal sanitario, especialmente en ausencia de guías, rutas o protocolos actualizados respaldados por evidencia y registros clínicos suficientes. Así se convierte la decisión clínica en una práctica institucional discrecional, lo que incrementa el riesgo de vulneración de derechos. El uso excesivo de tecnología y medicalización desproporcionada durante el parto genera riesgos para la salud materna y neonatal, afecta la autoimagen, reduce el control percibido y limita la autonomía (Behruzi et al., 2013). La atención bajo modelos tecnológicos es una barrera para el enfoque

humanizado, agravada por la escasez de personal capacitado, la discontinuidad asistencial y protocolos que desatienden las necesidades de las mujeres (Behruzi et al., 2013).

La carencia de tecnología adecuada y de atención médica básica también representa riesgos, por lo que se quiere un uso racional. Algunas personas usuarias incluso demandan mayor tecnología para sentirse en control de sus partos (Behruzi et al., 2013). Estos obstáculos deben ser tratados para garantizar que las mujeres puedan experimentar el parto como un proceso seguro y respetuoso. El uso injustificado de monitorización fetal electrónica se asocia con más cesáreas y partos instrumentales, sin muestra clara de mejora perinatal. En el ámbito normativo, se desaconseja su uso continuo [168].

La cardiotocografía continua durante el trabajo de parto reduce las crisis convulsivas neonatales, pero aumenta los partos vaginales instrumentados y las cesáreas (Alfirevic et al., 2017), que se asocian con un aumento de aproximadamente el 50% y con más partos vaginales operatorios, sin que se demuestre una mejora en los resultados neonatales. La única excepción identificada es la reducción en la incidencia de convulsiones neonatales, pero el seguimiento a largo plazo no ha encontrado que dichas convulsiones se asocien con anomalías neurodegenerativas permanentes. Por lo tanto, la monitorización intermitente debe ser el estándar de atención para las mujeres de bajo riesgo (King y Pinger, 2014).

Adicionalmente, la OMS indica que no existen pruebas de que la monitorización fetal electrónica continua (EFM) mejore los resultados perinatales en embarazos de bajo riesgo. Recomienda limitar su uso a casos seleccionados. Prioriza la auscultación fetal intermitente cada 15 a 30 minutos en la fase activa y cada 5 minutos durante el expulsivo, según el estado clínico (OMS-Trabajo de Parto, 2018). Esta visión promueve reducir la ansiedad y evitar intervenciones innecesarias.

[168] En España, la Estrategia de Atención al Parto Normal establece que, en embarazos de bajo riesgo, debe priorizarse la auscultación intermitente del latido fetal frente a la monitorización electrónica continua, la cual no debe emplearse de forma rutinaria, y recomienda favorecer la movilidad y la libertad de posición durante el trabajo de parto (Ministerio de Sanidad, 2007; actualizaciones posteriores). Aunque se trata de un instrumento técnico-programático y no de una ley formal, su incorporación en el Sistema Nacional de Salud ha orientado la práctica clínica en el ámbito público.
En Uruguay, el marco es más marcado desde el punto de vista normativo. Las *Recomendaciones sobre Prácticas y Actitudes en la Asistencia del Embarazo y Nacimiento Institucional (Ministerio de Salud P*ública y UNFPA, 2018) promueven el uso racional de la monitorización fetal y priorizan la auscultación intermitente en embarazos de bajo riesgo, con el fin de preservar la fisiología del parto y la movilidad. En Colombia, la Ley 2244/2022 incorpora expresamente esta orientación al establecer que debe promoverse el monitoreo fetal intermitente con el fin de conocer el estado de salud del feto y facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto (art. 12 (b)).

OPS/OMS-Fortaleza, 1985, desaconseja la tecnificación del parto y subraya la necesidad de una atención centrada en lo emocional, social y psicológico.

4.1.Tacto vaginal desaconsejado o en tiempos inadecuados

La práctica del tacto vaginal durante el trabajo de parto es un procedimiento invasivo que puede generar molestias, dolor y aumentar el riesgo de infección, en particular cuando se realiza de forma repetida. Su uso excesivo o injustificado, en particular sin consentimiento, se encuadra en intervenciones innecesarias que afectan la experiencia y los derechos de las mujeres durante el parto (OMS-Parto positivo, 2018). Se sugiere que se realice en intervalos de cuatro horas (OMS-Parto positivo, 2018; Moncrieff et al., 2022), ya que intervalos menores no aportan beneficios y elevan el riesgo de infecciones (Moncrieff et al., 2022).

Realizar tactos sin necesidad médica o fuera de lo avalado por la literatura científica vulnera derechos en SSYR. Indicaciones sobre la práctica del tacto vaginal obstétrico han sido determinadas normativamente [169] y algunas recomendaciones específicas individuales del Comité CEDAW contra España han señalado esta práctica como causante de infección [170].

4.2.Cesáreas innecesarias

La cesárea, si bien puede salvar vidas, genera riesgos y debe limitarse a necesidades médicas. Su indicación médica debe basarse en una valoración integral de factores de riesgo que impidan el parto vaginal. El aumento global de su práctica ha motivado debates, ya que en muchos casos va más allá de necesidades médicas y cubre patrones institucionalizados de atención y preferencias individuales, y la necesidad de evaluar rigurosamente sus indicaciones y promover prácticas obstétricas que favorezcan el parto vaginal cuando sea seguro y posible (Schnapp et al., 2014).

[169] Con respecto al tacto vaginal, existen estrategias, como en España la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud en España (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), que lo recomiendan solo cuando esté clínicamente indicado, bajo una limitación de su frecuencia y para evitar exploraciones innecesarias. También leyes, como en Colombia, que indican que sea realizado en lo posible por el mismo profesional de la salud para facilitar comparaciones objetivas, y según las recomendaciones de la literatura científica (Ley 2244/2022 Colombia, art. 12, inciso a). En México, la NOM-007-SSA2-2016 (núm. 559) indica que debe evitarse la repetición innecesaria de tactos vaginales y que deben realizarse bajo indicación clínica e información previa.

[170] En el caso *S.M.F. v. España* (Comunicación núm. 138/2018), decisión adoptada en 2020 por el Comité CEDAW, se declaró que múltiples exámenes vaginales realizados sin consentimiento causaron una infección al recién nacido.

Las cesáreas sin indicación médica son intervenciones injustificadas. OPS/OMS-Fortaleza, 1985, recomienda transparentar las prácticas de parto en los hospitales, incluir las tasas de cesáreas e impulsar investigaciones sobre la estructura y el equipo de cuidados del parto a nivel regional, nacional e internacional. Propone fortalecer la atención primaria, asegurar partos normales y mejorar la salud perinatal y la respuesta a las necesidades comunitarias. El panel vinculó tasas de mortalidad perinatal más bajas con países donde las cesáreas no superan el 10% y recomendó mantenerlas entre el 10% y el 15%. Las tasas de cesárea superan ampliamente el 15% recomendado, lo que incrementa los riesgos maternos y perinatales sin impacto en la reducción de la mortalidad perinatal (Oliveira et al., 2016).

Por otro lado, no se justifican cesáreas tras cesárea previa si existe acceso a cirugía de emergencia. La ligadura de trompas no constituye una indicación para cesárea, ya que existen métodos más seguros para la esterilización tubárica. Insta a instituciones a controlar su uso excesivo mediante investigación y difusión de riesgos sobre la díada (OMS-Parto positivo, 2018).

Se sugieren futuras investigaciones centradas en la educación de profesionales de la salud y en decisiones compartidas con las personas usuarias, ya que se trata de una cirugía mayor que puede comprometer la salud ginecológica y reproductiva a largo plazo. Además de importar su número, también importa la técnica de cierre uterino cuando esta se finaliza: las incisiones mal reparadas se asocian con dolor pélvico crónico, sangrado posmenstrual, infertilidad secundaria, rotura uterina en embarazos posteriores y otros trastornos. Por ello, la técnica de cierre uterino tras la cesárea supera una cuestión meramente operatoria y abarca un componente central de la obligación de garantizar una atención obstétrica segura y de calidad, dado que de ella depende en gran medida el riesgo de complicaciones futuras previsibles y evitables (Bujold y Romero, 2025).

Adicionalmente, las recomendaciones científicas disponibles recomiendan cautela ante solicitudes electivas de cesárea [171]. Si bien puede solicitarse, su denegación injustificada puede vulnerar

[171] Las cesáreas, especialmente en ausencia de trabajo de parto previo, se han asociado con menores tasas de inicio y duración de la lactancia, lo que exige un apoyo intensivo en el período posparto (Prior et al., 2012). Además, es significativo reforzar el apoyo en lactancia tanto en cesáreas programadas como en emergencias, ya que pueden complicar su inicio y mantenimiento (Hobbs et al., 2016).

derechos [172], siempre que no existan riesgos clínicos concretos. No obstante, debe orientarse adecuadamente a quienes la soliciten sobre los riesgos asociados a intervenciones quirúrgicas sin indicación médica formal. La decisión debe equilibrar los principios de beneficencia y no maleficencia y considerar los posibles daños inmediatos y futuros, como los riesgos acumulativos tras cesáreas previas. La información médica debe incluir riesgos y beneficios a corto y largo plazo, así como las limitaciones de la evidencia disponible, para garantizar un consentimiento realmente informado (Uzcátegui, 2011).

Sadler (2019), al analizar el contexto chileno, señala que el sector privado concentra las cesáreas y que su aumento ha sido injustamente atribuido a la solicitud materna para justificar las altas tasas de cesáreas, pese a la preferencia por el parto vaginal, lo que constituye una forma de trasladar la responsabilidad del incremento hacia las mujeres. De otra parte, en algunos casos, se indica por conveniencia del proveedor de salud, sin justificación clínica. Al tratarse de una cirugía mayor, deben informarse beneficios y riesgos a corto plazo para la díada.

Normativamente, la cesárea innecesaria se considera VO [173] y la Relatora de la ONU la calificó como una vulneración de derechos cuando es programada sin justificación clínica. Su incremento va en detrimento del parto vaginal, impulsado por la eficiencia institucional y mayores honorarios. En varios sistemas, el interés fetal prevalece sobre los derechos de las mujeres, lo que limita su autonomía en la decisión sobre el parto. La falta de consentimiento convierte a esta práctica en una posible forma de violencia de género y medicalización excesiva (Šimonović, 2019).

[172] En cuanto a marcos normativos, la Ley 2244/2022 en Colombia reconoce el derecho de las mujeres a solicitar una "cesárea humanizada", siempre que esta decisión sea tomada de forma libre e informada y hacer constar esta decisión en su plan de parto (art. 23).
En cuanto a precedentes judiciales, en España, un juzgado de lo Contencioso-Administrativo dictó un fallo relevante en la materia. Condenó al Servicio Canario de Salud por imponer un parto gemelar prolongado que resultó en una lesión cerebral irreversible en uno de los recién nacidos. La sentencia determinó que el hospital vulneró el derecho de la mujer a decidir el modo en que deseaba dar a luz al imponerle el parto vaginal sin contemplar su voluntad. Según la sentencia, "la decisión final no es del facultativo, sino de la paciente, bajo su responsabilidad, una vez correctamente informada de su situación y de las alternativas existentes, en este caso el parto natural o la cesárea".
El fallo también destaca una contravención de la *lex artis*, al haberse negado a la mujer la posibilidad de consentir o rechazar los riesgos del parto vaginal, opción elegida por los médicos, sin que se le informara debidamente sobre los riesgos implicados ni sobre la viabilidad de una cesárea como opción menos riesgosa (Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 5 de Las Palmas de Gran Canaria, 2023).
[173] La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela considera esta práctica (art. 51.12) como acto constitutivo de VO cuando existen condiciones para el parto natural sin obtener el consentimiento.

4.3. Inducción y aceleración del parto sin justificación médica

La OMS recomienda evitar la prolongación del trabajo de parto mediante estrategias basadas en documentación científica y desaconseja el uso rutinario de procedimientos de inducción o aceleración del parto sin indicación específica. Promueve el manejo activo con criterios claros de intervención y evalúa el uso de maniobras o de medicamentos que lo inducen o estimulan, como la oxitocina y el misoprostol oral, según eficacia y contexto (OMS- Parto positivo, 2018).

La inducción del parto, ya sea mediante la maduración del cuello uterino o el estímulo de contracciones, se recomienda en términos estrictos cuando los riesgos de continuar con el embarazo superan sus beneficios. Esto incluye situaciones como preeclampsia grave, ruptura prematura de membranas, restricción del crecimiento intrauterino o riesgo de muerte fetal en embarazos prolongados (Leduc et al., 2013). Intervenciones que alteran el curso fisiológico del parto de bajo riesgo a través de técnicas de aceleración; se consideran normativamente como actos de VO cuando no media el consentimiento [174].

El despegamiento de membranas o "rotura de bolsa" es una técnica no formal de estimulación del parto. Consiste en manipular el cuello uterino para inducir contracciones mediante liberación de oxitocina (Briones et al. 2022, 5). El saco amniótico contiene capas que rodean al feto en el útero. La rotura espontánea suele preceder al inicio del parto fisiológico, pero si ocurre antes de tiempo, se considera rotura prematura y puede aumentar la morbimortalidad materna y neonatal. Si no se inicia el parto en las 24 horas posteriores o la rotura ocurre antes de las 34 semanas, se requiere supervisión médica e intervenciones oportunas (ACOG, 2020, Practice Bulletin n.º 217).

Requiere consentimiento y puede producir efectos como sangrado, molestias o contracciones irregulares (Boulvain et al., 2005). En América Latina se ha documentado el uso rutinario de esta maniobra (Hamilton) sin consentimiento, lo que vulnera la autonomía y puede constituir VO (Sadler et al., 2016). OPS/OMS-Fortaleza, 1985, ni OMS-Parto positivo, 2018, recomiendan rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina. Además, se vincula con mayores tasas de mortalidad perinatal (OPS/OMS-Fortaleza, 1985).

[174] Así lo reconoce la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela, que en su artículo 51.12 incluye expresamente estas prácticas como manifestaciones de VO.

En cuanto al uso de uterotónicos, la oxitocina es una hormona natural que estimula las contracciones uterinas durante el parto y favorece la eyección de la leche en la lactancia. En su forma sintética, actúa como uterotónico para inducir o acelerar el parto. También para prevenir hemorragias tras la expulsión de la placenta (Oladapo et al., 2020). Puede administrarse sola o combinada con prostaglandinas para potenciar su efecto en la inducción (Finucane et al., 2020). Sin embargo, su uso puede causar rotura uterina, especialmente en mujeres con úteros sin cicatrices expuestas a trabajo de parto prolongado u obstruido, con necesidad de cirugía, histerectomía o tratamiento de sepsis o peritonitis, con una elevada morbilidad materna (Turgut et al., 2013).

También se asocia con contracciones uterinas prolongadas o excesivamente frecuentes (hiperestimulación uterina), alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal y aumento del riesgo de cesáreas de emergencia, tanto en mujeres primíparas como multíparas, cuando es administrada en la primera etapa del parto (Lukasse et al., 2020). Su administración ha sido vinculada, además, con mayor uso de anestesia epidural, fiebre intraparto y valores bajos de PH en la sangre del cordón umbilical (acidosis neonatal). Por lo tanto, no debe utilizarse de forma sistemática y se requiere brindar información sobre sus posibles efectos (Hidalgo Lopezosa et al., 2016).

Por ello, la OMS recomendó limitar la inducción a indicaciones médicas concretas y evitar tasas superiores al 10% (Fortaleza, 1985). Recomendaciones más recientes desaconsejan su uso rutinario sin indicación o justificación clínica (OMS-Parto positivo, 2018). Cuando se indique, debe explicarse médicamente su necesidad, dado que suele pedirse su exclusión en los planes de parto. La inducción sin consentimiento ha sido además indicada como una forma de vulneración de DH (Šimonović, 2019).

4.4.Instrumentación y episiotomía de rutina

La episiotomía es una incisión quirúrgica en el periné durante la segunda etapa del parto con el objetivo de ampliar la abertura vaginal y facilitar la salida fetal. Su indicación debe reservarse a situaciones clínicas específicas, como sufrimiento fetal agudo, distocia de hombros o parto instrumental, en el marco de un enfoque restrictivo que desaconseja su uso (Jiang et al., 2017). Durante la fase expulsiva, en presencia de riesgo fetal o imposibilidad de pujo eficaz, pueden

utilizarse instrumentos como fórceps [175], ventosas [176] o espátulas [177]. Su elección debe responder a criterios clínicos claramente justificados y no a preferencias individuales (Verma et al., 2021). Tanto la episiotomía como la instrumentación requieren protocolos estrictos, consentimiento informado, uso de anestesia cuando proceda y respeto del curso fisiológico del parto (OMS-Parto positivo, 2018).

La literatura clínica reciente ha examinado diversas intervenciones relacionadas con la prevención y manejo del trauma perineal asociado al parto vaginal y destaca la importancia de su adecuada identificación y reparación conforme a la documentación científica disponible (Shqara et al., 2025). En la misma línea, las guías clínicas internacionales señalan que la atención posnatal debe incluir la evaluación sistemática de posibles lesiones perineales y su manejo oportuno (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2021).

La literatura científica disponible indica que la episiotomía rutinaria no previene los desgarros perineales severos y, por el contrario, puede asociarse con un aumento del trauma perineal, en comparación con el uso restrictivo o selectivo, con más complicaciones probables de la cicatrización (King y Pinger, 2014). Asimismo, se ha vinculado con un mayor riesgo de lesiones del esfínter anal, dolor crónico, disfunción sexual e incontinencia (Jiang et al., 2017; ACOG, 2018). Aunque los desgarros pueden ocurrir en partos no intervenidos, no debe interpretarse como señal de mala práctica ni justificar intervenciones anticipadas. Cuando se utiliza sin justificación médica, sin consentimiento o sin anestesia adecuada, la episiotomía puede constituir una forma de VO, al afectar la salud sexual y mental de las personas que reciben la atención, así como su integridad corporal (Šimonović, 2019).

[175] Los fórceps obstétricos son instrumentos en forma de pinzas articuladas entre sí, que permiten la tracción de la cabeza fetal mediante su presión (Clínica Universidad de Navarra, s. f.). Su uso ha sido descrito como una opción efectiva en determinados contextos clínicos (Burke et al., 2012) y se asocia con diversos riesgos maternos y neonatales, entre ellos, laceraciones perineales, hemorragias posparto y lesiones del esfínter anal, así como cefalohematomas, fracturas craneales o daño neurológico en el recién nacido (Langeron et al., 2012; López Criado et al., 2012).

[176] Las ventosas obstétricas son instrumentos utilizados para asistir el parto mediante tracción controlada sobre la cabeza fetal, especialmente en la fase final del expulsivo (Clínica Universidad de Navarra, s. f.).

[177] Las espátulas obstétricas son instrumentos compuestos por dos palas independientes que se colocan a ambos lados de la cabeza fetal para facilitar su deslizamiento a través del canal de parto sin ejercer compresión craneal. Su uso suele reservarse para situaciones en que la cabeza ya ha descendido y se requiere asistencia en la fase final del expulsivo (Cunningham et al., 2018).

En modelos de atención menos intervenidos, se observa una reducción en la frecuencia de episiotomías, mientras que la evidencia sobre desgarros de tercer y cuarto grado presenta un nivel de certeza bajo (Sandall et al., 2024). No obstante, cuando la episiotomía se practica de forma indebida, puede generar complicaciones como traumatismo perineal, dolor persistente, dispareunia, incontinencia fecal y formación de fístulas rectovaginales, con posibles secuelas funcionales (Carroli y Mignini, 2009; Jiang et al., 2017).

En entornos hospitalarios altamente medicalizados, las intervenciones obstétricas rutinarias tienden a aumentar la probabilidad de episiotomías aun cuando no siempre estén clínicamente justificadas (OMS-Parto positivo, 2018; Carroli y Mignini, 2009). El uso sistemático de la episiotomía se relaciona con una forma de atención intervencionista que históricamente la estandarizó, junto con el empleo preventivo del fórceps en mujeres primíparas (Katz et al., 2020). Por estas razones, actualmente se promueve un uso restrictivo de la episiotomía basado en la clínica individual y el consentimiento informado (ACOG, 2018; Backes et al., 2020) y no justifica su uso sistemático (Jiang et al., 2017).

La OMS desaconseja su uso rutinario en partos vaginales espontáneos y recomienda, en su lugar, medidas no invasivas para la protección del periné (OMS-Parto positivo, 2018). En este sentido, la documentación científica ha evaluado intervenciones como la aplicación de compresas calientes y el masaje perineal, las cuales pueden contribuir a reducir la incidencia de desgarros perineales graves, aunque con resultados variables según el desenlace analizado (Aasheim et al., 2017). Asimismo, instrumentos internacionales previos han subrayado la necesidad de evitar intervenciones innecesarias durante el parto, en favor del respeto a la fisiología del proceso (Fortaleza, 1985; OMS-Parto positivo, 2018).

La utilización de instrumentación obstétrica exige una valoración clínica rigurosa y una indicación claramente justificada, dado que su uso inadecuado puede generar complicaciones maternas y neonatales relevantes. Desde una perspectiva jurídica, estas intervenciones se encuentran vinculadas al cumplimiento del estándar de diligencia profesional exigible en la atención obstétrica conforme a los principios de la práctica clínica con soporte científico y el deber de actuar conforme a la *lex arti*s.

5. Omisión de cuidados, desatención y barreras institucionales

La omisión de cuidados y las barreras institucionales constituyen una forma de VO que se manifiesta en deficiencias de fondo del sistema, como la falta de recursos, personal calificado o protocolos adecuados, que impiden el acceso efectivo a servicios de salud de calidad. La negligencia institucional o el abandono de la atención perinatal y posnatal configuran conductas contrarias a derechos en SSYR en las que influyen fallas sistémicas, económicas e institucionales que elevan el riesgo de morbimortalidad materna y neonatal prevenible.

5.1. Impedimento al acompañamiento

Se restringe el derecho al acompañamiento, lo cual incrementa la situación de vulnerabilidad. Negar acompañamiento durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato es una práctica institucional persistente en América Latina. Esta limitación contradice las recomendaciones globales que indican garantizar la presencia de un acompañante de elección como parte de una atención centrada en la persona (OMS-Maltrato, 2014). En la práctica de los sistemas de salud y las instituciones prestadoras de servicios, persisten limitaciones normativas e institucionales que dificultan la garantía de este derecho, lo que además muestra una brecha entre la normativa nacional y los estándares en salud.

Asimismo, la exclusión del acompañante de libre elección, ya sea la pareja, el padre o un miembro de la red de apoyo de las personas usuarias, constituye una dimensión de la violencia institucional que busca consolidar el control sobre el evento del nacimiento. Como señalan Yaraş et al., 2026, la marginalización de los vínculos afectivos reduce al acompañante a un agente logístico. De esta manera lo priva de su rol como soporte emocional afectivo. Esta segregación vulnera el derecho al acompañamiento y deja a las personas que reciben atención en una situación de mayor aislamiento frente al poder médico. Se dificulta así la negociación de sus preferencias y se refuerza la hegemonía de la institución sobre la autonomía personal.

5.2. Abandono, desatención

Bowser y Hill (2010) y OMS (2014) documentan el abandono por ausencia de personal obstétrico durante el trabajo de parto y el parto, lo que elimina la asistencia, particularmente ante

emergencias. Esta negación o dilación afecta especialmente a personas vulnerables, con discapacidad o movilidad reducida. La OMS (2014) destaca el rechazo a la admisión en emergencias y las barreras como vulneratorias del derecho a la salud. A nivel normativo, se resalta la omisión de la atención en emergencias [178]. Se pone de presente la negación de apoyo emocional, servicios básicos y estímulo durante el parto (Bowser y Hill, 2010), así como deficiencias en la atención obstétrica que pueden darse por la omisión de cuidados necesarios, con consecuencias adversas para la salud de las mujeres debido a un trato irrespetuoso y abusivo (OMS-Maltrato, 2014); al igual que el agravamiento de patologías, complicaciones evitables e incluso muertes prevenibles. Khosla et al. (2016) indican que la falta de apoyo y ausencia de personal calificado y los retrasos aumentan la desprotección.

El sujeto activo de estas omisiones no se limita al personal facultativo; el personal administrativo desempeña un rol crítico en la configuración de la violencia institucional. Las exigencias burocráticas injustificadas, como la demanda estricta de documentos o registros administrativos, falta o escaso personal o consideraciones sobre el tiempo de la atención, particularmente al mismo momento de la labor activa, funcionan como barrera de acceso que impide el ingreso oportuno y la misma atención. Esta desatención administrativa deriva en eventos de partos fortuitos en áreas no clínicas, particularmente contra mujeres en zonas con acceso precario a la salud. Cualquier obstáculo injustificado en la admisión que retrase la atención es una manifestación de VO.

Bajo esta perspectiva, bajo la luz de DH, la atención obstétrica puede vulnerar cuando se presentan omisiones de asistencia, abandono, demoras prolongadas, ausencia de personal calificado, falta de apoyo durante el parto y fallas del sistema de salud, como carencias de recursos, falta de personal y falta de políticas y mecanismos de reparación (Khosla et al., 2022). La negligencia institucional y el abandono de cuidado también se reflejan en la falta de condiciones higiénicas, ausencia de protocolos ante emergencias obstétricas, negación de asistencia durante el posparto y restricciones ante abortos espontáneos o terapéuticos, con riesgos para la salud y la vida. Se expresan como, lo que refuerza la desprotección durante la atención perinatal (Khosla et al., 2022). Asimismo, la

[178] La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela señala como VO la falta de atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas (art. 51.12).

omisión en la detección y tratamiento de la depresión posparto puede afectar el bienestar y evidenciar deficiencias en la provisión de apoyo.

5.3. Negación u obstáculos para la emisión de certificados de nacimiento

El registro de nacimientos es un elemento nuclear para acceder a derechos como la salud, la educación y la protección legal. Cuando el parto ocurre fuera del sistema de salud formal, la falta de prueba documental del nacimiento puede constituir una barrera sustancial al registro civil. Es una omisión institucional es negar, reconocer o documentar nacimientos extrainstitucionales, aun cuando existen condiciones clínicas para su verificación.

En tales escenarios, especialmente si no intervinieron profesionales de salud reconocidos o partería formal, aunque el nacimiento pueda verificarse clínicamente, el profesional sanitario suele no estar jurídicamente obligado a emitir el certificado si no cuenta con elementos clínicos suficientes o certeza sobre la filiación. La falta de lineamientos operativos claros en estos casos expone a incertidumbre jurídica, dilaciones administrativas y riesgo de indocumentación, con impacto directo en el acceso a servicios de salud, particularmente en emergencias obstétricas o pediátricas.

La negativa de registros por falta de control clínico del parto suele derivar en trámites testimoniales o judiciales ante autoridades registrales que, en la práctica, no se aplican uniformemente ni garantizan inscripciones oportunas y presentan dificultades operativas como la interpretación discrecional por parte de notarías o registradores y el requisito de pruebas no previstas normativamente. Es contraria al deber estatal de garantizar la inscripción universal, inmediata y no discriminatoria de todos los nacimientos. En estos contextos, la falta de mecanismos operativos que reconozcan la validez de actores comunitarios o de medios probatorios alternativos es una omisión jurídicamente atribuible a los Estados.

La manipulación o ausencia de certificados de nacimiento impide el acceso a derechos esenciales y vulnera la identidad personal y jurídica del recién nacido. Entre otros, obstaculiza el acceso al registro civil, deriva en exclusión jurídica y estadística temprana y los principios de igualdad ante la ley y no discriminación. Diversos pronunciamientos advierten que esta omisión es una forma de

exclusión que puede afectar gravemente la nacionalidad, la salud, la educación y el reconocimiento legal de la filiación [179].

Por otro lado, en Europa se han reportado obstáculos en nacimientos extrainstitucionales, especialmente ante la carencia de estatus migratorio regular. Según el European Network of Statelessness, la existencia de barreras administrativas, la falta de armonización normativa y la discrecionalidad entre registros civiles pueden obstaculizar la inscripción del nacimiento y vulnerar el principio de registro universal y no discriminatorio (ENS, 2020). Ante la falta de prueba institucional del nacimiento, resulta necesario admitir medios alternativos de acreditación, como testimonios o constancias comunitarias según criterios como la razonabilidad jurídica.

5.4. Violencia, carencia o cuidados impropios ante pérdida gestacional o perinatal

La experiencia de quienes enfrentan una pérdida gestacional o perinatal está directamente vinculada con la calidad de la atención. Jurídicamente, la carencia o cuidados impropios en este ámbito vulnera la integridad personal psíquica y moral. El Estado incumple su obligación positiva de prevención al permitir fallas operacionales que constituyen trato inhumano y degradante. La violencia institucional en el manejo del duelo se materializa en la omisión de protocolos básicos, como la práctica de alojar a personas que han sufrido una pérdida gestacional o neonatal al lado de quien tiene a su bebé recién nacido. Esta acción vulnera otros derechos, como la intimidad, y contraviene directrices de atención humanizada. Además, invisibiliza el sufrimiento, ya sea por

[179] En el plano comparado, diversas experiencias evidencian las consecuencias de sistemas de registro deficientes o inexistentes.En España, los bebés gestados mediante subrogación internacional no regulada por la legislación española no pueden inscribirse en el Registro Civil, aun con vínculo genético y voluntad parental (STS 277/2022).
El fenómeno de los "bebés robados" en España (1939–década de 1990) evidencia prácticas sistemáticas de alteración y ocultamiento de registros civiles que afectaron gravemente el derecho a la identidad y a la filiación, lo que ha sido objeto de investigación judicial y análisis institucional. En Argentina se documentaron apropiaciones de niños nacidos en cautiverio durante la última dictadura militar, mediante la falsificación de certificados de nacimiento, lo que constituyó una grave vulneración de DH, mediante certificados falsos, durante la última dictadura militar (CONADEP, 1984).
En El Salvador, el conflicto armado generó denuncias de adopciones irregulares y suplantaciones de identidad entre 1980 y 1992.
En Colombia, la Corte Constitucional indicó al Estado la necesidad de garantizar la identidad y la nacionalidad en contextos reproductivos normativos, como la subrogación. La sentencia T-232/2024 ordenó expedir certificado de nacimiento y pasaporte a una niña nacida por subrogación internacional para evitar la apatridia.

minimización del dolor con base en las semanas de gestación, o por desconocimiento de que el duelo puede existir también en el contexto de una IVE.

Estas actitudes replican estereotipos que anulan la autonomía y despojan de dignidad a las personas usuarias, lo que se vincula con la prohibición de la discriminación en los servicios de salud. La falta de reconocimiento del dolor causa un daño moral y psíquico al afectar el proyecto de vida de quien sufre la pérdida. En este contexto, la falta de especialización del personal sanitario se vuelve una fuente de daño o iatrogenia, y fomenta el trato deshumanizado, lo que muestra la necesidad de formación técnica y sensible, mecanismos de contención para quienes brindan acompañamiento y protocolos que permitan la resignificación de la pérdida.

Una proporción significativa de mortinatos, especialmente aquellos ocurridos durante el parto, es prevenible mediante el acceso oportuno a atención de calidad. Por ello, la atención intraparto es un elemento determinante en su reducción (Lawn et al., 2016). En ese contexto, la ausencia de cuidados adecuados tras una muerte fetal o neonatal puede agravar el sufrimiento emocional de las mujeres y debilitar la confianza en los servicios de salud, lo que pone de relieve la necesidad de integrar enfoques que reconozcan el impacto social de estos eventos en la atención sanitaria. En esta línea, se ha señalado que la información clara, la posibilidad de despedida, el acompañamiento oportuno y una atención médica sensible constituyen elementos relevantes para mitigar el impacto emocional asociado a la pérdida (Ellis et al., 2016).

Actos de VO pueden manifestarse cuando no se garantiza un trato digno. Procedimientos no consentidos, el despojo del cuerpo fetal sin consulta o la negación del duelo representan formas de maltrato. Algunos Estados han establecido marcos normativos o protocolos específicos para proteger derechos en estas circunstancias, como el respeto al duelo, el acceso a información clara y la posibilidad de decisiones autónomas frente al cuerpo del feto o sus restos [180].

[180] En América Latina, la respuesta legal ha evolucionado para contemplar esta problemática, garantizar derechos y protocolos específicos orientados a una atención integral y respetuosa en situaciones de duelo. En Colombia, este desarrollo se refleja en la Ley 2244/2022; 2310/2023, denominada *Ley Brazos Vacíos,* y la Resolución 2623/2024, que adopta lineamientos técnicos al respecto y establece estándares mínimos de atención y acompañamiento integral, además de asistencia psicosocial oportuna y adecuada, bajo el respeto de la diversidad y las creencias de cada individuo. Argentina cuenta con la *Ley de los Mil Días*, que establece un enfoque de atención integral durante el embarazo y la primera infancia, que abarca también el acompañamiento en salud y el reconocimiento del bienestar psicosocial, lo que permite comprender la necesidad de apoyo emocional en contextos de pérdida gestacional o perinatal (Ley 27.611, 2021; Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, s. f.). En México, el Estado de

5.5. Interferencias en los cuidados del recién nacido

Los actos y omisiones obstétricos que vulneran derechos pueden afectar la salud del recién nacido, con secuelas físicas, cognitivas y emocionales, como dificultades respiratorias, discapacidades, trastornos del aprendizaje, alteraciones del desarrollo y ansiedad (Van Sieleguem et al., 2022, citado en Brigidi et al., 2023). Entre las conductas más relevantes se encuentran aquellas que interfieren con el contacto piel a piel y el inicio temprano de la lactancia. La OMS y UNICEF, en su *Guía de implementación: protección, promoción y apoyo a la lactancia materna*, han señalado que estas prácticas son fundamentales para el vínculo saludable y una lactancia exitosa (OMS y UNICEF, 2018).

Separaciones innecesarias, horarios rígidos de alimentación [181], desatención al contacto físico y métodos de sueño coercitivos alteran el desarrollo fisiológico y psicoafectivo del bebé. Tales prácticas vulneran el derecho de las mujeres y de los recién nacidos a un comienzo de vida libre de violencia. La interferencia en la lactancia mediante separación injustificada, uso precoz de sucedáneos de la leche humana sin indicación médica o desinformación, restringe el derecho a decidir de forma autónoma sobre el cuerpo, la maternidad y el tipo de alimentación deseada para el hijo o hija (OMS, 2010; OMS-Parto positivo, 2018; Massó Guijarro, 2024).

La introducción de fórmulas lácteas luego del parto y durante la hospitalización sin motivos clínicos ni decisión expresa de no amamantar vulnera el derecho a la lactancia. En ciertos casos, el consentimiento se obtiene mediante presión o a través de temores infundados sobre supuestos riesgos de salud. La falta de formación de personal y la ausencia de protocolos institucionales adecuados obstaculizan el mantenimiento de la lactancia y aumentan el riesgo de negligencia o mal manejo de dificultades asociadas. La sugerencia de un destete sin causa médica válida, ya sea por la búsqueda de un nuevo embarazo o por encontrarse en curso, vulnera la autonomía corporal y la capacidad de decidir sobre la lactancia.

Jalisco adoptó protocolos específicos para la atención del duelo gestacional y perinatal (Gobierno del Estado de Jalisco, 2023).

[181] La OMS, al referirse a la alimentación del lactante y del niño pequeño, recomienda que los bebés sean alimentados exclusivamente con leche humana durante los primeros seis meses de vida. A partir de ese momento, indica introducir alimentos complementarios que sean nutricionalmente adecuados y seguros mientras se continúa con la lactancia hasta los dos años o más (OMS, 2023).

Estas prácticas contravienen la recomendación de la OMS sobre lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida (OMS, 2010). La falta de apoyo a la decisión de amamantar, o la de no hacerlo, y la inducción al destete sin causa médica ni voluntad de la persona que amamanta, se manifiestan como una intromisión en la autonomía. Además, omitir información para decidir sobre la forma de alimentación o emitir juicios sobre la capacidad de amamantar y las características físicas de los pechos vulnera el derecho a no recibir discriminación ni trato denigrante.

El derecho a la lactancia se ve restringido cuando no se garantiza un espacio privado y adecuado para la extracción de leche, especialmente tras la separación de la díada durante el posparto, lo que impide dejar alimento o mantener la producción. También se desconoce este derecho al negar a familias adoptantes la posibilidad de inducirla, o al ofrecer información errónea sobre la compatibilidad de medicamentos. La aceptación y promoción de donaciones, muestras gratuitas o regalos de sucedáneos de la leche humana por parte del personal sanitario o de las instituciones contraviene el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y sus regulaciones posteriores (OMS, 2010).

De acuerdo con Massó Guijarro (2024), el derecho a la lactancia puede verse comprometido por la separación madre-bebé, cesáreas innecesarias y la introducción de fórmulas lácteas sin justificación clínica. Estas intervenciones alteran el continuum fisiológico y psicoafectivo que sustenta la lactancia y dificultan su mantenimiento. No es posible una política eficaz de protección sin eliminar previamente formas de violencia institucional presentes en la atención del parto. Sostiene que, desde un enfoque de derechos, estas prácticas infringen principios bioéticos como autonomía, no maleficencia y justicia. También señala que los Estados deben garantizar "entornos corresponsables" para la lactancia con una intervención multisectorial sin VO, fomento del apego inmediato tras el parto y acceso efectivo al derecho a la lactancia.

6. Alcance transversal para el análisis de las vulneraciones en SSYR

Las prácticas y lógicas institucionales descritas permiten su encuadre sistemático en derechos específicos protegidos por los sistemas. Se documenta una forma de violencia institucional caracterizada por decisiones y omisiones de las instituciones de salud que afectan los derechos de las mujeres. En este trabajo, la violencia institucional en el ámbito de la SSYR se entiende como

una manifestación en las prácticas, omisiones o estructuras de los servicios sanitarios que afectan negativamente a las personas usuarias, con un impacto directo en mujeres, al revictimizarlas, culpabilizarlas o negarles servicios adecuados. Estas acciones, ejercidas por agentes del sistema de salud, expresan relaciones de poder que dificultan o impiden la garantía de los derechos reconocidos y reproducen desigualdades consolidadas y funcionan como una extensión de la violencia de género (Azeredo y Schraiber, 2017; Moreira et al., 2020).

6.1. Violencia institucional: expresión operativa de la violencia estructural

La violencia institucional es reconocida por Šimonović (2019), que ha subrayado que las instituciones perpetúan la violencia a través de prácticas abusivas que se presentan como parte del cuidado médico. Asimismo, el análisis del Plan para el abordaje de la violencia obstétrica y la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos (2023–2028) de Cataluña es un instrumento normativo-programático que responde a las exigencias de la Ley 17/2020 sobre el derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, ofrece un marco jurídico preciso para conceptualizar la VO como una manifestación de violencia institucional, además de extender la responsabilidad más allá del sector estatal. El Plan sitúa esta violencia como resultado de la intersección entre la violencia machista estructural y la violencia institucional (Generalitat de Catalunya, 2023, en desarrollo de la Ley 17/2020).

En este contexto, la violencia estructural se refiere a las condiciones sociales, institucionales y normativas que perpetúan la desigualdad de manera sistemática y que se focalizan en las dinámicas de género y patriarcado que contribuyen a la existencia y persistencia de la VO debido a estructuras sociales y culturales subyacentes (16). Por otro lado, la violencia institucional se considera bajo la perpetuación de vulneraciones, como aquellas ejercidas por acción o por omisión, por autoridades, personal público y agentes de cualquier organismo o institución pública (17). Se manifiesta cuando la falta de debida diligencia por parte de las administraciones constituye un patrón de discriminación reiterado y de base (19).

El rigor jurídico del Plan se manifiesta en la ampliación del ámbito de aplicación de la VO, que se ejerce desde la atención y la asistencia sanitaria pública o privada (17). Por lo tanto, aunque la definición que otorga sobre la violencia institucional está focalizada en los agentes públicos,

reconoce explícitamente que estas vulneraciones se producen también en el sistema privado de salud (17).

Por su parte, en la jurisprudencia interamericana, este tipo de dinámicas institucionales también ha sido examinado en contextos de atención reproductiva. En el caso de *Ramos Durand y otros v. Perú*, la Corte IDH analizó una esterilización realizada en un establecimiento público de salud en condiciones que evidenciaron deficiencias institucionales en la prestación del servicio y en la garantía del consentimiento informado. El Tribunal recordó que estas prácticas pueden constituir formas de violencia reproductiva ejercidas en el ámbito de los servicios de salud y reafirmó que los Estados tienen la obligación de prevenir, investigar y sancionar este tipo de conductas conforme a la Convención de Belém do Pará (173–176).

6.2. Fallas sistémicas, económicas e institucionales

6.2.1. Deficiencias del sistema

La vulneración de derechos en SSYR requiere atender a las dinámicas que sostienen desigualdades de género en los sistemas de salud. En este sentido, se ha señalado que las relaciones de poder institucionalizadas generan inequidades que afectan de manera diferenciada a las mujeres en el acceso a los servicios, así como en las condiciones de calidad y aceptabilidad de la atención (Sen, 2022). Estas desigualdades se vinculan con la persistencia de marcos institucionales y políticas públicas que no incorporan un enfoque de género, lo que contribuye a patrones de exclusión y subordinación que impactan el ejercicio de los derechos en salud. La falta de rendición de cuentas estatal, junto con la omisión de políticas públicas con enfoque de género, son factores de exclusión y subordinación que constituyen violaciones a los DH.

Estas deficiencias se ven agravadas por formas de organización institucional en las que, según se describe en estudios empíricos, la gestión de los servicios puede orientarse hacia la priorización de indicadores cuantitativos y el volumen de la actividad por encima de la calidad del cuidado. En particular, se ha dificultado la presencia de lógicas organizativas bajo pensamiento corporativo, asociadas a la escasez de recursos, la insuficiencia institucional y la recarga de personal, las cuales inciden en las condiciones de prestación de la atención (Re y Magneschi, 2026). En ese contexto, el trabajo bajo presión y la simultaneidad de tareas afectan los tiempos disponibles para la

comunicación y el acompañamiento , con impacto en la calidad de la atención y en la experiencia de las personas usuarias.

6.2.2. Violencia estructural

Las fallas sistémicas se vinculan con la violencia estructural. Desde el planteamiento teórico formulado por Johan Galtung en 1969, retomado por Muñoz Martínez y Sesia (2024), la violencia estructural se produce a través de sistemas sociales que limitan el desarrollo humano y provocan daños evitables. Sin precisar del ejercicio directo o intencional de la fuerza, se manifiesta mediante condiciones sociales, políticas y económicas que consolidan desigualdades y sostienen la vulneración sistemática de derechos. En este marco, la VO constituye una expresión específica de violencia estructural (Šimonović, 2019).

En el campo de la SSYR, la violencia estructural opera mediante contextos institucionales que colocan en situación de riesgo, exclusión o desprotección a ciertos grupos, en particular mujeres, personas indígenas, en situación de pobreza o residentes en zonas rurales. Esta violencia se encarna en la distribución desigual de recursos, la precariedad de la atención, la omisión de información relevante y la inacción estatal frente a la obligación de garantizar condiciones equitativas de acceso, calidad y dignidad.

Con respecto a la población indígena, el informe del MESECVI (2012, núm. 40) destacó la importancia de incluir la perspectiva intercultural para integrarla al sistema sanitario, bajo el respeto a su cultura y costumbres. Sin embargo, se observa una brecha entre la implementación de normas que reconocen los derechos durante los procesos reproductivos y su implementación en territorios indígenas. Esto sucede con la de la Ley 2244/2022 (Colombia). Aunque el marco jurídico reconoce un parto digno, en la práctica los servicios replican formas de atención estandarizadas ajenas a las realidades culturales de las comunidades. La ausencia de intérpretes, trámites sin un consentimiento válido y la falta de protocolos con pertinencia cultural indican que la aplicación de la ley todavía es limitada y excluye la vida cotidiana de las mujeres indígenas, lo que constituye un dilema institucional y ético para el sistema sanitario (Fragozo et al., 2025).

A colación de lo anterior, la falta de pertinencia intercultural en la atención obstétrica restringe derechos y reproduce formas de violencia institucional que afectan de forma particular a las mujeres indígenas. Ignorar sus saberes, lenguas y tradiciones conduce a un parto desvinculado de su propia cosmovisión, situación que vulnera su dignidad y su autodeterminación. La VO no se reduce a fallas médicas o administrativas; es una expresión de desigualdad cultural y de una exclusión histórica que obliga a transformaciones en el modelo sanitario (Fragozo et al., 2025).

Esta forma de violencia institucionalizada y normalizada, con aspectos de género, raza, clase y territorio, es eje de vulnerabilidad e intersección dentro de los sistemas sanitarios (Muñoz Martínez y Sesia, 2024). El daño se produce cuando se impide la satisfacción de necesidades humanas fundamentales y se relaciona con desigualdad, discriminación y patriarcado, agravados por falta de formación adecuada y el irrespeto a la igualdad de las mujeres y sus DH (Šimonović, 2019). Bajo esa óptica, la VO es una forma de violencia estructural cuya manifestación visible es la violencia directa, es decir, la punta del iceberg (García, 2016). Mujeres y hombres han sido socializados en prácticas y normas que legitiman la autoridad médica sobre quienes reciben atención. Esta cultura institucional posibilita que los profesionales de la salud, incluso sin intención de dañar, ejerzan formas de violencia sostenidas por un entorno de poder consolidado.

Como indica Méndez Aristizábal (2023), bajo un enfoque que busca garantizar que las vulneraciones a los derechos de quienes no pudieron llegar a un centro de salud o no recibieron atención por la inacción estatal sean reconocidas formalmente como VO, es una manifestación de violencia de fondo arraigada en fallas sistémicas, económicas e institucionales. Esto supone una obligación de debida diligencia que exige al Estado prevenir, investigar y sancionar la violencia, incluso la ejercida por actores no estatales o a través de omisiones. Las deficiencias como la "dificultad para el acceso a los servicios de salud a causa de las distancias geográficas" o la falta de infraestructura o personal calificado se materializan en omisiones jurídicamente atribuibles al Estado (Méndez Aristizábal, 2023). Deficiencias como aquellas en el diseño normativo, en la asignación de recursos y en los mecanismos de supervisión y control.

En parecido sentido, Maietti y Villarreal (2025) mencionan que la VO como violencia de género tiene una complejidad que reside en su relación intrínseca con la falta de eficiencia de los sistemas de salud y la ausencia de una tutela efectiva de los DH. Esta perspectiva exige que el análisis se

centre en la responsabilidad estatal por causa de las negligencias en los sistemas sanitarios y por la ausencia de políticas públicas, planes y programas que combatan los patrones socioculturales que contribuyen a normalizar esta conducta.

6.2.3. Fallas económicas

Las prácticas obstétricas coercitivas se sostienen por presiones económicas en los sistemas de salud. Kukura (2018) subraya que las violencias en el ámbito obstétrico, además de entenderse como decisiones individuales o defectos normativos puntuales, reflejan un entorno institucional moldeado por incentivos financieros, escasez de recursos y dinámicas administrativas que priorizan la eficiencia por encima de la autonomía de quienes gestan.

Dicho entorno favorece prácticas como cesáreas innecesarias, negación del acompañamiento o aplicación de protocolos rígidos, que bajo argumentos de eficiencia hospitalaria violan derechos reproductivos (Kukura, 2018). Así, la medicalización e intervención excesiva del parto se vincula con racionalidades económicas y estructuras que refuerzan jerarquías biomédicas, marginan el consentimiento y mantienen desigualdades de género. La ausencia de políticas efectivas y de mecanismos de reparación debilita la protección de derechos. Estas deficiencias se agravan con la opacidad en las tarifas y la imposición de costos adicionales injustificados (Khosla et al., 2016) y se pueden manifestar en condiciones clínicas inadecuadas que comprometen la integridad física y psicológica de las usuarias al transformar la atención sanitaria en una fuente de daño institucional evitable.

6.2.4. Fallas institucionales

Existen barreras y limitaciones de acceso a los sistemas de salud, como también conductas que producen efectos físicos y emocionales en las personas usuarias, con independencia de la intención de quienes las ejercen o padecen. Diversos agentes se involucran: los Estados, las instituciones del sector salud y personas con el deber jurídico de actuación en ese ámbito, con frecuencia personal sanitario. El arraigo de estas conductas contrarias a derechos en SSYR puede comprenderse a través de actos y omisiones individuales del personal de salud y mediante las deficiencias de fondo dentro de las instituciones y sistemas sanitarios, que perpetúan estas prácticas.

Según Bohren et al. (2015), estas deficiencias incluyen la falta de recursos, protocolos inadecuados y formación insuficiente de personal, lo que perpetúa conductas de control y medicalización. Martínez-Pérez y Brandão (2022) señalan que este arraigo se configura en las relaciones de poder del sistema médico. Este personal, amparado en su autoridad profesional, patologiza procesos fisiológicos y silencia a las mujeres. Katz et al. (2020) coinciden en que las fallas sistémicas en los niveles de atención no pueden atribuirse exclusivamente a una categoría profesional específica, ya que se conjugan con disfunciones del sistema que perpetúan violencias. Estas deficiencias corresponden a infraestructura inadecuada, equipos insuficientes, escasez de insumos esenciales y de personal, restricciones en la oferta de servicios que comprometen la calidad y el acceso a la atención en SSYR (Freedman et al., 2014).

Esta situación se manifiesta en salas de parto saturadas y sin equipamiento adecuado, partos sin asistencia, condiciones insalubres, escasez de camas y profesionales y cierres de servicios, particularmente en instituciones públicas. La falta de privacidad en la atención y la ausencia de mecanismos de reparación apoyan estas vulneraciones (Khosla et al., 2016). Estas violencias se intensifican cuando las personas usuarias enfrentan falta de disponibilidad, acceso limitado, baja calidad en la atención o negación de servicios. Esta huella invisible limita la satisfacción de necesidades fundamentales como el derecho al disfrute del más alto nivel posible de SSYR.

Las deficiencias en el diseño y funcionamiento de los sistemas de salud contribuyen a la morbimortalidad materna y neonatal por causas prevenibles y esto genera responsabilidad estatal, incluso cuando la violencia no ocurre directamente en un centro de salud, consultorio o sala de parto. Esta responsabilidad se deriva del incumplimiento de deberes positivos y obligaciones asumidas por los Estados, cuya delimitación hay que abordar.

7. Dimensión individual: experiencias, criterios e interrelaciones

Freedman et al. (2014) vinculan las experiencias y expectativas de las personas atendidas con los criterios normativos, a fin de comprender el impacto de ciertas prácticas en la atención obstétrica que vulneran derechos. Señalan que algunas interacciones o condiciones en los servicios pueden vivirse como humillantes o indignas, incluso cuando no hay intención de causar daño; cuando no se reconocen como tales en las normas vigentes o cuando han sido naturalizadas en el entorno

clínico por los actores de salud, comúnmente expuestos durante su formación a dinámicas de poder y autoritarias, que terminan normalizándose en sus prácticas. Estas situaciones se sostienen en costumbres y patrones heredados que se repiten sin revisión crítica a lo largo del tiempo.

Para comprender cómo profesionales con vocación de servicio incurren en estas prácticas, Massó Guijarro (2023) propone analizar esta normalización a través de la noción de banalidad del mal. Se refiere a conductas lesivas que, más que ser el resultado de una voluntad individual de dañar, surgen de la integración del personal de salud en un sistema sanitario fracturado. Al priorizar la inercia institucional y el cumplimiento de rutinas estandarizadas, el personal causa violencia de forma mecánica sin percibir su dimensión ética negativa, al estar estos plenamente integrados en el funcionamiento ordinario del centro sanitario.

8. Normalización: rutinas, cultura clínica y poder médico

La normalización de la violencia se caracteriza por mecanismos y estructuras sociales e institucionales que mantienen condiciones de daño naturalizadas dentro de los sistemas de salud. Estas generan barreras que limitan derechos fundamentales (Bohren et al., 2015). Al respaldar lógicas institucionales rígidas, los servicios de salud pueden contribuir a vulneraciones evitables que se diluyen en la estructura institucional y convierten la violencia en un resultado esperado de la organización hospitalaria (Castro, 2019; Šimonović, 2019). Las conductas detrás de estas violencias pueden integrarse como rutinas institucionales y generan procesos de normalización que dificultan su identificación como vulneraciones de derechos (Hennig, 2016). Tal como sostiene Méndez Aristizábal (2024) en Mena-Tudela (Ed.), la VO se configura como un fenómeno marcado por su normalización, definida como “una realidad normalizada y rutinaria que afecta la salud y la vida de las mujeres embarazadas” (p. 17).

En este contexto, el silenciamiento de estas dinámicas refuerza su continuidad, por lo que nombrarlas constituye una intervención necesaria para romper los marcos de opresión reproductiva (Chadwick, 2021) y obliga a cuestionar las condiciones que las perpetúan. En este marco, el análisis de Castro (2019) identifica un patrón de fallas sistémicas en el que la violencia es un resultado esperado de sistemas que priorizan las necesidades jerárquicas del hospital sobre la dignidad de las personas usuarias que se asocian a la morbimortalidad y funcionan como

indicadores de una estructura sanitaria que favorece la VO. Algunas son las deficiencias en la organización del cuidado hospitalario, debilidad en la cultura de seguridad del paciente, fallas en los procesos de referencia y contrarreferencia, limitaciones críticas de infraestructura, impacto de la pobreza y la desigualdad.

La incorporación de prácticas abusivas se torna parte de la cultura hospitalaria. Según Jewkes y Penn-Kekana (2015), múltiples formas de maltrato, como gritos, negligencia, tactos repetidos sin consentimiento o intervenciones dolorosas, han sido incorporadas a esta cultura, al punto de no ser percibidas como violencias, ni por los equipos médicos ni por las personas usuarias.

Esta aceptación institucional, concebida como rutina profesional tolerada, reproduce relaciones de poder jerárquicas que despojan a las mujeres de su autonomía y agencia durante el parto (Jewkes y Penn-Kekana, 2015). Así, prácticas vulneratorias se han incorporado de manera rutinaria en los sistemas de atención. Esto refuerza la aceptación de quienes brindan el servicio como por quienes lo reciben (Jojoa et al., 2019). Como la episiotomía rutinaria, la presión fúndica o maniobra de Kristeller y la administración de oxitocina sin justificación clínica, que no son reconocidas por algunas enfermeras obstétricas como actos de VO.

Esta falta de identificación revela un proceso de normalización institucional en que ciertas intervenciones invasivas se legitiman como parte del cuidado estándar, aun sin consentimiento (Leal et al., 2018). Según la Asociación Española de Matronas, en su Manifiesto contra la violencia obstétrica (2020), existen prácticas intervencionistas sin indicación clínica durante la atención al parto que se han normalizado, lo que invisibiliza su carácter violento y obstaculiza su erradicación.

El debate sobre la VO ha señalado la importancia de ponderar el uso del término por su impacto en los actores involucrados. Lappeman y Swartz (2021) advierten que etiquetar como víctimas de violencia a mujeres que no experimentan subjetivamente su atención de esa manera puede tener efectos contraproducentes, al reducir su sentido de agencia y reforzar la dependencia frente al personal sanitario. En su análisis, esta percepción subjetiva debería ser considerada para evitar que el lenguaje limite el diálogo y la mejora de las prácticas. No obstante, el hecho de que algunas personas usuarias no identifiquen tales experiencias como violencia puede responder a procesos

de negación y normalización de prácticas que vulneran derechos, lo que dificulta su reconocimiento como tales.

En el caso de mujeres indígenas y otras comunidades en situación de vulnerabilidad, la normalización de estas violencias adquiere dimensiones particulares. Al experimentar agresiones en los servicios de salud, muchas mujeres no logran identificar estas prácticas como violentas debido a las barreras socioculturales y al temor a denunciar. Esta opacidad perpetúa el fenómeno dentro de instituciones que carecen de perspectiva intercultural y que reproducen dinámicas autoritarias y excluyentes. El desconocimiento de los derechos y dicha naturalización llevan a que las personas usuarias asuman estas prácticas como parte inevitable del cuidado, lo que impide su cuestionamiento. Este proceso adquiere rasgos de dominación simbólica, en tanto las relaciones de poder se ejercen sin coacción directa, pero con la legitimación de quienes las padecen (Bohren et al., 2015; Peña Collazos, 2009). Al no reconocerse como violencias, estas prácticas perpetúan relaciones de subordinación y limitan la capacidad crítica frente al entorno sanitario.

La patologización del parto de bajo riesgo es parte de esa violencia simbólica, al invisibilizar la pluralidad de voces como aquellas que desafían la mirada cientificista. Este tipo de atención obstétrica promueve la dependencia hacia intervenciones técnico-médicas y resta protagonismo a quienes viven sus procesos reproductivos. La autoridad del saber médico subordina la autonomía decisional de quienes reciben atención y esto refuerza la legitimación del control institucional (Belli, 2013). Esta lógica perpetúa dinámicas de poder desiguales en las que ciertas conductas pueden identificarse como violentas por conductas como el trato despectivo o la falta de respeto, que, pese a ser manifiestas, suelen ser asumidas como incuestionables debido a su arraigo en la rutina asistencial pública y privada. Al ejercerse sin un reconocimiento de su impacto lesivo, perpetúan relaciones de subordinación y limitan la capacidad para cuestionar su legitimidad.

Dentro del marco de supervisión del SIDH, el informe del MESECVI (2025) refiere que la violencia simbólica actúa como un mecanismo que institucionaliza la desigualdad, invisibiliza y naturaliza la subordinación de las mujeres mediante mensajes e imposiciones institucionales, con el agravante de hacer a las mujeres más proclives a múltiples formas de violencia y discriminación.

Particularmente en lo que atañe a mujeres con discapacidad (núm. 87), matrimonio y maternidad temprana (núm. 109) y acceso a la justicia (núm. 557).

Esta forma de violencia simbólica es, en última instancia, la que permite esa falta de cuestionabilidad de los actos clínicos tanto por profesionales como por las propias personas usuarias. La aceptación acrítica de discursos institucionalizados sin fundamento científico consolida estas prácticas como inevitables para aquellos. En esta línea, las violencias deben entenderse más allá de actos separados y comprenderlas como prácticas insertas en relaciones normativas de clase, género, raza y poder médico que atraviesan la formación y el desempeño del personal de salud (Chadwick, 2017).

Las estructuras políticas y económicas dentro del sistema sanitario refuerzan estas dinámicas al permitir la imposición de procedimientos que vulneran la autonomía de las mujeres y generan afectaciones físicas, emocionales y psicológicas. Estas prácticas refuerzan normas de género y estructuras de control sobre los cuerpos femeninos, así como la persistencia de discursos carentes de respaldo científico (Katz et al., 2020).

A ello se suma la existencia de un “currículo oculto" en la formación médica, que consolida patrones autoritarios en la práctica clínica, en un contexto de condiciones laborales precarias y falta de apoyo emocional, lo que favorece conductas violentas en la atención (Sadler et al., 2022). En esta línea, Díaz García y Fernández (2018) identifican una relación de “saber-poder” en la que el personal sanitario impone su criterio sobre la voluntad de las mujeres, y advierten que la promulgación normativa resulta insuficiente sin una transformación de fondo de la formación médica, en la que dicho currículo oculto normaliza el autoritarismo y la medicalización del parto. En este contexto, la medicalización del parto y el intervencionismo sistemático convierten un proceso fisiológico en un evento altamente tecnificado, lo que favorece la pérdida de autonomía de las mujeres y la normalización de prácticas innecesarias o no consentidas (Mena-Tudela et al., 2021).

A ello se suman factores identificados en la literatura, como la precariedad de recursos, las deficiencias en infraestructura y la presencia de profesionales sin capacitación suficiente (Nascimento et al., 2022), con especial impacto en zonas de difícil acceso. Ante la falta de

información clara y accesible, que puede contribuir a que determinadas conductas se normalicen y permanezcan invisibilizadas en la experiencia de las mujeres, materiales educativos bien diseñados, como guías o cartillas informativas, pueden desempeñar un papel esencial al visibilizar conductas, orientar sobre los derechos durante el parto y proporcionar mecanismos de denuncia (Nery y Lordello, 2023).

9. Interseccionalidad e influencia de los determinantes de la salud en iniquidades y violencias

9.1. Determinantes sociales de la salud

La salud abarca, además de lo biológico, factores sociales, económicos y ambientales que inciden en el bienestar integral. Diversos instrumentos reconocen que estos determinantes inciden en el acceso, la calidad y la equidad de los servicios de salud. En este contexto, se han desarrollado normas orientadas a garantizar los derechos en SSYR. La OMS define los determinantes sociales de la salud como las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estos influyen directamente en los resultados en salud y pueden generar desigualdades en el acceso a la atención (OMS, 2017). También impactan a lo largo del ciclo vital y requieren de políticas públicas integrales y multisectoriales para su manejo (OMS, 2011; 2017).

Adicionalmente, actúan como impulsores del bienestar, aunque también pueden perpetuar desigualdades. Este efecto se agrava en contextos de relaciones de poder, discriminación de género y exclusión social. Esto se refleja en el marco de la SSYR, en que las desigualdades consolidadas afectan de forma diferenciada a mujeres, personas en situación de vulnerabilidad y otros grupos marginados. Bajo esta lógica, y en relación con la violencia, la vulnerabilidad se entiende como un proceso de vulnerabilización institucional.

En esta línea, y en diálogo con los desarrollos de Botrugno (2026), la exposición a factores de riesgo o determinantes situacionales deriva en una vulnerabilidad patogénica. Esto sucede cuando el sistema sanitario ignora el dolor o aplica políticas paternalistas que profundizan la desprotección. Esta omisión institucional transforma los determinantes sociales en un ciclo de

abuso que anula la agencia de quienes gestan y normaliza la violencia dentro de la rutina asistencial.

Estos determinantes, tal como lo señala la OMS en *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (en adelante OMS, 2018 - Desigualdades), trascienden las condiciones individuales y abarcan políticas, normas, sistemas económicos y culturales que impactan la capacidad de las personas para acceder a servicios adecuados. Están directamente relacionados con la distribución de la riqueza, la desigualdad y la exclusión social, factores que constituyen condiciones necesarias para el cumplimiento efectivo de las obligaciones estatales en materia de SSYR (OMS, 2018 - Desigualdades; Solar e Irwin, 2010).

Reconocer los determinantes permite comprender cómo ciertas condiciones reflejan desigualdades arraigadas que afectan de forma diferenciada a las mujeres, en especial a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad y a otros grupos excluidos. Permite demostrar que las violencias y discriminaciones en la atención sanitaria, no responden únicamente a fallas individuales. También derivan de fallas de base que deben ser consideradas de manera integral. En este sentido, la interseccionalidad permite identificar cómo se entrecruzan múltiples factores de exclusión y profundizar en inequidades y violencias, lo que exige abordajes integrales en la atención en SSYR.

9.1.1. Iniquidades en salud

En el ámbito de la SSYR, los determinantes sociales de la salud pueden manifestarse en desigualdades de género, obstáculos económicos para acceder a servicios ginecológicos y obstétricos y prácticas discriminatorias consolidadas en el sistema sanitario. Estos factores, si no se abordan adecuadamente, generan disparidades que afectan negativamente a diversas poblaciones e impiden alcanzar el mayor nivel de salud. La interacción entre pobreza, discriminación de género y deficiencias sanitarias perpetúa inequidades, vulneraciones de derechos y obstáculos que inciden en la morbimortalidad materna y neonatal. Entre estos obstáculos se encuentran relaciones de poder desiguales, imposición de prácticas médicas contrarias a los derechos reproductivos, desigualdades de género, discriminación en la atención y ausencia de autonomía en decisiones sobre SSYR.

9.2. Elementos de género

El análisis jurídico de los determinantes de la salud y su vínculo con el género permite identificar cómo normas sociales, relaciones de poder y roles de género condicionan el acceso y la calidad de los servicios, además de revelar omisiones estatales en la garantía de DH. El género condiciona los determinantes de la salud mediante normas y expectativas que generan inequidades, incrementan riesgos y contribuyen a la mortalidad materna y neonatal. Obstáculos como la discriminación en la atención médica y la falta de autonomía en decisiones sobre su salud contribuyen a estas disparidades (OMS, 2018 - Desigualdades).

Ciertos factores determinantes de la SSYR exigen medidas de protección que superen la mera corrección de desigualdades. Si bien ciertas condiciones justifican una protección especial para las mujeres, esta necesidad se agrava por violaciones a los DH relacionadas con la violencia en salud materna y neonatal. Esta combinación aumenta su vulnerabilidad y refuerza brechas de fondo. Esto se refleja en las tasas de morbimortalidad en diversas regiones. Asimismo, expone a las personas afectadas a mayores riesgos. Por tanto, se resalta la necesidad de rediseñar los sistemas para mitigar estas consecuencias y garantizar una atención médica adecuada, respetuosa y equitativa [182].

Las iniquidades en salud afectan con mayor intensidad a mujeres de sectores vulnerables, quienes enfrentan mayores riesgos de violencia. Las deficiencias de la infraestructura sanitaria y la falta de recursos profundizan esta exposición. Un caso crítico es el aumento de embarazos no deseados en niñas y adolescentes, con frecuencia asociados a situaciones de violencia sexual y a limitaciones en el acceso a anticonceptivos o abortos seguros. Esta situación conecta con la definición de inequidad de género en salud como desigualdades injustas y evitables, derivadas de estructuras sociales discriminatorias, tal como lo señala la OMS (OMS, 2018 - Desigualdades).

En algunos Estados, estas condiciones derivan en criminalización y mayor vulneración de derechos. Muchas mujeres enfrentan condiciones de salud precarias por barreras de acceso o violencia institucional. Esta situación contradice el derecho al más alto nivel de salud posible. La

[182] Como sucede con la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina*, en que la Corte IDH reafirmó la obligación del Estado de garantizar servicios obstétricos libres de violencia y reconoció la especial situación de vulnerabilidad de las mujeres en el contexto perinatal.

falta de atención refuerza la superposición de particularidades en las mujeres representadas por una misma persona o grupo. Cabe colegir, por tanto, que resulta pertinente incorporar un enfoque interseccional en la prevención, legislación y sanción de estas violencias.

Elementos de fondo deben ser considerados al evaluar el cumplimiento estatal del derecho a la salud con enfoque interseccional. El Comité DESC, en su OG 22-2016-SSYR-DESC, reconoce en su párrafo 8 que la salud depende de determinantes básicos como acceso a agua potable, saneamiento, educación, alimentación, vivienda digna, condiciones laborales seguras y un medio ambiente saludable. Además, señala como determinantes sociales el género, el origen étnico, la edad y la discapacidad, que generan desigualdades en el ejercicio del derecho a la salud.

9.2.1. Relaciones de poder, decisiones económicas y políticas, y desigualdades de género

Las relaciones de poder en los sistemas de salud pueden institucionalizar desigualdades de género y perpetuar formas de violencia. La hegemonía biomédica en los sistemas de salud afecta los derechos de las mujeres, refuerza ideologías de género, establece dinámicas de poder y normaliza prácticas no cuestionadas que perpetúan desigualdades. Se trata de una violencia sutil, integrada en el sistema social que invisibiliza iniquidades y causa maltratos en las prácticas de salud (Sadler et al., 2022). Las estructuras institucionales en los sistemas de salud refuerzan jerarquías asimétricas que inciden en la atención en SSYR (Chadwick, 2017). Políticas económicas que favorecen intervenciones rápidas, como cesáreas programadas, bajo criterios de eficiencia operativa, subordinan la autonomía de las personas usuarias.

La presión por reducir hospitalizaciones y optimizar recursos incide en decisiones clínicas (Kukura, 2018). En el entorno institucional se pueden reproducir dinámicas discriminatorias que afectan tanto a las personas usuarias como al personal sanitario (Chadwick, 2017). Los sistemas de supervisión sanitaria, centrados en indicadores biomédicos, suelen ignorar condiciones éticas y de respeto. Esto contribuye a la institucionalización de prácticas dañinas sin control eficaz (Freedman et al., 2014). Las violencias asociadas a la falta de acceso o que ocurren dentro de los servicios de SSYR configuran violaciones interseccionales de derechos. Eso también se aplica a las violencias que ocurren dentro de estos servicios. Existe un nexo entre salud global y violaciones

diferenciadas, especialmente cuando proveedores de salud irrespetan, abusan o maltratan a mujeres durante la atención en SSYR (Williams et al., 2019).

Por el contrario, un abordaje que incorpore un modelo biopsicosocial que reconozca las dimensiones físicas, emocionales, sociales y culturales del parto, contribuye a ofrecer una atención integral, respetuosa y de calidad, así como a evitar prácticas normalizadas sin respaldo clínico que deterioran la experiencia y la seguridad de las personas usuarias (Ramallo-Castillo et al., 2024).

9.3. Determinantes y cuestiones de infancia

La salud infantil se vincula con la salud materna, lo que supone atención sanitaria prenatal y posnatal, así como la promoción de la lactancia. La atención obstétrica desde un enfoque de DH destaca su papel en el bienestar familiar. La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), su Comité (Comité CDN) y los Protocolos Facultativos sobre participación en conflictos armados y sobre venta, prostitución y pornografía infantil consolidaron estándares que se ampliaron en otros instrumentos globales. El derecho a la salud, reconocido como un DH universal en la DUDH y el artículo 12 del PIDESC, exige que el artículo 24 [183] de la CDN se interprete conforme a las directrices desarrolladas en la OG14-2000-SALUD-DESC.

Algunas obligaciones relativas al derecho a la salud de la infancia guardan relación con las del reconocimiento del derecho universal a disfrutar de la salud, a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a acceder a servicios sanitarios. Este derecho, definido conforme a la OMS, es inclusivo y se complementa con normas de otros tratados de DH aplicables a personas menores y adultas, que orientan su cumplimiento. Su aplicación debe garantizarse bajo el principio de no discriminación, eje transversal de los instrumentos de DH.

[183] Se trata del derecho a la salud establecido en el artículo 24 (CDN), que establece la igualdad y el derecho al desarrollo, a la dignidad y al disfrute del más alto nivel posible de salud, el acceso a servicios médicos y de rehabilitación, a los cuidados preventivos y a la disminución de la mortalidad infantil. Obliga a los Estados a abolir prácticas tradicionales perjudiciales para la salud y a asegurar los cuidados sanitarios prenatales y postnatales apropiados. Concretamente, consagra el derecho de la niñez de acceder al más alto nivel posible de salud y a la atención médica, comprometiendo a los Estados Parte a reducir la mortalidad infantil. Señala:
Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios (art. 24.1).

La CDN reafirma el derecho de niñas, niños y adolescentes a recibir cuidados y asistencia especiales. Destaca la obligación compartida de la familia, la sociedad y el Estado en garantizar su protección, incluido el acceso a servicios esenciales de salud, y resalta la prevención y promoción de la salud bajo principios de no discriminación, junto con la atención durante el embarazo y el parto. En relación con la prestación del servicio de salud, el artículo 24 (CDN) establece el deber de "asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres"; proporcionar información, educación y apoyo sobre salud infantil y materna, incluida la lactancia y planificación familiar (CDN, art. 24.2).

Entre las Observaciones Generales del Comité CDN destacan aquellas relativas a la realización de los derechos en la primera infancia (Observación General n.º 7 (2005) y la Observación General n.º 15 (2013) sobre el derecho de niñas, niños y adolescentes al disfrute del más alto nivel posible de salud. Esta última se refiere a determinantes de la salud [184]. Reconoce este derecho y lo vincula al deber de actuación estatal y de otros actores importantes en salud pública, personal sanitario,

[184] En su Observación n.º 15 (2013), el Comité CDN identificó varios determinantes que influyen en la salud infantil; sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24) discute aquellos determinantes que los afectan. Entre estos, causas de fondo como la situación económica y financiera mundial, pobreza, desempleo, migración, desplazamientos de población, guerra, disturbios civiles, discriminación y marginación, entre otros (núm. 5). También considera determinantes individuales como edad, sexo, condición socioeconómica y el lugar de residencia, y factores familiares, en los que la violencia puede poner en peligro su vida y supervivencia infantil.
Además, se mencionan elementos organizativos, como políticas, estructuras y sistemas administrativos, valores sociales y culturales y normas (núm. 17). Además de resaltar la importancia de los determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo infantil, subraya también el derecho de la madre a la salud y el papel fundamental de los progenitores y cuidadores (núm. 18).
Según el documento, para superar estas desigualdades, los Estados deben considerar estos determinantes en su legislación y en las prácticas sociales e institucionales para garantizar el efectivo disfrute del derecho a la SSYR (núm. 7). También implementar arreglos institucionales, medidas planificadas, legislación y políticas, así como prácticas sociales e institucionales, sin barreras que eliminen las barreras al ejercicio del derecho a la SSYR (núm. 8). El derecho al más alto nivel posible de salud abarca cuidados que promuevan el desarrollo integral en dimensiones físicas, mentales, espirituales y sociales. Esto genera la obligación estatal de crear condiciones que permitan un crecimiento pleno, lo que requiere "determinar sistemáticamente los numerosos riesgos y factores de protección que determinan la vida, la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño para idear y poner en práctica intervenciones de base empírica encaminadas a hacer frente a los diversos determinantes que surgen durante la trayectoria vital" (núm. 16).
El enfoque refleja cómo el derecho a la salud está relacionado con el cumplimiento de otros derechos, como el derecho de la madre a la salud. Esto es relevante dado el alto número de muertes neonatales asociadas a la mala salud materna antes, durante y después del embarazo, así como prácticas de lactancia inadecuadas. Se destaca la importancia de los cuidadores y otros adultos en el ámbito de la salud infantil (núm. 18), quienes desempeñan un papel fundamental en garantizar el bienestar infantil y en el cuidado de la díada. Los Estados tienen la responsabilidad de asegurar que la infancia cuente con un sistema de atención primaria en salud y un marco jurídico adecuado, así como de considerar factores subyacentes que afectan su bienestar (núm. 28). A esto se añade la investigación sobre el derecho a la salud y la recopilación de datos relevantes (núm. 32; 109).

activistas y familias, como actores obligados a respetar, proteger y garantizar el derecho de niñas, niños y adolescentes a aquel derecho.

Es fundamental considerar la salud desde la perspectiva de los derechos de la infancia, para garantizar su supervivencia, crecimiento y desarrollo en condiciones de bienestar integral conforme a sus máximas capacidades. Los instrumentos universales de DH y su desarrollo posterior reconocen el derecho a la salud como componente determinante para la igualdad y la dignidad. Particularmente al precisar deberes estatales para garantizar su ejercicio en condiciones de igualdad, sin discriminación. La falta de atención oportuna y de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto perpetúa ciclos de desigualdad y vulnerabilidad. De ahí la necesidad de un enfoque integral que reconozca los riesgos del proceso reproductivo y oriente políticas hacia la prevención, la atención temprana y el acceso universal a servicios de SSYR.

Los cuidados deben atender a las familias mediante políticas diferenciadas que respondan a sus necesidades y tomen en cuenta prácticas como la lactancia. Debe asegurarse la prestación de servicios de salud bajo un enfoque integral que reconozca la interdependencia de derechos y garantice condiciones equitativas para el bienestar de la díada. Esas libertades incorporan el derecho a decidir sobre la propia salud y el propio cuerpo, así como el derecho a reproducirse y a tener una vida sexual satisfactoria.

9.4. Determinantes y procesos reproductivos

Las iniquidades anticipan resultados adversos durante las etapas reproductivas. El análisis global de los determinantes sociales de la salud materna y las transiciones en la mortalidad materna publicado por Souza et al. (2024) identifica contextos y fuerzas subyacentes en los que interactúan determinantes que afectan la salud y el bienestar antes, durante y después de la gestación. Tales como pobreza, discriminación étnico-racial, baja escolaridad materna, desinformación, entorno rural, hambre, corrupción, violencia, conflictos armados y migración forzada. Reconoce como determinantes características individuales como estilo de vida, edad, genética y condiciones de salud, estado civil, bajo nivel socioeconómico, la escasa participación de la pareja en la atención prenatal y el parto. Además, la exposición a factores externos, infecciones, violencia de pareja, accidentes y riesgos físicos.

Souza et al. (2024) muestran que ciertas dinámicas de género y factores socioculturales sustentan prejuicios que restringen la autonomía de las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos. La perspectiva de género es central para analizar cómo determinantes sociales y normas culturales afectan el ejercicio de los derechos en SSYR y limitan la capacidad de decisión de las mujeres en el ámbito de la salud materna. Estos factores inciden en actos u omisiones ginecológicos y obstétricos que, de forma intencionada o no, perpetúan formas de control sobre la vida sexual y reproductiva. Por ello resulta relevante evaluar si los servicios de SSYR responden adecuadamente a las necesidades de las mujeres, para evitar que las desigualdades de género generen inequidad en la atención, mayor exposición a violencia y a condiciones adversas de salud.

9.5. Institucionalidad

Este trabajo entiende la VO como una forma de violencia institucional ejercida en contextos formales de atención reproductiva como hospitales y centros de salud, mediante prácticas, políticas, protocolos y actitudes que afectan negativamente a las mujeres. Así como por la falta de recursos humanos o materiales dedicados para brindar una atención respetuosa y sin malos tratos (OMS-Maltrato, 2014). Cuando agentes estatales o instituciones impiden o dilatan el acceso a servicios de SSYR o vulneran derechos durante el parto o el posparto, la violencia institucional proviene del poder legítimo en entornos jerárquicos. Esta dinámica reduce la autonomía y demuestra que la violencia institucional es individual, pero también un fenómeno sistemático que restringe la atención y el poder de decisión (Pickles, 2024).

10. Interseccionalidad

La vulneración de derechos en SSYR tiene un origen marcado por razones de género [185] y se agrava por la concurrencia de factores interseccionales que intensifican las desigualdades y profundizan las barreras de acceso efectivo a servicios, información y protección.

[185] El término género se utiliza para describir las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente. Las personas nacen con sexo masculino o femenino, pero aprenden a ser niños y niñas que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento aprendido compone la identidad de género y determina los papeles de los géneros (OMS, 2002).

Entre estos factores se encuentran: clase social; raza; color de piel; origen territorial; ruralidad; estatus migratorio; desplazamiento forzado; edad; apariencia y anatomía corporal; condiciones físicas o de discapacidad; situación de privación de libertad; conflicto armado; nivel educativo; desigualdades lingüísticas; condiciones socioeconómicas como pobreza e indigencia o vivir en entornos sin acceso a servicios de salud adecuados, seguridad social o licencias de maternidad; antecedentes de victimización y exposición a diversas formas de violencia de género o violencia sexual; identidad de género u orientación sexual diversa; maternidad en contextos de familias monoparentales, subrogación de la gestación; trabajo sexual, trabajo informal; pertenencia a comunidades indígenas, minorías étnicas, raciales o religiosas. Se suma la presencia de comorbilidades (Bohren et al., 2015; Castro, 2019; Chadwick, 2021; Freedman et al., 2014; Hennig, 2016; Šimonović, 2019).

La interacción de estos elementos profundiza su desventaja y configura escenarios en los que la violencia opera de manera bidireccional: como resultado de la exclusión y, al mismo tiempo, como mayor restricción en el acceso a servicios básicos de salud, lo que perpetúa un ciclo sostenido de vulnerabilidad. Este ámbito supone el reconocimiento de aspectos como las tradiciones y prácticas culturales de las mujeres, sin que tales consideraciones puedan utilizarse tampoco como justificación para restricciones indebidas y, a la vez, se aseguren sus derechos a una atención digna y de calidad.

Ello, además de ser un imperativo ético, responde a una obligación de salud pública orientada a mejorar los resultados materno-infantiles, conforme al artículo 12 del PIDESC y la OG 14-2000-SALUD-DESC, que obliga a los Estados a garantizar “el más alto nivel posible de salud física y mental” mediante servicios disponibles, accesibles, aceptables y de calidad sin discriminación (2000).

En este sentido, el enfoque interseccional se configura como una herramienta de análisis para examinar las conductas contrarias a los derechos en SSYR, además con una perspectiva de género adecuada. Este enfoque permite evidenciar la “violencia que se ejerce sobre las mujeres que viven en los márgenes” (Méndez Aristizábal, 2023) y reconoce que las personas afectadas no conforman un grupo homogéneo. La atención obstétrica se experimenta desde posiciones sociales y culturas

distintas, lo que condiciona el trato recibido y la posibilidad real de ejercer derechos, incluso en sistemas sanitarios formalmente universales donde persisten desigualdades materiales que limitan el acceso efectivo a servicios adecuados en SSYR.

La comparación entre América Latina y Europa identifica una distribución desigual de vulnerabilidades: coexisten mujeres con acceso seguro a servicios obstétricos y otras que enfrentan barreras asociadas a ruralidad, origen étnico, migración o desplazamiento forzado. Incluso en contextos donde existen servicios obstétricos disponibles, pueden persistir obstáculos materiales de acceso, como la distancia geográfica, la falta de transporte o las limitaciones de infraestructura sanitaria, que impiden o retrasan la atención oportuna.

La normativa interamericana confirma la necesidad de incorporar un enfoque interseccional para combatir la VO y revela la especial exposición de mujeres indígenas, andinas y amazónicas, así como de quienes viven en zonas rurales alejadas o en pobreza. Estos factores incrementan la afectación y exigen a los Estados la adopción de medidas concretas y urgentes de protección (Maietti y Villarreal, 2025). La concurrencia de estas condiciones aumenta la exposición a violencias como agresiones sexuales, embarazos y abortos forzados, ITS, mutilación genital o esterilización sin consentimiento y permite evaluar la eficacia de las respuestas sanitarias y jurídicas destinadas a garantizar derechos en SSYR.

10.1. Afectación de derechos desde el ámbito de la interseccionalidad

La perspectiva interseccional se aplica cuando convergen múltiples factores que intensifican los riesgos de las vulneraciones. Estos perjudican a las mujeres en general, y también a grupos específicos que enfrentan mayor exposición. Algunos de estos factores son las dificultades para iniciar o continuar la lactancia deseada, la sobrecarga de cuidados no remunerados, la condición de niñas o mujeres solteras o en convivencia y los contextos relacionados con la interrupción del embarazo.

Asimismo, estudios identifican percepciones de VO tanto desde las personas usuarias como desde el personal sanitario, manifestadas en desinformación sistemática, anulación de decisiones y prácticas deshumanizantes vinculadas a condiciones personales y sociales (Bohren et al., 2015; Chadwick, 2017; Sadler et al., 2016). Este escenario impone a los Estados la obligación de adoptar enfoques jurídicos sensibles al contexto y capaces de corregir desigualdades de base. Factores

como la etnia, el género, el nivel socioeconómico y el desconocimiento de derechos generan formas de vulnerabilidad múltiple que afectan el acceso a la atención y el conocimiento de los derechos, perpetúan violencias, refuerzan desigualdades preexistentes y dificultan el ejercicio de derechos. Bajo esta premisa, resulta necesario examinar cómo operan estas y otras variables.

10.2. Interseccionalidad y ciclo vital: vulnerabilidad agravada en la adolescencia

En este marco de vulnerabilidades múltiples, la adolescencia, cuando coincide con la maternidad, configura una categoría interseccional que acentúa la exposición a prácticas despersonalizadas y coercitivas. En adolescentes mexicanas se documentó desconocimiento generalizado de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, negación u obstaculización en el acceso a anticonceptivos, escasa provisión de información e imposición de métodos anticonceptivos durante el parto o el posparto, en contextos jerarquizados que restringen decisiones libres e informadas (Sosa Sánchez y Menkes Bancet, 2022). La edad en interacción con género, discapacidad u origen étnico genera discriminaciones múltiples que requieren respuestas jurídicas integradas (CDN - Comité, Observación General n.º 20: Aplicación de los derechos del niño durante la adolescencia, 2016).

En el caso *Guzmán Albarracín y otras v. Ecuador* (2020), relativo a una adolescente víctima de violencia sexual en el entorno educativo y posterior suicidio, la Corte IDH reconoció una doble discriminación por género y edad. Afirmó que "la edad y el género constituyen factores de vulnerabilidad que, en contextos subyacentes de violencia y discriminación, deben analizarse de forma interseccional" (125). Por otro lado, la unión temprana y el embarazo infantil conforman una categoría agravada de discriminación interseccional. La Observación General conjunta n.º 31 del Comité CEDAW y n.º 18 del CDN - Comité (2014), “Prácticas nocivas”, califica estas prácticas en su párrafo 20 como formas de violencia que afectan de manera desproporcionada a niñas y adolescentes y perpetúan la discriminación basada en género y edad.

10.3. Anatomía corporal

En contextos reproductivos, las personas gestantes con cuerpos no normativos reciben menos apoyo emocional y trato digno, junto con mayores niveles de medicalización del parto. También

enfrentan negación de acompañamiento y omisión de información clínica. Estas prácticas reflejan sesgos y estructuras de poder que patologizan cuerpos divergentes y restringen la autonomía reproductiva. La discriminación por peso adquiere formas específicas de violencia institucional reproducidas mediante protocolos, juicios morales y silencios normativos (Paim et al., 2025).

La discriminación por peso (gordofobia) afecta la atención en SSYR, deteriora la calidad del cuidado, dificulta la comunicación clínica y vulnera la autonomía. Tal como sostiene Castro Fernández (2024), en Mena-Tudela (Ed.), la exclusión en el acceso a servicios reproductivos basada en el peso configura una forma de discriminación que vulnera el derecho a recibir atención sanitaria en condiciones de igualdad. Por otro lado, la convergencia entre género y tamaño corporal produce estigmas clínicos, violencia verbal y efectos psicosociales para quienes no se ajustan a los ideales corporales normativos de delgadez (Panina, 2016). Este estigma es un eje interseccional de opresión que se expresa a través del estigma de peso y prácticas de corte eugenésico. Ello obliga a que personas con cuerpos no normativos busquen personal obstétrico dispuesto a evaluar su sintomatología sin atribuirla únicamente al peso. Esta discriminación configura una forma de VO agravada por insuficiente formación médica sobre el estigma de peso y produce afectaciones psicosociales que vulneran el derecho a una atención sanitaria de calidad en condiciones de igualdad (Paim et al., 2025).

10.4. Raza, origen étnico y ruralidad

Las mujeres pertenecientes a minorías étnicas, como mujeres gitanas, indígenas, afrodescendientes y otras comunidades racializadas, enfrentan múltiples formas de discriminación que agravan el impacto de las vulneraciones (Šimonović, 2019). La esterilización forzada es un ejemplo, pues afecta de manera desproporcionada a mujeres de estos grupos. Asimismo, persisten prácticas abiertamente discriminatorias, como la asignación de salas exclusivas para romaníes en algunos hospitales de maternidad.

La perspectiva interseccional permite identificar fallas en la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud, como sucede en emergencias obstétricas en contextos rurales, reflejo del incumplimiento en la garantía del derecho a la salud. La atención de estas emergencias fuera de entornos con capacidad resolutiva expone a riesgos derivados de la falta de infraestructura sanitaria

adecuada (Aranda-Tellez et al., 2021). Las violencias de derechos en SSYR también se profundizan en contextos de ruralidad y pobreza. Las mujeres campesinas e indígenas suelen vivir en zonas remotas con escasa infraestructura sanitaria o en entornos urbanos tras procesos de desplazamiento. Las mujeres romaníes, aunque no necesariamente ligadas a un territorio rural específico, comparten una identidad cultural, lingüística y social que también condiciona su acceso a servicios esenciales. En todos los casos, las barreras limitan el acceso efectivo a la atención de salud, lo que incrementa el riesgo de mortalidad materna y neonatal (OMS, 2023).

En cuanto a la discriminación étnico-racial y el racismo obstétrico, una manifestación específica es la VO antigitanista o etnoobstétrica, en la que el racismo se entrelaza con el patriarcado. Esta violencia comprende esterilizaciones forzadas, maltrato verbal y la aplicación de protocolos hospitalarios discriminatorios, como la segregación de mujeres gitanas en salas exclusivas dentro de áreas de maternidad (Mena-Tudela, 2024). En algunos contextos, las barreras también se originan en las propias comunidades, cuando autoridades tradicionales o prestadores comunitarios restringen el acceso a prestaciones en SSYR [186].

Determinados actos y omisiones que vulneran los derechos en SSYR afectan de manera diferenciada a mujeres de raza negra. Resulta de lógicas de funcionamiento que producen discriminación racial en los sistemas de salud, cuyas formas específicas se han identificado en la atención obstétrica. Este fenómeno ha sido conceptualizado como una forma concreta de violencia institucional caracterizada por prácticas clínicas estandarizadas, discursos jerárquicos y estereotipos interseccionales de raza, género y clase (Santana et al., 2024; Davis, 2019). Se manifiesta en violencia, discriminación y perjuicios sufridos por mujeres de raza negra durante la atención prenatal, el parto y el posparto. Requiere una respuesta articulada a nivel político, sanitario, profesional y educativo (Nascimento Guimarães et al., 2025).

[186] Esta situación fue analizada por la Corte Constitucional colombiana en la sentencia SU-297/2025. Determinó que las entidades de salud indígenas deben garantizar el acceso a la IVE, según las reglas de los precedentes C-355/2006 y C-055/2022. Rechazó que la autonomía cultural pueda usarse para restringir derechos, y reafirmó que las mujeres indígenas, como todas las mujeres en Colombia, tienen derecho a decidir sobre su proyecto de vida y a acceder sin obstáculos a la IVE hasta la semana 24, así como en cualquier momento bajo las tres causales reconocidas en la sentencia C-355/2006: riesgo para la salud o vida de la mujer, grave malformación del feto que lo haga inviable, o embarazo por violencia sexual. Esta protección supone el aseguramiento del acceso a información, la accesibilidad a servicios médicos, psicológicos y sociales y la eliminación de barreras institucionales territoriales.

Este patrón constituye una manifestación agravada de violencias contra los derechos en SSYR, marcadas por jerarquías raciales y patrones históricos de exclusión. El enfoque interseccional muestra que la raza intensifica las violencias institucionales en el parto, con un nivel de afectación elevado en contextos institucionales (Davis, 2019). El racismo institucional permite comprender cómo se niegan derechos e interponen barreras de acceso y sufrimiento en contextos de atención sanitaria (Saraiva y Campos, 2023). Como forma de discriminación interseccional, este fenómeno es incompatible con las obligaciones que recaen sobre los Estados de garantizar el derecho a la salud sin distinción de raza, etnia o nacionalidad (CESCR, 2016; ICEDR, art. 2).

Las experiencias documentadas abarcan negación de analgesia, maltrato verbal, intervenciones sin consentimiento (Davis, 2019), tratos irrespetuosos o negligentes y formas sistemáticas de exclusión que afectan directamente derechos reproductivos (Saraiva y Campos, 2023). Sus consecuencias abarcan ansiedad, depresión posparto y otras afecciones psicológicas persistentes (Dmowska et al., 2024), así como desconfianza hacia el personal sanitario y disminución del deseo de gestar nuevamente. Este conjunto de prácticas configura racismo en el ámbito reproductivo, al producir y reproducir desigualdades mediante rutinas institucionalizadas, discursos normativos y estereotipos de género y raza (Santana et al., 2024). En este sentido, el racismo obstétrico se manifiesta a través de la aplicación de estereotipos de género y raza, la deslegitimación de las necesidades de las personas usuarias y formas de trato deshumanizantes durante el parto (Dmowska et al., 2024).

Condiciones como género, clase social, edad, condición migratoria y nacionalidad intensifican vulnerabilidades y dan lugar a racismo en la atención sanitaria que afecta la calidad del trato y el acceso equitativo a los servicios (Davis, 2019). Leal et al. (2018) explican que la medicalización del parto contribuye a intervenciones excesivas y Scott y Davis (2021) señalan que estas dinámicas afectan de manera desproporcionada a mujeres racializadas en el marco del racismo obstétrico.

Contextos migratorios agravan desigualdades por barreras lingüísticas, legales y culturales, con efectos perjudiciales para la salud física y mental de mujeres racializadas. Además, el silenciamiento institucional, la negación del fenómeno por el personal sanitario, la minimización de testimonios y la ausencia de registros formales que reconozcan la dimensión racial de la problemática, generan deslegitimación epistémica e impiden la exigibilidad de derechos (Jewkes

y Penn-Kekana, 2015; Bohren et al., 2015). La falta de protocolos con enfoque étnico-racial y de formación antirracista en los equipos de salud perpetúa entornos clínicos de desigualdades, sin nombrarlas ni abordarlas.

Finalmente, la falta de concordancia racial entre quienes reciben atención y quienes la prestan, contribuye a disparidades en el trato y alimenta la sensación de inseguridad de las usuarias, lo que produce entornos de atención inequitativos (Hardeman et al., 2020).

10.5. Mujeres indígenas: atención institucional, prácticas culturales e imposiciones clínicas

En contextos de atención institucional al parto, las mujeres de población indígena dependen del sistema de salud para ejercer su derecho a una atención segura. Esta subordinación institucional, sumada al desconocimiento profesional sobre sus necesidades culturales, causa un patrón de discriminación que se expresa como riesgo agravado de VO. Esta situación refleja la ausencia de medidas estatales que garanticen la igualdad material y revelen la necesidad de adaptar la atención sanitaria sin recurrir a generalizaciones que refuercen lógicas históricas de exclusión (Tokashiki et al., 2025).

En las violencias contra mujeres indígenas durante el embarazo, parto y puerperio convergen factores como el racismo, la exclusión, la mercantilización de la salud, el desconocimiento de saberes ancestrales y la reproducción de jerarquías de poder. Estas condiciones afectan de forma diferenciada a las mujeres indígenas, invisibilizan sus prácticas tradicionales y aumentan su vulnerabilidad frente a un sistema que no reconoce sus necesidades específicas (Ricaurte Cepeda y Guerrero Luna, 2024).

La falta de acceso efectivo al control prenatal en zonas rurales refleja desigualdades en salud. La falta de personal calificado, recursos limitados y la falta de información adecuada comúnmente obligan a recurrir a saberes informales, con el consiguiente aumento del riesgo de complicaciones gestacionales. Estas deficiencias se agravan en zonas rurales donde persisten barreras para acceder a servicios esenciales (Tagle et al., 2025). Otro aspecto de este patrón de discriminación sucede cuando estas mujeres llegan a hospitales acompañadas de parteras tradicionales que han prestado apoyo durante el parto en condiciones adversas. Esta situación opaca la labor de las parteras,

recurso de alta importancia para la atención, pues poseen conocimientos y habilidades reconocidos en procesos reproductivos y su labor debe ser respetada (Declaración sobre los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales, 2013).

Al respecto de las parteras, la pérdida de territorialidad, en particular por desplazamientos hacia entornos urbanos, ha limitado su presencia en territorios indígenas, lo que genera vacíos en la atención. En las urbes, la disponibilidad de recursos y el acceso a prácticas tradicionales, como el uso de plantas medicinales, pueden verse restringidos fuera de sus entornos naturales, lo que fuera de entornos naturales agrava esta situación.

10.6. Ruralidad y desigualdades territoriales en salud

Las políticas públicas adecuadas al modo de vida de ciertas mujeres en alta ruralidad son prácticamente inexistentes, lo que profundiza su exclusión. Además de la falta de atención médica, muchas sufren diversas formas de violencia, incluida la violencia psicológica, frente a la cual deben recibir protección (Declaración sobre los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales, 2013).

A estas condiciones se suman restricciones como la imposición de la posición de litotomía en contra de sus tradiciones, la prohibición de dar a luz en posición vertical y la negación de disponer de la placenta conforme a sus creencias. En casos también se les obliga a desnudarse o a someterse a procedimientos que, aun cuando puedan estar indicados médicamente, lesionan su intimidad por la forma en que se ejecutan. Estas conductas lesionan DH y configuran un problema sistemático y multifactorial de salud pública que afecta la salud materno-infantil (Declaración sobre los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales, 2013).

El maltrato y la falta de sensibilidad en la atención médica, además de deteriorar la experiencia de parto, generan efectos graves para la salud materno-infantil. La reticencia para acudir a servicios sanitarios, derivada de episodios previos de maltrato o de la percepción de inseguridad institucional, puede conducir a partos no asistidos o atendidos por personal sin calificación, con el aumento de complicaciones y mortalidad materna o perinatal (Bohren et al., 2014). Aunque el acceso oportuno a atención obstétrica de emergencia permite reducir la morbimortalidad, las barreras culturales, económicas y de infraestructura, agravadas por el trato indigno en los centros

de salud, refuerzan un ciclo de desconfianza y mayor exposición al riesgo (Téllez et al., 2021). Esta situación genera entornos donde la desigualdad territorial limita el ejercicio efectivo de derechos, lo que conecta con la necesidad de pautas regionales de protección.

10.6.1. Estándares regionales y responsabilidades del Estado en contextos rurales

En el ámbito regional, la CIDH, en su informe *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas* (OES/Ser.L/V/II. Doc. 44/17), reconoce la VO como forma de violencia contra las mujeres. En el núm. 80, fundamentado en el artículo 2 de la Convención de Belém do Pará, incorpora como manifestación la salud física, sexual y psicológica ejercida en establecimientos de salud, dada su prevalencia en la región. La voluntad política de los Estados, respaldada en instrumentos universales y normas internas, debe traducirse en la implementación de sistemas de atención que respondan a las problemáticas propias de la ruralidad e incorporen un enfoque intercultural. La omisión estatal frente a estas realidades constituye un incumplimiento y una forma de violencia que perpetúa la exclusión y la negación de derechos.

La vulneración del derecho a un trato igualitario, a decidir libremente, a solicitar y recibir información, a entenderla y a expresarse sin discriminación por motivos socioeconómicos o culturales produce efectos graves, como la renuencia a acudir a centros de salud, incluso ante emergencias obstétricas y neonatales. De igual forma, como ocurre con las experiencias de maltrato durante la atención obstétrica, que, en términos generales, pueden disuadir a las mujeres de acudir a servicios de salud en el futuro, como sostiene Hennig (2016), lo que incide directamente en la accesibilidad y efectividad del derecho a la salud.

Igualmente, cuando se priva del derecho al registro de nacimiento de los recién nacidos. Esta omisión constituye una violación del derecho a la identidad y afecta su inclusión en censos poblacionales, con repercusiones en el reconocimiento de otros derechos [187].

[187] En algunos Estados, el certificado de nacido vivo es un documento comúnmente utilizado como garantía del derecho a la identidad jurídica desde el nacimiento, ya que permite el acceso al registro civil y, con ello, a la titularidad de derechos. Su reconocimiento como instrumento válido para fines registrales y estadísticos, incluso cuando es expedido por actores comunitarios no médicos, puede formalizarse. En Colombia, por ejemplo, mediante circulares conjuntas, emitidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil y el DANE, se habilita a parteras y autoridades

La dispersión geográfica limita la presencia estatal y dificulta el acceso a servicios de salud, que en ciertas zonas rurales son escasos, precarios y sin coordinación institucional. En muchos territorios no existe infraestructura básica, condiciones mínimas de salubridad, como agua potable o sistemas de saneamiento, ni programas de educación preventiva. Estas disparidades se profundizan cuando se comparan con mujeres de mayores ingresos o con residentes en áreas urbanas, donde, pese a condiciones materiales más favorables, también habitan mujeres desplazadas en situación de vulnerabilidad (OMS, 2010).

En relación con la calidad en contextos de ruralidad, la OPS enfatiza la importancia de la atención primaria y del acceso a servicios esenciales para mujeres en condiciones de vulnerabilidad (OPS, 2017). La SSYR se ve afectada durante el embarazo, el parto, el posparto y la atención neonatal debido a condiciones sanitarias deficientes y a la escasez de recursos, lo que repercute en el acceso a servicios de calidad. La falta de comprensión profesional sobre necesidades de SSYR se agrava por la ausencia o tardanza en la asistencia y la operación con capacidad mínima y sin supervisión, lo que genera deficiencias en la formación y competencias del personal (Calderón Bogoslavsky, 2023a) y deriva en informalidad e improvisación. La poca disponibilidad de personal capacitado o equipos móviles en zonas remotas, el apoyo intermitente intensifican estas barreras (Declaración sobre los Derechos de los Campesinos y de Otras Personas que Trabajan en las Zonas Rurales, 2013).

Estas mujeres, como cualquier otra población, tienen derecho a recibir el más alto nivel posible de cuidados en su salud física y mental, lo que incluye la SSYR (ONU, 2014). Resulta esencial que dicha atención se brinde en condiciones de respeto, dignidad y con criterios adecuados de calidad y competencia profesional durante toda la vida sexual y reproductiva, sin importar su ubicación geográfica (Declaración sobre los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales, 2013).

indígenas para certificar nacimientos en contextos étnicos, para así reconocer el valor probatorio de sus actuaciones en procesos de inscripción vital.
Este marco normativo responde al deber del Estado de adoptar medidas diferenciadas que eliminen limitaciones de base de acceso a derechos, en cumplimiento de estándares internacionales sobre igualdad, reconocimiento jurídico y no discriminación. En esta línea, los párrafos 1–3 de la Observación General n.º 17 del Comité de DH establecen que todo infante tiene derecho a ser reconocido como persona ante la ley desde el momento del nacimiento, lo que impone a los Estados la obligación positiva de garantizar el acceso universal y no discriminatorio al registro.

10.7. Migración, refugio y desplazamiento

Las personas migrantes, solicitantes de refugio, en situación de desplazamiento o sin documentación regular enfrentan múltiples obstáculos que han motivado el desarrollo de marcos normativos de protección, como la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares (1990). En zonas rurales y remotas encuentran barreras significativas para acceder a servicios de SSYR, en un contexto marcado por la ausencia o precariedad de programas de acogida e infraestructura comunitaria, a pesar de recomendaciones como MESECVI (2025, núm. 588), que llama a que se cuente con suficiente cobertura, que abarque también zonas remotas, para la atención de la salud psicológica y médica.

Asimismo, la discriminación por origen étnico y nacional produce prácticas de exclusión, maltrato y rechazo al uso de servicios. Las barreras lingüísticas y los prejuicios hacia sus capacidades parentales agravan estas condiciones. Estos factores, junto con el control injustificado sobre sus decisiones reproductivas, generan desconfianza institucional y resistencia a buscar asistencia médica (Bogoslavsky, 2022).

La violencia y la baja calidad de los servicios sanitarios no se circunscriben a entornos urbanos; también afectan áreas rurales, donde suelen estar normalizadas. Esta violencia se intensifica en contextos culturales ajenos, en los que los procedimientos médicos no consideran las necesidades específicas de las mujeres migrantes ni garantizan su consentimiento. La ausencia de redes comunitarias de apoyo en zonas rurales incrementa su vulnerabilidad: su origen suele ser motivo de desacreditación, exclusión y malos tratos, lo cual obstaculiza el acceso a una atención adecuada. En numerosos casos, procedimientos clínicos necesarios se ejecutan de forma violenta, se reproducen estereotipos negativos por parte del personal sanitario y se perpetúan dinámicas de discriminación y maltrato.

En este escenario, los equipos de salud deben recibir formación en interculturalidad. La incorporación de conocimientos tradicionales en los modelos de atención favorece la comprensión mutua, mejora la comunicación clínica y promueve prácticas respetuosas. Identificar estas problemáticas mediante documentación rigurosa resulta indispensable para erradicar la violencia y garantizar derechos en salud desde un enfoque jurídico y basado en pruebas.

10.8. Conflicto armado

Habitantes de entornos de conflicto armado, principalmente mujeres, enfrentan múltiples formas de violencia, exacerbadas por la presencia de grupos armados y dinámicas como el narcotráfico, cultivos ilícitos [188] y la persecución a líderes sociales. Esto genera inestabilidad vital y obliga al desplazamiento forzado hacia áreas urbanas, donde continúan las dificultades. En las ciudades, las personas desplazadas se enfrentan a entornos hostiles e insalubres para dar a luz, incluso en espacios públicos como parques y callejones, lo que refleja la ausencia de garantías mínimas para una atención digna en SSYR. Las intervenciones de organismos de bienestar familiar, en ocasiones descontextualizadas, generan temor e incertidumbre, especialmente cuando enfrentan la maternidad sin redes de apoyo o recurren a parteras tradicionales desplazadas, quienes no pueden ejercer su oficio fuera de su territorio por carecer de reconocimiento legal.

La Resolución 1325 (2000) del Consejo de Seguridad de la ONU (ACNUR) es un avance en la defensa de los DH de las mujeres en contextos de conflicto. Reconoce el impacto de la violencia de género y ordena a las partes en un conflicto armado adoptar medidas para proteger a las mujeres (núm. 10). Sin embargo, en zonas afectadas como Colombia existen barreras graves para el acceso a la SSYR y cobertura prenatal deficiente, especialmente en áreas rurales y de difícil acceso. Limitaciones como escasez de personal, insumos, infraestructura y atención culturalmente adecuada afectan desproporcionadamente a mujeres indígenas y afrodescendientes (Ramos Jaraba et al., 2020).

La problemática también ha impactado la SSYR a través de la violencia relacionada con la reproducción. Embarazos forzados, violencia sexual, colapso o falta de cobertura del sistema de salud en áreas rurales y discriminación que sufren mujeres en estado de pobreza, particularmente de comunidades indígenas, afrodescendientes y rurales. Estas dinámicas continúan en el postconflicto y afectan especialmente a mujeres en zonas históricamente marginadas (Svallfors, 2024). La violencia también ha sido utilizada como táctica de control físico y simbólico sobre las

[188] Como resultado de aspersiones de glifosato llevadas a cabo por el Estado, se documentan afectaciones a la salud, a la fertilidad y abortos involuntarios, lo que resalta una conexión entre responsabilidad estatal y determinantes ambientales y de salud (Universidad del Valle, 2020).

mujeres [189]. Ní Aoláin (2021) documenta que, en escenarios de conflicto prolongado, la violencia reproductiva comprende prácticas como el embarazo forzado y otras formas de control sobre la autonomía reproductiva [190] En este escenario, también pueden identificarse prácticas tales como el aborto forzado, la negación deliberada de servicios esenciales y la imposición de métodos de anticoncepción impuesta, ejecutadas por actores armados, milicias u otros grupos en situación de poder, en contextos de dominación de la vida reproductiva.

10.9. Personas privadas de la libertad

Las personas en situación de reclusión, detención o privación de la libertad encuentran serias dificultades para ejercer sus derechos durante el parto, el posparto y la lactancia. Esta situación de especial vulnerabilidad se agrava por el acceso médico limitado, las condiciones inadecuadas y los tratos degradantes incompatibles con los DH. La Corte IDH, en el caso *Manuela y otros v. El Salvador. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C* n.º *440* (en adelante, *Manuela y otros v. El Salvador*) evidenció que la privación de libertad agrava la exclusión, la pobreza y la discriminación por razones de género. La Corte reconoció que la criminalización de emergencias obstétricas impacta desproporcionadamente a mujeres en condiciones de precariedad, quienes enfrentan tratos inhumanos, violencia estructural y falta de acceso adecuado a servicios de salud en el contexto penitenciario.

Posteriormente, en la OC 29/2022, la Corte IDH, en el ejercicio de su función consultiva, reafirmó que los Estados deben garantizar condiciones dignas de detención, con enfoque diferenciado para

[189] En el ámbito del conflicto armado colombiano, la Corte Constitucional, en la sentencia SU-599/2019 (Exp. T-7.396.064), reconoció que la imposición de anticoncepción forzada y aborto forzado dentro de las Fuerzas Armadas Revolucionarias (FARC) impactó la salud de las víctimas y constituyó una grave violación de DH. Cuando estas violaciones ocurren al interior de grupos armados al margen de la ley, no se puede desconocer la calidad de víctimas que ostentan las mujeres que pertenecen a estos grupos, que han sufrido violencia sexual y de género. Es deber del Estado garantizar valoraciones médicas, tratamientos, procedimientos quirúrgicos o medicamentos según su diagnóstico médico y estado de salud (núm. 3.6). Ordenó el reconocimiento estatal pleno en el marco del conflicto armado, así como el acceso a una reparación integral (Corte Constitucional de Colombia, sentencia SU-599/19).

[190] Resulta pertinente señalar que la RG-19-CEDAW en su párrafo 22 afirma que "la esterilización o el aborto obligatorios afectan negativamente a la salud física y mental de la mujer y vulneran el derecho de la mujer a decidir sobre el número y el espaciamiento de sus hijos". A su vez, la OG 22-2016-SSYR-DESC establece que prácticas como el aborto forzado y la anticoncepción impuesta conforman una violación del derecho a la SSYR. Este derecho exige el respeto a la autonomía corporal, la libertad para tomar decisiones informadas y la protección frente a violencia, coerción o discriminación.

personas en situación de especial riesgo, incluidas mujeres y personas gestantes. Señaló la importancia de adoptar un enfoque diferenciado en el acceso a la SSYR, prevenir tratos crueles y garantizar medidas adecuadas frente a la violencia institucional y la discriminación.

La ausencia de medidas diferenciadas para proteger a personas privadas de libertad refleja cómo la subordinación al control estatal reduce garantías y facilita restricciones arbitrarias que afectan su salud y dignidad, así como las de sus bebés lactantes. En la OC 29/2022-CORTE IDH, la Corte citó su párrafo 158(c), del caso *Manuela y otros v. El Salvador,* y reafirmó que los derechos en SSYR incluyen el acceso a información científica, libre de estereotipos y discriminación, vinculada al plan de parto y al derecho al contacto maternofilial. Este estándar se articula con la OG 22-2016-SSYR-DESC (núm. 28), que reconoce el carácter instrumental del acceso a la información y del consentimiento como garantías centrales del parto respetado, la autonomía corporal y la protección frente a toda forma de violencia, coacción y discriminación.

La OC 29/2022-CORTE IDH también reafirmó el derecho a diseñar un plan de parto (núm. 158 (c)), y exige la capacitación del personal penitenciario para garantizar condiciones adecuadas durante el parto (núm. 158 (o)). Reconoce que la VO constituye una forma de violencia basada en género contraria a la Convención de Belém do Pará (núm. 160) y parte de un *corpus iuris* internacional consolidado. Recoge los aportes desarrollados por la CIDH, el Comité CEDAW y la Relatoría Especial sobre los derechos de las mujeres. Se reiteró la obligación de los Estados de prevenir y abstenerse de incurrir en actos de violencia de género durante la atención en salud reproductiva, incluido el trabajo de parto, con especial énfasis en mujeres privadas de la libertad. Asimismo, destaca la necesidad de contar con mecanismos efectivos de justicia, acceso a reparaciones transparentes y canales seguros de denuncia.

La OC 29/2022 CORTE IDH también incorporó expresamente el estándar de la OMS sobre atención respetuosa del parto, al afirmar que los Estados deben hacer lo posible por garantizar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad, la integridad física, el trato adecuado, la posibilidad de tomar decisiones informadas y de recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto (núm. 152, 161). Esta protección reafirma el vínculo entre la atención obstétrica y la autonomía reproductiva. Se prohíbe el uso de grilletes en los traslados antes, durante y después del parto (núm. 146). Reconoce la VO como violencia basada en género y llama a su tipificación, aunque no detalla las

medidas concretas que deben adoptar los Estados para prevenirla y erradicarla. Si bien alude al derecho a recibir información sin estereotipos ni sesgos, no desarrolla cómo estos operan ni exige su eliminación expresa (núm. 158 (c)).

De la jurisprudencia analizada se desprende que el estándar interamericano en materia de integridad personal en contextos obstétricos no depende exclusivamente de la intensidad física del sufrimiento. Depende también de la concurrencia entre la vulnerabilidad, el contexto de discriminación y el ejercicio del poder institucional. Esta configuración amplía el alcance del artículo 5 de la CADH sobre la integridad personal en entornos sanitarios y permite integrar prácticas normalizadas como posibles tratos contrarios a la dignidad.

Gudiño (2023) señala que, en el ámbito provincial de Córdoba (Argentina), se han adoptado medidas orientadas a restringir el uso de sujeciones durante el embarazo y garantizar condiciones de atención compatibles con la privacidad y dignidad de las mujeres privadas de la libertad. En particular, indica que la custodia en centros de salud debe ser ejercida por personal femenino, el cual debe resguardar la privacidad sin ingresar a la sala de partos o quirófano. También analiza la utilización de mecanismos de tutela colectiva frente a situaciones de violencia estructural que afectan a mujeres privadas de la libertad. Destaca su potencial para impulsar la adecuación de los protocolos institucionales conforme a los estándares de respeto, dignidad y derechos en la atención en SSYR (Gudiño, 2023).

En el contexto penitenciario, la VO entre rejas se manifiesta en la doble victimización de la violencia estructural, ya que las mujeres privadas de la libertad viven en los márgenes de la sociedad y sufren criminalización y discriminación. Este entorno hostil intensifica las dificultades perinatales, lo que supone condiciones de vulnerabilidad que intensifican las dificultades perinatales (Jubany-Roig y Massó Guijarro, 2024).

10.10. Orientación sexual e identidad de género

Se han documentado formas específicas de VO ejercidas contra personas con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas. Por ejemplo, la negación del derecho a decidir sobre el parto, la patologización de sus identidades, el uso de lenguaje irrespetuoso y la falta de

protocolos inclusivos. Estas conductas vulneran el principio de autonomía corporal y configuran formas de violencia institucional basadas en género, orientación sexual e identidad de género. La falta de formación del personal de salud en diversidad sexual y de género y la presencia de estigmas de fondo contribuyen a la reproducción de VO, lo que se traduce en un acceso desigual y degradante a los servicios obstétricos (Cardoso, 2024).

10.11.Personas discapacitadas o con alguna condición de salud física o mental

En cuanto a la discapacidad y neurodivergencia, en el ámbito obstétrico, ciertas condiciones pueden intensificar formas específicas de discriminación de base. En el campo de la neurodivergencia, la intersección entre mujer y autismo genera violencia específica, manifestada como trato deshumanizado y trauma debido al desinterés o no respeto de las peticiones de las personas usuarias y la negligencia derivada de la falta de formación del personal sanitario en autismo (García Molina y Górriz Plumed, 2024). En casos de discapacidad intelectual, las decisiones reproductivas suelen ser asumidas por terceros, lo que limita la participación de las mujeres y su consentimiento. Estas conductas se relacionan con discursos capacitistas y se manifiestan en intervenciones como la esterilización o la anticoncepción impuestas, lo que configura formas de injusticia reproductiva que afectan su autonomía (Mercerat et al., 2025).

En contextos latinoamericanos, se han documentado en mujeres con discapacidad conductas como la infantilización, la negación de autonomía y la omisión de información durante la atención ginecoobstétrica, con efectos directos en su salud mental y bienestar (Rodríguez-Garrido, 2025). Estas contradicen las obligaciones asumidas por los Estados parte en la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006), que reconoce el derecho a decidir libremente sobre la vida reproductiva y exige el acceso a servicios de salud sin discriminación (arts. 23, 25).

El informe del MESECVI (2025) señala que la mayoría de los Estados de la región aún carecen de legislaciones específicas que aborden integralmente todas las formas de violencia y discriminación que enfrentan las mujeres con discapacidad. Esta ausencia normativa alimenta estereotipos de género que facilitan eventos de violencia e impunidad (núm. 86). Asimismo, advierte que la aplicación de las leyes suele ser inconsistente o inadecuada, lo que representa un incumplimiento

del deber de debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra este colectivo (núm. 88). El Mecanismo ha expresado preocupación por la persistencia de la esterilización no consentida y por la falta de diferenciación entre las diversas formas de discapacidad. Esto deriva en una atención homogénea que ignora necesidades puntuales (núm. 89).

En el caso de las mujeres sordas, las barreras de acceso a la salud se agravan por la ausencia de intérpretes de lengua de señas o de materiales adaptados en los servicios médicos y legales. Esta situación limita su capacidad de comunicación efectiva (núm. 91). Por tal motivo, se insta a los Estados a adoptar obligatoriamente la perspectiva de interseccionalidad y de discapacidad en su legislación y se omiten los enfoques asistenciales y biomédicos (núm. 99). El cumplimiento de este estándar exige la prohibición expresa de la esterilización forzada y la imposición coercitiva de tratamientos, así como la reforma de los regímenes de sustitución de la voluntad que restringen arbitrariamente la capacidad jurídica de las mujeres con discapacidad (núm. 100).

Por otro lado, Hernández Darriba (2025) señala que la Directiva (UE) 2024/1385 refuerza la salvaguarda de los derechos de las mujeres con discapacidad al prohibir expresamente la esterilización forzosa. Sostiene que el consentimiento informado es la garantía jurídica que impide que el acto médico se convierta en vehículo de dominación. Enfatiza la necesidad de asegurar que la integridad física y la autonomía reproductiva no se vean comprometidas por criterios de eficiencia sanitaria o prejuicios basados en la discapacidad, y exige mecanismos reales de rendición de cuentas del sistema legal, ante injerencias en la libertad de decisión de estas mujeres.

Del mismo modo, algunas personas que viven con VIH enfrentan formas específicas y agravadas de VO, asociadas a estigmas en los sistemas sanitarios. Se han documentado conductas coercitivas, como presiones para interrumpir embarazos o someterse a esterilización durante el parto, así como esterilización sin consentimiento, fundadas en prejuicios persistentes del personal de salud respecto del embarazo en personas con VIH (Rossel Castagneto, 2025). Asimismo, pueden presentarse otras formas de interferencia en la toma de decisiones clínicas, derivadas de estos mismos estigmas, como aquellas relativas a la alimentación al pecho o al tipo de parto que debe ocurrir.

La recopilación y divulgación no consentida del estado serológico es otra forma de vulneración frecuente, lo que genera barreras en la atención subsecuente y profundiza la desconfianza en los servicios sanitarios. Altos niveles de presión médica para evitar embarazos, limitar la reproducción futura o aceptar intervenciones no deseadas constituyen interferencias directas con la autonomía reproductiva y, además de vulnerar derechos, generan consecuencias graves para la salud materna y neonatal. El temor al estigma o maltrato conduce muchas veces a retrasar o evitar la atención necesaria, lo que incrementa riesgos clínicos y debilita la respuesta sanitaria frente al VIH. La estigmatización, sumada a otros factores de discriminación como pobreza, discapacidad, consumo de drogas o antecedentes de violencia, crea un círculo de vulnerabilidad que restringe aún más su acceso a servicios esenciales (Morales Celaya, 2022).

Estas personas pueden recibir indicaciones contradictorias, categóricas o carentes de justificación clínica en torno a la alimentación infantil, como instrucciones de no amamantar, sin información adecuada ni evaluación individualizada [191] . También se han documentado casos de esterilización forzada en mujeres que viven con VIH, en muchos casos sin consentimiento ni información sobre alternativas reproductivas, lo que constituye una grave violación a su autonomía y dignidad (Barrera Gutiérrez y Díaz Gamboa, 2018).

Las gestantes con consumo de sustancias pueden enfrentar miedo a la detección, pérdida de custodia, intervención de los servicios de protección infantil y barreras de acceso a la atención prenatal y al tratamiento, lo que favorece el ocultamiento de información clínicamente relevante y la evitación de los servicios de salud (Stone, 2015). Asimismo, pueden ser objeto de conductas clínicas basadas en estereotipos que deterioran la calidad asistencial y de dinámicas institucionales que condicionan sus decisiones reproductivas sin tener en cuenta necesidades específicas, lo que

[191] La OMS reconoce que, en el contexto del VIH, la lactancia continúa siendo una práctica esencial para la supervivencia infantil cuando se acompaña de tratamiento antirretroviral materno continuo y eficaz, lo que reduce significativamente el riesgo de transmisión posnatal. Recomienda la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentación complementaria adecuada y segura mientras se continúa, siempre bajo monitoreo, apoyo clínico adecuado y seguimiento del tratamiento antirretroviral (OMS, 2016).
Asimismo, subraya que la elección sobre la alimentación infantil debe evaluar factores como la disponibilidad de agua potable, la seguridad alimentaria y la capacidad de las familias para acceder de forma sostenible a alternativas de alimentación. En entornos donde tales condiciones no están garantizadas, el uso de sustitutos puede aumentar la morbilidad infantil por infecciones, malnutrición o prácticas de preparación inseguras. Por ello, las recomendaciones insisten en que la decisión debe considerar criterios de aceptabilidad, factibilidad, asequibilidad, sostenibilidad y seguridad, a fin de proteger la salud y supervivencia infantil (OMS, 2016).

exige una actuación sanitaria basada en formación actualizada y criterios clínicos adecuados a su situación.

En lo atinente a otras condiciones de salud, la fístula obstétrica representa una de las manifestaciones más extremas de desigualdad en SSYR. Se trata de una lesión prevenible asociada a la falta de acceso oportuno a atención obstétrica de emergencia durante partos prolongados, que afecta principalmente a mujeres en situación de pobreza y exclusión (UNFPA 2023). Su prevención exige atención prenatal de calidad, servicios obstétricos accesibles y personal capacitado. Su erradicación requiere, además, medidas orientadas a eliminar barreras institucionales y sociales, mediante políticas públicas eficaces y acciones sostenidas de sensibilización.

11. Responsabilidad estatal y omisión institucional

La responsabilidad del Estado no puede soslayarse. Según Freedman et al. (2014), los sistemas de supervisión sanitaria suelen centrarse en indicadores como tasas de mortalidad y complicaciones clínicas, en detrimento de la dignidad, autonomía y experiencia de quienes reciben atención. Esta lógica tecnocrática invisibiliza el maltrato, refuerza su naturalización y carece de mecanismos para su identificación, sanción o reparación. La permisividad o ambigüedad de normas institucionales y la falta estatal de parámetros claros y fiscalización de su cumplimiento consolidan estas conductas como normales en la atención obstétrica. Se causa violencia estructural por políticas, actos, omisiones y decisiones estatales que crean entornos desfavorables para la atención adecuada, sumados a políticas públicas ineficaces o ausencia de supervisión, lo que incumple deberes estatales y limita el acceso a los servicios sanitarios [192].

[192] Una manifestación de la violencia estructural atribuible a la omisión del Estado en garantizar servicios esenciales es el cierre de servicios obstétricos en Colombia. Esta situación refleja una crisis en el sistema de salud que vulnera derechos, particularmente el derecho a la atención adecuada durante el embarazo, el parto y el puerperio. Las restricciones financieras, las deudas acumuladas por las entidades prestadoras de salud y los requisitos normativos han llevado a estos cierres. Además, la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) manifestó su preocupación ante el cierre continuo de salas de parto en distintas regiones del país, lo que pone en riesgo la salud y el bienestar de gestantes y recién nacidos (FECOLSOG, 2023). La Federación advierte que esta situación incrementa el riesgo de mortalidad neonatal y materna, de forma relevante en zonas rurales, e insta al Gobierno Nacional, a las autoridades locales y a los agentes sanitarios a implementar políticas y programas públicos que aseguren la sostenibilidad y equidad de aquellos servicios.

La prevención de la VO exige atención prenatal de calidad, servicios accesibles y personal capacitado. La omisión en la aplicación de estándares basados en evidencia en la atención obstétrica ha sido conceptualizada como una forma de violencia por omisión (Pickles, 2019).

12. Recapitulación

El análisis desarrollado permitió examinar las vulneraciones en derechos en el ámbito de la SSYR desde una perspectiva jurídica que integra las distintas formas en que estas se manifiestan en la práctica sanitaria. A partir de la revisión doctrinal y normativa, se observa que determinadas estructuras organizativas del sistema sanitario y prácticas clínicas pueden generar vulneraciones relevantes a derechos vinculados con la autonomía, la dignidad, la integridad personal, la información y el acceso a servicios de salud adecuados. Las experiencias de atención en SSYR se sitúan en contextos complejos en los que confluyen factores médicos, institucionales y sociales, los cuales influyen en la forma en que se presta la atención sanitaria.

Asimismo, se observa que estas vulneraciones no se distribuyen de manera uniforme. Diversos determinantes sociales de la salud, junto con factores interseccionales como género, edad, origen étnico, condición migratoria, ruralidad o discapacidad, pueden intensificar la exposición a prácticas lesivas o a barreras de acceso en los servicios de salud. En este marco, la VO emerge como una categoría que permite delimitar jurídicamente conductas que vulneran derechos en la atención ginecológica y obstétrica, lo que facilita su análisis a la luz de los estándares de DH aplicables a la atención sanitaria. La caracterización de estas prácticas, además, permite comprender cómo determinadas formas de actuación o de omisión dentro de los sistemas de salud pueden traducirse en vulneraciones concretas de derechos en SSYR, así como identificar los contextos en los que dichas vulneraciones tienden a manifestarse con mayor intensidad.

En cuanto a casas de parto y unidades obstétricas, el cierre de aquellas que son gestionadas por matronas en España refleja una problemática que trasciende las dificultades organizativas y laborales. Acorde con un estudio publicado en Matronas Hoy, el Hospital Sant Joan de Déu cerró su casa de partos, una iniciativa pionera en el sistema público español, debido a la falta de matronas y dificultades para garantizar su sostenibilidad. Otro análisis en Matronas Profesión (2024) concluye que las casas de parto gestionadas por matronas son una opción segura y coste-efectiva para mujeres de bajo riesgo, con mejores resultados en partos espontáneos y menor intervención médica. Esta situación permite inferir que los desafíos de la falta de apoyo estatal y la ausencia de políticas públicas que fortalezcan estos modelos alternativos han llevado a su desaparición progresiva y a la omisión del Estado en su obligación de asegurar la diversidad y calidad en la atención.

13. Conclusiones parciales

Primera. La atención en SSYR constituye un ámbito particularmente sensible para la protección de los DH, dado que en él convergen decisiones clínicas, patrones organizativos del sistema sanitario y situaciones de especial vulnerabilidad que inciden directamente en la dignidad, la autonomía y la integridad de las personas que reciben atención sanitaria.

Segunda. La VO opera como una manifestación de violencia en la atención que permite identificar y calificar determinadas prácticas en la atención ginecológica y obstétrica cuando estas se oponen a los derechos en SSYR, lo que facilita su análisis dentro del marco de las obligaciones estatales y de los estándares internacionales de DH aplicables a la atención en salud.

Tercera. Las vulneraciones analizadas muestran que los problemas asociados a la atención obstétrica no se limitan a errores clínicos singulares y pueden estar vinculados con patrones institucionalizados de atención, prácticas profesionales y contextos sociales que influyen en la forma en que se presta la atención sanitaria. Dichas vulneraciones se distribuyen de forma diferencial, pues diversos determinantes sociales de la salud y factores interseccionales pueden agravar la exposición a prácticas lesivas o a barreras en el acceso a los servicios de salud. Este carácter estructural explica que la respuesta jurídica abarca la atribución de responsabilidad individual e incluye medidas de reparación de alcance institucional, así como mecanismos de supervisión orientados a prevenir la repetición de estas vulneraciones.

Cuarta. La identificación de las distintas manifestaciones de estas vulneraciones permite comprender cómo determinadas conductas dentro de los sistemas de salud pueden traducirse en afectaciones concretas de derechos, lo que evidencia la necesidad de incorporar criterios jurídicos en el análisis de la atención obstétrica, con énfasis en condiciones específicas.

Quinta. La caracterización jurídica de estas prácticas constituye un paso necesario para fundamentar la exigibilidad de obligaciones estatales e institucionales orientadas a garantizar una atención sanitaria respetuosa de los DH, así como para delimitar los estándares que deben regir la actuación del personal sanitario en la atención ginecológica y obstétrica.

SEGUNDA PARTE

INSTRUMENTOS NORMATIVOS Y JURISPRUDENCIALES DE LOS SISTEMAS INTERAMERICANO, EUROPEO Y RESOLUCIONES DEL COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW)

CAPÍTULO VII ESTÁNDARES DE PROTECCIÓN DEL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS

1. Marco normativo e institucional del SIDH

En el marco del SIDH, el siguiente análisis se centra en la interpretación de la CADH y del Protocolo de San Salvador (en adelante, PSS, 1988). El SIDH, integrado por la Organización de Estados Americanos (OEA), la CADH, la CIDH y la Corte IDH, ha configurado un *corpus iuris* orientado a garantizar el más alto nivel posible de salud, el trato digno y la autonomía en los procesos reproductivos. Instrumentos como el Protocolo de San Salvador y, de forma central, la Convención de Belém do Pará (1994), imponen a los Estados obligaciones de prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres. Este marco refuerza el reconocimiento de la VO como una violación de DH y como una forma de violencia de género, y permite precisar de qué manera la efectividad de los derechos en SSYR incide en la configuración de las responsabilidades estatales a nivel regional.

1.1. La Convención Americana de Derechos Humanos (CADH)

En el ámbito regional interamericano, varios Estados miembros de la Organización de Estados Americanos (OEA), órgano principal del SIDH, han ratificado la CADH, conocida como el "Pacto de San José", vigente desde 1978 para la promoción y protección de los DH. La CADH creó la Corte IDH con funciones consultivas y contenciosas y consolidó el rol de la CIDH como órgano principal y autónomo de la OEA; esta última existe desde 1959 como órgano autónomo de la OEA.

La CADH consagra el derecho a la integridad física, psíquica y moral y prohíbe la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes (arts. 5.1, 5.2). Su alcance en materia de SSYR se amplió con el PSS (1988), que incorporó derechos económicos, sociales y culturales, y reconoció

expresamente el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social (10.1), dispuso que la salud debe entenderse como bien público (art. 10.2) y exigió la adopción de medidas específicas, entre ellas los cuidados durante y después del parto (art. 15.3 (a)).

1.2. La Comisión Interamericana de DH (CIDH)

La CIDH, como órgano principal y autónomo de la OEA, constituye un elemento central en la promoción y protección de los DH en la región. En materia de SSYR, ha emitido recomendaciones para superar barreras de acceso efectivo a la salud y, mediante informes temáticos y audiencias sobre VO, ha visibilizado patrones de vulneración de derechos reproductivos. Aunque sus pronunciamientos no son contenciosos ni vinculantes, han contribuido al desarrollo de estándares interamericanos [193].

Entre sus aportes destaca el *Informe sobre el acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de Derechos Humanos* (2010), que identifica obstáculos para las mujeres y formula recomendaciones basadas en estándares internacionales [194]. En el comunicado de prensa n.º

[193] Entre las audiencias de la CIDH, destaca la relativa a salud materna y denuncias de VO en México (27 de marzo de 2014, 150.º período de sesiones), en la que se documentaron prácticas coercitivas, tratos degradantes, ausencia de consentimiento y negligencia institucional. También resalta la audiencia sobre VO en Costa Rica (23 de octubre de 2015, 156.º período de sesiones), que expuso intervenciones médicas sin consentimiento, la falta de canales efectivos de denuncia y la normalización de procedimientos innecesarios. Finalmente, en la audiencia regional titulada "Violencia obstétrica en las Américas" (13 de julio de 2023, 187. Período) participaron entidades de Perú, Chile y México, que alertaron sobre la persistencia de estereotipos de género, racismo institucional, discriminación interseccional y vacíos legales que perpetúan la impunidad frente a estas prácticas en distintos países de la región. Estas audiencias evidencian trayectoria de observación sostenida que respalda la construcción de obligaciones estatales específicas frente a la VO.

[194] El objetivo de este informe de la CIDH tiene por objeto impulsar políticas que eliminen las limitaciones de base y socioculturales que afectan a las mujeres, con un impacto específico en aquellas marginadas por motivos de raza, etnia, posición económica o edad (núm. 1–5). En su análisis, la CIDH señala cómo factores como la discriminación, la falta de perspectiva de género y la inexistencia de mecanismos adecuados de atención afectan gravemente la protección de la salud materna e impiden reducir tasas de morbimortalidad evitables (núm. 5–6). El informe destaca que la mortalidad materna, según la OMS, constituye un indicador de disparidad entre hombres y mujeres, por lo que su reducción debe ser una prioridad de los Estados, conforme a sus compromisos internacionales (núm. 6, 19).
En esa línea, se subraya la obligación estatal de identificar recursos humanos y materiales para reducir barreras, y también las tasas de mortalidad prevenibles por causa del embarazo y el parto. También ofrecer acceso eficaz a atención del embarazo, del parto y de las emergencias obstétricas, incorporar la mirada de género y eliminar la discriminación en servicios de salud materna (núm. 20). Indica dar prioridad en la atención a personas de riesgo, en lo atinente a esfuerzos y recursos (indígenas, afrodescendientes, adolescentes, mujeres en situación de pobreza y de zonas rurales). El informe enumera barreras significativas: indiferencia, maltrato, discriminación (núm. 29); y altos costos de atención que afectan la decisión de acudir a los servicios ante síntomas de riesgo durante el embarazo o parto. También falta de servicios de salud reproductiva para situaciones de violencia, ausencia de normativa

044/18 (8 de marzo de 2018), con motivo del Día Internacional de la Mujer, instó a los Estados a garantizar plenamente los derechos de mujeres, niñas y adolescentes y evitar retrocesos en su protección. Exhortó a documentar, investigar y sancionar formas emergentes de violencia como el acoso sexual y laboral, la VO, la violencia digital y la trata de personas.

En el párrafo 4 del *Informe violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: En Buenas prácticas y desafíos en América Latina y el Caribe* de la CIDH (2019), la Comisión empleó el término VO y denunció el trato irrespetuoso y ofensivo que sufren muchas mujeres durante el parto. Señaló que este trato amenaza los derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. La Comisión recogió desarrollos regionales e internacionales relevantes sobre la VO. Sin embargo, en el párrafo 182 de su informe temático de 2019 la caracterizó como "... todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente o de denegación de tratamiento durante el embarazo y la etapa previa y durante el parto o posparto en centros de salud públicos o privados" (CIDH 2019, núm. 182).

Indicó que la VO puede configurarse a partir de:

> … Las acciones u omisiones por parte de los médicos y personal de apoyo en los servicios de salud, públicos o privados, durante la atención en el proceso de gestación, parto y posparto, que se caracterizan por un trato deshumanizador o discriminatorio que causa un daño físico, psicológico o moral a la mujer (CIDH 2019, núm. 92).

---

reguladora, negativa del personal sanitario a proporcionar cuidados y carencia de perspectiva de género en la formulación de políticas públicas (núm. 30).
También se identifican barreras operativas, como horarios inadecuados, falta de insumos y equipos y de personal capacitado en emergencias obstétricas (núm. 31), distancia de los centros de salud, dificultades en el transporte, y ubicación desigual de los establecimientos (núm. 31–32). Todo ello constituye restricciones al acceso de las mujeres, en especial de quienes viven en zonas rurales.
Otros factores críticos son la falta de información en salud reproductiva, el desajuste entre los servicios ofrecidos y las tradiciones o expectativas de mujeres indígenas, afrodescendientes o pobres y la sobrecarga de tareas de cuidado que impide a muchas acudir a los servicios (núm. 33–34). Se suma el trato irrespetuoso, la falta de intérpretes, la insensibilidad cultural del personal médico (núm. 35) y la ausencia de cuidados específicos para víctimas de violencia sexual (núm. 36). Además, el informe denuncia leyes o políticas restrictivas, falta de implementación efectiva y negativa del personal sanitario a actuar conforme al marco legal, lo cual genera nuevas formas de discriminación (núm. 37). Se resaltan estereotipos de género persistentes en el sector salud, como la exigencia de autorizaciones de terceros, la práctica de esterilización sin consentimiento y la negación de atención por su estado civil o nivel educativo (núm. 38–39). Estas prácticas vulneran derechos como la integridad personal, la dignidad y la autonomía.

El informe reconoció la VO como una forma de violencia de género contraria a los tratados interamericanos de DH, incluida la Convención Belém do Pará, que vulnera derechos como la integridad personal, la igualdad, la no discriminación, la salud, la vida privada y la autonomía (CIDH 2019, 92). Indicó que esta violencia se sustenta en conductas machistas y estereotipadas sobre el rol de las mujeres, su maternidad y sus cuerpos. La discriminación, según el instrumento, se fundamenta en concepciones equivocadas acerca del sufrimiento durante sus procesos reproductivos, su supuesta inferioridad, incapacidad para decidir en materia reproductiva y la cosificación sexual de sus cuerpos (CIDH núms. 182, 93).

Esta comprende formas de maltrato como trato deshumanizado, ejemplificado en esperas prolongadas, inmovilización del cuerpo y procedimientos sin anestesia. También causas como abuso de medicalización, patologización de procesos fisiológicos, maltrato psicológico, burlas, humillaciones, omisión de información, infantilización y procedimientos no urgentes como esterilizaciones y el denominado "punto del marido" (CIDH, núms. 183, 93). La normalización e invisibilización de la VO en varios países de la región y la relación asimétrica de poder entre el personal sanitario y las mujeres, sumada a la intensificación de condiciones de vulnerabilidad y falta de información concreta, contribuyen a su perpetuación. Existen dificultades para medirla, denunciarla y el temor vinculado por la negación de la atención (CIDH, núms. 184, 94).

El documento recomendó a los Estados reconocer la VO como una forma de violencia contra las mujeres, reglamentar su sanción y establecer mecanismos de denuncia y campañas de concientización que les permitan conocer sus derechos, identificar esta violencia y acceder a la justicia. Instó a crear mecanismos que garanticen su participación y acceso a la información para elegir libremente y exigir el respeto de su consentimiento y autonomía. Asimismo, señaló la necesidad de capacitar al personal de salud en la protección de los derechos de las mujeres durante sus procesos reproductivos (CIDH, núms. 188, 96).

1.3. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará) (1994)

La Declaración de la ONU sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer (1993) tuvo un desarrollo específico en el campo interamericano. La Convención Interamericana para Prevenir,

Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994), conocida como la Convención de Belém do Pará, es el primer tratado vinculante sobre violencia contra las mujeres; abarca violencia física, sexual y psicológica. Impone a los Estados deberes de prevención, sanción, coordinación institucional y atención integral [195].

Este tratado interamericano sirvió de base para la adopción de medidas, normas, programas y políticas dirigidas a erradicar la violencia contra las mujeres y reconoce su derecho a vivir libres de ella. Los Estados miembros de la OEA que lo suscribieron se comprometieron a desarrollar mecanismos de protección de los DH de las mujeres y actuar con la diligencia debida para prevenir, investigar y sancionar la violencia, así como a evaluar periódicamente los avances en su eliminación. Sobre esta base, el enfoque específico de la Convención reforzó la debida diligencia estatal frente a la violencia de género, con obligaciones inmediatas y de reforma de fondo (7).

En su preámbulo, la Convención afirmó que la violencia contra las mujeres "constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades". La calificó como una ofensa contra la dignidad y como manifestación de relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres. Definió esta violencia 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" (Cap. I, art. 1).

La Convención reconoció el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado (art. 3). A estos efectos, comprendió la violencia física, sexual y

[195] La definición de violencia contra las mujeres aparece en el artículo 1 de la *Convención de Belém do Pará*:
Artículo 1
Para los efectos de esta Convención, debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.
Y en el artículo 2 se especifican los ámbitos:
Artículo 2
Se entenderá que la violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

> que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, incluyendo, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona, incluyendo, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar; que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra.

psicológica ejercida por cualquier persona, así como aquella perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes (art. 2), y ordenó tomar especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad de determinadas mujeres, entre ellas las embarazadas, las menores de edad, las adultas mayores, las mujeres con discapacidad o aquellas afectadas por condiciones socioeconómicas adversas o privación de libertad (art. 9).

Reconoció los DH que garantizan el reconocimiento, goce, ejercicio y protección de las libertades enunciadas en instrumentos regionales y universales, entre ellos, el derecho a la vida, a la integridad física, psíquica y moral, a la libertad y seguridad personales, a no ser sometida a torturas; al respeto a la dignidad, la igualdad ante la ley y a recursos judiciales efectivos (art. 4). Afirmó la perspectiva de género y el derecho de las mujeres a no ser sometidas a torturas, discriminación ni a valoración o educación basadas en estereotipos de inferioridad o subordinación (art. 6).

En su Capítulo III, obliga a los Estados a abstenerse de ejercer violencia contra las mujeres y a actuar para prevenirla, investigarla y sancionarla. Dispuso la adopción de medidas legislativas y administrativas internas, la modificación o derogación de normas, reglamentos o prácticas que la respalden, el establecimiento de procedimientos legales justos y eficaces y mecanismos judiciales y administrativos de reparación. Garantizó una tutela efectiva y la diligencia debida, y facultó a cualquier persona para presentar quejas o denuncias ante el SIDH por su violación (art. 7).

El capítulo IV estableció mecanismos de protección, entre ellos el deber de los Estados de informar sobre las medidas adoptadas para prevenir y eliminar la violencia, los obstáculos en su implementación y los factores que la favorecen (art. 10). También dispuso que la Corte IDH actuara como órgano consultivo para interpretar la Convención (art. 11) y garantizó el derecho de presentar a la CIDH denuncias o quejas por violaciones, incluido el incumplimiento de las obligaciones previstas en el art. 7 relativas a la prevención, sanción y erradicación de la violencia (art. 12).

1.3.1. Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI)

Desde su creación en 2004, el MESECVI ha operado como el principal mecanismo regional de seguimiento de la Convención de Belém do Pará, mediante sucesivas rondas de evaluación. En

este marco, el MESECVI (2012) tuvo un papel central en la consolidación de estándares interamericanos en los derechos relacionados con la SSYR, al identificar sus vulneraciones como una forma específica de violencia de género derivada de la negación de DH, entre ellos, la vida, la salud, la autonomía reproductiva y la intimidad (núm. 1.11).

En general, el informe exhortó a los Estados a incorporar la Convención en sus ordenamientos internos, adoptar planes nacionales integrales, facilitar el acceso a la justicia y desarrollar servicios especializados con base en información y estadísticas confiables. En relación con las etapas reproductivas, este reconoció la VO como una forma de violencia contra las mujeres [196].

El informe del MESECVI (2025), a diferencia de los informes anteriores, desplazó el énfasis desde la mera tipificación normativa hacia el análisis de los déficits de base en el acceso a la justicia, la persistencia de obstáculos institucionales y la insuficiencia de respuestas exclusivamente penales frente a la violencia institucional en salud. Su relevancia para esta investigación radica en la incorporación del derecho a la verdad y de las reparaciones transformadoras como ejes del enfoque interamericano más reciente. De igual manera, resulta importante la identificación de problemas transversales de debida diligencia, asignación presupuestaria y rendición de cuentas estatal, que sirven de base para los análisis críticos desarrollados en los capítulos posteriores.

2. La Corte IDH y sus funciones consultiva y contenciosa

La Corte IDH ha desarrollado orientaciones relevantes para la protección de los derechos relacionados con la SSYR y ha tratado específicamente la VO en algunos de sus pronunciamientos, calificándola como una violencia de género que vulnera DH [197]. En su función consultiva y contenciosa, ordenó a los Estados prevenir, sancionar y erradicar estas conductas y garantizar el

[196] Al respecto de la VO, el informe del MESECVI (2012) instó a los Estados a sancionarla, garantizar el consentimiento libre y voluntario, respetar los procesos naturales del parto sin medicalización excesiva y adoptar una perspectiva intercultural en los servicios de salud. Asimismo, se ocupó de otras manifestaciones de violencia institucional en SSYR, como la esterilización forzada, la inseminación artificial no consentida, la negación de anticoncepción de emergencia y la falta de protocolos adecuados en casos de violencia sexual. Subrayó la obligación estatal de regular, prevenir y sancionar estas prácticas conforme a los estándares de debida diligencia (núm. 1.11).

[197] Ver sentencias *Brítez Arce y otros v. Argentina*; *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela* y *Beatriz y otros v. El Salvador.*

respeto de los derechos durante sus etapas reproductivas con normas, programas y políticas públicas.

En el ejercicio de su función consultiva ha tratado varios temas en SSYR. Por ejemplo, la Opinión Consultiva OC 24/17 sobre la identidad de género e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo afirma que el derecho a la identidad de género se vincula con el libre desarrollo de la personalidad y la vida privada (100) [198]. La OC 29/2022-CORTE IDH [199], al referirse a la prevención, investigación y erradicación de la VO en el entorno carcelario, acentuó el componente de violencia de género. Precisó que los Estados deben prevenir y abstenerse de llevar a cabo actos que la constituyan durante el acceso a servicios de salud reproductiva [200]. Indicó que las gestantes privadas de la libertad son especialmente vulnerables a sufrir VO (160); por ello es imprescindible que los Estados refuercen las medidas de prevención al brindarles servicios de salud.

En lo que respecta a su función contenciosa, las sentencias de la Corte IDH inciden en la jurisprudencia nacional y en las reparaciones integrales. Además de fijar estándares internacionales e influir en la interpretación interna de los Estados, la Corte dialoga con el SUDH y con el sistema europeo, e incorpora desarrollos provenientes de comités de la ONU y tratados universales relevantes, como el PIDESC y la CEDAW. Asimismo, incorpora Observaciones Generales del Comité DESC y desarrollos normativos e interpretativos vinculados con la CEDAW y con la autoridad interpretativa de su Comité.

El Tribunal IDH delimita el marco de deberes de los Estados y actos específicos de VO mediante un análisis de hechos y argumentos jurídicos. Utiliza una concepción integral del derecho a la salud

[198] Ese mismo documento citó la OG 22-2016-SSYR-DESC, que califica como violaciones prácticas coercitivas como la contracepción forzada, la terapia hormonal obligatoria o la exigencia de cirugía para el reconocimiento legal de la identidad de género. Dicha Observación reiteró la condena del Comité CDN a tratamientos forzados en adolescentes intersexuales y exigió prohibir la discriminación por orientación sexual o identidad de género. Citó, además, los Principios de Yogyakarta, que prohíben el requisito de procedimientos médicos para el reconocimiento legal del género, posición respaldada por legislaciones regionales (148). El párrafo 10 reforzó la obligación de los Estados de respetar y garantizar estos derechos.

[199] La OC 29/2022-CORTE IDH fue solicitada por la CIDH en virtud de la potestad que tiene la Corte IDH de interpretar disposiciones de la CADH en su función de dar alcance a obligaciones específicas de los Estados en la garantía de condiciones adecuadas de detención para quienes atraviesan por las etapas de gestación, el posparto y la lactancia, según sus circunstancias particulares durante la privación de su libertad.

[200] Tomó como referente a la Convención de Belém do Pará e indicó que "la violencia que se ejerce contra las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y después del parto constituye una forma de violencia basada en el género, particularmente violencia obstétrica, contraria a la Convención de Belém do Pará" (OC 29/2022-CORTE IDH 160).

como parámetro interpretativo [201] y ancla la SSYR en un bienestar integral. Asimismo, retoma el concepto amplio de salud desarrollado por la OMS para anclar la SSYR en un enfoque integral. De conformidad con la OG 22-2016-SSYR-DESC (núm. 9, 10) [202], se entienden los derechos en SSYR como interdependientes e indivisibles de otros derechos: vida, integridad personal, salud, libertad personal, dignidad, privacidad, autonomía y no discriminación [203].

3. Construcción del *corpus iuris* interamericano sobre VO: estándares y críticas

Un análisis de la jurisprudencia interamericana permite observar la construcción del concepto de VO y los estándares de protección de los derechos en SSYR. El Tribunal IDH ha construido un *corpus iuris* que permite advertir que la VO emerge como una manifestación específica de vulneraciones de derechos en el ámbito de la SSYR.

Entre los precedentes decisivos se encuentran las sentencias *Artavia Murillo y otros ("Fecundación in vitro") v. Costa Rica. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas.* Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Serie C n.º 257 (en adelante, *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica)*, por la definición de SSYR y el derecho a decidir sobre la procreación; *I.V. v. Bolivia. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C* n.º *329* (en adelante, *I.V. v. Bolivia*), por establecer parámetros sobre el consentimiento en esterilizaciones no consentidas y su calificación de trato cruel, inhumano y degradante.

De igual manera, *Manuela y otros v. El Salvador*, por su análisis sobre estereotipos de género, acceso a la justicia y criminalización de emergencias obstétricas; *Brítez Arce y otros v. Argentina*, por definir la VO y contextualizarla como trato deshumanizador y discriminatorio, con énfasis en la falta de información y acompañamiento; y *Beatriz y otros v. El Salvador. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 29 de marzo de 2023. Serie C* n.º *498* (en adelante, *Beatriz y otros v. El*

[201] Ver casos *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica* (145, 148); *Manuela y otros v. El Salvador* (184) y *Brítez Arce y otros v. Argentina* (60).
[202] Ver nota explicativa supra sobre estos numerales de la Observación General.
[203] La Corte tomó en cuenta esa interdependencia para evaluar de manera holística las vulneraciones obstétricas. En la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina*, cita dicha Observación (57) y advierte que la falta de atención obstétrica de urgencia y de asistencia calificada incrementa la morbimortalidad materna y compromete, además de la salud, la vida y la integridad. En determinadas circunstancias, esta omisión constituye tratos crueles, inhumanos o degradantes (63). Con ello, el examen de vulneraciones en el parto exige una lectura integral de los derechos comprometidos.

Salvador), por reconocer que la negativa de atención oportuna y la falta de protocolos adecuados en el tratamiento de un embarazo de alto riesgo constituyeron VO.

Esta conexión conceptual también aparece en casos relativos a intervenciones médicas que afectan la capacidad reproductiva, como las esterilizaciones forzadas analizadas posteriormente en la jurisprudencia interamericana [204], y otras intervenciones médicas que afectan la capacidad reproductiva, en las que el Tribunal sitúa estas prácticas dentro de un marco más amplio de violencias ejercidas en los servicios de salud reproductiva.

Este *corpus iuris* se ha construido con criterios progresivamente consolidados y ha definido la VO como una violencia de género que comporta vulneraciones de DH, lo que constituye un hito jurisprudencial para su reconocimiento en la región. Esta conceptualización, que sitúa a la VO como una violación de DH y violencia de género, se observa en la sentencia de *Brítez Arce y otros v. Argentina* (81) y en el caso de *Beatriz y otros v. El Salvador,* que también la conceptualiza (148) para consolidar y aplicar estos estándares en un contexto salvadoreño.

La jurisprudencia interamericana también ha distinguido entre VO y violencia reproductiva. Mientras la primera se refiere a conductas que se llevan a cabo durante el embarazo, parto o posparto en el contexto de la atención obstétrica, la segunda comprende intervenciones que afectan la capacidad reproductiva de las personas, como la esterilización forzada, el aborto forzado o la anticoncepción impuesta. En el caso de *Ramos Durand y otros v. Perú*, la Corte reiteró la definición de VO previamente desarrollada en su jurisprudencia y señaló que la esterilización forzada es una forma de violencia reproductiva ejercida en los servicios de salud reproductiva (173–176).

3.1. Tensiones jurisprudenciales en la construcción de estándares

Pese a la progresiva consolidación de estándares en la jurisprudencia interamericana, algunos pronunciamientos evidencian tensiones en la articulación de estos criterios. En el caso de *Beatriz y otros v. El Salvador,* la Corte IDH concluyó que la falta de regulación y la ausencia de criterios claros de actuación generaron inseguridad jurídica y vulneraron la integridad personal, la vida

[204] Véase caso de *Ramos Durand y otros v. Perú* (sentencia de 25 de noviembre de 2025 (Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas), (en adelante, *Ramos Durand y otros v. Perú).*

privada y la salud (154). Por ello ordenó la adopción de medidas normativas y guías médicas para orientar la actuación profesional en embarazos que implicaran riesgo vital (puntos resolutivos 7–8). Sin embargo, el voto concurrente y parcialmente disidente del juez Humberto Sierra Porto consideró esta respuesta insuficiente porque omitía enfrentar la fuente de la violación: la persistencia de un régimen penal absoluto que seguía inhibiendo al personal médico.

Desde esta perspectiva, la verdadera inseguridad jurídica presentaba una contradicción entre el deber médico de protección y la amenaza penal. A partir de ello, puede sostenerse críticamente que el pronunciamiento no integró con plena coherencia los estándares previos de autonomía reproductiva, consentimiento y protección reforzada desarrollados en la sentencia de *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, *I.V. v. Bolivia* y *Brítez Arce y otros v. Argentina*, lo que limita su capacidad transformadora.

3.2. Debates doctrinales y respuestas jurisprudenciales del *corpus iuris* interamericano

Por otro lado, diversos sectores de la doctrina han formulado críticas al alcance del *corpus iuris* interamericano sobre VO. Alcalá y Miranda (2025) señalan un enfoque reduccionista basado en una lógica lineal "violencia física/violación de derechos", el tratamiento de los casos como singulares y el uso de un lenguaje limitado a un catálogo estrecho de derechos individuales que privilegia el daño físico y deja de lado condiciones vinculadas a raza y clase. Sin embargo, la jurisprudencia interamericana ha ido incorporando progresivamente elementos relacionales que amplían el análisis más allá del daño físico individual.

Sobre esta base, reconoce el parto como proceso fisiológico que debe desarrollarse sin intervenciones injustificadas, que integra dimensiones físicas, emocionales, psicológicas, sociales y culturales. Desde los estándares de la OMS, la calidad de la atención excede los parámetros clínicos e incluye el respeto a la autonomía, la integridad emocional y la experiencia subjetiva. Este parámetro permite orientar un modelo biopsicosocial de atención integral que supera la visión individual-clínica y exige medidas institucionales en la organización de servicios de salud, sin que ello suponga una superación plena del marco insuficiente en sus categorías de análisis.

Al integrar la definición de la OMS y la interdependencia de derechos, la Corte ha visibilizado las múltiples dimensiones de la VO, incluidas las omisiones estatales y la afectación psíquica. De este modo, introduce matices frente a una lectura estrictamente reduccionista centrada en el daño físico o la mala praxis individual. Su análisis integra consideraciones relativas a la autonomía, el consentimiento, la vida privada y familiar, la dignidad, la no discriminación, el sufrimiento psíquico y las garantías judiciales.

Este enfoque ampliado puede observarse en varias decisiones del Tribunal. Por ejemplo, la sentencia *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, si bien no versa directamente sobre VO, fijó un estándar integral de obligaciones positivas en SSYR articulado en torno a la autonomía, la vida privada y la integridad física y mental. Este estándar resulta igualmente relevante para examinar intervenciones médicas que afectan de forma irreversible la capacidad reproductiva, como las esterilizaciones forzadas analizadas posteriormente por la Corte en el caso *Ramos Durand y otros v. Perú*. En el caso *I.V. v. Bolivia,* la Corte IDH estableció parámetros sobre consentimiento libre, pleno e informado en procedimientos que afectan irreversiblemente la capacidad reproductiva, como la esterilización. Esto exige que sea sin coerción, sin desinformación y fuera de situaciones de vulnerabilidad (como durante el parto o bajo medicación).

En el caso *Manuela y otros v. El Salvador,* se reconocieron sesgos y condiciones socioeconómicas en la atención médica y el proceso penal. Finalmente, en la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina* se definió expresamente la VO como violencia de género que abarca el embarazo, trabajo de parto, parto y posparto. Se vinculó trato digno, autonomía y consentimiento; y se ordenaron cambios institucionales (protocolos, formación y prohibición de prácticas deshumanizadoras).

Otro de los cuestionamientos doctrinales se refiere a la relación entre la VO y mala praxis y también a los asuntos de reparación. Sobre lo primero, según Alcalá y Miranda (2025), la Corte IDH reduce la VO a praxis médicas individuales sin cuestionar prácticas biomédicas rutinarias ni políticas públicas que la perpetúan (19). La sentencia *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela* delimitó la VO frente a la mala praxis y precisó que la corrección técnica no exime al Estado de responsabilidad por violaciones a derechos. Aclaró que los actos de VO trascienden errores o negligencias individuales, pues comprenden intervenciones protocolizadas sin justificación clínica

y deficiencias sistemáticas de atención que causan maltrato, incluso si la técnica médica resulta correcta. Sostuvo que estos se configuran por la vulneración de derechos (81, 125, 140) y que la mala praxis puede coexistir o incluso encuadrarse en la VO (103, 104).

En cuanto a las reparaciones, la sentencia *Beatriz y otros v. El Salvador* enfatizó que las fallas normativas y organizativas también equivalen a VO, vinculada a la ausencia de protocolos, la burocratización y descoordinación institucional. Por ello, ordenó medidas normativas y técnicas como la creación de protocolos médicos y judiciales para embarazos que pongan en riesgo la vida o la salud, además de reparaciones individuales. El encuadre interamericano no se limita exclusivamente a un catálogo de derechos individuales; integra diagnósticos de fondo y medidas institucionales que desbordan la lógica de daño físico y reparación pecuniaria objeto de crítica.

Alcalá y Miranda (2025) plantean también que el resarcimiento debe integrar dimensiones emocionales, sociales y simbólicas del daño, como satisfacción, rehabilitación y garantías de no repetición con reformas normativas, capacitación y campañas de difusión. Estas categorías coinciden con la doctrina de reparación integral interamericana, que busca atender las raíces de la violencia. La Corte IDH, además de indemnizaciones, ha ordenado protocolos, formación permanente del personal sanitario y judicial, campañas públicas, atención psicosocial, ajustes institucionales y medidas de acceso y fortalecimiento de servicios, aunque con eficacia variable según el cumplimiento estatal. La sentencia *Beatriz y otros v. El Salvador* es un ejemplo claro, pues ubica la VO en las fallas normativas y organizativas y ordena adoptar protocolos como garantía de no repetición (245).

La doctrina ha señalado una supuesta aplicación limitada del enfoque interseccional por parte de la Corte IDH. Alcalá y Miranda (2025) proponen un enfoque que reconozca la diversidad de experiencias y posiciones privilegiadas que naturalizan la exclusión, para vincular la violencia estructural con las violencias interpersonales en la atención. La objeción según la cual la Corte se queda corta en la aplicación de este enfoque se sopesa a la luz de sentencias que visibilizan factores de vulnerabilidad (edad, origen étnico, ruralidad, pobreza, discapacidad, privación de la libertad) y su concurrencia en el agravamiento de la exposición a violencia y discriminación en la atención de SSYR. Este enfoque también se observa en decisiones más recientes como el caso *Ramos*

Durand y otros v. Perú, en el cual el Tribunal examinó el impacto diferenciado de políticas de planificación familiar sobre mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

Con respecto a la interseccionalidad, el caso de *Manuela y otros v. El Salvador* ilustra cómo el Tribunal IDH la aplica al analizar la vulnerabilidad agravada de mujeres rurales, analfabetas y jóvenes que viven en situación de pobreza (159, 253). Identificó cómo los estereotipos de género combinados con la condición socioeconómica y las barreras de acceso impactaron la atención en salud y el proceso penal desde la misma investigación. Consideró que hubo una acumulación de desventajas y sus efectos en dignidad, integridad y garantías judiciales (159). Así, demostró que confluyen, al incrementar las desventajas comparativas de la presunta víctima y al causar una manifestación particular de discriminación.

En la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina*, la Corte adoptó una distinción semántica innovadora al referirse a "mujeres y otras personas gestantes" (15) para prevenir la discriminación, y exigió que las medidas estatales deben aplicarse con una perspectiva interseccional que reconozca las situaciones particulares de mujeres pobres, rurales y otras personas en situación de discriminación y que se encamine a prevenir la mortalidad materna en estos grupos vulnerables (62). En la sentencia de *Beatriz y otros v. El Salvador*, la VO se ubica en fallas normativas y organizativas que afectan desproporcionadamente a mujeres con condiciones de salud graves y bajos recursos. Por ello, sus garantías de no repetición contemplan capacitaciones, protocolos y rutas, precisamente para corregir ese cruce de vulnerabilidades (212, 217).

A modo de balance crítico del *corpus iuris* interamericano, la caracterización de Alcalá y Miranda (2025) es ambiciosa si se contrasta con la jurisprudencia en conjunto. Su crítica es atendible en la medida en que exige enfatizar la caracterización de la VO como violencia estructural e institucional de género que trascienda el incidente clínico e integre la interseccionalidad y la justicia reproductiva como criterios de interpretación y de diseño de remedios. También, que las reparaciones sean transformadoras con garantías de no repetición tanto normativas como organizacionales, y que exista una formación acreditada con enfoque biopsicosocial e intercultural, mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas con participación social, y medidas de satisfacción y rehabilitación verificables. Este modelo jurídico conserva los avances de dicho *corpus iuris* y su potencial emancipador frente a la VO.

En la misma línea crítica, según Maietti y Villareal (2025), resultaría provechoso que en los análisis jurisprudenciales se enfatice la relación asimétrica de poder que suele institucionalizarse entre las mujeres y el personal de salud durante el embarazo, parto y posparto. Esta distorsión se explica por los estereotipos de género socialmente aceptados y por la naturalización del prejuicio que las considera como sujetos con escasa validez epistémica frente a lo dictado por los operadores sanitarios, quienes son identificados como los únicos titulares del "saber gineco-obstétrico". Esa insuficiencia analítica, según los autores, constituye un punto crítico de la jurisprudencia y justifica la adopción de medidas específicas dirigidas a contrarrestar esta forma de "segregación cognoscente".

Sin embargo, el análisis jurisprudencial interamericano revela que se puede matizar la afirmación de Maietti y Villarreal (2025) de que el Tribunal "no logra practicar un análisis profundo" de la asimetría de poder ni de la "escasa validez epistémica" atribuida a las gestantes, ya que su *corpus iuris* sí aborda esta dinámica de poder. En la sentencia *I.V. v. Bolivia* (2016), la Corte IDH condenó una esterilización no consentida y basada en el paternalismo asistencialista del personal de la salud. Afirmó que el médico actuó bajo el estereotipo de que la paciente "no era capaz de tomar una decisión autónoma sobre su cuerpo", acto que anuló de forma discriminatoria su poder decisorio y su autonomía (246).

El Tribunal identificó la influencia de estereotipos de género negativos y la relación de poder jerárquica. Se opuso al paternalismo asistencialista que impone decisiones sin diálogo ni respeto por la voluntad de la paciente, lo cual es indispensable para proteger la dignidad humana y la autonomía, entre otros derechos, como el del consentimiento. Al exigir que las decisiones sean tomadas con base en este, la Corte IDH rechazó la relación de poder jerárquica. Según la Corte,

> …juega un papel fundamental el principio de la autonomía de la persona, el cual veda toda actuación estatal que procure la instrumentalización del individuo, es decir, que la convierta en un medio para fines ajenos a las elecciones sobre su propia vida, su cuerpo y el desarrollo pleno de su personalidad, dentro de los límites que impone la Convención (150).

Esta línea jurisprudencial se consolidó en el caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*. En esta sentencia, el Tribunal condenó precisamente la primacía del saber ginecológico y obstétrico sobre

la voluntad de la paciente. Al determinar que el cirujano priorizó la preservación del aparato reproductivo sobre su voluntad expresa y al calificar esta negativa como violencia basada en estereotipos de género, puso de relieve cómo la asimetría de poder puede exacerbar la discriminación y el refuerzo de estereotipos que infantilizan a las mujeres. Ello resulta relevante para desarticular la lógica de la asimetría de poder y la subordinación de la autonomía que definen la hegemonía médica. Se observa que el Tribunal identifica daños individuales y examina las relaciones de poder, los estereotipos de género y las condiciones que inciden en la atención.

Sobre esta base normativa e institucional, resulta posible examinar cómo la Corte IDH ha aplicado estos parámetros en su jurisprudencia contenciosa, así como los derechos vulnerados en contextos concretos.

4. Constelación de casos y análisis sistemático de derechos vulnerados en el SIDH

Desde un enfoque multidimensional, la jurisprudencia y los documentos de organismos globales muestran que conductas lesivas y omisiones a lo largo de los procesos reproductivos vulneran DH vinculados a la SSYR. Estas afectaciones reflejan fallas en su garantía como parte esencial del sistema integral de DH [205] y están lejos de reducirse a hechos o infracciones puntuales. Más bien configuran un patrón que compromete un conjunto más amplio de DH. Mientras la Corte IDH garantiza los derechos reconocidos en la CADH, el TEDH protege los previstos en la CEDH. Ambos tribunales han contribuido a la formulación de pautas orientadoras para los Estados, en especial frente a conductas obstétricas que lesionan principalmente derechos de las mujeres.

Este examen comparado adquiere centralidad para valorar jurídicamente actos que configuran VO y se fundamenta en el principio de interdependencia e indivisibilidad bajo el entendimiento de que el derecho a la SSYR, aunque específico, se articula recíprocamente con otros derechos más amplios. La jurisprudencia y los órganos internacionales reconocen esta interconexión, lo que refuerza su exigibilidad conjunta y orienta estrategias integrales para prevenir y erradicar vulneraciones. El análisis de cómo los sistemas de protección interpretan y aplican los instrumentos globales permite profundizar en el alcance de esta problemática desde los derechos

[205] Así lo afirma la OG 22-2016-SSYR-DESC en su numeral 5, cuando señala que la SSYR es indispensable para el reconocimiento del derecho a la salud física y mental.

concretos afectados. Este se inicia en el ámbito regional con sentencias de la Corte IDH que consolidan ejes fundamentales de derechos en SSYR y desarrollan el concepto de VO dentro de un entramado de vulneraciones.

El examen de estos casos, su articulación y las formas en que se configuran las violaciones hacen viable la delimitación de las obligaciones estatales según estándares desarrollados por el Tribunal. Previo a este recorrido, que comprende decisiones contenciosas y acuerdos de solución amistosa en los que la Corte IDH ha ordenado medidas de no repetición, reparaciones, seguimiento, supervisión del cumplimiento, rendición de cuentas y disposiciones complementarias [206], resulta pertinente identificar los principales derechos reconocidos en la CADH que la Corte IDH consideró vulnerados en estas sentencias.

Entre ellos, el derecho a la vida (art. 4.1) [207], en su dimensión de protección durante el embarazo, trabajo de parto, parto y posparto; el derecho a la integridad personal (arts. 5.1 y 5.2) [208] en relación con tratos crueles, inhumanos y degradantes [209]; el derecho a la libertad personal [210] frente a detenciones arbitrarias y presunción de inocencia [211] (arts. 7.1 y 7.3); las garantías judiciales [212] y

[206] Si bien para el momento de redacción de este trabajo los casos no cuentan con sentencia de fondo, resulta pertinente mencionar dos asuntos pendientes ante la Corte IDH que abordan vulneraciones graves de derechos en SSYR. El caso *Eulogia Guzmán y otro v. Perú* involucra a una mujer indígena de zona rural. Durante la fase expulsiva del parto, fue obligada a dar a luz en una posición ajena a sus prácticas culturales y necesidades físicas, lo que ocasionó la caída del feto al suelo, ruptura del cordón umbilical y traumatismo craneoencefálico. Se alegan violaciones a la integridad personal y salud de la madre y del recién nacido derivadas de prácticas constitutivas de VO, junto con omisiones en la atención médica y denegación de justicia que impidieron el ejercicio efectivo de derechos en SSYR.
Un pronunciamiento permitiría consolidar estándares sobre el deber estatal de prevenir, sancionar y erradicar la VO en contextos interculturales, así como garantizar cuidados respetuosos, culturalmente adecuados, libres de tratos degradantes y sin discriminación por origen étnico o condición territorial. Según Valverde y Espinoza (2021), también permitirá al SIDH emitir nuevas recomendaciones y sentar principios de protección de mujeres indígenas frente a la VO y evaluar el desarrollo e implementación de los instrumentos globales de DH suscritos y ratificados por Perú.
[207] El artículo 4.1 de la CADH señala: "Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente".
[208] El artículo 5.1 de la CADH sobre el derecho a la integridad personal indica: "Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral".
[209] El artículo 5.2 de la CADH sobre el derecho a la integridad personal señala: "Nadie puede ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano".
[210] El artículo 7.1 de la CADH sobre la libertad personal indica: "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales".
[211] El artículo 7.3 de la CADH sobre la libertad personal dispone: "Nadie puede ser sometido a detención o encarcelamiento arbitrarios".
[212] El artículo 8.1. de la CADH sobre garantías judiciales señala:

la protección judicial [213] (8.1 y 25.1) en materia de debido proceso, defensa adecuada y acceso a la justicia; la igualdad [214] y no discriminación [215] (arts. 1.1 y 24), frente a estereotipos negativos de género y tratos discriminatorios; y la protección de la honra y la dignidad (art. 11) [216]. Adicionalmente, la Corte ha interpretado el derecho a la salud por la vía del artículo 26 CADH [217], relativo al desarrollo progresivo, como fundamento para reconocer la protección de los derechos en SSYR dentro del marco de los derechos económicos, sociales y culturales.

4.1. Análisis de casos contenciosos y estándares de protección

Se analizará cómo los pronunciamientos del SIDH se enlazan con la jurisprudencia del TEDH, que integra su *corpus iuris*. Algunas sentencias ameritan análisis individual por su relevancia. Ambos sistemas reafirman el deber estatal de garantizar una vida libre de VO y asegurar vías efectivas de reparación integral. Estas decisiones orientan la formulación de planes para elevar los criterios de atención en SSYR y fortalecer su protección.

El análisis sistemático de estas sentencias aporta la comprensión de actos que luego serán definidos como VO en decisiones posteriores. La línea jurisprudencial interamericana se configuró con

---

Toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter.

[213] El artículo 25.1 de la CADH sobre protección judicial establece:
Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales.

[214] El artículo 24 de la CADH sobre la igualdad ante la ley señala: "Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley".

[215] El artículo 1 de la CADH sobre la obligación de respetar los derechos indica:
Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.
2. Para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano.

[216] El artículo 11 de la CADH sobre la protección del derecho a la honra y dignidad indica:
Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad.

[217] El Capítulo II de la CADH, bajo el enunciado de los derechos económicos, sociales y culturales, dispone en su artículo 26:
Los Estados partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidos en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.

precedentes como el caso *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, que consolidó la interpretación del derecho a la vida privada y familiar en conexión con la autonomía reproductiva y el derecho a la SSYR, y afirmó que las decisiones reproductivas integran el libre desarrollo de la personalidad. Por su parte, el caso *I.V. v. Bolivia* estableció estándares significativos sobre el consentimiento en procedimientos que afectan la capacidad reproductiva, como la esterilización. En esta decisión, la Corte no empleó aún de forma expresa la categoría de VO, como lo hizo mucho después en la *sentencia Brítez Arce y otros v. Argentina*, pero calificó la esterilización no consentida como violencia basada en género y trato cruel, inhumano y degradante.

La persecución de las mujeres por desenlaces obstétricos adversos tiene antecedentes históricos, reflejados en normativas como la legislación inglesa atribuida a Enrique II y, posteriormente, en leyes vigentes en Escocia desde 1563, que sancionaban el ocultamiento del embarazo bajo la presunción de infanticidio, incluso con penas severas, como la muerte (Barrera Gutiérrez y Díaz Gamboa, 2018). Este patrón histórico de coerción legal ejemplifica antecedentes de criminalización de emergencias obstétricas y de pérdidas gestacionales o perinatales y persiste en aplicaciones punitivas contemporáneas, incluso en otros contextos, como los latinoamericanos. Así lo muestra el caso *Manuela y otros v. El Salvador* sobre la criminalización de una emergencia obstétrica y el uso de estereotipos negativos de género en el proceso penal que vulneraron derechos en SSYR.

La sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina* definió expresamente la VO como violencia de género e incorporó un elemento: la prohibición prevista en los tratados interamericanos de DH, dentro de los que se incluye la Convención de Belém do Pará. La definición incorpora desde el trato deshumanizado hasta la falta de información y la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales; y mantuvo un marco abierto para otras vulneraciones.

La delimitación de responsabilidades ante la mala práctica médica es otro elemento de interés, como lo muestra la sentencia *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*. La Corte IDH afirmó que la VO se configura por la vulneración de la autonomía, aun cuando la técnica médica sea correcta. Además, condenó la primacía del saber ginecológico y obstétrico sobre la voluntad de las personas atendidas y la aplicación de estereotipos negativos de género como una vulneración de derechos

en SSYR, como sucedió por distintas causas con la sentencia de *Manuela y otros v. El Salvador.* El caso *Beatriz y otros v. El Salvador* profundizó la protección de los derechos vinculados a la SSYR al examinar la denegación de atención adecuada y oportuna ante un embarazo de riesgo vital y la forma en que la inseguridad jurídica contribuyó a la configuración de actos de VO.

4.1.1. Caso *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, 28 de noviembre de 2012

- **Supuestos de hecho**

Nueve parejas fueron afectadas por la sentencia de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Costa Rica, que, en 2000, declaró inconstitucional el decreto que regulaba la práctica de una técnica de reproducción asistida, la fecundación *in vitro* (FIV). La prohibición general obligó a interrumpir tratamientos de reproducción asistida y, en algunos casos, a viajar al extranjero para acceder a la técnica.

- **Argumentación jurídica principal**

La Corte IDH estableció estándares vinculantes sobre derechos reproductivos en el marco de la CADH. Declaró que la prohibición absoluta de la FIV vulneró los derechos a la integridad personal (art. 5.1), libertad personal (art. 7.1), vida privada y familiar (art. 11.2), fundar una familia (art. 17.2) e igualdad y no discriminación (art. 24), en relación con el deber estatal de respeto y garantía (art. 1.1). Además, determinó que los derechos de quienes recurren a FIV prevalecen sobre el interés atribuido a los embriones, pues estos no poseen estatus jurídico de persona según el artículo 4.1. CADH, y que la protección de la vida debe entenderse como gradual e incremental según el desarrollo biológico.

- **Resoluciones**

La Corte IDH afirmó que el derecho a la vida privada, conforme al artículo 11.2 de la CADH, incorpora la autonomía reproductiva y el acceso a tecnologías reproductivas como la FIV. Determinó que la prohibición general e indefinida de la FIV constituía una interferencia arbitraria e incompatible con el artículo 26 de la CADH, relativo al desarrollo progresivo de los derechos

económicos, sociales y culturales (264). Como consecuencia de las violaciones declaradas, la Corte IDH dispuso un catálogo integral de reparaciones individuales y de fondo destinadas a restablecer el acceso a la FIV y a transformar el marco normativo costarricense.

4.1.2. Caso *I.V. v. Bolivia*, 30 de noviembre de 2016

- **Supuestos de hecho**

El caso *I.V. v. Bolivia* trata sobre una mujer en edad reproductiva que ingresó a un hospital público con ruptura espontánea de membranas. Se le practicó una cesárea por condiciones obstétricas vinculadas al feto y a antecedentes de cesáreas previas. Durante la intervención, ante la presencia de adherencias uterinas, el equipo médico realizó una salpingoclasia bilateral bajo anestesia epidural sin su consentimiento libre, previo e informado. La ligadura de trompas, efectuada sin urgencia que justificara la omisión del consentimiento, provocó la pérdida irreversible de su capacidad reproductiva.

- **Argumentación jurídica principal**

La Corte IDH declaró responsable a Bolivia por la esterilización no consentida de I.V., constitutiva de violaciones a los derechos a la integridad personal (arts. 5.1 y 5.2), libertad personal (art. 7.1), vida privada y familiar (arts. 11.1 y 11.2), formar una familia (art. 17.2) y acceso a la información (art. 13.1), en relación con el deber de respeto y garantía (art. 1.1). También se vulneraron las garantías y la protección judicial efectiva (arts. 8.1 y 25.1).

El Tribunal identificó la falta de consentimiento como eje central de la vulneración. Aunque no empleó expresamente el término "violencia obstétrica", señaló deficiencias derivadas de una estructura de atención paternalista. Desarrolló doctrina jurisprudencial sobre autonomía reproductiva, entendida como la capacidad de tomar decisiones libres e informadas sin coacción, especialmente en intervenciones irreversibles.

La Corte subrayó que el consentimiento es una garantía sustantiva de autodeterminación y proyecto de vida. Calificó la esterilización no consentida como trato cruel, inhumano y degradante, al causar una afectación física permanente sin conocimiento ni autorización de la víctima. Afirmó

que todo procedimiento que genere pérdida de fertilidad exige consentimiento, obligación ineludible para salvaguardar la autonomía y la dignidad. Precisó que el derecho de acceso a la información comprende la facultad de buscar, recibir y difundir datos en materia de salud sin restricciones arbitrarias. Particularmente sobre procedimientos médicos, indispensable para decisiones informadas en salud reproductiva y para el acceso efectivo a servicios de salud.

- **Resoluciones**

En la sentencia *I.V. v. Bolivia,* la Corte IDH estableció orientaciones jurisprudenciales sobre el consentimiento. En este caso de esterilización no consentida o involuntaria, que la Corte calificó como una forma de violencia basada en género y trato cruel, inhumano y degradante (265), ordenó al Estado la adopción de protocolos obligatorios de consentimiento, la capacitación del personal sanitario, reformas normativas preventivas, atención médica y psicológica integral para la víctima y actos de reconocimiento público de responsabilidad (325–343). Debido a la trascendencia de este fallo para la fijación del estándar interamericano sobre el consentimiento libre, previo, pleno e informado y la protección de la autonomía reproductiva, la Corte IDH ordenó reparaciones integrales y medidas de rehabilitación especializadas.

4.1.3. Caso *Manuela y otros v. El Salvador*, 12 de noviembre de 2021

- **Supuestos de hecho**

La sentencia *Manuela y otros v. El Salvador* trata sobre una mujer rural, analfabeta, en situación de pobreza, madre de dos hijos y abandonada por su pareja, que sufrió complicaciones obstétricas en un embarazo avanzado. Tras un accidente que comprometió su pelvis y provocó sangrado, se descompensó al día siguiente en una letrina, donde fue hallada inconsciente y trasladada a un hospital público. Allí fue atendida con tres horas de retraso y denunciada por aborto, penalizado en El Salvador sin excepciones.

Fue diagnosticada con parto extrahospitalario, retención de placenta, desgarro perineal, preeclampsia posparto y anemia grave. El cuerpo del producto fue hallado en una fosa cercana. Imputada por homicidio agravado, durante su hospitalización fue esposada sin orden judicial y mantenida bajo custodia. Luego fue enviada a prisión preventiva sin atención médica adecuada,

procesada sin defensa efectiva y condenada a treinta años de prisión. Murió en reclusión por un cáncer linfático no diagnosticado ni tratado oportunamente.

- **Argumentación jurídica principal**

La Corte IDH declaró responsable a El Salvador por una cadena de violaciones derivadas de la criminalización de una emergencia obstétrica seguida de detención injustificada, proceso penal sesgado por estereotipos negativos de género y la muerte de la víctima en prisión sin atención médica oportuna. Determinó la vulneración de múltiples derechos en relación con el deber de respeto y garantía (artículo 1.1); presunción de inocencia y debido proceso (art. 8.1 y 8.2 (d)), al presumir su culpabilidad sin considerar la emergencia obstétrica ni garantizar una defensa técnica adecuada; libertad personal (art. 7.1), por prisión preventiva arbitraria; integridad y dignidad (art. 5.1), por uso de esposas sin orden judicial y condiciones de detención degradantes.

En cuanto a la salud (art. 5.1), por omisiones médicas y falta de diagnóstico y tratamiento del linfoma; vida privada y familiar (art. 11.2), por ruptura del secreto profesional médico; y con respecto a la igualdad y no discriminación (art. 24), por estereotipos de género en la investigación, acusación y condena.

La Corte desarrolló estándares contra la violencia de género y rechazó estereotipos que criminalizan emergencias obstétricas. Aclaró que el caso trataba sobre la responsabilidad estatal por la detención, procesamiento y condena de la víctima, así como por la violación del secreto profesional médico. La violación al secreto profesional y la ambigüedad normativa sobre el deber de denuncia (213, 215) constituyeron una forma de discriminación indirecta por afectar desproporcionadamente a las mujeres (254).

Determinó que esta vulneración fue agravada por vectores de discriminación interseccional derivados de la condición de una mujer, con escasos recursos económicos, analfabeta y residente en zona rural (253). Estos factores forzaron la búsqueda de atención en un hospital público en el que el personal médico priorizó la denuncia sobre la asistencia vital, lo cual se considera un acto de violencia contra la mujer según el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará (259).

- **Resoluciones**

La Corte IDH reafirmó la obligación estatal de garantizar servicios de salud reproductiva y obstétrica dignos, adecuados y no discriminatorios, y prohibió condicionar su acceso a la presunta comisión de delitos (194, 252). Reiteró que la prisión preventiva constituye la medida más gravosa para un imputado, por lo que solo procede de manera excepcional, con base en criterios estrictos que eviten su uso automático o por presunciones de culpabilidad. Requiere una debida motivación, revisión periódica de su pertinencia y una duración proporcional al fin procesal que persigue, conforme a principios de DH (99–112, 288).

Asimismo, el Estado debe prohibir el uso de esposas u otros instrumentos de coerción física durante el embarazo, el parto o en el posparto inmediato, así como en aquellas mujeres que hayan atravesado emergencias obstétricas. La aplicación de estos dispositivos a mujeres enfermas, débiles o en situación de parto constituye un trato inhumano y degradante, contrario a las reglas interpretativas interamericanas (198–200).

Como consecuencia de estas violaciones, dictó una sentencia que buscó la reparación individual y también la transformación de las causas de fondo que vulneran derechos en El Salvador. Ordenó medidas de satisfacción, rehabilitación y garantías de no repetición que abarcan desde reformas legislativas en materia penal y de confidencialidad médica, hasta programas educativos y becas de estudio. Las medidas ordenadas por el Tribunal IDH buscan garantizar el respeto a los derechos de las mujeres en contextos de especial vulnerabilidad ligados a la maternidad y la salud obstétrica, así como promover un sistema judicial libre de estereotipos y discriminación.

En relación con la dosimetría penal del delito de infanticidio (D.4), la Corte concluyó que la pena de treinta años de prisión a Manuela por homicidio agravado resultó desproporcionada y contraria a los artículos 5.2 y 5.6 de la CADH, al no considerar su situación de emergencia obstétrica por preeclampsia (295). Ordenó al Estado reformar su legislación penal para incorporar líneas de protección sobre proporcionalidad y contemplar circunstancias atenuantes vinculadas al período perinatal. Asimismo, instruyó a los órganos jurisdiccionales a aplicar el control de convencionalidad durante el proceso de adecuación normativa, y garantizar la conformidad de sus decisiones con los tratados ratificados (295).

Finalmente, subrayó la necesidad de adoptar transformaciones profundas orientadas a garantizar el acceso a la atención médica y a la justicia y a la eliminación de marcos normativos y conductas institucionales que criminalizan a las mujeres por buscar atención en SSYR. Reiteró el deber estatal de proteger la confidencialidad médica, para evitar que las mujeres sean denunciadas por el personal médico por la supuesta comisión de delitos y establecer protocolos claros para la atención de emergencias obstétricas. Del mismo modo, evitar detenciones automáticas y diseñar políticas públicas que aseguren servicios de salud accesibles, libres de violencia de género (326).

Dada la importancia de este fallo para la erradicación de la criminalización de las emergencias obstétricas y el combate a los estereotipos de género en la administración de justicia, la Corte IDH dispuso un conjunto de reparaciones con vocación transformadora. Estas medidas abarcan desde programas de educación sexual y becas de estudio hasta reformas sobre el secreto profesional médico y la dosimetría penal, así como el examen de las resoluciones de supervisión de cumplimiento que monitorean el progreso del Estado salvadoreño.

4.1.4. Caso *Brítez Arce y otros v. Argentina*, 16 de noviembre de 2022

- **Supuestos de hecho**

El caso *Brítez Arce y otros v. Argentina* se refiere a una mujer embarazada y con antecedentes médicos no atendidos que recibió diagnóstico de muerte fetal. Permaneció tres horas en un hospital público, en estado de angustia, sin información ni contención, a la espera de la inducción del parto. La atención fue demorada injustificadamente. Murió por un paro cardiorrespiratorio asociado a una emergencia obstétrica no tratada con la debida diligencia.

- **Argumentación jurídica principal**

La Corte IDH declaró responsable a Argentina por la muerte de Cristina Brítez, producto de una atención obstétrica deficiente, tardía y deshumanizada en un centro de salud que prestaba un servicio público. Estableció que la mortalidad materna evitable constituye una violación a los DH cuando deriva de la falta de atención oportuna, especializada y con enfoque diferenciado, especialmente en contextos de vulnerabilidad. Determinó la existencia de VO ejercida mediante

omisiones, estereotipos de género, negligencia clínico-sanitaria, ausencia de protocolos o personal capacitado y falta de información, lo que colocó a la víctima en riesgo letal no atendido.

El Tribunal declaró la violación de: derecho a la vida (art. 4.1), por no garantizar medidas médicas preventivas frente a un cuadro obstétrico crítico; derecho a la integridad personal (art. 5.1), por no asegurar servicios accesibles, de calidad y con personal capacitado (art. 26 de la CADH sobre desarrollo progresivo, como una fuente autónoma dentro de la cual está este derecho), por la falta de servicios especializados y diferenciados durante el embarazo y el parto, garantías y protección judiciales (arts. 8.1 y 25.1), por ausencia de investigación efectiva.

Además, aplicó el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará sobre la adopción de medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, al reconocer que los hijos de la víctima fueron afectados por la violencia de género institucional sufrida por su madre y por las consecuencias de su fallecimiento. Reafirmó que la VO derivada de omisiones, falta de información o trato deshumanizado constituye violencia basada en género prohibida por el derecho internacional.

- **Resoluciones**

En este caso contra Argentina, el Tribunal IDH reconoció que subsisten barreras legales, económicas y prácticas que afectan de forma desproporcionada a las mujeres y limitan el acceso efectivo a servicios de SSYR (62). Ordenó al Estado garantizar atención médica de calidad durante el embarazo, parto y posparto, capacitar a quienes brindan atención en salud con enfoque de género y DH, implementar políticas públicas preventivas, fortalecer los controles prenatales y posnatales, y mejorar los sistemas de recolección de datos sobre mortalidad materna (102–109).

Por la trascendencia de esta decisión para la consolidación del estándar interamericano sobre mortalidad materna y el derecho a una vida libre de violencia, la Corte IDH dispuso un catálogo de reparaciones con vocación transformadora destinadas a corregir las fallas de base en el sistema de salud argentino. El desglose de estas medidas abarca desde campañas nacionales de información, hasta el fortalecimiento de los registros estadísticos, así como el examen de las resoluciones de supervisión de cumplimiento que evalúan el progreso estatal en su ejecución.

4.1.5. Caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*, 1 de septiembre de 2023

- **Supuestos de hecho**

El caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela* trata sobre una médica y madre de tres hijos que se sometió a cesárea electiva en un hospital privado por riesgo derivado de placenta previa. Tras la intervención inicial, presentó hemorragia posparto severa. Solicitó una histerectomía, pero el médico tratante se negó sin ofrecer alternativas terapéuticas adecuadas. Posteriormente, requirió múltiples cirugías, ingreso en cuidados intensivos (UCI) y quedó con secuelas permanentes.

- **Argumentación jurídica principal**

La Corte IDH declaró la responsabilidad internacional de Venezuela por actos de VO y mala praxis médica cometidos en un hospital privado que prestaba servicios bajo cobertura pública. Construyó criterios para prevenir la VO, en concordancia con precedentes como la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina* y la OC-29/2022 sobre enfoques diferenciados para grupos de personas privadas de la libertad, que establecen criterios mínimos de atención física y psicológica especializada durante el embarazo, parto y posparto. Incorporó criterios consolidados del DIDH, incluidos diversos informes de Relatorías Especiales de la ONU y las OG-22-DESC y OG-14-DESC.

El Tribunal declaró la violación de los siguientes derechos, en relación con el deber de respetar y garantizar (art. 1.1 CADH): derecho a la integridad personal (art. 5.1), por sufrir lesiones físicas graves derivadas de intervenciones médicas negligentes y falta de consentimiento; derecho a la salud (art. 26 de la CADH sobre desarrollo progresivo, como una fuente autónoma dentro de la cual está este derecho), por la omisión en garantizar una atención especializada, diferenciada y de calidad durante y después de la cesárea; garantías y protección judiciales (arts. 8.1 y 25.1), por retardo e inacción en la investigación de la denuncia. Además, se declaró la violación del artículo 7 de la Convención de Belém do Pará, incisos (b) (prevención), (f) (protección efectiva) y (g) (acceso a justicia y reparación), por la falta de medidas ante la violencia que afectó la integridad, proyecto de vida y entorno familiar de la víctima.

- **Resoluciones**

En este caso contra Venezuela, la Corte IDH afirmó que el derecho a la SSYR se encuentra protegido por el art. 26 de la CADH, lo que impone al Estado deberes de regulación, supervisión y provisión de servicios públicos y privados (112; 116). Estableció que la VO también atañe a instituciones privadas, lo cual requiere mecanismos de denuncia accesibles y eficaces frente a actores no estatales (112).

Determinó que el Estado incumplió sus obligaciones al no prevenir ni atender adecuadamente las complicaciones obstétricas sufridas por la víctima. La Corte calificó estos hechos como violencia basada en estereotipos de género, pues el cirujano priorizó la preservación del aparato reproductivo sobre la autonomía de la paciente (87). Debido a la relevancia de este caso para delimitar la responsabilidad estatal frente a prestadores privados y proteger la autonomía decisional de las personas usuarias sobre su propio cuerpo, la Corte IDH ordenó un catálogo de reparaciones integrales que combinan medidas de rehabilitación especializada con garantías de no repetición.

4.1.6. Caso *Beatriz y otros v. El Salvador*, 22 de noviembre de 2024

- **Supuestos de hecho**

El caso *Beatriz y otros v. El Salvador* trata sobre una mujer con lupus eritematoso sistémico, nefropatía lúpica y artritis reumatoidea que, en la época de los hechos, vivía en condiciones de pobreza y cursaba un embarazo de alto riesgo con diagnóstico de anencefalia fetal. Solicitó atención médica con el fin de salvaguardar su vida y su salud. Pese a las solicitudes de la Comisión IDH y las medidas provisionales ordenadas por la Corte IDH para proteger sus derechos, la respuesta estatal fue tardía e insuficiente, lo que derivó en una cesárea tardía, la muerte de la recién nacida y el agravamiento de su salud física y mental.

- **Argumentación jurídica principal**

La Corte IDH declaró responsable a El Salvador por incumplir su deber de debida diligencia en salud, lo que vulneró los derechos a la integridad personal, la salud, la vida privada y el derecho a vivir libre de violencia. Consideró el sometimiento a VO, causado por protocolos sanitarios deficientes y temor institucional a sanciones penales. Reconoció que negar tratamientos médicos indicados y acceso a información clara constituye violencia en un contexto de inseguridad jurídica.

- **Resoluciones**

La Corte reafirmó que los Estados deben contar con marcos normativos claros que garanticen el acceso efectivo al aborto legal cuando esté permitido por la ley, sin barreras administrativas ni dilaciones (222). La Corte también reconoció que la negación del aborto legal en condiciones médicas extremas constituyó una forma de violencia institucional y de discriminación interseccional contra la víctima, quien enfrentaba barreras derivadas de su condición socioeconómica, ruralidad y género (237, 265, 274). Se estableció que el sufrimiento ocasionado por la denegación de atención médica oportuna vulneró su integridad personal, su vida privada y su derecho a acceder a servicios de salud sin discriminación (265, 274, 322).

Por la importancia de esta sentencia para consolidar el estándar interamericano sobre la protección de la vida e integridad ante riesgos obstétricos graves y su contribución fundamental a la delimitación de la violencia institucional en contextos de inseguridad jurídica, el Tribunal IDH dispuso un catálogo de reparaciones con vocación transformadora.

4.1.7. Caso *Ramos Durand y otros v. Perú*, 25 de noviembre de 2025

- **Supuestos de hecho**

El caso *Cecilia Ramos Durand y otros v. Perú* trata sobre una mujer de 34 años, madre de tres hijas y residente en una zona rural en situación de pobreza (36, 74). En 1997, luego de acudir a un centro de salud para recibir atención odontológica, fue objeto de visitas domiciliarias insistentes por parte del personal sanitario para coaccionarle a someterse a una ligadura de trompas (76, 162). Posteriormente, fue intervenida en un puesto de salud de primer nivel acondicionado provisionalmente como sala de operaciones, el cual carecía de equipo y medicamentos necesarios para enfrentar emergencias (79). Durante la cirugía sufrió un paro cardiorrespiratorio y, tras un traslado tardío a una clínica privada en estado de coma (80), falleció días después por daño cerebral irreversible (166).

- **Argumentación jurídica principal**

La Corte IDH declaró la responsabilidad estatal internacional del Estado peruano por la violación de los derechos a la vida (art. 4.1), integridad (art. 5.1) y libertad personal (art. 7.1), vida privada (art. 11.2), acceso a la información (art. 13.1), familia (art. 17.2), igualdad ante la ley (art. 24) y salud (art. 26) de la CADH, y el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará. Determinó que el consentimiento fue obtenido bajo coerción y presiones psicológicas, lo que califica el acto como una esterilización forzada y una forma de violencia reproductiva e institucional. Subrayó que los hechos formaron parte de una política de Estado (PNSRPF) de carácter masivo y sistemático dirigida deliberadamente contra mujeres indígenas, en estado de pobreza y rurales (141). Asimismo, calificó los hechos como graves violaciones de los DH y reconoció una discriminación interseccional basada en el sexo, la posición socioeconómica y el nivel educativo de la víctima.

- **Resoluciones**

En esta sentencia, la Corte IDH afirmó que el consentimiento informado es una garantía de autonomía que no puede ser sustituida por el criterio médico, especialmente en procedimientos irreversibles que impactan el proyecto de vida (61, 163). Estableció que el Estado incumplió su deber de supervisión y fiscalización de los servicios de salud al permitir intervenciones masivas en instalaciones sin condiciones de seguridad (141). Determinó que la falta de diligencia judicial y el retardo injustificado en las investigaciones internas constituyeron una violación a las garantías y protección judicial, lo que perpetuó la impunidad (247).

Debido a la trascendencia del pronunciamiento para desarticular políticas de violencia institucional y reproductiva, la Corte dispuso un catálogo de reparaciones con vocación transformadora, dentro de las que se destaca la inclusión de las personas fallecidas para garantizar el acceso a reparaciones que van desde investigar con perspectiva de género, aprobar un instrumento normativo único para unificar estándares del consentimiento informado y asegurar el registro de personas fallecidas para garantizar el acceso de sus familiares a reparaciones.

5. Enfoque de derechos para la delimitación de las vulneraciones de derechos en SSYR en el SIDH

El enfoque de DH permite delimitar con precisión el marco de obligaciones estatales, institucionales y profesionales en la garantía de derechos durante el trabajo de parto, parto y

posparto. Su carácter universal facilita evaluar y reconocer actos de VO en distintos contextos y jurisdicciones y supera concepciones tolerantes o normalizadoras. Este marco normativo y conceptual permite visibilizar la VO a nivel individual atribuible a un agente sanitario específico o proveniente de un patrón institucional o de responsabilidad estatal, para sustentar el diseño de medidas de prevención, erradicación y reparación. En esa lógica, el análisis se organiza por derechos, porque esa vía permite reconstruir el estándar interamericano de manera verificable y comparada. Sobre esa base, el desarrollo inicia con la SSYR, por su función articuladora y por su capacidad de irradiar obligaciones estatales en el trabajo de parto, parto y posparto.

En este trabajo, el estudio de la VO en el SIDH parte de la identificación de los derechos vulnerados y los casos relevantes muestran el papel de la Corte IDH en su reconocimiento jurídico, desarrollo jurisprudencial y configuración conceptual. El principio de indivisibilidad e interdependencia de los DH por parte de la Corte IDH se refleja en la vinculación del derecho a la salud con otros derechos, en particular con el derecho a la vida y la integridad personal. Estos obligan a garantizar su ejercicio conjunto y sin jerarquías. Se inicia con el derecho a la SSYR, elegido eje por su carácter articulador.

5.1. Marco interpretativo del derecho a la salud, el derecho a la salud sexual y reproductiva y sus vulneraciones

El punto de partida para delimitar conceptualmente la SSYR es la noción amplia de salud establecida por la OMS, Constitución, Preámbulo (1946). Esta definición ha sido empleada por la Corte IDH en sentencias como *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica* (148), *Manuela y otros v. El Salvador* (184) y *Brítez Arce y otros v. Argentina* (60). La Corte ha tratado la SSYR como parte del derecho a formar una familia [218], del respeto a la vida privada, de la no discriminación por infertilidad y del derecho a beneficiarse del progreso científico.

[218] En la sentencia *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica* se amplía esta protección, sin restringirla a modelos tradicionales. Esta protección abarca diversas formas de convivencia y comprende el derecho a decidir sobre la procreación y a acceder a los medios necesarios para ello, como la fecundación in vitro (FIV). En ese sentido, al considerar que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad, el Estado tiene la obligación de facilitar condiciones para su desarrollo (144–145).

En la sentencia *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica* (148–149), la Corte reafirmó la definición adoptada por la CIPD (1994), en coherencia con una interpretación sistemática del derecho a la SSYR como derecho que abarca la ausencia de enfermedad y el bienestar integral; y, además, el pleno ejercicio de la autonomía y de los demás derechos relacionados. Este marco comprende el derecho a decidir libremente sobre la procreación, acceder a métodos anticonceptivos seguros y eficaces, disponer de servicios adecuados para embarazos y partos sin riesgos, y disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable (149) [219].

El Tribunal IDH reafirmó que el bienestar integral adquiere contenido específico cuando se vincula con el sistema reproductivo [220]. Distinguió entre salud reproductiva, relativa al acceso a métodos, diagnósticos y tratamientos para prevenir o resolver problemas reproductivos, incluida la prevención de ITS, y salud sexual, asociada al desarrollo integral de la vida y de las relaciones personales más allá de la función reproductiva (149). Reconoció además que la capacidad de embarazarse y dar a luz integra el concepto de salud en clave reproductiva, y afirmó que la SSYR *"...constituye ciertamente una expresión de la salud que tiene particulares implicaciones para las mujeres debido a su capacidad biológica de embarazo y parto"* (149). Esta interpretación fue reiterada en las sentencias *I.V. v. Bolivia* (157) y *Manuela y otros v. El Salvador* (193).

5.1.1. Conductas contrarias a los derechos en SSYR

En la sentencia *I.V. v. Bolivia*, la Corte concluyó que la ausencia de consentimiento en una esterilización no consentida durante una cesárea, procedimiento que afecta directamente la función reproductiva, vulnera la SSYR. Afirmó que el consentimiento debe ser libre, previo, pleno e informado, y vinculó este estándar con la autonomía reproductiva, la integridad física y la vida privada (157). No puede obtenerse durante el acto quirúrgico, bajo sedación o en condiciones de especial vulnerabilidad. Estableció también la obligación estatal de garantizar que los servicios de salud ofrezcan información sobre derechos reproductivos.

[219] Así lo confirma la Corte IDH al incorporar lo señalado por la OPS sobre la SSYR (OPS 2007, 151).
[220] Para ello se fundamenta en la definición de salud reproductiva de la Declaración y Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing (1995), que en su párr. 30 establece que los Gobiernos que participan están decididos a: "Garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación".

En la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina,* valoró el trato negligente y deshumanizador en la atención obstétrica a una mujer con embarazo de alto riesgo, marcado por omisión de información, ausencia de acompañamiento y violencia institucional. El eje central fue la vulneración a la integridad personal, pero también reconoció la violación del derecho a la salud al estar vinculados los hechos con la atención del embarazo y parto y comprometida la SSYR (60).

En la sentencia *Beatriz y otros v. El Salvador*, según la Corte IDH, al analizar la denegación del aborto terapéutico solicitado por un embarazo inviable que ponía en riesgo la vida, la negativa violó los derechos a la salud, integridad personal y vida privada (218–220). Reiteró la obligación estatal de ofrecer atención médica respetuosa y protocolos clínicos y rutas de decisión para casos de riesgo vital e inviabilidad fetal, sin pronunciarse sobre la despenalización del aborto. La omisión estatal agravó el sufrimiento físico y psíquico, además de causar tratos inhumanos y degradantes (199–204). En consecuencia, la SSYR exige protocolos que aseguren el consentimiento, autonomía reproductiva y dignidad, de manera intensa ante alto riesgo obstétrico (217–246).

Consideró que el acceso a servicios de salud reproductiva no puede estar condicionado por obstáculos normativos o vacíos procedimentales. Los Estados deben garantizar marcos regulatorios claros, protocolos interinstitucionales y reglas de coordinación sanitaria-judicial, que faciliten decisiones médicas urgentes, culturalmente sensibles y respetuosas de los DH. Así, el caso *Beatriz y otros v. El Salvador* reiteró que la SSYR comporta medidas normativas, institucionales y clínicas que aseguren una atención centrada en las personas, libre de violencia durante la gestación y según estándares internacionales y derechos reproductivos. Se toma la SSYR como un cuerpo de derechos con contenido normativo exigible con atención obstétrica digna, consentimiento y acceso equitativo a tecnologías reproductivas cuando corresponda. Se obliga a erradicar prácticas discriminatorias, coercitivas o violentas en contextos médicos.

5.1.2. Conexión entre el derecho a la SSYR y el derecho a la salud

La Corte IDH ha consolidado una interpretación interdependiente entre el derecho a la SSYR y el derecho a la salud en diversos precedentes. En la sentencia *I.V. v. Bolivia*, consideró la SSYR como una expresión del derecho a la salud (157). En el caso *Manuela y otros v. El Salvador*, realizó esta integración, vinculándola con la sentencia *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, la OG 22-2016-

SSYR-DESC, el CIPD (1994) y la OPS (192). En el caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela* reafirmó esta línea (101). De esta forma, la jurisprudencia requiere aplicar estos criterios en contextos clínicos de embarazo, parto y puerperio.

Por su parte, la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina* realiza una conexión entre derechos al retomar la mencionada OG 22-2016-SSYR-DESC [221], que subraya la indivisibilidad e interdependencia del derecho a la SSYR con otros derechos como la vida, libertad, seguridad, integridad, autonomía, privacidad, vida familiar, no discriminación e igualdad (57). Añadió que el derecho a la salud es indispensable para ejercer otros derechos, lo que impone a los Estados el deber de proteger, respetar y garantizar la vida, sin discriminación, según el artículo 1.1 de la CADH, sobre la obligación estatal de respetar derechos y libertades y garantizar su ejercicio (69). Como parte del derecho a la salud, la SSYR debe cumplirse bajo criterios de accesibilidad, aceptabilidad, calidad y no discriminación (153).

La Corte afirmó que el derecho a la salud debe interpretarse en conexión con los derechos a la vida, integridad personal, autonomía y vida privada, especialmente en contextos de riesgo obstétrico (158). Reconoció que la falta de garantías efectivas en salud reproductiva puede constituir violación autónoma del derecho a la salud y afectar derechos conexos. Concluyó que no brindar cuidados oportunos ni adecuados ante un riesgo vital configura VO institucional y ordenó adoptar protocolos médicos y judiciales eficaces (263).

En la sentencia *Beatriz y otros v. El Salvador*, la Corte IDH reafirmó que la SSYR integra el contenido central del derecho a la salud y adquiere carácter autónomo cuando están en juego decisiones sobre embarazo, acceso a servicios médicos adecuados y protección de la vida e integridad de las mujeres. Reconoció la dimensión biológica y reproductiva, el embarazo y el parto dentro de un enfoque integral del derecho a la salud (122). Este incorpora el acceso a servicios de salud y el reconocimiento expreso de la SSYR como parte del contenido protegido por el SIDH.

[221] Ver nota supra sobre el contenido del numeral 10 de esta Observación General.

5.1.3. Conexión entre la SSYR, la autonomía y la libertad reproductiva

En la sentencia *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, la Corte IDH vinculó vida privada, libertad y familia con autonomía reproductiva, acceso a servicios de salud reproductiva y tecnología médica. Reconoció el derecho a decidir libremente el número e intervalo de los nacimientos, el acceso a información y medios para ejercerlo, y el nivel más alto de SSYR, lo que comprende asistencia reproductiva adecuada (146). La falta de regulación de técnicas de reproducción asistida y la desprotección legal pueden afectar gravemente la autonomía y libertad reproductiva al generar indefensión y discriminación (147).

En el caso *I.V. v. Bolivia,* la Corte sostuvo que autonomía y libertad reproductiva son componentes del derecho a la SSYR, decisiones libres sobre el plan de vida, el cuerpo y la maternidad, sin violencia, coerción o discriminación, con apoyo en la OG 22-2016-SSYR-DESC [222], que protege la libre elección sobre el cuerpo y el acceso igualitario a servicios, medios e información, así como en el artículo 16(e) CEDAW [223], que reconoce el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos, con la información y recursos necesarios (157).

Esta línea se reforzó en la sentencia *Manuela y otros v. El Salvador.* Afirmó que el acceso a servicios de SSYR y la autonomía sobre el cuerpo son indispensables para superar discriminaciones arraigadas (192). En el caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*, a la luz del párrafo 148 [224] de la OC-29/2022, reiteró el derecho a decidir sobre el propio cuerpo sin presiones médicas o sociales (101) [225]. Imponer la preservación del útero contra la voluntad de la paciente vulneró su autonomía y libertad reproductiva y reprodujo estereotipos de género (87).

---

[222] Véase supra la nota explicativa correspondiente al numeral 5 de la OG 22-2016-SSYR-DESC.

[223] El artículo 16(e) de la Convención CEDAW-1979 dispone la adopción de medidas, por parte de los Estados, para eliminar la discriminación y asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre nacimientos, además de asegurar el acceso a la información, educación y medios para ejercer estos derechos.

[224] El párrafo 148 de la OC 29/2022-CORTE IDH sobre el acceso a la SSYR sin discriminación, señala que la SSYR forma parte del derecho a la salud y tiene importancia para las mujeres por su capacidad biológica de gestar y dar a luz. Comprende la autonomía y libertad reproductiva, como la facultad de decidir sobre el plan de vida, el cuerpo y la salud sin violencia, coacción ni discriminación. También abarca el acceso a servicios, información, educación y medios que permitan decidir libre y responsablemente el número e intervalo de hijos, así como factores determinantes básicos como agua potable, saneamiento y nutrición adecuados.

[225] El párrafo 148 de la OC 29/2022-CORTE IDH, trata sobre la afirmación de la SSYR como componente del derecho a la salud, particularmente para las mujeres por su embarazo y parto. Está vinculada tanto con la autonomía y libertad

Finalmente, en el caso *Beatriz y otros v. El Salvador*, impedir el acceso a servicios médicos esenciales para interrumpir un embarazo inviable que ponía en riesgo la vida violó la autonomía, salud y vida privada. Según la Corte, la criminalización absoluta del aborto, sin excepciones en casos de riesgo para la vida o la salud, vulnera la libertad reproductiva y reproduce estereotipos de género que reducen a las mujeres a su capacidad biológica de gestar (249, 262, 276–278). Además, subrayó que negar servicios de aborto en situaciones médicamente graves constituye discriminación por género y desconoce la dignidad y autonomía reproductiva (284).

Aunado a lo anterior, destacó que marcos restrictivos, ausencia de información oportuna y mecanismos institucionales de respuesta generaron sufrimiento, deterioro físico y psíquico e inseguridad jurídica incompatibles con la CADH. Este pronunciamiento profundizó los criterios consolidados por el Tribunal sobre responsabilidad estatal frente a actos médicos concretos y marcos legales que impiden el ejercicio de la autonomía reproductiva en condiciones de dignidad y seguridad jurídica (135, 137, 140, 149,155).

6. Salud genésica

El análisis de la SSYR desde la perspectiva de la salud genésica resalta obligaciones estatales en contextos reproductivos para posibilitar decisiones libres sobre el número e intervalo de nacimientos. Este enfoque vincula autonomía, libertad de decisión y acceso a información veraz y servicios adecuados, conforme al CIPD (1994, 7.2) y la OG 14-2000-SALUD-DESC (14). Asimismo, delimita deberes estatales en tres ejes: derecho a la información, acceso a la información y acceso a servicios de salud.

En los casos *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica* (148), la Corte IDH recurrió a la OG 14-2000-SALUD-DESC para precisar que las personas tienen derecho a decidir si desean reproducirse y cuándo, con acceso a métodos seguros y servicios pertinentes (148). En el caso *I.V. v. Bolivia* (146) citó dicha Observación General, que en su numeral 14 precisa además las responsabilidades

reproductiva, lo que permite a las mujeres tomar decisiones autónomas sobre su cuerpo y salud, libres de violencia, coacción o discriminación, como con el acceso a servicios de salud reproductiva, información y educación y medios para decidir de manera libre y responsable sobre el número de hijos y el intervalo entre nacimientos. Además, abarca los factores básicos como el acceso a agua potable, saneamiento, alimentación y nutrición adecuados.

estatales en materia de salud materna, infantil y genésica, como la planificación de la familia, la atención prenatal y posnatal y los servicios obstétricos de urgencia. El Tribunal IDH añadió que tales servicios deben garantizar embarazos y partos seguros, y subrayó que el acceso a información clara es un parámetro de alta importancia para la autonomía reproductiva. Su denegación constituye una barrera que vulnera la vida privada y puede configurar trato cruel (146, 157–158).

En esta línea argumentativa, ambas sentencias se ocupan de la salud genésica en dos perspectivas que precisan deberes positivos estatales en salud reproductiva: por un lado, la protección de la vida e integridad; por otro, la garantía de acceso a información. La primera se ejemplifica en la sentencia *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, que refuerza la obligación estatal de regular y supervisar servicios de salud reproductiva (148). Parte del concepto amplio de salud de la OMS (Constitución, Preámbulo, 1946) y de las obligaciones estatales previstas en la OG 14-2000-SALUD-DESC (14). Además, al remitirse al CIPD (1994, 7.2), la Corte sostuvo,

> … la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y acceder a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, y al derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud (148).

La segunda perspectiva corresponde al acceso a la información, ejemplificada en la sentencia *I.V. v. Bolivia.* El Tribunal IDH sostuvo que el acceso a información es esencial para decidir libremente sobre el número e intervalo de hijos. Su denegación obstaculiza el ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos y vulnera la vida privada y familiar (157–158). Además, afirmó que los Estados deben garantizar dicha información de forma activa ("transparencia activa"), pues su ausencia es una barrera al ejercicio de la salud genésica. La Corte citó al Relator Especial sobre la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes (2013) para considerar que es trato cruel la negación sistemática de información reproductiva relevante (158) [226].

[226] El fragmento citado por la Corte IDH en su análisis proviene del párrafo 33 del informe A/HRC/22/53) del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, presentado por Juan E. Méndez (2013), en el cual se retoma la declaración emitida por la FIGO en 2011. Esta organización subrayó que la esterilización no debe utilizarse como método para prevenir futuros embarazos sin el consentimiento, ni siquiera en situaciones de emergencia médica. Aun cuando un embarazo ulterior represente un riesgo grave para la vida o la salud de las mujeres, debe asegurarse un espacio adecuado para deliberar, así como garantías para una decisión libre e

En la sentencia *Manuela y otros v. El Salvador* (192), la Corte reiteró que el acceso a información es condición para el ejercicio libre y pleno de estas garantías. Su denegación: "... muchas veces ha significado una barrera para el ejercicio pleno de este derecho y un impedimento para la toma de decisiones de forma libre y plena". Recalcó la obligación de transparencia activa mediante gestiones oficiosas estatales para garantizar decisiones libres sobre el cuerpo y la SSYR, en conexión con la personalidad y la vida privada y familiar (158). En la sentencia *Beatriz y otros v. El Salvador*, la ausencia de información suficiente obstaculizó la autonomía reproductiva e impidió tomar decisiones informadas sobre un embarazo inviable y de alto riesgo. Se reconoció la vulneración del derecho de acceso a información médica y legal oportuna y comprensible, en un contexto reproductivo crítico.

En conjunto, estos precedentes consolidan el acceso a información en salud reproductiva, en sentido coincidente con salud genésica, como deber positivo estatal y condición de la autonomía reproductiva, cuya negación puede configurar tratos crueles y discriminatorios. Además, la Corte IDH constató que el Estado omitió proporcionar información sobre los riesgos del embarazo y no activó mecanismos judiciales urgentes (100–104, 158). Esta falta de diligencia afectó la dignidad, la salud y la integridad personal. En consecuencia, ordenó establecer protocolos institucionales que aseguren un acceso efectivo a información clara y oportuna en contextos similares (158–160).

7. Derechos reproductivos

La sentencia *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica* consolidó el marco global al reconocer la decisión libre sobre el número y espaciamiento de los hijos y el acceso a la información y medios necesarios para ejercerla con autonomía. Reafirmó el derecho al más alto nivel posible de SSYR y fundamentó esta interpretación en el CIPD (1994) y en la Declaración y Programa de Acción de Beijing (1995), que reconocen la salud reproductiva como parte de los DH de las mujeres y la vinculan con la autodeterminación reproductiva. La Corte destacó que estos instrumentos generan obligaciones estatales derivadas del DIDH (148).

informada. Tal elección debe ser respetada, incluso cuando se considere que podría tener consecuencias negativas para la salud).

La Corte IDH enmarcó el derecho a la SSYR y los derechos reproductivos como un concepto integral que abarca la sexualidad y la reproducción, acceso a información y servicios de salud de calidad, y la libertad de tomar decisiones informadas. En este marco, los derechos reproductivos garantizan la autonomía en la procreación, libres de coerción, violencia o discriminación, así como el acceso a métodos seguros y eficaces de planificación de la familia (146–148).

En el caso *Beatriz y otros v. El Salvador*, reafirmó que los derechos reproductivos forman parte del derecho a la SSYR e imponen garantías estatales activas. Su ejercicio requiere cumplir con los criterios de accesibilidad, aceptabilidad, calidad y oportunidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación (153). Destacó su interdependencia con vida, integridad personal, autonomía y vida privada, especialmente en contextos de riesgo obstétrico (158). Señaló que la falta de garantías institucionales para servicios reproductivos adecuados puede constituir una violación autónoma del derecho a la salud y afectar otros derechos interrelacionados. Concluyó que la omisión estatal constituyó violencia institucional basada en género y ordenó protocolos médicos y judiciales claros para asegurar una respuesta fundada y oportuna (263).

8. Morbimortalidad

8.1. Morbimortalidad materna, asunto de Derechos Humanos

En la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina*, la Corte alude al párrafo 10 de la OG 22-2016-SSYR del Comité DESC sobre el derecho a la SSYR, y afirmó que las fallas en la atención obstétrica, en especial la de emergencia, se relacionan con vulneraciones a la vida e integridad y constituyen causa principal de morbimortalidad materna (57). Definió la mortalidad materna según la definición de la OMS: la muerte relacionada con el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a su término, por causas relacionadas con el embarazo o su atención, con exclusión de causas accidentales o incidentales (63). Subrayó dos enfoques: su evitabilidad y su carácter de asunto de DH (57).

Esta sentencia también reforzó la concepción de la morbimortalidad materna como un asunto de DH al retomar lo señalado en 2010 por la Oficina de la Alta Comisionada de la ONU para los DH (en adelante, ACNUDH) (A/HRC/14/39, 2010). Este documento sostuvo que las muertes maternas

prevenibles pueden comprometer la responsabilidad estatal por la violación del derecho a la vida y del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la SSYR, así como los derechos a la igualdad, la no discriminación, la información, la educación y los beneficios del progreso científico (67).

8.2. Morbimortalidad materna como fenómeno prevenible

Desde la perspectiva de evitabilidad, el caso *Brítez Arce y otros v. Argentina* evidenció que la mayoría de las muertes maternas pueden prevenirse, pues derivan de deficiencias en la atención prenatal, perinatal y obstétrica de emergencia, agravadas por pobreza, fallas de fondo en los sistemas de salud y barreras de acceso a la justicia (6, 63). Estas muertes son evitables si el Estado garantiza servicios de salud adecuados, especializados y diferenciados durante el embarazo, parto y posparto, libres de discriminación (68). Su omisión genera responsabilidad internacional por violaciones a los derechos a la vida y la integridad personal (63).

La Corte IDH vinculó esta problemática con la OG 22-2016-SSYR del Comité DESC [227], que asocia la morbimortalidad materna con la falta de cuidados obstétricos de emergencia y la considera violatoria del derecho a la vida o a la seguridad, incluso como trato cruel, inhumano o degradante (párr. 63). Retomó también lo expuesto por la Relatora Especial de la ONU Radhika Coomaraswamy en el informe I*ntegración de los derechos de la mujer y la perspectiva de género: La violencia contra la muje*r E/CN.4/1999/68/Add.4 (1999). Allí afirmó que no se trata de "simples desgracias o problemas naturales inevitables del embarazo, sino injusticias que podrían impedirse y que los gobiernos están obligados a remediar con sus sistemas políticos, de salud y jurídicos" [228] (párr. 71).

La Corte exigió que los Estados garanticen servicios médicos adecuados, especializados y diferenciados para reducir la morbimortalidad materna prevenible (68) y advirtió que su omisión impacta en el derecho a la vida durante el parto y el posparto (70). Asimismo, tomó como

[227] La Corte se basa en el párrafo 10 de la OG 22-2016-SSYR-DESC (véase supra la nota explicativa sobre este numeral).
[228] El informe E/CN.4/1999/68/Add.4 (1999), en su párrafo 70, trata sobre las políticas y prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de las mujeres y contribuyen a la violencia contra aquellas, la causan o la constituyen.

referencia la OC-29/2022 [229] en su párrafo 158, que establece la obligación de ofrecer cuidados físicos y psicológicos plenos, información clara y sin estereotipos, uso del plan de parto y derecho a contacto entre madre e hijo (73). De manera consistente, en el caso *Beatriz y otros v. El Salvador*, la Corte reiteró que la ausencia de respuesta institucional ante riesgos obstétricos graves vulnera los derechos a la vida, a la integridad personal y a la autonomía durante la gestación (158).

9. Derecho a la atención en SSYR

La Corte IDH ha desarrollado la atención en salud como componente de los derechos en SSYR. En la sentencia *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, integró el CIPD (1994) y la Declaración y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995) como marcos hermenéuticos. Del Programa de Acción retoma que la atención de la salud reproductiva comprende "el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva" (7.2). De Beijing, los compromisos sobre igualdad de acceso y trato y sobre la promoción de la SSYR y la educación de las mujeres (Declaración, 30, Plataforma, 94), que la Corte IDH tomó en cuenta en esta sentencia (149).

Tanto en aquella (148) como en la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina*, la Corte subrayó que la evaluación de la atención en salud debe considerar las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En esta última profundizó el estándar de una atención adecuada, profesional, segura y de calidad, que incluye un trato respetuoso y personal sanitario adecuadamente entrenado (61). Precisó que la falta de atención apropiada en contextos de embarazo y parto puede configurar VO (81). De ahí que los Estados deban adoptar medidas efectivas, normativas, presupuestales, de gestión y de supervisión, para asegurar la accesibilidad y calidad de los servicios (61).

[229] La Corte se apoyó en la OC 29/2022-CORTE IDH (párr. 158 (c)) con respecto al derecho a la información, que señala que se debe informar de manera completa a las personas embarazadas, en posparto y en lactancia sobre su estado de salud, y garantizar su acceso a información precisa y oportuna sobre salud reproductiva y materna. Esta debe basarse en hallazgos científicos especializados, ser imparcial, libre de estereotipos y discriminación, e incluir detalles sobre el plan de parto y el derecho al contacto materno-filial (73).

9.1. Atención adecuada, derecho a la vida y a la integridad y el desarrollo progresivo

El derecho a la salud se vincula con el deber de desarrollo progresivo consagrado en el artículo 26 dentro del Capítulo III de la CADH (Capítulo III, derechos económicos, sociales y culturales). El artículo fija el compromiso de los Estados de adoptar providencias, tanto a nivel interno como a través de la cooperación internacional, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales, educativas, de ciencia y cultura de la Carta de la OEA, reformada por el *Protocolo de Buenos Aires*, en la medida de los recursos disponibles por vía legislativa u otros medios apropiados.

Si bien el precepto no enumera derechos específicos ni detalla un catálogo de obligaciones de cumplimiento inmediato, la corte ha reconocido su justiciabilidad y ha precisado un doble plano de obligaciones: inmediatas, como la prohibición de la discriminación, la adopción de medidas deliberadas y la prohibición de regresividad injustificada; y de realización progresiva, que supone avanzar, con el máximo de recursos disponibles y por medios legislativos u otros apropiados, para asegurar la prestación adecuada de los servicios en SSYR. Este entendimiento se asienta en la indivisibilidad e interrelación de derechos.

9.2. El desarrollo progresivo y la indivisibilidad e interrelación entre derechos

En el caso *Manuela y otros v. El Salvador* (185–186), la Corte IDH subrayó que la obligación estatal de proteger la salud exige garantizar el acceso a servicios esenciales de salud y realizar esfuerzos de manera progresiva, con especial cuidado de las personas en situación de vulnerabilidad. Esta obligación comprende la atención médica oportuna y adecuada.

En la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina,* indicó que la falta de atención adecuada puede tener repercusiones directas en la realización de otros derechos de la CADH, en particular, vida e integridad personal. Además, conectó este análisis con el desarrollo progresivo del artículo 26 de la CADH (57–59). El Tribunal reforzó esta conexión. Citó la OG 22-2016-SSYR del Comité DESC [230], que vincula el derecho a la atención en SSYR y sus servicios, con derechos como la vida, la libertad, la seguridad y la no discriminación. Advirtió que la falta de servicios de atención

[230] La CIDH citó textualmente la OG 22-2016-SSYR-DESC en su numeral 10, relativo al derecho a la SSYR, en lo que respecta al derecho a la SSYR como un derecho que depende y se interrelaciona con otros DH.

obstétrica de emergencia puede derivar en violaciones graves de derechos, además de ser causa de morbimortalidad materna (57). De esta forma, como se observa en esta sentencia (69–70), el derecho a la atención en salud adquiere una dimensión protectora directa sobre los derechos a la vida y a la integridad personal.

La Corte estableció que los Estados deben garantizar el acceso a servicios esenciales de salud y asegurar servicios médicos eficaces y de calidad, que contribuyan al mejoramiento general de las condiciones de salud de la población (61). En sus palabras,

> ... La obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, de garantizar una prestación médica de calidad y eficaz, y de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población (61).

Para la Corte, los derechos civiles y políticos, y los económicos, sociales, culturales y ambientales son inescindibles y se guían por principios de universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación (57) [231]. Además, explicó que, aunque la CADH no menciona de forma expresa el derecho a la salud, este se protege a través del artículo 26 sobre el desarrollo progresivo, en conexión con la Carta de la OEA, art. 34(i) (protección del potencial humano mediante los conocimientos de la ciencia médica), 34(l) (condiciones urbanas que permitan una vida saludable, productiva y plena) y 45(h) (política eficiente de seguridad social) y con su amplio reconocimiento en constituciones y leyes internas de la región (58). Lo anterior refuerza la integración de diversos derechos, como los derechos civiles y políticos, lo que sostiene la inclusión del derecho a la salud como derecho exigible en la CADH y facilita su articulación con derechos civiles y políticos.

Asimismo, en el caso *Beatriz y otros v. El Salvador*, el Tribunal sostuvo la necesidad de una atención diligente y oportuna, y calificó lo ocurrido como VO (149). La Corte reiteró que, ante riesgo obstétrico grave, la atención médica debe ser diligente y oportuna y declaró la violación de

[231] Los artículos de la Carta de la OEA a que hace referencia la Corte IDH incluyen el artículo 34(i), que establece que los Estados deben promover la igualdad de oportunidades, la eliminación de la pobreza crítica y la distribución equitativa de la riqueza y del ingreso, así como garantizar la participación de los pueblos en las decisiones relativas a su desarrollo. Asimismo, el artículo 45(h) destaca la salud y la educación como elementos fundamentales para el desarrollo integral, en cuanto el bienestar de la población constituye un componente esencial del progreso de los Estados.

los derechos a la integridad personal, a la vida privada y a la salud (149, 155, 157). Asimismo, constató que la falta de protocolos claros y la incertidumbre jurídica generaron demoras que obstaculizaron la protección efectiva, lo cual refuerza el nexo entre atención en SSYR y la salvaguarda de vida e integridad (153–155, 170–177).

9.3. La atención adecuada y medidas de desarrollo progresivo

La perspectiva referida a la aplicación de la protección de la CADH frente al desarrollo progresivo la muestra el caso *I.V. v. Bolivia* cuando se refiere a la obligación de los Estados de adoptar medidas para proteger el derecho a cuidados de salud oportunos y adecuados según los recursos disponibles a nivel interno y en el ámbito de la cooperación internacional. Esto se traduce en que la garantía de atención apropiada depende de los recursos del Estado y exige priorizar a grupos vulnerables (61).

Otras sentencias, como la de *Brítez Arce y otros v. Argentina,* muestran la importancia del desarrollo progresivo como marco de integración de distintos derechos remitidos a la Carta de la OEA. Incorpora el derecho a la salud amparado por el artículo 26 de la CADH y reforzado en la normativa interna de los países de la región (58). La Corte lo fundamentó en el compromiso estatal de proteger el derecho a la salud a nivel interno y mediante la cooperación internacional con medios apropiados y recursos disponibles. Sostuvo que la obligación estatal de garantizar cuidados médicos adecuados adquiere un carácter inmediato en situaciones de urgencia, pero también exigió la adopción de acciones sostenidas acordes con el principio de desarrollo progresivo, en especial frente a gestantes en situación de vulnerabilidad (185, 263). Por su parte, la sentencia *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela* también resaltó este artículo en los mismos términos (114).

9.4. Obstáculos al derecho a la atención adecuada en SSYR

La vulneración del derecho a una atención de calidad se refleja en el caso *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, en que la prohibición del acceso a métodos de FIV se considera contraria a la obligación estatal de asegurar servicios de salud reproductiva. La falta de acceso y los problemas de disponibilidad y regulación afectaron la calidad de vida, el bienestar y la protección de la vida privada. Además, la ausencia de alternativas terapéuticas y de un marco regulatorio adecuado contribuyó a la angustia emocional de las parejas que deseaban concebir (161). En el caso *I.V. v.*

Bolivia, la omisión de la atención apropiada se muestra cuando el personal sustituyó decisiones sobre el cuerpo y el plan de vida a través de una esterilización involuntaria o no consentida, lo que vulneró la autonomía y el consentimiento (231–233).

En la sentencia *Manuela y otros v. El Salvador,* el Tribunal IDH identificó tres ámbitos de afectación relacionados con la falta de servicios adecuados: primero, la omisión de tratamiento médico inmediato ante una emergencia obstétrica (235). Segundo, la atención deficiente durante la detención desde el ingreso hospitalario. Tercero, la privación continuada de cuidados médicos, lo que tornó la condena inhumana y contraria al artículo 5.2 de la CADH sobre la prohibición de penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, así como al deber de respeto a la dignidad de las personas privadas de libertad. No proporcionar atención médica accesible viola el derecho a la salud e integridad personal consagrados en los artículos 26 y 5 de la CADH (230, 235, 241–242), además de la discriminación (193–194).

En el caso *Brítez Arce y otros v. Argentina*, la Corte resaltó que la falta de atención médica adecuada vulnera los derechos a la vida y a la integridad personal, y remarcó obstáculos de accesibilidad para procedimientos esenciales (61–62), así como la VO (77–81). Aunado a lo anterior, destacó la relación entre pobreza, deficiencia en los cuidados médicos y alta morbimortalidad materna (62). En el caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*, la falta de servicios adecuados y conductas discriminatorias basadas en estereotipos de género derivaron en la negativa a realizar una histerectomía solicitada y en priorizar la preservación del útero sin considerar la voluntad de la paciente, que afectó gravemente el derecho a la SSYR (102, 108).

Posteriormente, en la sentencia *Beatriz y otros v. El Salvador,* la Corte IDH reafirmó que la omisión estatal ante emergencias obstétricas vulnera los derechos a la vida, integridad personal, salud y autonomía reproductiva. Reforzó el estándar de cuidados médicos oportunos y diferenciados ante riesgos obstétricos graves y enfatiza que su incumplimiento genera responsabilidad internacional del Estado (158, 162, 263).

10. Responsabilidades estatales en SSYR

Según Say et al. (2018), pese a los avances en la reducción de la mortalidad materna, la morbimortalidad ha recibido menor atención en la agenda global, a pesar de su impacto significativo en la salud y el bienestar de las mujeres. En este contexto, resulta necesario fortalecer su reconocimiento, medición y abordaje en los sistemas de salud. Estas consideraciones son relevantes en lo que respecta a las complicaciones obstétricas que persisten mucho después del parto y afectan la salud, el bienestar y la calidad de vida.

Por su parte, el programa MBRRACE-UK, 2023 [232], coordinado por la Universidad de Oxford (Knight et al., 2023), muestra que la mortalidad materna persiste por disparidad de origen y no se explica exclusivamente por factores clínicos. Las mujeres pertenecientes a minorías étnicas, en situación de vulnerabilidad socioeconómica o con barreras de acceso al sistema de salud, enfrentan un mayor riesgo de morir durante el embarazo o el parto, incluso cuando los servicios están disponibles. Este resultado refleja la necesidad de adoptar un enfoque interseccional que incorpore determinantes sociales, raciales y económicos.

El incumplimiento del deber estatal de garantizar, proteger y promover los derechos en SSYR configura una forma de violencia que agrava la desprotección. Se incumple la obligación positiva de eliminar todos los obstáculos para que las mujeres puedan tener acceso a servicios en SSYR. A estos factores se suman deficiencias vinculadas a la calidad de la atención, la falta de personal capacitado y las barreras de acceso. También influyen formas de violencia institucional derivadas de acciones u omisiones de los actores del sistema sanitario. La ausencia de medidas eficaces para corregir estas fallas las expone a riesgos vitales y compromete el ejercicio de sus derechos.

Esta desprotección se nutre de lo que se denomina descarga de responsabilidad; el personal sanitario aprende a operar dentro de las limitaciones del sistema sin asumir la responsabilidad de la continuidad de los cuidados. Este vacío de responsabilidad individual y sistemática permite que la VO se institucionalice y se haga tolerable para quienes brindan atención en salud (Castro, 2019).

[232] MBRRACE-UK: Salvar vidas, mejorar la atención materna: lecciones aprendidas para la atención de la maternidad a partir de las investigaciones confidenciales sobre muertes y morbilidad materna en el Reino Unido e Irlanda (2019–2021) es un programa nacional que publica informes sobre la mortalidad materna y perinatal en el Reino Unido.

La persistencia de marcos normativos inadecuados y la falta de mecanismos eficaces de supervisión y rendición de cuentas hacen posible la continuidad de conductas violatorias. Reconocer y comprender estas manifestaciones reviste relevancia para visibilizar la violencia en ámbitos reproductivos y fundamentar su exigibilidad jurídica.

Las obligaciones estatales de cumplimiento inmediato y exigibilidad directa no tienen carácter programático. Comportan deberes inmediatos de respeto, protección y garantía, así como prohibición de medidas regresivas. La conceptualización de la VO como una forma de violencia de género dentro de los servicios de salud activa la responsabilidad internacional de los Estados y obliga a mecanismos de restitución, compensación financiera, reconocimiento de responsabilidad, disculpas formales y garantías de no repetición (Williams y Meier, 2019).

La desprotección estatal comprende también la omisión de medidas preventivas, la falta de acciones para su erradicación y la ausencia de condiciones que garanticen a las personas usuarias acceso efectivo y atención de calidad. Frente a ello, rige el marco de obligaciones estatales de respetar, proteger y cumplir. En el ámbito sanitario, estas obligaciones exigen garantizar la calidad, disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y aceptabilidad. En SSYR, estos principios deben guiar una atención basada en el buen trato y el respeto a los DH, asumida como una obligación jurídica del Estado y no como una concesión.

En relación con la titularidad de las obligaciones, esta no se limita a los servicios prestados directamente por los Estados. Pickles (2025) aclara que, bajo los estándares del SUDH, los Estados mantienen la responsabilidad internacional por las violaciones de DH cometidas por actores privados cuando estos prestan servicios de carácter público, como la atención materna. Este principio obliga a los gobiernos a implementar mecanismos de regulación y supervisión estrictos en las clínicas privadas, para asegurar que la denegación de la salud pública no exima al Estado de su deber de ocuparse de la VO.

10.1. Criterios de respeto, protección, cumplimiento estatal

El PIDESC establece en sus artículos 10 y 12 la obligación estatal de desarrollar acciones para que toda persona pueda recibir asistencia médica, así como la protección de su salud durante sus etapas

reproductivas. De otro lado, la OG 14-2000-SALUD-DESC aclara el alcance de las obligaciones que recaen sobre los Estados. Existen criterios para fortalecer la exigibilidad de las normas ya reconocidas bajo un respaldo jurídico concreto y el compromiso de adoptar los preceptos universales de protección a la salud.

Respetar exige abstenerse de interferir directa o indirectamente en su goce y ejercicio [233]. Proteger supone implementar mecanismos efectivos para evitar que terceros lo vulneren [234]. Cumplir supone que los Estados, como garantes, deben adoptar medidas para hacer efectivo el derecho a la salud sin infringirlas ni ignorar su cumplimiento. El enfoque basado en derechos los obliga a establecer acciones positivas administrativas, legislativas, presupuestarias y judiciales, así como a implementar programas, planes, leyes y políticas nacionales de salud concretas. Asimismo, se comprometen a realizar gestiones de monitoreo, seguimiento y control que garanticen el cumplimiento efectivo de estas medidas y la protección del derecho a la salud.

10.2. Atributos de los servicios de salud

Como elementos del derecho a la salud exigibles a los Estados se encuentran requisitos para lograr sistemas de salud fuertes, multidisciplinarios y actualizados, entre otras atribuciones. Conforme al SUDH, el derecho a la salud exige que los servicios sanitarios cumplan con los atributos de disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad. Estos, junto con directrices clínicas, configuran parámetros normativos que proyectan una visión del sistema de salud centrado en las personas y receptivo y eficaz (Freedman et al., 2014) [235]. Su cumplimiento durante las distintas etapas de la vida sexual y reproductiva requiere reconocer los condicionantes

[233] Esta observación, en su párrafo 34, otorga alcances a la obligación de respetar. Obliga a los Estados a abstenerse de impedir el acceso a métodos de anticoncepción y a otras formas de cuidar tanto su salud sexual como genésica. De igual manera, establece la abstención de censurar, ocultar o desvirtuar de forma intencional, informaciones relacionadas con la salud, la educación sexual o impedir la participación de las personas en asuntos de salud. Sobre esta misma obligación de respetar, el Comité CEDAW, en el párrafo 34 de su RG-24-CEDAW, alude al deber estatal de no entorpecer las medidas por las que optan las mujeres para alcanzar sus metas en el ámbito de la salud. Entre ellas, poder acudir a servicios médicos sin que medie autorización familiar o de autoridades sanitarias, por no estar casadas o por ser mujeres. De igual manera, sin trabas, como las leyes orientadas a penalizar actos médicos que las perjudican o castigan. Igualmente, sin obstáculos como leyes que penalizan la intervención por someterse a estos.

[234] El párrafo 34 de la OG14-2000-SALUD-DESC indica el deber estatal de cuidar que el acceso a la atención del parto, el posparto y la planificación de la familia no se afecte por prácticas sociales o tradicionales nocivas; proteger a grupos vulnerables o marginados de la sociedad bajo una mirada de género e impedir la limitación al acceso a la información y servicios de salud.

[235] Ver: Orientaciones técnicas de la ONU sobre la aplicación de un enfoque basado en los DH a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad.

socioculturales que inciden en la atención, así como asegurar tanto la prestación de servicios en establecimientos sanitarios como la existencia de entornos seguros y protectores que garanticen el nivel más alto posible de SSYR.

Estas condiciones poseen especial trascendencia durante el trabajo de parto, el parto mismo y en fases previas, como los controles prenatales, fundamentales para la salud materna y neonatal. También son determinantes en la atención obstétrica de emergencia o similares que exigen la presencia de personal capacitado y competente. Por ello, la garantía del derecho de las mujeres a la vida y a la salud requiere que los Estados actúen con debida diligencia y adopten medidas internas adecuadas a los factores de riesgo, y formulen estrategias que favorezcan, promuevan y protejan estos derechos a lo largo de todo el ciclo vital.

Bajo esta estructura, los criterios se entremezclan. La aceptabilidad se vincula con la obligación de cumplir, a través de la aplicación de principios de ética médica y sensibilidad hacia los requisitos de género y cultura, tanto a nivel individual como comunitario. Con especial énfasis en el caso de las minorías. Asimismo, cuando la atención de calidad es accesible, se avanza hacia el disfrute del más alto nivel posible de salud desde la infancia hasta la vejez, sin discriminación por condición de género u otras características que comprometen la SSYR. Estos elementos orientan la responsabilidad estatal para garantizar servicios y para asegurar que las mujeres se reconozcan como titulares de derechos, con acceso a información y educación que les permita exigirlos.

La educación permite entender la responsabilidad estatal en el acceso a servicios médicos de calidad, especialmente en casos de VO, refuerza la percepción del Estado como garante del derecho a la salud y empodera a las personas para exigir atención adecuada. En el ámbito ginecológico y obstétrico, contribuye a que las mujeres puedan conocer sus derechos, tomar decisiones informadas y establecer un diálogo crítico con el sistema (Riofrío-Costa 2023). Cuando se vulnera la confianza, la seguridad y el bienestar esperados del sistema sanitario, se compromete la SSYR, se eleva vital y puede haber morbimortalidad materna y neonatal.

En este marco general, instrumentos como la RG-24-CEDAW han precisado criterios aplicables a estos atributos, entre ellos el deber de los Estados de asegurar que los servicios de SSYR sean accesibles y adecuados. Dichos criterios se desarrollan conforme a cada dimensión específica, bajo

la necesidad de enfatizar que los sistemas de salud comprenden recursos humanos y materiales, como el ejercicio profesional que debe incorporar los más altos estándares de calidad. Estos sistemas deben entenderse como estructuras integrales, que pueden constituirse en barreras o facilitadores de acceso. Incluyen la formación, capacitación adecuada, tecnologías apropiadas y condiciones laborales que satisfagan las necesidades del personal sanitario y de las personas usuarias.

Según expone Pickles (2025), la noción de maternidad segura ha evolucionado de forma crítica desde su formulación original, que se centraba de forma casi exclusiva en la seguridad física y el derecho a sobrevivir al embarazo y al parto mediante el acceso a instalaciones dotadas de recursos técnicos. Se pasó de un enfoque centrado en la mera supervivencia física (derecho a no morir en el parto) hacia una visión integral en que la seguridad es inseparable de una atención respetuosa y digna. Esta noción es relevante en relación con los atributos de los servicios de salud.

Destaca que la jurisprudencia del Comité CEDAW ha influido en su evolución, especialmente a partir del caso *Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brasil*. Bajo esta perspectiva, el trato inhumano o negligente, más que considerarse como una simple falla ética, se dirige hacia una deficiencia técnica de calidad y aceptabilidad. Así, la falta de calidad asistencial se revela como una manifestación de discriminación sistémica en que la inacción política y la precariedad institucional hacen que la maternidad sea insegura, particularmente para quienes viven en comunidades marginadas o bajo situación de vulnerabilidad.

10.2.1. Calidad

Una atención obstétrica de calidad debe garantizar un mínimo nivel de cuidados durante el embarazo, el parto y el puerperio, junto con atención de urgencia y servicios especializados según la necesidad (Álvarez Toste et al., 2011). Se exige atención segura, eficaz, oportuna, equitativa y centrada en la persona (OMS, 2016, Estándares calidad materna; OMS, 2018, Parto positivo). Los sistemas de salud deben comprender las prácticas de parto en diversos ámbitos y adaptarlas a las necesidades de las mujeres y sus familias (Behruzi et al., 2013). La calidad abarca las condiciones del servicio, capacitación del personal, disponibilidad de medicamentos, equipos, insumos e infraestructura adecuada.

La OMS hace hincapié en que la atención del parto debe basarse en documentación científica actualizada, guiar decisiones clínicas y asegurar formación continua. Además, destaca la necesidad de monitorear resultados y evaluar sistemáticamente la calidad mediante prácticas basadas en aquella (OMS, Cuidados del Parto, 2021).

Desde una perspectiva integral, la calidad en salud abarca el dominio técnico del personal y sus habilidades interpersonales y comunicativas. Como ya señalaba Donabedian (2005), su evaluación no responde a un criterio único y trasciende distintas dimensiones que pueden analizarse a partir de la estructura, el proceso y los resultados de la atención. La mejora en la calidad de la atención materna se asocia con un uso más adecuado de las intervenciones y con una reducción tanto del infrauso como del sobreuso de prácticas clínicas (Miller et al., 2016). Una atención oportuna y efectiva mejora los resultados en salud y bienestar psicosocial, evita tecnologías ineficaces y favorece la adherencia a prácticas clínicas basadas en evidencia (Hulton, et al., 2007).

No obstante, persisten deficiencias graves en la calidad de los servicios de salud públicos y privados: falta de insumos y medicamentos, procedimientos sin respaldo científico, ausencia de apoyo a las personas usuarias, maltrato físico y psicológico, y partos institucionales sin personal calificado. Estas falencias comprometen la seguridad y los derechos de las personas atendidas, lo que afecta los resultados de salud. Dado este panorama, resulta fundamental analizar lo establecido por el SUDH sobre la calidad en la atención sanitaria en materia de SSYR. OPS/OMS-Fortaleza, 1985, reconoce el derecho a recibir atención prenatal adecuada y resalta la participación de las mujeres en la planificación, ejecución y evaluación del cuidado. Del mismo modo, la importancia de factores sociales, emocionales y psicológicos para garantizar una atención perinatal integral:

> Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y tiene un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluida la participación en la planificación, realización y evaluación del cuidado. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales en la comprensión de cómo proporcionar un adecuado cuidado perinatal (OPS/OMS-Fortaleza, 1985).

La Declaración también enfatiza la creación de grupos de apoyo, la continuidad del cuidado mediante actitudes coherentes y la colaboración entre sistemas formales de salud y medios

alternativos como la partería tradicional. En relación con el trabajo de parto, la OMS recomienda herramientas prácticas para identificar, apoyar, monitorear y mejorar la calidad de la atención. Además, detalla en un anexo los instrumentos y suministros esenciales para que los centros sanitarios estén preparados para ofrecer atención óptima (OMS, Cuidados del Parto, 2021).

La RG-24-CEDAW, al establecer el deber de los Estados de garantizar el acceso a servicios médicos de calidad, indica que la atención sanitaria sea aceptable para las mujeres, lo que exige su consentimiento, respeto a la dignidad, protección de la intimidad y consideración de sus necesidades y perspectivas (núm. 22). Asimismo, resalta la obligación estatal de garantizar servicios adecuados conforme al máximo de recursos físicos y humanos disponibles, para evitar que barreras económicas previsibles impidan el acceso a una atención médica oportuna y segura (núm. 27). Ello supone incorporar los más altos estándares de salud, asegurar personal capacitado, materiales idóneos, tecnología apropiada e infraestructura que respete la privacidad, la confidencialidad y fomente la inclusión, en particular para personas con discapacidad. Deben informar sobre las medidas adoptadas para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad.

La calidad como pilar esencial de los servicios sanitarios hace necesario que los Estados implementen políticas, estrategias y programas orientados a garantizar a las mujeres el acceso a servicios de calidad y asumir la protección de su SSYR como un estándar de desarrollo basado en DH, bajo el respeto de la toma de decisiones relacionadas con su salud y bienestar mediante su participación. Por su parte, la Relatora Especial de la ONU enfatiza la urgencia de garantizar servicios de SSYR seguros, aceptables y de calidad (Šimonović, 2019), bajo un enfoque que prioriza la salud materna, busca reducir la morbimortalidad y exige la adopción de modelos de atención que respeten la dignidad, los DH y las necesidades específicas de las mujeres.

Asimismo, destaca la necesidad de iniciar, apoyar y mantener programas orientados a mejorar la calidad de la atención de la salud materna respetuosa como elemento primordial de la calidad asistencial. Ello involucra la implementación de iniciativas dirigidas a transformar las prácticas del personal sanitario y los entornos y sistemas de salud, con el fin de garantizar el acceso a servicios respetuosos, competentes y centrados en las necesidades de las mujeres.

En derecho comparado, algunos países establecen criterios específicos para garantizar una atención de calidad en el ámbito de la salud materna [236]. A nivel regional, el *Informe sobre el acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de Derechos Humanos* de la CIDH (2010) destaca la capacitación del personal sanitario en los derechos de las mujeres y la creación de mecanismos de rendición de cuentas para su protección. Recomienda ofrecer información clara y accesible sobre los servicios disponibles y su funcionamiento, optimizar los sistemas de salud para minimizar obstáculos en el acceso o esperas excesivas y garantizar atención oportuna en procedimientos rutinarios y emergencias. Subraya la necesidad de programas de educación y difusión sobre SSYR que faciliten decisiones informadas y acceso eficiente a los servicios.

10.2.1.1. Calidad y morbimortalidad

Garantizar la calidad de la atención sanitaria desde el inicio debe ser una prioridad y no una meta secundaria. El aumento de la cobertura institucional y la disponibilidad de intervenciones eficaces no bastan por sí solos si la atención brindada no cumple estándares adecuados de calidad y respeto hacia las mujeres durante el parto (Freedman et al., 2014). La calidad incide directamente en los resultados en salud y protege derechos como la no discriminación, la dignidad, y la igualdad. El respeto a la autonomía es un eje central de la calidad y requiere asegurar el consentimiento, así como reconocer características, deseos y percepciones individuales. Una relación médico-paciente basada en el buen trato fortalece la confianza y mejora la calidad del cuidado. Las infecciones derivadas de procedimientos médicos deficientes son una causa relevante de morbimortalidad, lo que refuerza la necesidad de que los centros sanitarios cumplan pautas de higiene y medidas de protección personal.

Asimismo, la OG 22-2016-SSYR-DESC enfatiza en su numeral 22 que la falta de calidad en los servicios de salud compromete gravemente el derecho a la salud. Entre los déficits identificados

[236] En Perú existe un Documento Técnico: Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales. Busca mejorar la calidad en el campo materno-perinatal con el cumplimiento de estos criterios y que se utilice para un sistema de monitoreo permanente.
El artículo 4, numeral 17 de la Ley 2244/2022 de Colombia reconoce el derecho de las mujeres a recibir cuidados médicos únicamente de profesionales acreditados y con experiencia, sin excluir las prácticas tradicionales y ancestrales propias de los grupos étnicos. Esta disposición busca garantizar un equilibrio entre el acceso a servicios de salud basados en investigaciones científicas rigurosas y el respeto por los conocimientos tradicionales para asegurar un enfoque intercultural en la prestación de servicios de salud materna.

se señalan la falta de tecnologías y tratamientos esenciales, como medicamentos efectivos para el VIH, métodos seguros para la interrupción del embarazo y atención reproductiva. Estas deficiencias afectan la eficacia de la atención y limitan el acceso equitativo a servicios fundamentales, lo que vulnera derechos básicos. La falta de infraestructura suficiente y de personal capacitado impide garantizar calidad y aumenta la morbimortalidad.

10.2. Disponibilidad

El criterio de disponibilidad conforme a la OG 14-2000-SALUD-DESC (12 (a)) y su complemento específico en la OG 22-2016-SSYR-DESC (núm. 14) exige que los Estados garanticen programas operativos de SSYR dotados de infraestructura física (hospitales y clínicas), acceso a agua potable y personal capacitado. Este estándar se considera vulnerado cuando la objeción se torna en una barrera de acceso que impide la operatividad del servicio. Por tanto, la responsabilidad estatal debe asegurar, además de la existencia de centros de salud, proveedores calificados y medicamentos esenciales disponibles en el sector público y privado. La disponibilidad requiere acompañarse de accesibilidad real para su ejercicio efectivo de los derechos en SSYR, lo que obliga a eliminar barreras económicas, geográficas y sociales.

10.3. Accesibilidad

Las necesidades básicas vinculadas al derecho a la salud forman parte del derecho a un nivel de vida adecuado. El artículo 25 de la DUDH reafirma el derecho a un nivel adecuado de vida que permita la asistencia médica, el bienestar y la protección especial de la maternidad y la infancia. Por su parte, el Comité DESC, a través de la OG 14-2000-SALUD-DESC, enfatiza la adopción de medidas concretas por parte de los Estados bajo un enfoque de derechos: políticas públicas, definición de indicadores y la asignación de recursos para garantizar el acceso equitativo a centros, bienes y servicios sanitarios. En el ámbito de la SSYR, estas buscan reducir la mortalidad materna e infantil mediante servicios de calidad que cubran embarazo, parto, posparto y pérdidas gestacionales o perinatales. Reconocen la necesidad de cuidados neonatales e información y educación para decisiones informadas.

El acceso a la información constituye un componente esencial de la accesibilidad en el derecho a la salud y ha sido reconocido tanto por las Observaciones Generales del Comité DESC como por

la doctrina jurisprudencial. La OG 14-2000-SALUD-DESC reconoce el derecho a solicitar, recibir y difundir información relacionada con la salud, siempre bajo el respeto de la confidencialidad de los datos personales, y define la accesibilidad en tres dimensiones: física, económica y de información (núm. 12 (b)).

Este criterio se amplía en materia de SSYR en la OG 22-2016-SSYR-DESC, que determina la accesibilidad de los servicios, bienes y la información en salud para todas las personas sin discriminación ni obstáculos (núm. 15). Incorpora información sobre salud materna, anticoncepción, planificación familiar, ITS, VIH, aborto seguro, asistencia posaborto, infertilidad y cáncer reproductivo. Esta debe adaptarse a las necesidades individuales y comunitarias y considerar factores como edad, idioma, educación, discapacidad, orientación sexual, género e identidad de género, bajo garantías de privacidad y confidencialidad (núm. 18–19).

La falta de accesibilidad vulnera el derecho a la salud y genera reticencia en las personas a recibir atención sanitaria. Entre los factores que la provocan figuran la insuficiencia de personal, la falta de recursos, instalaciones inadecuadas, largas distancias, costos elevados del transporte y servicios, así como riesgos de violencia en ciertos contextos. Frente a estas barreras, los Estados deben adoptar medidas para promover la igualdad sustantiva, como sistemas de transporte y comunicación que faciliten el acceso a los servicios y garanticen el derecho a la salud. En materia de accesibilidad física, establece que los servicios, bienes e información en SSYR deben ser accesibles para todas las personas, con particular atención a grupos en situación de vulnerabilidad, como habitantes de zonas rurales, personas con discapacidad, privadas de la libertad o en condición de refugio (16).

10.4. Asequibilidad

La falta de recursos, infraestructura, personal insuficiente y condiciones que eviten la sobrecarga limita la atención efectiva a las necesidades de las mujeres y de sus recién nacidos. A ello se suman conductas irregulares, comportamientos inadecuados, cultura institucional que tolera el soborno, tarifas poco transparentes y exigencias indebidas hacia las usuarias (Bohren et al., 2015), factores que pueden generar barreras económicas incompatibles con el acceso equitativo a los servicios de salud. En el ámbito de la SSYR, la OG 22-2016-SSYR-DESC establece que los bienes y servicios

de SSYR, tanto públicos como privados, deben ser asequibles para todas las personas, ya sea de forma gratuita o en condiciones equitativas que eviten cargas económicas excesivas. Asimismo, exige medidas de apoyo para que las personas sin recursos puedan acceder a seguros médicos y servicios de salud relacionados con la SSYR (núm. 17).

11. Realización progresiva de los derechos y criterios de responsabilidades estatales

El derecho a la salud precisa sistemas que ofrezcan bienes y servicios adecuados según condiciones biológicas, socioeconómicas y recursos disponibles en cada Estado. Conforme al artículo 2 del PIDESC, la realización progresiva reconoce diferencias en el desarrollo social y económico entre países al evaluar el cumplimiento de los deberes positivos:

> Cada uno de los Estados parte en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

Cada Estado debe avanzar de manera deliberada, concreta y selectiva, y utilizar todos los medios apropiados, legislativos, administrativos, presupuestarios, promocionales u otros, para cumplir estos deberes. La OG 14-2000-SALUD-DESC (núm. 30, 31, 61) desarrolla este principio, y aclara que, aunque se admite la aplicación progresiva y se reconocen las limitaciones de recursos, existen obligaciones inmediatas ineludibles: garantizar el ejercicio de este derecho sin discriminación, asegurar el nivel más alto posible de salud y abstenerse de decisiones arbitrarias sobre el uso de recursos que afecten la satisfacción de derechos como la atención primaria básica de la salud.

La Convención CEDAW-1979 refuerza las obligaciones estatales de garantizar el acceso equitativo y sin discriminación a los servicios de salud, con énfasis en la eliminación de barreras que afectan a las mujeres. La RG-24-CEDAW (art. 12.17) establece el deber estatal de adoptar medidas legislativas, judiciales, administrativas, presupuestarias y de otro tipo, en el mayor grado que lo permitan los recursos disponibles, para asegurar a las mujeres el disfrute del derecho a la salud.

12. Exposición de derechos en SSYR en relación con su vulneración en la jurisprudencia interamericana

La jurisprudencia de la Corte IDH ha permitido identificar cómo determinadas prácticas vinculadas con la atención en SSYR se traducen en vulneración de derechos protegidos por la CADH. El análisis de algunos casos muestra que la dimensión sanitaria de la atención recibida trasciende el ámbito clínico y compromete un conjunto de garantías que estructuran la protección de la persona frente al poder estatal, institucional o del personal que interviene en la prestación de servicios de salud. A partir de este desarrollo jurisprudencial, se examinan algunos de los derechos que la Corte ha considerado afectados en contextos relacionados con la atención obstétrica.

12.1. Derecho a la dignidad humana

Aunque la dignidad humana no está consagrada como derecho autónomo en una disposición específica de la CADH, la jurisprudencia interamericana la ha reconocido como principio interpretativo transversal y como criterio que informa la protección de derechos como la integridad personal, la vida privada y la autonomía personal. Su protección se desprende del preámbulo de la CADH, que reconoce la dignidad inherente de la persona humana, así como de los artículos 5 y 11 del mismo instrumento relativos a la integridad personal y la vida privada, que prohíben las injerencias arbitrarias o abusivas en la esfera personal y familiar.

En el ámbito de la SSYR, estas garantías adquieren especial relevancia, pues la Corte IDH ha señalado que las decisiones relativas al propio cuerpo, a la reproducción y al acceso a servicios de salud forman parte del ámbito protegido de la vida privada. Su vulneración se manifiesta en la negación de la autonomía reproductiva, el desconocimiento de la vida privada y familiar y la prestación de atención médica en condiciones incompatibles con un trato respetuoso y humano.

12.1.1. Dignidad, vida privada y familiar, y autonomía personal en el marco de los derechos reproductivos

En el caso *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, la Corte IDH vinculó la dignidad con la vida privada y familiar al considerar que las decisiones sobre reproducción se inscriben en una esfera íntima que comprende la identidad, el proyecto de vida y la formación de relaciones afectivas. Esa

esfera debe ser protegida por el Estado para garantizar los derechos reproductivos y fundar una familia libremente (143–144).

En la sentencia *I.V. v. Bolivia*, reafirmó que la dignidad está intrínsecamente ligada a la inviolabilidad de la vida privada y familiar. La vida privada, entendida como un ámbito de libertad individual, incorpora dimensiones centrales de la dignidad, como el desarrollo de la personalidad, la identidad y la autodeterminación. En el caso de las mujeres, la capacidad biológica de procrear forma parte de ese desarrollo y sus decisiones al respecto pertenecen a dicho ámbito (149–152). Vinculó el artículo 11.2 de la CADH (honra y dignidad) con el artículo 17 de la CADH (fundar una familia), para reforzar la protección de la autonomía reproductiva (153). El primero protege la dignidad en conexión con la libertad de decisión, mientras que el segundo resguarda la facultad de decidir si se desea o no formar una familia (152).

La Corte también precisó que la autonomía personal exige que las decisiones reproductivas se adopten libres de violencia, estereotipos y discriminación. La decisión de procrear pertenece al ámbito de la vida privada y familiar y la esterilización no consentida es una vulneración grave de la autonomía reproductiva y de la dignidad. Toda persona debe poder tomar decisiones libres sobre su cuerpo y su vida sin ser instrumentalizada como medio para fines ajenos a sus convicciones, y ello exige respetar su integridad y sus decisiones personales (149, 150, 152).

En la sentencia de *Beatriz y otros v. El Salvador,* la Corte IDH señaló que el incumplimiento estatal de la obligación de abstenerse de "cualquier acción o práctica de VO" y de velar porque las autoridades, funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten en tal sentido, tal como lo dispone el artículo 7(a) de la Convención de Belém do Pará, también afecta la vida privada y la dignidad, protegidos por el artículo 11 de la CADH [237].

12.1.2. Dignidad y derecho a la atención médica adecuada

En la sentencia *Manuela y otros v. El Salvador,* la Corte reafirmó que las personas privadas de la libertad deben ser tratadas con respeto a su dignidad, conforme al artículo 5 de la CADH sobre la

[237] El artículo 11 de la CADH se refiere a la protección de la honra y de la dignidad. Reconoce el derecho de todas las personas al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad, así como la protección de la ley ante injerencias arbitrarias o abusivas en la vida privada.

integridad personal, y que "todo uso de la fuerza que no sea estrictamente necesario" vulnera esa dignidad (198). Además, constató que impedirle el acceso a atención médica adecuada durante la detención convirtió la pena en inhumana, en contravención del artículo 5.2. de la CADH, que prohíbe los tratos crueles, inhumanos o degradantes y exige el respeto a la dignidad inherente de toda persona privada de la libertad (241).

De manera concordante, en la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina*, el Tribunal IDH vinculó la integridad, la dignidad y el derecho a la salud durante el embarazo, parto y posparto. Señaló que los Estados deben proveer servicios adecuados, especializados y diferenciados (68) y que el derecho a la salud debe cumplir con los atributos de disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad, como base de una atención compatible con la dignidad (61, 72). Asimismo, caracterizó la VO como un trato deshumanizado e irrespetuoso durante la atención, incompatible con una atención digna (80, 81).

12.1.3. Dignidad, derechos sexuales y derechos reproductivos

A partir de la relación entre dignidad, vida privada y autonomía personal desarrollada por la Corte IDH, los derechos sexuales y los derechos reproductivos han sido interpretados como parte del ámbito protegido de la libertad individual. En este contexto, el respeto por la autonomía de las personas en materia reproductiva se concreta especialmente mediante el consentimiento informado, requisito indispensable para la realización de intervenciones médicas que puedan afectar el cuerpo o las decisiones reproductivas. En palabras de la Corte,

> ... El consentimiento informado del paciente es una condición sine qua non para la práctica médica, el cual se basa en el respeto a su autonomía y su libertad para tomar sus propias decisiones de acuerdo a su plan de existencia...

Esta autonomía está amparada en el deber del Estado de salvaguarda de la capacidad de cada persona para construir su plan de vida, libre de interferencias, siempre que no se afecten derechos de terceros. De esta manera, el consentimiento es el medio normativo para dicha protección: *"El consentimiento informado asegura el efecto útil de la norma que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la dignidad de la persona"* (159).

La asimetría de poder entre el personal médico y la paciente, derivada del conocimiento técnico y del control de la información, exige que la relación clínica se rija por parámetros que salvaguarden la autonomía y eviten actuaciones paternalistas. En este marco, el personal médico no puede sustituir indebidamente la decisión de las personas atendidas e imponer sus percepciones sobre los cuidados en SSYR ni intervenir sobre el cuerpo de las mujeres sin respetar su voluntad, pues ello desconoce un elemento central de la dignidad (160).

12.1.4. Dignidad y no discriminación

En el caso *I.V. v. Bolivia*, la Corte IDH estableció un vínculo entre la dignidad humana y el derecho a la no discriminación, y enfatizó la obligación estatal de respetar y garantizar los derechos conforme a la CADH. Señaló que el trato discriminatorio, especialmente cuando se manifiesta en la omisión de información adecuada o en intervenciones médicas realizadas sin consentimiento, resulta incompatible con la dignidad humana y con el principio de igualdad. En el caso concreto, la afectación se vio agravada por factores de discriminación interseccional, entre ellos el género, la condición de refugiada, la nacionalidad y el nivel socioeconómico. La Corte destacó que tratar a un grupo como inferior o negarles derechos reconocidos a otras personas resulta incompatible con la dignidad y con la igualdad (238).

Esta línea también se proyecta en el caso *Manuela y otros v. El Salvador.* En apoyo de este análisis, la Corte tomó en cuenta el informe de la Relatora Especial (Šimonovič, 2019), según el cual las mujeres tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso, libre de discriminación y violencia, en los servicios de salud reproductiva y en la atención obstétrica (252).

En la sentencia de *Beatriz y otros v. El Salvador*, resulta relevante el voto concurrente y parcialmente disidente del juez Humberto Sierra Porto, que reconstruyó esta línea y reafirmó que, en SSYR y en la atención obstétrica, las mujeres tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso, libre de discriminación. Desde esa perspectiva, vinculó la dignidad con el mandato de igualdad y no discriminación como estándar operativo en la práctica clínica y en la organización de los servicios. Asimismo, cuestionó que la sentencia mayoritaria no proyecte ese principio hasta sus consecuencias frente a regímenes penales, que, en escenarios de riesgo para la vida o integridad o de inviabilidad extrauterina, resultan incompatibles con la CADH (45).

El juez Sierra Porto sostuvo que la Corte omitió analizar la fuente de la violación, consistente en la criminalización absoluta del aborto en supuestos de riesgo para la vida o la salud de la mujer e inviabilidad fetal. Señaló que esta tipificación, al prever penas de hasta doce años de prisión y la pérdida de la licencia profesional para el personal médico, generó un efecto amedrentador que paralizó la actuación clínica (41). Por ello, consideró insuficiente la orden mayoritaria de adoptar protocolos y guías, y sostuvo que era necesario ordenar la modificación del tipo penal de aborto para remover la causa de la violación (55).

12.2. Derecho a la vida e integridad personal

Los derechos a la vida y a la integridad personal, reconocidos en los artículos 4 y 5 de la CADH, constituyen ejes de la protección interamericana y han sido vinculados por la Corte IDH con el acceso a servicios de salud adecuados, el respeto a la autonomía y la garantía de condiciones que permitan decisiones libres sobre el propio cuerpo. En contextos de SSYR, ambos derechos presentan una relación estrecha e interdependiente, especialmente cuando la omisión de cuidados médicos o la imposición de intervenciones sin consentimiento genera violaciones graves de DH.

12.2.1. Conexión entre integridad, vida privada y salud

Este apartado examina el derecho a la integridad personal en conexión con la vida privada y la salud, con el derecho a la vida y con el derecho a la atención en SSYR, sin agotar el contenido autónomo de cada uno de estos derechos. En relación con el derecho a la vida privada, en la sentencia *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica,* la Corte afirmó que la integridad personal abarca dimensiones físicas, mentales y emocionales, y que la falta de servicios adecuados o las barreras de acceso a la atención pueden causar angustia, ansiedad y afectaciones en la calidad de vida. Asimismo, señaló que la protección de la autonomía y la posibilidad de adoptar decisiones informadas permiten gestionar la salud y el bienestar conforme al propio plan de vida, lo cual resulta fundamental para la protección de la vida privada y de la integridad personal (147).

Esta vinculación entre integridad, vida privada y salud se profundizó en la sentencia *I.V. v. Bolivia* al reconocerse que las decisiones sobre el propio cuerpo y la salud reproductiva forman parte del ámbito más íntimo de la vida privada. En este marco, sostuvo que los derechos a la salud, a la

integridad y a la vida privada están interrelacionados y que su afectación conjunta puede dar lugar a violaciones múltiples e interdependientes (154).

De estas interpretaciones se derivan dos deberes estatales vinculados al derecho a la integridad: respetar las decisiones que las personas adoptan libremente sobre su cuerpo y su salud, sin injerencias arbitrarias; y garantizar el acceso a información suficiente, clara y actualizada para que tales decisiones se adopten conforme a los propios valores, creencias y circunstancias. Esta línea resulta consistente con la OG 14-2000-SALUD-DESC [238], que concibe el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico y mental, y exige un sistema que asegure la igualdad de oportunidades para todas las personas (155).

12.2.2. Conexión entre integridad, vida y salud

Con respecto a la integridad en relación con el derecho a la vida y la salud, en la sentencia *I.V. v. Bolivia* la Corte sostuvo que la esterilización quirúrgica sin consentimiento supone una injerencia grave en la integridad personal (228), al provocar sufrimiento significativo y vulnerar la integridad psíquica, física y moral (252). Además de los daños en la integridad física, según la Corte IDH, "la señora I.V. sufrió afectaciones psicológicas severas que requirieron de atención psiquiátrica, incluyendo sentimientos de angustia, frustración y culpa, así como una desvalorización de ella como mujer que le ha provocado sentimientos de vergüenza" (268); a lo que se añade la creencia de que el derecho "a ser nuevamente madre había *sido mutilado"* y el considerarse menos mujer por no poder procrear nuevamente (115).

Señaló que la violación del derecho a la integridad física y psíquica es incompatible con el derecho de las mujeres a no ser sometidas a tratos crueles, inhumanos y degradantes (265, 267), y reafirmó que el consentimiento opera como límite operativo (163, 246). Dado que el control médico puede incrementar el riesgo de afectaciones a la integridad en contextos de especial vulnerabilidad, los servicios de salud deben operar con deberes reforzados de protección y prevención (264).

[238] El párrafo 8 de la OG 14-2000-SALUD-DESC se refiere al concepto del "más alto nivel posible de salud", que tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas como socioeconómicas de cada persona y los recursos del Estado. Este concepto deriva en un abordaje más allá de la relación entre el Estado y el individuo, ya que otros factores, como la genética, la predisposición a enfermedades y los hábitos de vida, también influyen en la salud. Así, el derecho a la salud debe entenderse como el acceso a una serie de servicios, bienes y condiciones que permitan este objetivo.

La Corte amplió la interpretación del artículo 5.2 de la CADH al reconocer que los tratos crueles, inhumanos o degradantes no se limitan a contextos de privación de libertad, interrogatorios o sanciones y también pueden presentarse en servicios de salud reproductiva. Tales conductas vulneran la integridad psíquica, física y moral y restringen de forma significativa la autonomía en hospitales y otras instituciones sanitarias (263). El entorno médico puede agravar ese riesgo cuando políticas o prácticas impactan desproporcionadamente a las mujeres.

La Corte IDH sostuvo además que determinadas decisiones médicas, en especial las relativas a la reproducción, pueden situar a las mujeres en riesgo de sufrir tratos crueles, inhumanos y degradantes (265). Subrayó que estas vulneraciones dejan secuelas físicas y psíquicas de intensidad variable, lo que exige un análisis casuístico del sufrimiento provocado (267), y ordenó su reparación mediante la provisión de cuidados médicos y psicológicos gratuitos a la víctima (332).

Asimismo, vinculó esta vulneración con el deber estatal de garantizar derechos sin discriminación (270) e incorporó la perspectiva de género en la atención médica y en salud reproductiva, atenta al impacto desproporcionado que estas prácticas pueden producir en las mujeres (263). Reafirmó que el control que ejerce el personal de salud sobre quienes reciben atención intensifica su deber de proteger la integridad y prevenir estos tratos, y subrayó la responsabilidad ética y jurídica de respetar los DH de quienes se encuentran bajo su cuidado (264).

En la sentencia *Manuela y otros v. El Salvador*, la Corte vinculó el derecho a la vida en sentido amplio y la integridad personal con el acceso a la atención en salud (183). En la sentencia *Beatriz y otros v. El Salvador*, se determinó que la falta de un marco normativo que permitiera la interrupción del embarazo, pese al grave riesgo para la vida y salud de la gestante, vulneró sus derechos a la vida, a la integridad personal y a la salud. Asimismo, reconoció que la ausencia de cuidados médicos adecuados en emergencias obstétricas puede alcanzar el umbral de trato cruel, inhumano o degradante prohibido por el artículo 5.2. de la CADH (245-246). De este modo, la Corte reafirmó que la integridad personal supera la ausencia de agresiones físicas directas y comprende también la protección frente a omisiones estatales que causan sufrimiento físico o emocional evitable.

En la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina*, la Corte declaró responsable al Estado por una muerte materna derivada de atención obstétrica deficiente (19), con violación de los derechos a la vida, a la integridad personal y a la salud. En el caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*, identificó deficiencias graves en la atención médica privada, mala praxis y ausencia de consentimiento, que afectaron la integridad moral y física y el derecho a la salud (33, 34), además del sufrimiento psíquico por la falta de justicia (140). El órgano interamericano respaldó su análisis con apoyo en la RG-19-CEDAW [239], cuyo párrafo 22 advierte sobre los efectos adversos de la esterilización forzada sobre la salud física y mental y sobre la vulneración del derecho de las mujeres a decidir el número y espaciamiento de sus hijos (268).

12.2.3. Conexión entre integridad y atención en SSYR

El derecho a la integridad personal se vincula con el derecho a la atención en SSYR. En la sentencia *I.V. v. Bolivia* se consideró la esterilización forzada como un trato cruel, inhumano y degradante [240]. Esta puede provocar un sufrimiento grave y la discriminación influye en la determinación de si el maltrato puede ser tomado como tal (265). En las consecuencias físicas y psicológicas inciden los sentimientos y efectos que genera el maltrato, como miedo, angustia, inferioridad y humillación (266). Esas consecuencias también varían en intensidad, por factores internos y externos como la duración de los tratos, la edad, el sexo, la salud, el contexto, y la vulnerabilidad, entre otros (267). La denegación u obstaculización injustificada de medidas para aliviar el dolor o el malestar durante el parto puede, según las circunstancias del caso y la intensidad del sufrimiento generado, constituir una forma de VO e incluso alcanzar el umbral de trato cruel, inhumano o degradante.

En la sentencia *Manuela y otros v. El Salvador,* el Tribunal IDH examinó la vulneración del derecho a la integridad personal en tres planos: la atención médica recibida, la pena impuesta y la situación particular de las mujeres en etapas reproductivas. Respecto de la atención médica, consideró relevantes la negligencia en los cuidados médicos, el deterioro de la salud de la víctima bajo custodia estatal y el sufrimiento causado por esas omisiones (166, 175, 180). En cuanto a la

[239] El párrafo 22 RG-19-CEDAW indica: "La esterilización y el aborto obligatorios influyen adversamente en la salud física y mental de la mujer y violan el derecho de la mujer a decidir el número y espaciamiento de sus hijos".

[240] La víctima perdió permanentemente su capacidad reproductiva debido a una alteración de sus órganos reproductivos y una operación quirúrgica posterior a causa de restos de placenta en su cavidad endometrial detectados en una ecografía (§268).

pena, sostuvo que una emergencia obstétrica no puede traducirse automáticamente en sanción penal y que la condena de treinta años por homicidio agravado contravino el derecho a la integridad personal y la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes conforme al artículo 5.2.

De igual forma, contravino el mandato del artículo 5.6 de la CADH, que requiere proporcionalidad de la pena y orientación a la reforma y readaptación social (91, 161, 165, 165). Finalmente, advirtió que el estado puerperal o perinatal, la falta de asistencia durante el parto, la clandestinidad y diversos factores de interseccionalidad pueden agravar la vulnerabilidad emocional y reducir la culpabilidad atribuible, de modo que ignorar esas circunstancias y aplicar la pena máxima resultó incompatible con una protección reforzada de la integridad personal (166–169, 172).

El Tribunal añadió que los infanticidios tienden a ocurrir en partos sin asistencia, en soledad y a menudo en baños, lo que aumenta la fragilidad psicológica y sentimientos de desesperación (167). Subrayó que la falta de asistencia y la clandestinidad durante el parto agravan la vulnerabilidad emocional, lo que puede influir en la comisión de delitos. Esta situación se intensifica por factores de interseccionalidad: aislamiento cultural, baja escolaridad, pertenencia a entornos patriarcales y condiciones de alta vulnerabilidad social y comunicativa (168).

Observó que en estos contextos se reduce la culpabilidad atribuible a las mujeres, por la afectación de su capacidad de comprensión y defensa (168). Pese a ello, la pena impuesta en este caso fue de treinta años de prisión. Consideró que, aunque la condena consideró influencias discriminatorias, resultó paradójico que, tras reconocer tales factores, la sentencia decidiera aplicar la pena máxima prevista, lo que configuró una sanción cruel y desproporcionada en el marco de la discriminación y vulnerabilidad (169, 172).

En la sentencia *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*, la Corte reafirmó que el derecho a la integridad personal, reconocido en el artículo 5.1 de la CADH, se vincula directamente con la atención en salud. Con fundamento en el deber de garantía del artículo 1.1 de la CADH, sostuvo que la protección de ese derecho exige regular los servicios de salud en el ámbito interno y establecer mecanismos efectivos que aseguren el cumplimiento de esa regulación en la práctica (114). Esta doctrina refuerza la obligación estatal de organizar sistemas de salud compatibles con los DH, con especial relevancia en materia de SSYR.

12.2.4. Integridad, malas prácticas y actos de VO

El caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela* resulta especialmente relevante en contextos de SSYR, en los que la omisión o deficiencia en la prestación de servicios médicos puede producir afecciones graves e irreversibles a la integridad física y psíquica de las mujeres durante la gestación, y configurar actos de VO. La vulneración del derecho a la integridad personal se configuró por malas prácticas médicas y actos que el Tribunal IDH calificó como violatorios de los derechos de las mujeres en el ámbito de la atención obstétrica, lo que constituyó supuestos de VO.

El Tribunal reiteró que el derecho a la integridad personal (art. 5.1 de la CADH) se encuentra directamente ligado con la atención a la salud, en relación con el artículo 1.1 CADH sobre la obligación de respetar y garantizar los derechos reconocidos en la CADH sin discriminación. Enfatizó que "… la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación" (114). Vinculó este deber con la obligación estatal de proteger de forma efectiva la integridad física, psíquica y moral de las personas usuarias.

12.3. Discriminación, estereotipos de género e interseccionalidad en la jurisprudencia interamericana

La Corte IDH ha señalado que los Estados deben respetar y garantizar los derechos reconocidos en la Convención sin discriminación por raza, sexo, religión, opiniones políticas, origen o condición social (art. 1.1 CADH). Su jurisprudencia demuestra que los estereotipos negativos de género y prejuicios afectan la atención en SSYR al limitar la autonomía de las mujeres en decisiones médicas y restringir su acceso a la justicia. Ello constituye una violación del derecho a la no discriminación y expone a riesgos graves para la vida y la integridad personal durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto inmediato.

Aunado a lo anterior, demostró que la condición de mujer, combinada con otros factores de vulnerabilidad, agrava de forma desproporcionada las experiencias de violencia y discriminación, así como las dificultades de acceso a servicios adecuados y a recursos judiciales. De ahí la necesidad de un enfoque interseccional que permita comprender la magnitud de las conductas

contrarias a los derechos en SSYR y garantizar una protección efectiva de los derechos. Los estereotipos negativos de género, reforzados por estas condiciones, inciden en la garantía efectiva de los derechos relacionados con la SSYR.

12.3.1. Discriminación en los servicios de atención en SSYR

En la sentencia *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica,* la Corte IDH analizó el derecho a la no discriminación desde tres ángulos: la relación entre el derecho a la salud y la no discriminación por motivos de enfermedad; la afectación desproporcionada por la prohibición de tratamientos contra la infertilidad y el impacto diferenciado según la situación económica.

Respecto del primer ángulo, consideró la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo (62, 288, 293) y afirmó que quienes la padecen tienen derecho a acceder a técnicas necesarias de salud reproductiva (289). En consecuencia, las personas con infertilidad deben ser consideradas dentro de los derechos reconocidos a las personas con discapacidad y recibir prestaciones especiales que promuevan su autonomía reproductiva. Además, toda persona en situación de vulnerabilidad tiene derecho a protección especial, lo que impone a los Estados la adopción de medidas positivas para garantizar el acceso a la salud reproductiva, eliminar barreras y favorecer la inclusión social.

En relación con el segundo ángulo, este caso muestra la identificación de la afectación desproporcionada que generan los estereotipos de género al impedir a las mujeres acceder a métodos de fertilidad (294). El Tribunal señaló en particular el que define a la mujer como la "creadora básica de la familia" (295). Reducir la feminidad a la maternidad, sostuvo, puede constituir discriminación cuando no es posible concebir, con consecuencias como inestabilidad matrimonial, violencia doméstica, estigmatización y ostracismo (296). En lo atinente a la discriminación económica, resaltó que quienes no cuentan con recursos para realizar tratamientos en el extranjero quedan sin asistencia efectiva si el Estado no les garantiza la atención en su propio territorio, lo que produce un impacto desproporcionado en personas con menos recursos (303).

De manera complementaria, en el caso *I.V. v. Bolivia,* la Corte sostuvo que la SSYR conforma una dimensión de la salud con implicaciones particulares para las mujeres por su capacidad biológica

de embarazo y parto. Esto se vincula directamente con el derecho a tomar decisiones libres de discriminación (157). Advirtió que negar ese acceso restringe la libertad de las mujeres para decidir de manera autónoma sobre su cuerpo y salud reproductiva, y subrayó las desigualdades de poder en las relaciones con la pareja, la familia, la comunidad y el personal médico, lo que acrecienta la vulnerabilidad en contextos de coerción o amenaza.

La Corte IDH citó el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/64/272, presentado por Anand Grover (2009), relativo a este derecho, para advertir que las desigualdades de género se manifiestan en conductas como la negación de información o la coacción en el acceso a servicios de salud (185) [241]. Estas desigualdades, arraigadas en estructuras sociales, perpetúan la discriminación y limitan la autonomía de las mujeres en materia de SSYR (242). Destacó la afectación a la libertad y autonomía de las mujeres en este ámbito: "La Corte reconoce que la libertad y autonomía de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva ha sido históricamente limitada, restringida o anulada, con base en estereotipos de género negativos y perjudiciales...". A su vez, explicó las razones:

> Ello se ha debido a que se ha asignado social y culturalmente a los hombres un rol preponderante en la adopción de decisiones sobre el cuerpo de las mujeres y a que las mujeres son vistas como el ente reproductivo por excelencia (243).

El Tribunal IDH fijó un estándar estricto para restricciones estatales ante riesgo de discriminación. Indicó que, conforme al artículo 1.1 CADH, que obliga a respetar y garantizar los derechos sin discriminación, toda diferenciación de trato supone fundamentación rigurosa, con razones serias y

[241] La Corte se refiere al Informe del Relator en sus párrafos 54 y 55. El párrafo 54 indica que las desigualdades de género, apoyadas por estructuras políticas, económicas y sociales, suelen coaccionar y negar a las mujeres información y autonomía en su atención de salud. Los derechos enfocados en SSYR requieren especial atención, ya que a menudo se les niega el consentimiento y atención adecuada durante el embarazo, bajo el argumento del interés superior del feto. El párrafo 55 establece que las normas sociales y jurídicas suelen limitar el acceso independiente de las mujeres a los servicios de SSYR y con frecuencia se les excluye de decisiones sobre su atención.
La esterilización y anticoncepción forzosas son prácticas comunes que vulneran su integridad física, su derecho a la libre determinación reproductiva y su seguridad. En muchos casos, las mujeres no reciben información ni tiempo suficiente para consentir, y a veces ni siquiera saben que fueron esterilizadas. Además, estas prácticas afectan de modo relevante a mujeres marginadas o con discapacidad.

argumentación exhaustiva. Además, se invierte la carga de la prueba, de modo que corresponde a la autoridad demostrar que su decisión careció de propósito discriminatorio (244).

En el caso *Manuela y otros v. El Salvador,* el Tribunal analizó la discriminación en el acceso a la salud en la normativa y en la actuación institucional y judicial. Concluyó que el Estado no garantizó el derecho a la salud sin discriminación, ni la igualdad según los artículos 24 y 26 CADH (249–257, 256). Estableció la obligación de brindar asistencia médica necesaria sin condicionarla a la presunta comisión de un delito (194). Para personas privadas de la libertad fijó estándares específicos: examen médico integral al ingreso, revisión médica regular y tratamiento adecuado, oportuno y especializado, con un nivel equivalente al de quienes no están detenidos (230–237).

Destacó también la obligación estatal de asegurar un trato igualitario en el acceso a los servicios de SSYR, sin discriminación por motivos de sexo, en aplicación del artículo 1.1 de la CADH sobre la obligación de respetar y garantizar los derechos. Subrayó que la igualdad y la no discriminación son normas de *ius cogens* de las que ningún Estado puede apartarse (248). Destacó el derecho a la igualdad ante la ley según el artículo 24 CADH (249) y precisó que la igualdad formal requiere una dimensión material o sustantiva que impone la adopción estatal de medidas positivas para hacerla efectiva, especialmente en grupos históricamente discriminados o marginados (156, 249).

La Corte complementó esta interpretación con los artículos 3 y 4 de la CEDAW: el primero ordena a los Estados adoptar medidas para garantizar el pleno desarrollo y adelanto de las mujeres en condiciones de igualdad, mientras que el segundo exige medidas especiales temporales para acelerar la igualdad de facto entre mujeres y hombres (250). También prohibió regulaciones discriminatorias, incluso cuando aparentan neutralidad, si producen efectos negativos en determinados grupos de mujeres (251).

Identificó la ambigüedad legislativa en torno al deber de secreto profesional del personal médico frente a la obligación de denunciar hechos potencialmente delictivos en contextos de salud reproductiva, como aborto o muerte neonatal. Esta falta de claridad genera un vacío en la atención de emergencias obstétricas, pues induce a priorizar la denuncia sobre la asistencia por temor a sanciones, lo que deteriora la calidad del servicio, disuade a las mujeres de buscar asistencia y

pone en riesgo su vida y salud (195). Indicó además que la ausencia de certeza normativa compromete los cuidados de salud y expone a las mujeres a criminalización (215).

La Corte consideró que la práctica de privilegiar la denuncia, las declaraciones médicas y la remisión de la historia clínica, utilizados en este caso como prueba penal, constituyó una violación de los derechos a la vida privada y a la salud "… bajo la idea de que el juzgamiento de un presunto delito debe prevalecer sobre los derechos de la mujer, lo cual resultó discriminatorio" (255). Señaló que, además de vulnerarse el derecho a la salud sin discriminación, se afectaron el derecho a la igualdad y al desarrollo progresivo [242]. Dado el riesgo para la vida de las mujeres, dispuso que, frente a emergencias obstétricas, el deber de preservar el secreto profesional debe prevalecer sobre la obligación de denuncia (215, 286–287).

Con un matiz diferente, el Tribunal IDH en el caso *Brítez Arce y otros v. Argentina* identificó cómo la discriminación y la violencia basada en género afectan negativamente la atención de la SSYR y comprometen la calidad de los servicios médicos. Estableció que los estereotipos negativos de género presentes tanto en las prestaciones médicas como en las investigaciones judiciales se manifiestan como una forma de discriminación estructural con efectos directos sobre la salud y la integridad de las víctimas (100–103).

El caso también muestra que la discriminación en SSYR, además de limitar el acceso a servicios, atraviesa la práctica clínica y los procesos judiciales, lo que perpetúa desigualdades de género. En consecuencia, la Corte exigió el compromiso estatal de eliminar cualquier sesgo en la prestación sanitaria para garantizar un trato digno y equitativo, y citó el artículo 12 de la CEDAW [243], que impone la obligación de proveer servicios médicos adecuados durante el embarazo, el parto y el posparto (196). Del mismo modo, retomó la RG-24-CEDAW (64) [244]. A colación de lo anterior,

[242] La Corte se refiere al derecho a la igualdad considerado por el artículo 24 sobre la igualdad ante la ley e igualdad en su protección sin discriminación. También al artículo 26 de la CADH sobre el desarrollo progresivo en la búsqueda de la efectividad de derechos en la medida de sus recursos, en relación con el artículo 1.1 de la CADH sobre la obligación de respetar los derechos.

[243] El artículo 12 de la Convención CEDAW-1979 comporta el compromiso estatal de tomar todas las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra la mujer en el acceso a atención médica, garantizando igualdad entre hombres y mujeres, con especial incidencia respecto a la planificación de la familia. Además, deben asegurar servicios adecuados durante el embarazo, el parto y el posparto, proporcionando atención gratuita cuando sea necesario y garantizando una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

[244] La Corte IDH cita apartes del párrafo 27 de la RG-24-CEDAW, que hace referencia a la obligación estatal de asegurar que las mujeres tengan acceso a servicios de maternidad gratuitos y seguros, así como a atención obstétrica de emergencia, y asignar los máximos recursos disponibles para dichos servicios.

enfatizó la obligación de proporcionar información completa y precisa en gestación, posparto y lactancia sobre salud reproductiva y materna, sin discriminación y de manera innovadora, también de informar sobre el plan de parto. Destacó la importancia del contacto físico inmediato tras el nacimiento, libre de prejuicios y estereotipos (73).

Esta obligación se extiende a los agentes estatales en entornos privados. Así lo señaló la Corte en la sentencia *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*, al resaltar la necesidad de establecer bases para un plan de acción que fortalezca la respuesta de este sector en la prestación de cuidados sanitarios (116). Reforzó la prohibición de discriminación fundada en estereotipos de género y la obligación de respetar la autonomía y libertad reproductiva en la atención en salud. En esta línea, retomó criterios desarrollados previamente, entre ellos, lo establecido en el párrafo 157 del caso *I.V. v. Bolivia*, cuando vinculó la SSYR con la autonomía reproductiva y con el deber de garantizar acceso a servicios, información y medios para decidir libremente sobre el cuerpo, la maternidad y el número de hijos, así como la gravedad de las afectaciones cuando faltan salvaguardas legales.

Asimismo, reiteró lo establecido en el párrafo 192 de la sentencia *Manuela y otros v. El Salvador* en cuanto a la obligación estatal de garantizar la SSYR sin discriminación (192), y lo dispuesto en la OC-29/2022 (párr. 148), que incorporó determinantes de la salud como el acceso a agua segura y potable, saneamiento adecuado, alimentación y nutrición adecuadas [245]. En la misma línea, citó la RG-24-CEDAW en su numeral 31(a) sobre recomendaciones para la adopción de medidas estatales [246], que ordena a los Estados integrar la perspectiva de género en políticas, programas y servicios sanitarios, e involucrar a las mujeres en su diseño y ejecución (102).

La sentencia *Ramos Durand y otros v. Perú* aportó un desarrollo relevante sobre la discriminación en la prestación de servicios de SSYR. La Corte IDH examinó la actuación del personal sanitario en el marco del programa de salud reproductiva y planificación que practicó una esterilización sin

[245] A su vez, la OC-29/2022 (párr. 148) hace referencia a la OG-22-DESC, que otorga alcance en su numeral 7 al derecho al disfrute del máximo nivel posible de salud, y explica que este abarca, además de la atención de la SSYR, determinantes básicos de la SSYR como el acceso a agua segura y potable, saneamiento adecuado, alimentación y nutrición y vivienda adecuadas, condiciones de trabajo y medio ambiente seguros y saludables, así como educación e información sobre salud y protección contra las violaciones de DH como la discriminación y violaciones que afecten el derecho a la SSYR.

[246] El numeral 31a de la RG-24-CEDAW indica que los Estados deben integrar una perspectiva de género en todas las políticas y programas relacionados con la salud de las mujeres. Adicionalmente, se recomienda la participación de las mujeres en la planificación, ejecución y supervisión de esas políticas y en la prestación de servicios de salud.

garantías básicas de consentimiento, debido a la ausencia de información suficiente, la presión ejercida por el personal de salud y la inexistencia de alternativas explicadas a la paciente. El Tribunal concluyó que las presiones para persuadir a la víctima a someterse a una ligadura de trompas, sin información adecuada sobre riesgos, efectos secundarios, alternativas ni consecuencias del procedimiento, impidieron una decisión autónoma (162).

En consecuencia, esa falta de consentimiento constituyó una esterilización forzada que se opone a la no discriminación (117), además de manifestar que en caso de esterilizaciones quirúrgicas, la libertad de las mujeres para decidir libremente sobre su cuerpo y su salud reproductiva puede verse socavada a causa de la discriminación en el acceso a la salud (125), además de vulnerar los derechos a la libertad personal, al acceso a la información y a la salud reproductiva (162).

Asimismo, la Corte situó estos hechos dentro de una política pública dirigida a promover la esterilización masiva, aplicada principalmente a mujeres en situación de vulnerabilidad, lo que impactó desproporcionadamente a quienes se encontraban en condiciones de pobreza o marginación social. Este contexto permitió al Tribunal calificar los hechos como graves violaciones a los DH vinculadas al control de la capacidad reproductiva de las mujeres y al incumplimiento del deber estatal de garantizar servicios de SSYR respetuosos de la autonomía y dignidad de las personas usuarias.

12.3.2. Discriminación e interseccionalidad

Luego de haber establecido el marco conceptual de la interseccionalidad como herramienta de visibilización en los márgenes, este apartado examina su dimensión operativa en la jurisprudencia de la Corte IDH. Para el Tribunal, factores como la raza, la pobreza o la ruralidad representan vectores jurídicos independientes que intensifican la responsabilidad estatal y multiplican la desprotección en SSYR. El análisis se desplaza aquí de la definición de las variables hacia la identificación de cómo la Corte IDH ha calificado la concurrencia de estos factores como un agravante de la responsabilidad del Estado.

La revisión de las sentencias en el ámbito contencioso del SIDH permite identificar casos en los que las víctimas pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad. La Corte IDH ha desarrollado un estándar de interseccionalidad para mostrar cómo confluyen distintos factores de

vulnerabilidad, desde la condición de mujer hasta características particulares que motivan actos de violencia y discriminación. Esta convergencia incide de manera directa en la atención en SSYR, el acceso a la justicia y los procesos de judicialización.

12.3.3. Variables de interseccionalidad

En el caso *I.V. v. Bolivia*, la Corte IDH señaló que la exclusión de las mujeres en decisiones y consentimiento sobre su SSYR, reforzada por normas sociales y legales, incrementa su vulnerabilidad y afecta especialmente a la integridad personal de quienes ya se encuentran en desventaja. Sustentó este criterio con la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO [247], que exige respeto a la vulnerabilidad humana y a la integridad personal (185).

Del mismo modo, reconoció que ciertos grupos de mujeres enfrentan discriminación acumulada por la combinación de varios factores junto con su condición de género, lo que incrementa su riesgo de sufrir violencia y otras violaciones de DH, y condiciona negativamente su acceso a servicios de SSYR. En el contexto de esterilizaciones no consentidas, el Tribunal identificó que el impacto ha sido desproporcionado sobre mujeres con mayor vulnerabilidad social. Mujeres de posición socioeconómica baja, de ciertas razas, aquellas con discapacidades o que viven con VIH, por ejemplo (247).

Más allá del acceso a servicios de salud, la Corte subrayó que la ineficacia judicial frente a hechos de violencia contra mujeres es una forma autónoma de discriminación que impide el derecho de acceso efectivo a la justicia. De acuerdo con la Corte,

> … propicia un ambiente de impunidad que facilita y promueve la repetición de los hechos de violencia en general y envía un mensaje según el cual la violencia contra las mujeres puede ser tolerada y aceptada, lo que favorece su perpetuación y la aceptación social del

[247] El artículo 8 de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, en su aparte sobre el respeto de la vulnerabilidad humana y de la integridad personal, dispone que, en la aplicación de la ciencia, la medicina y las tecnologías, se debe tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Se debe proteger a los individuos y grupos vulnerables y respetar siempre su integridad personal.

> fenómeno, el sentimiento y la sensación de inseguridad de las mujeres, así como una persistente desconfianza de estas en el sistema de administración de justicia (317).

Aunado a lo anterior, señaló que la autonomía incorpora la capacidad de decisión libre de discriminación y de estereotipos negativos de género. Destacó la necesidad de aplicar un enfoque interseccional y de género para examinar la discriminación y visibilizar los estereotipos como factores determinantes. Identificó la condición de mujer, el estatus socioeconómico y la calidad de refugiada como factores agravantes de vulnerabilidad y marginación que expusieron a prácticas de esterilización no consentida e involuntaria: "Confluyeron de forma interseccional múltiples factores de discriminación en el acceso a la justicia asociados a su condición de mujer, su posición socioeconómica y su condición de refugiada" (318). Afirmó que hubo limitaciones para acceder a los recursos necesarios que afectaron el acceso a servicios sanitarios y a la justicia (319, 321).

En la sentencia *Manuela y otros v. El Salvador,* la perspectiva interseccional se enfocó en actos que afectan desproporcionadamente a mujeres rurales, analfabetas y jóvenes en situación de pobreza, además de la aplicación de estereotipos de género durante la investigación y el proceso penal, que se utilizaron para presumir la culpabilidad (114–115), *"... incrementando las desventajas comparativas de la presunta víctima y causando una forma específica de discriminación..."* (253).

La Corte señaló que en la condena se aplicaron estereotipos de género basados en prejuicios negativos sobre las mujeres, que estos patrones impactan de forma agravada a aquellas con determinadas características. Advirtió que la mayoría de las mujeres procesadas por aborto o por homicidio agravado "... tienen escasos o nulos ingresos económicos, provienen de zonas rurales o urbanas marginales y tienen baja escolaridad" (159). Con ello demostró cómo la interseccionalidad de género, clase y nivel educativo configura un entorno de vulnerabilidad agravada. Además, ordenó la adopción de medidas positivas de promoción para garantizar el acceso a derechos de grupos históricamente discriminados y asegurar servicios de salud de calidad y eficaces, así como mejorar las condiciones de salud mediante prestaciones oportunas y adecuadas (156, 183).

La sentencia *Brítez y otros v. Argentina* sobre una mujer pobre y rural refleja cómo confluyen de forma interseccional la situación de las mujeres y de "otras personas gestantes". Además de

incorporar una distinción semántica que busca prevenir la discriminación (15, 70, 81; 112–116, 119), la Corte IDH señaló que las medidas adoptadas por Argentina, como la Ley 26.929 sobre derechos durante el embarazo, deben aplicarse con una perspectiva interseccional para así abarcar situaciones particulares de mujeres pobres, rurales y otras personas en situación de discriminación (113). Además, identificó que el Estado tiene un deber reforzado en la prevención de la mortalidad materna en estos grupos (70, 116).

En la sentencia *Beatriz y otros v. El Salvador,* el Tribunal IDH reconoció que la negativa de servicios esenciales se produjo sin considerar la condición de mujer joven, pobre, con diagnóstico médico complejo y residente rural. Estas variables agravaron su exposición a la discriminación y reflejaron una afectación diferenciada en el acceso a los derechos en SSYR (44–45; 175–177; 190). Señaló, además de la falta de respuesta estatal, que la situación también se agravó por las condiciones socioeconómicas, de salud, residencia rural y las limitaciones de base del sistema sanitario, lo que configuró una forma de discriminación interseccional (190).

Finalmente, la sentencia de *Ramos Durand y otros v. Perú* aportó elementos relevantes para el análisis de la interseccionalidad en la vulneración de derechos en SSYR. El Tribunal IDH situó los hechos dentro de una política estatal que tuvo un impacto desproporcionado sobre mujeres que vivían en contextos de pobreza, zonas rurales o pertenecientes a grupos socialmente marginados. Observó que el programa de esterilización masiva fue implementado en territorios con limitadas condiciones sanitarias y dirigido especialmente a mujeres en situación de vulnerabilidad social, lo que evidencia cómo la intersección entre género, pobreza y residencia territorial puede intensificar la exposición a prácticas coercitivas en materia reproductiva (153).

12.4. Estereotipos negativos de género en los servicios de atención en salud

La sentencia *I.V. v. Bolivia* definió los estereotipos de género como “una preconcepción de atributos, conductas o características poseídas o papeles que son o deberían ser ejecutados por hombres y mujeres, respectivamente”. Señaló que, en el sector de la salud, estos “pueden resultar en distinciones, exclusiones o restricciones que menoscaban o anulan el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos, y específicamente, de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con base en su condición”.

El Tribunal precisó que "estos estereotipos de género negativos o perjudiciales pueden impactar y afectar el acceso a la información de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva, así como el proceso y la forma en que se obtiene el consentimiento" (187). Subrayó además que perpetúan la discriminación en los servicios de salud y afectan el acceso a una atención adecuada. Según la Corte IDH,

> … en el marco de la atención médica y el acceso a los servicios de salud, las mujeres siguen siendo vulnerables a sufrir violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, en la mayoría de los casos a través de prácticas discriminatorias que son consecuencia de la aplicación de estereotipos en su perjuicio (299).

Vinculó el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia con el derecho a la no discriminación, y reiteró lo establecido en la RG-19-CEDAW, que define la violencia contra las mujeres como una forma de discriminación y violencia de género que limita gravemente el goce de derechos económicos, sociales y culturales (253). Advirtió que las mujeres enfrentan vulnerabilidades en la atención médica que las exponen a conductas discriminatorias basadas en estereotipos de género, y exigió a los Estados medidas concretas para garantizar servicios de salud justos e igualitarios, así como recursos oportunos, adecuados y efectivos para prevenir y remediar violaciones a sus derechos sexuales y los derechos reproductivos (299).

La sentencia subrayó además que los estereotipos de género negativos limitan el acceso de las mujeres a la información en SSYR, al hacer que las mujeres adopten una postura menos asertiva respecto de sus derechos. Ello propicia actitudes paternalistas del personal de la salud que niegan su autonomía y subordinan sus decisiones al criterio médico. Esta percepción refuerza la exclusión de su voluntad en la atención de su cuerpo y salud reproductiva (187).

En la sentencia *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela,* las variables parten de la condición de mujer. La Corte observó que el actuar médico refuerza estereotipos que infantilizan a las mujeres, bajo la percepción de que son incapaces de tomar decisiones informadas sobre su salud, lo que vulnera su autonomía y DH. Destacó la propensión de las mujeres a sufrir violaciones a sus derechos sexuales y a sus derechos reproductivos en la atención y acceso a la salud, mayoritariamente por conductas discriminatorias basadas en estereotipos que van en su contra

(87). Esta misma advertencia ya había sido formulada en la sentencia *I.V. v. Bolivia* en su párrafo 299 al destacar las significativas barreras de las mujeres en el ejercicio de sus derechos (107).

Respecto del menosprecio del conocimiento médico de la paciente, la Corte mostró cómo la relación de poder entre médico y paciente puede exacerbar la discriminación basada en género. Esta dinámica puede conducir a que las mujeres sean tratadas de manera condescendiente o que su conocimiento o experiencia sean ignorados, lo que vulnera directamente su autonomía y derechos fundamentales (108). Los recursos judiciales deben identificar y considerar factores de discriminación y ofrecer soluciones efectivas. Esto resulta indispensable para que personas en situación de desventaja accedan a la justicia en condiciones de igualdad y con garantía del respeto a sus DH. Adicionalmente, se establece la obligación del Estado de garantizar que los recursos judiciales sean efectivos y reconozcan las desigualdades que enfrentan las víctimas. En palabras de la Corte,

> ... el Estado tiene el deber de adoptar medidas positivas para garantizar que los recursos que proporciona a través del sistema judicial sean 'verdaderamente para establecer si ha habido o no una violación a los derechos humanos y para proporcionar una reparación (98).

La sentencia *Beatriz y otros v. El Salvador* complementa este desarrollo al analizar la discriminación interseccional sufrida por una joven de escasos recursos con enfermedades crónicas y un embarazo inviable. Esta sentencia refuerza la obligación de eliminar barreras legales y sociales que perpetúan desigualdades en el acceso a servicios de SSYR y protege el derecho a una vida libre de violencia y discriminación en contextos de salud reproductiva. La Corte consideró que la negativa de atención constituyó una forma de trato cruel, inhumano y degradante, agravado por el estigma y los estereotipos de género sobre la maternidad obligatoria, y derivado de la aplicación de una norma penal sin perspectiva de derechos (63).

Asimismo, determinó que el Estado incumplió su deber de garantizar el acceso a servicios médicos adecuados y oportunos, lo que configura una discriminación múltiple basada en el sexo, la condición de salud y el nivel socioeconómico (166–68). Según la Corte: "El Estado no adoptó las medidas necesarias para garantizar que Beatriz pudiera ejercer su autonomía y tomar decisiones

informadas sobre su salud y su vida reproductiva, lo cual constituyó una forma de discriminación basada en estereotipos de género (166)".

En la sentencia *Ramos Durand y otros v. Perú*, la Corte IDH analizó cómo los estereotipos de género pueden incidir en la prestación de servicios de SSYR. Señaló que la relación entre el personal sanitario y la paciente se encontraba marcada por una asimetría de poder reforzada por estereotipos de género y sociales, lo que afectó la libertad de decisión de la víctima respecto del procedimiento médico. Destacó que la presión ejercida para aceptar la esterilización y la ausencia de información adecuada se produjeron en un contexto en el que la autonomía de la mujer fue subordinada a decisiones médicas influenciadas por dichos estereotipos y por las desigualdades socioeconómicas existentes. Concluyó que la falta de información y las presiones ejercidas constituyeron una forma de discriminación basada en el sexo, la posición socioeconómica y el nivel educativo, incompatible con las obligaciones estatales derivadas de la CADH (164).

12.4.1. Anulación del poder decisorio

En el caso *I.V. v. Bolivia,* la Corte analizó cómo la discriminación, enraizada en estereotipos de género, usurpa el poder de decisión sobre la autonomía reproductiva al desconocerse el principio de autonomía. Señaló que este principio debe equilibrarse con "la actuación médica benéfica y el poder decisorio que retiene el paciente como sujeto moral autónomo, a fin de no incurrir en acciones de corte paternalista en las que el paciente sea instrumentalizado para evitarle un daño en su salud" (160). La motivación paternalista, fundada en estereotipos, partió de la creencia de que un futuro embarazo supondría necesariamente una emergencia obstétrica, lo que justificó la decisión médica de la esterilización como única opción.

La Corte criticó con severidad esta actuación, pues desconoce la condición de la persona como "... un agente moral de toma de decisiones" al sustituir su voluntad por la del médico (236). En consecuencia, "… el procedimiento de esterilización anuló de forma discriminatoria el poder decisorio de I.V. y su autonomía, ya que el médico consideró únicamente su criterio y no tuvo en cuenta los deseos y necesidades específicas de su paciente" (246).

Para el Tribunal, la discriminación se vincula estrechamente con estereotipos de género negativos que atribuyen a los hombres un rol dominante en la toma de decisiones sobre el cuerpo femenino,

lo que relega a las mujeres a un papel meramente reproductivo. En consecuencia, el Tribunal enfatizó la necesidad de promover la igualdad de género y garantizar que las mujeres ejerzan plenamente sus derechos sin limitaciones impuestas por prejuicios sociales. Reconoció que, pese al impacto de esos estereotipos, prima el derecho de "… recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud reproductiva y en la atención obstétrica sin ser objeto de discriminación o violencia" (252). Además, subrayó la obligación estatal de asegurar el acceso a prestaciones médicas sin discriminación, con especial atención a grupos vulnerables y marginados (255).

En el caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela,* el Tribunal IDH afirmó que la SSYR constituye un componente fundamental del derecho a la salud, con especial impacto en las mujeres por su capacidad biológica de embarazo y parto. Vinculó este ámbito con la autonomía y la libertad reproductiva, y sostuvo el derecho de las mujeres a tomar decisiones libres de violencia, coacción y discriminación, lo que abarca el acceso a servicios, información, educación y los medios para decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos y el intervalo entre nacimientos (102). Reiteró además lo señalado en el párrafo 186 del caso *I.V. v. Bolivia* acerca de la obligación de eliminar todas las formas de discriminación basadas en estereotipos de género (108).

La Corte puso de presente que, aun cuando la paciente, médica de profesión, solicitó una histerectomía subtotal por temor a perder la vida, su petición fue denegada (121). Según la Corte,

> … el cirujano principal informó a la señora Rodríguez Pacheco sobre su situación médica, tras lo cual esta solicitó que se le hiciera una histerectomía, una cirugía para la extirpación del útero, decisión que fue reiterada por su esposo, quien, a su vez, también era médico internista. El doctor J.C.Z. rechazó la solicitud aduciendo que "no era el momento [para realizar la histerectomía]", toda vez que "se [había logrado] extraer la placenta y cohibir el sangrado (35).

La sentencia *Beatriz y otros v. El Salvador* reforzó este estándar al mostrar cómo la negación del aborto terapéutico anuló la autonomía decisional de una mujer en situación de vulnerabilidad, con enfermedad crónica, embarazo inviable y condiciones socioeconómicas precarias. Aunque solicitó el procedimiento conforme a criterios médicos, el Estado impuso una espera forzada que le causó sufrimiento físico y psicológico. Esa omisión constituyó trato cruel, inhumano y degradante y

vulneró los derechos a la salud, a la vida privada y a vivir libre de discriminación, al desconocerse su condición de agente moral de decidir sobre su cuerpo y vida reproductiva (158, 166–168).

12.4.2. Responsabilidad reproductiva

Además de la anulación del poder decisorio que desconoce la autonomía y configura la discriminación, el Tribunal IDH señaló que a las mujeres se les asigna social y culturalmente la responsabilidad exclusiva de elegir y usar un método anticonceptivo. En la sentencia *I.V. v. Bolivia,* la Corte indicó que esta asignación social y cultural de la responsabilidad reproductiva y anticonceptiva se presume solo de las mujeres (187, 236, 265). El caso lo ejemplifica: una esterilización sin considerar la autonomía, la capacidad de tomar decisiones informadas en la propia salud reproductiva, ni deseos y necesidades particulares contempladas, en un contexto en que la responsabilidad de la reproducción debía ser recíproca y compartida (187). Se configura otro estereotipo. Según la Corte IDH,

> … Además, el hecho de que el médico haya tratado de localizar al esposo para obtener su autorización o, en la mejor de las hipótesis, reforzar el consentimiento supuestamente obtenido de I.V. durante el transoperatorio (supra párr. 65), demuestra que actuó bajo el estereotipo de que ella no era capaz de tomar una decisión autónoma sobre su cuerpo (246).

12.4.3. Personas gestantes

En la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina,* resulta relevante destacar que la Corte IDH, en un caso referido a una mujer, utilizó de manera novedosa la expresión “personas gestantes”. Lo hizo al definir la VO (81), al contextualizar el impacto sobre el derecho a la vida cuando el Estado no adopta medidas para prevenir la mortalidad materna durante el embarazo y posparto (70), al aludir a la situación de Argentina (15) y a la Ley n.º 25.929/2004 sobre derechos durante las etapas reproductivas (112). También la empleó al evaluar las medidas adoptadas para garantizar el acceso a la atención (113–116), en las medidas de no repetición y en lo relativo al derecho a recibir información, escuchar preferencias, respetar elecciones y necesidades, y evitar la patologización de procesos naturales (119).

El reconocimiento jurídico a mujeres y otras personas gestantes introduce, en términos semánticos, una innovación que extiende la protección a grupos que por razones interseccionales enfrentan discriminación y violencia en los servicios obstétricos. Este desarrollo brinda a los Estados del SIDH un marco de referencia adicional para prevenir y eliminar la VO.

12.5. Acceso a la justicia y garantías judiciales en contextos de SSYR

El derecho al acceso a la justicia frente a vulneraciones en SSYR enfrenta obstáculos que pueden presentarse incluso antes de la denuncia formal. Entre ellos, la falta de información clara y accesible sobre los derechos y los mecanismos seguros de denuncia, la desconfianza institucional, el temor a represalias médicas, las barreras económicas y la especial vulnerabilidad que acompaña muchos eventos reproductivos. La falta de denuncia directa no deslegitima el reconocimiento jurídico de la violencia, especialmente cuando existen historias clínicas, protocolos restrictivos, testimonios o patrones institucionales que la evidencian. Asimismo, la falta de identificación de estas violencias puede explicarse, como advierte Castro (2019), por fenómenos de preferencia adaptativa, en virtud de los cuales el maltrato es interiorizado como una experiencia rutinaria o intrascendente, salvo cuando se percibe un riesgo inminente para la vida o la salud.

Según MESECVI (2025, núm. 13), la falta de una respuesta judicial efectiva frente a la VO envía un mensaje de tolerancia social que perpetúa el fenómeno y profundiza la desprotección de las víctimas. Esa tolerancia institucional erosiona la confianza de las mujeres en el sistema de administración de justicia y puede constituir una forma de discriminación que impide el acceso efectivo a recursos adecuados. En este marco, los estereotipos de género funcionan como barreras adicionales, pues restringen la capacidad de las víctimas para actuar como sujetos de derecho y comprometen la debida diligencia desde el primer contacto con el sistema de justicia.

12.5.1. Diversas formas de vulneración del derecho al acceso a la justicia

En el caso *I.V. v. Bolivia*, la Corte IDH determinó que la impunidad derivada de las acciones judiciales emprendidas tras la esterilización no consentida de la víctima fue en sí misma una forma de discriminación en el acceso a la justicia (317). Esta vulneración se agravó por la situación

socioeconómica de la víctima, que limitó su capacidad de acceder a recursos efectivos, y por su condición de refugiada, que la colocó en un escenario especial de desprotección (319–320).

Por su parte, en el caso *Manuela y otros v. El Salvador*, la Corte identificó múltiples elementos de discriminación que restringieron el acceso a la justicia, en particular los efectos desproporcionados de la legislación penal sobre las mujeres. Observó que la ambigüedad normativa entre el deber de denuncia y la protección del secreto profesional médico generó incertidumbre jurídica en contextos de emergencias obstétricas, lo que condujo a interpretaciones perjudiciales para las mujeres, tanto en el acceso a servicios de salud adecuados como en el acceso a la justicia (215, 286–287). Asimismo, advirtió que la legislación penal salvadoreña afectaba de forma desproporcionada a las mujeres por su capacidad biológica para el embarazo, con un impacto agravado en quienes se encontraban en situaciones de vulnerabilidad socioeconómica, educativa o territorial, al ser más propensas a la denuncia y a la criminalización cuando acudían a servicios médicos (253–254).

En la sentencia *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*, el Tribunal enfatizó la obligación estatal de garantizar la efectividad de los mecanismos de denuncia y protección frente a actos de violencia en el ámbito reproductivo. Reconoció expresamente la VO como una forma de violencia de género que impone una respuesta reforzada, en particular en materia de acceso a la justicia (106). Constató la violación del plazo razonable en la investigación y judicialización de los hechos, y concluyó que la falta de debida diligencia de las autoridades nacionales impidió el acceso efectivo a un mecanismo de reclamación y reparación, lo que favoreció la impunidad (136–137).

Las múltiples irregularidades del procedimiento penal, que condujeron a la prescripción de la acción, evidenciaron el incumplimiento del deber estatal de garantizar la investigación diligente de esta forma de violencia. La Corte consideró que el Estado omitió asegurar un mecanismo eficaz que permitiera enjuiciar, dentro de un plazo razonable, a las personas responsables y otorgar una reparación efectiva del daño (137).

En esta línea, la Corte vinculó el acceso a la justicia con el deber estatal de investigar con debida diligencia los actos de violencia contra las mujeres, tanto cuando provienen de agentes estatales como cuando son cometidos por particulares respecto de los cuales el Estado no actuó con la diligencia debida para prevenir, investigar o sancionar tales hechos (106). Esta obligación

comprende la adopción de medidas legales y procesales adecuadas, la existencia de procedimientos eficaces y la generación de confianza institucional suficiente para que las víctimas puedan acudir al sistema de justicia. De este modo, las obligaciones derivadas de los artículos 8 y 25 de la CADH, en conexión con el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará, exigen procedimientos justos y eficaces, acceso real a la reparación y mecanismos judiciales y administrativos idóneos para prevenir, investigar, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

Esta sentencia también permite analizar el impacto de la falta de acceso efectivo a la justicia sobre el derecho a la integridad personal y a la salud de las mujeres que denuncian actos de VO. La Corte observó que la falta de respuesta diligente en la investigación y la prescripción de la acción penal generaron una situación de impunidad, que produjo además un desgaste emocional y psicológico en la víctima (137–138; 163). En esta línea argumentativa, el Tribunal mostró que la denegación de justicia, además de constituir una violación autónoma del derecho de acceso a la justicia, lo que además afecta de manera directa la integridad personal de las víctimas, en tanto prolonga el sufrimiento, la revictimización y la sensación de desprotección frente al Estado.

En la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentin*a, la Corte IDH se refirió a la OG 22-2016-SSYR [248] sobre el derecho a la SSYR. Se apoyó en esta al analizar la responsabilidad estatal por la violación del derecho a la salud en entornos privados ante la falta de investigación, el enjuiciamiento y la sanción de toda violación, para asegurar la responsabilidad de los perpetradores y ofrecer recursos efectivos y reparación integral a las víctimas. Lo anterior se respalda en lo expresado en el numeral 31(d) sobre recomendaciones para la adopción de medidas por parte de los Estados de la RG-24-CEDAW [249]. Allí se establece el deber estatal de supervisar la prestación

[248] El párrafo 64 de la OG22-2016-SSYR-DESC que cita la Corte señala que los Estados deben garantizar el acceso a la justicia y recursos efectivos cuando se vulnera el derecho a la SSYR. Algunos de estos recursos son restitución, indemnización, rehabilitación y garantías de no repetición. Además, el acceso a la justicia debe estar financiado y contarse con información disponible sobre estos mecanismos. Considera fundamental que el derecho a la SSYR esté contemplado en normas nacionales y sea justiciable. Indica que los jueces, fiscales y abogados deben estar conscientes de su obligatoriedad. También, que en casos en que terceros violen estos derechos, los Estados deben investigar, procesar y exigir responsabilidades, como también brindar recursos a las víctimas.

[249] La Corte se refiere al párr. 31d de la RG-24-CEDAW, que señala que los Estados deben supervisar los servicios de salud proporcionados por organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas, asegurando igualdad en el acceso y calidad en la atención brindada a las mujeres.

de servicios de salud a las mujeres, a fin de garantizar la igualdad en el acceso y la calidad de la atención, tanto en el sector público como en el privado (109).

La Corte IDH, al analizar las falencias en las acciones emprendidas para que los derechos de la víctima pudieran ser defendidos, determinó que la investigación deficiente, la falta de garantías procesales y la ausencia de diligencia en la tramitación y resolución oportuna de los actos denunciados de VO y mala praxis médica constituyen violaciones al derecho a la integridad personal y a la salud. Subrayó que estas deficiencias afectan de forma desproporcionada a las mujeres, al impedirles acceder a una justicia efectiva y oportuna.

Asimismo, la Corte declaró la violación de los artículos 5.1, 8.1, 25.1 y 26 de la CADH, así como del artículo 7 de la Convención de Belém do Pará, debido a la prescripción de la acción penal derivada de la falta de debida diligencia en el proceso judicial, lo que impidió el acceso efectivo a la justicia (Introducción, núm. 3 y 4). Sobre este punto, indicó que los Estados tienen el deber de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y abstenerse de incurrir en actos constitutivos de dicha violencia, incluidos aquellos que se produzcan durante la prestación de servicios de salud reproductiva.

Según la Convención, “toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado”, y los Estados deben prestar especial atención a la situación de vulnerabilidad de las mujeres embarazadas que son víctimas de violencia. A la luz de lo anterior, la Corte reiteró que la VO es una forma de violencia basada en género prohibida por los tratados interamericanos de DH, que incluyen la mencionada Convención (104).

También destacó la obligación de los Estados de investigar los hechos con debida diligencia, sancionar a los responsables y garantizar a las víctimas un resarcimiento efectivo, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces. Sin perjuicio de lo anterior, subrayó el deber estatal de prevenir que terceros ejerzan este tipo de violencia, mediante la regulación y fiscalización de los servicios de salud (112). La demora injustificada en la investigación y judicialización de los hechos constituyó una violación al plazo razonable y afectó los derechos a la integridad personal y a la salud de la víctima. La falta de acceso a la justicia y la posterior

prescripción de la acción penal evidenciaron la vulnerabilidad de las mujeres frente a este tipo de actos y la necesidad de fortalecer los mecanismos judiciales de protección (112, 136–137).

Del mismo modo, la Corte destacó que la falta de diligencia estatal en la investigación penal derivó en la prescripción de la acción penal, lo que vulneró los derechos a las garantías judiciales y a la protección judicial y consolidó la impunidad de los responsables. Estas circunstancias impidieron una reparación adecuada (140). Este razonamiento se inserta en la línea jurisprudencial del Tribunal sobre la obligación estatal de investigar con debida diligencia los actos de violencia contra las mujeres, desarrollada en casos como *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*.

Es relevante indicar que las obligaciones derivadas de esta responsabilidad se estructuran en dos dimensiones: una genérica, relativa al deber de garantizar los derechos reconocidos en la CADH, y otra específica, vinculada a la prevención, investigación, sanción y reparación de los actos de violencia de género, conforme al artículo 7 [250] de la Convención de Belém do Pará. En este marco, resulta importante vincular las garantías judiciales previstas en el artículo 8 [251] con la protección judicial establecida en el artículo 25 [252], en tanto constituyen mecanismos para asegurar la investigación diligente y la reparación de las vulneraciones de derechos.

Lo anterior abarca establecer procedimientos legales justos y eficaces con medidas de protección, juicios oportunos y acceso efectivo a estos procesos, así como mecanismos judiciales y administrativos para el acceso a la reparación y compensación justa para las víctimas (106). Además, se destaca la obligación estatal de prevenir que terceros cometan estos actos, ya sean del

[250] El artículo 7 de la Convención de Belém do Pará sobre las obligaciones de los Estados establece que los Estados se comprometen a condenar y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres, mediante la implementación de políticas sin demora para prevenir, sancionar y erradicarla. Esto incorpora abstenerse de cualquier acción de violencia, garantizar que las autoridades actúen según esta obligación, legislar para prevenir y sancionar la violencia, proteger a las mujeres de acoso y daño, modificar leyes que toleren la violencia, asegurar procedimientos justos para las víctimas y proporcionar compensación y reparación justas.

[251] El artículo 8 de la CADH garantiza que toda persona tiene derecho a un juicio justo, con un tribunal imparcial y competente. Se presume la inocencia hasta que se pruebe lo contrario. Se establecen derechos como recibir asistencia legal, ser informado de los cargos, tener tiempo para preparar la defensa y no ser obligado a declarar en contra de uno mismo. Las confesiones únicamente son válidas si no son forzadas, y un acusado absuelto no puede ser juzgado nuevamente por los mismos hechos.

[252] El artículo 25 de la CADH sobre Protección Judicial garantiza que toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido ante un tribunal para proteger sus derechos, incluso si la violación proviene de autoridades oficiales. Además, los Estados deben asegurar que las decisiones sobre estos recursos sean tomadas por autoridades competentes, que se desarrollen más recursos judiciales y que las decisiones sean cumplidas.

sector público o privado (112). Por ende, esta vulneración de derechos, además de afectar el derecho a la integridad personal y a la salud (119, 125), evidencia cómo la discriminación de género se manifiesta en el acceso desigual a la justicia. Esta omisión perpetúa la impunidad y la discriminación contra las mujeres.

La sentencia reforzó un principio fundamental del Derecho Internacional de los DH recogido en el artículo 63.1 de la CADH: cuando se haya violado un derecho o libertad protegidos por la Convención, la Corte ordenará que se garantice al lesionado el goce de su derecho o libertad conculcados. También, de ser procedente, que se reparen las consecuencias de la vulneración y se indemnice de forma justa a la parte afectada. Este principio, reiterado en esta sentencia, se ampara en el deber estatal de reparar integralmente el daño causado por sus actos u omisiones. Su incumplimiento genera una responsabilidad internacional que exige el restablecimiento de la situación previa a la violación (*restitutio in integrum*). De no ser posible, la reparación debe comprender medidas compensatorias, de rehabilitación y garantías de no repetición (151–152).

También adoptó las recomendaciones de la CIDH sobre investigación y sanción de los operadores de justicia responsables de las demoras en el proceso penal y de la consecuente falta de acceso efectivo a la justicia. Asimismo, dispuso la obligación de garantizar un juicio imparcial respecto de los presuntos autores materiales, cómplices o encubridores de los hechos alegados (156–157).

En el caso *Manuela y otros v. El Salvador*, la Corte identificó como componente de discriminación los estereotipos de género, definidos como preconcepciones sobre atributos, conductas o roles asignados a hombres y mujeres que inciden en el acceso a prestaciones en SSYR como en la administración de justicia (187). Estos estereotipos obstaculizan el desarrollo individual, generan violaciones de DH y perpetúan relaciones de subordinación (133; 141). Influyen en decisiones judiciales y médicas, especialmente en emergencias obstétricas, y afectan el derecho de defensa (118). Se manifiestan en políticas, conductas y razonamientos institucionales.

Según la Corte IDH, los estereotipos de género contribuyen a la subordinación de las mujeres a conductas basadas en normas sociales arraigadas y persistentes, y su creación y perpetuación puede ser tanto causa como consecuencia de la violencia de género (133; 141). La Corte IDH advirtió sobre el peligro de su uso en el proceder estatal: "… su creación y uso se convierte en una de las

causas y consecuencias de la violencia de género en contra de la mujer, condiciones que se agravan cuando se reflejan, implícita o explícitamente, en políticas y prácticas, particularmente en el razonamiento y el lenguaje de las autoridades estatales" (133).

La aplicación de estereotipos puede excluir otras hipótesis y pruebas objetivas, lo que compromete la motivación de las decisiones, la presunción de inocencia y la imparcialidad judicial (134). El Tribunal observó que algunas providencias usaron la maternidad como criterio moral, a través de culpar a las mujeres por no ajustarse al ideal de madre abnegada (114–116). Esta perspectiva introduce prejuicios sobre el valor de la maternidad y las expectativas de comportamiento de las mujeres en roles tradicionales. Para la Corte, tales razonamientos reflejan estereotipos que niegan la autonomía reproductiva y perpetúan la discriminación de género (142–144).

Desde esta perspectiva, la aplicación de estereotipos puede llevar a desestimar hipótesis y pruebas objetivas, lo que se traduce en falta de motivación en las sentencias y vulnera la presunción de inocencia y la imparcialidad judicial. Esta dinámica refleja la influencia de los estereotipos en la percepción de los investigadores y en la fundamentación judicial, lo que perpetúa desigualdades y discriminación hacia las mujeres (133–134, 145).

Asimismo, la Corte enfatizó que el proceso penal debe ser un medio adecuado para la búsqueda de la verdad, lo que supone que las autoridades consideren tanto la comisión de un delito, como la posibilidad de que este no haya ocurrido. La falta de una investigación exhaustiva y objetiva, influenciada por estereotipos de género, compromete la integridad del sistema judicial y la protección de los DH de las mujeres (134). En este caso contra El Salvador, los estereotipos durante la investigación y el proceso penal, junto con la presunción de culpabilidad basada en condiciones como ser mujer joven, analfabeta y de escasos recursos, limitaron las líneas de investigación y afectaron la objetividad del proceso judicial. El Tribunal concluyó que esta situación comprometió la integridad del sistema judicial y la protección de los derechos de las mujeres (151–153).

Estas dinámicas vulneran DH y perpetúan la discriminación de género. La Corte destacó que, además, socavan la confianza en el sistema judicial y en la capacidad del Estado para garantizar justicia y equidad (192–194). Subrayó que tales conductas son incompatibles con el Derecho Internacional de los DH, y es necesario erradicarlas de manera definitiva. Esto tiene un peso

decisivo cuando provienen de autoridades estatales. Esta consideración se apoya en los parámetros de la Oficina del Alto Comisionado de la ONU para los DH, que resaltan el papel del poder judicial en la promoción de la imparcialidad y en la eliminación de estereotipos, en particular en materia de salud y de los derechos en SSYR (145).

El Tribunal reafirmó la obligación del Estado de asegurar que la aplicación de la ley sea equitativa y libre de discriminación basada en estereotipos. Destacó los efectos de la discriminación presentes en los sistemas legal y sanitario, y advirtió que los estereotipos que vinculan a las mujeres con conductas delictivas, especialmente en el ámbito reproductivo, influyen arbitrariamente en los procesos judiciales. Esta situación se agrava por factores interseccionales, como pobreza y falta de educación, que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres en dichos contextos (158–159). También incide en la forma en que las mujeres en el proceso penal y restringe tanto su acceso a la justicia como a servicios de salud adecuados. A la luz de ello, la interacción entre estereotipos de género y discriminación estructural produce decisiones judiciales que desconocen el contexto social y económico de las mujeres, y perpetúan ciclos de exclusión y desigualdad (158–159, 253).

12.5.2. Acceso a la justicia, estereotipos e imparcialidad

La sentencia *Manuela y otros v. El Salvador* relacionó el uso de estereotipos por parte de las autoridades judiciales con la imparcialidad del sistema y mostró cómo estos influyen en las decisiones adoptadas durante la investigación y el proceso penal, así como en su fundamentación. La Corte IDH señaló que los estereotipos sesgan la percepción de los hechos y distorsionan su valoración, lo que conduce a decisiones carentes de objetividad probatoria. En este sentido, afirmó que "… la utilización de estereotipos por parte de las autoridades judiciales en sus providencias puede constituir un elemento indicativo de la existencia de falta de imparcialidad" (133). La Corte fundamentó esta afirmación en la RG-33-CEDAW [253]. Con base en estos instrumentos, sostuvo

[253] El párrafo 26 de la *RG-33*-CEDAW destaca que los estereotipos y prejuicios de género en el sistema judicial limitan el acceso de las mujeres a la justicia. Estos prejuicios distorsionan los hechos, llevan a decisiones basadas en mitos y afectan la credibilidad de las mujeres como partes o testigos. En el derecho penal, esto puede conducir a la impunidad de los perpetradores, afectar la imparcialidad del sistema y provocar la revictimización de las denunciantes.
El párrafo 27 de la mencionada Recomendación dispone que los jueces no son los únicos responsables de aplicar y perpetuar estereotipos en el sistema de justicia. Los fiscales, fuerzas del orden y otros actores también permiten que los estereotipos influyan en investigaciones y juicios, con especial énfasis en casos de violencia de género. Esto afecta las denuncias de las víctimas y refuerza las defensas de los agresores. Estas conductas distorsionan el proceso en todas sus etapas y afectan el resultado final.

que: “puede demostrar que la decisión fue basada en creencias preconcebidas en lugar de hechos. Por tanto, la estereotipación puede mostrar falta de motivación, violaciones a la presunción de inocencia y comprometer la imparcialidad de los jueces” (151)..

Advirtió sobre la aplicación discriminatoria del derecho penal cuando las condenas se sustentan en estereotipos de género como base para establecer la responsabilidad penal (158). Esto adquiere especial interés cuando produce discriminación contra ciertos grupos y perpetúa desigualdades arraigadas en la sociedad. En el contexto penal, subrayó que las decisiones basadas en estereotipos carecen de fundamentación suficiente e impiden identificar un razonamiento jurídico objetivo. Ello genera múltiples afectaciones, ya que “la utilización de estereotipos de género en procesos penales puede evidenciar una violación del derecho a la presunción de inocencia, del deber de motivar las decisiones y el derecho a ser juzgada por un tribunal imparcial” (134).

Se refirió a prejuicios inherentes a “… un sistema patriarcal” evidentes en la forma en que se “recrimina a Manuela como si esta hubiese violado deberes considerados propios de su género”, además de reprochar su conducta sexual. Según el Tribunal, ello “… minimiza y desprecia la posible motivación de ocultar su supuesta falta para eludir la sanción de un medio tradicionalmente creado en valores androcéntricos". Para la Corte, esta argumentación judicial, al omitir el deber de motivación y la presunción de inocencia, vulneró la imparcialidad y el debido proceso (155).

12.5.3. Acceso a la justicia, estereotipos e investigaciones

Es preciso examinar cómo los estereotipos negativos de género condujeron a una presunción de culpabilidad desde la etapa investigativa en el caso *Manuela y otros v. El Salvador*. Esta situación limitó la objetividad de la investigación e impidió considerar otras hipótesis que pudieran explicar la muerte perinatal o posnatal. Bajo esta comprensión,

> … el principio de presunción de inocencia implicaba que las autoridades internas debían investigar todas las líneas lógicas de investigación, incluyendo la posibilidad de que la muerte del recién nacido no haya sido causada por Manuela, lo cual podría haber sido

El párrafo 28 de la misma Recomendación indica que tienen derecho a un sistema judicial libre de mitos y estereotipos, con jueces imparciales. Eliminar los estereotipos judiciales es clave para garantizar igualdad y justicia para víctimas y sobrevivientes.

examinado investigándose sobre el estado de salud de Manuela, y si esto hubiera podido afectar al momento del parto (136).

La Corte llamó la atención sobre la ocurrencia de muertes derivadas de emergencias obstétricas u otras causas distintas, posibilidad que no fue considerada debido a prejuicios arraigados, como asumir en una autopsia que el simple hecho de un nacimiento con vida basta para concluir la comisión de un delito (140). Sobre esta base, la Corte reiteró que los perjuicios personales y los estereotipos de género pueden incidir en la objetividad de los funcionarios estatales encargados de investigar denuncias. Esto afecta su capacidad para determinar la verdadera ocurrencia de los hechos, así como para valorar la credibilidad de los testigos y de la víctima (141).

Resaltó la importancia de ahondar en todas las líneas lógicas de investigación. Esto comporta considerar factores médicos que pudieron contribuir a la pérdida del feto, la anemia o el parto prematuro. Entre ellos, mencionó la posibilidad de condiciones graves como la preeclampsia, que puede complicar el embarazo y aumentar el riesgo de mortalidad perinatal; la hemorragia posparto por retención de placenta o desgarros; y la presencia de masas cervicales que, en el caso, fueron posteriormente diagnosticadas como linfoma de Hodgkin (135–137).

Indicó la falta de valoración adecuada del estado de salud, que pudo incidir en el desarrollo del parto, lo que constituyó una omisión significativa dentro de la investigación (138). La ausencia de consideración de estas líneas lógicas de análisis reveló un déficit de rigor investigativo y graves deficiencias en el proceso judicial (140). Del mismo modo, señaló los prejuicios de los investigadores hacia las mujeres que no se ajustan al ideal de madre abnegada que protege incondicionalmente a sus hijos. Resaltó cómo estos estereotipos afectan la imparcialidad de las investigaciones y limitan las hipótesis disponibles. Estas deficiencias se agravan cuando no se exploran alternativas que podrían demostrar la no responsabilidad penal (146).

En relación con la presunción de inocencia, la Corte advirtió que los estereotipos de género distorsionan la objetividad de las indagaciones, restringen líneas de investigación y condicionan los resultados. Señaló expresamente que “los prejuicios y estereotipos negativos de género afectaron la objetividad de los agentes encargados de las investigaciones, cerrando líneas posibles de investigación sobre las circunstancias fácticas” (146). De igual forma, el Tribunal observó la

existencia de juicios de valor en la investigación, al incorporar consideraciones morales sobre el amor maternal como criterio para descartar la comisión de un delito o sobre las características físicas del mortinato, interpretadas arbitrariamente como signos de un supuesto vínculo afectivo suficiente para impedir el hecho (142).

Las opiniones vertidas en el requerimiento de instrucción con detención provisional incidieron en las garantías judiciales consagradas por el artículo 8.1 de la CADH (143). El Tribunal puntualizó que la investigación reflejó un prejuicio de culpabilidad desde su inicio, lo que comprometió su objetividad e imparcialidad. Esta falta de neutralidad impidió valorar adecuadamente las pruebas que podrían haber desvirtuado la acusación. Además, observó que tales opiniones se basaron en estereotipos de género que vinculan el valor de las mujeres con su rol maternal, y partieron de la premisa de que aquellas que no cumplen ese ideal son moralmente inferiores. Se impuso así una carga desproporcionada sobre las mujeres, al exigirles priorizar el bienestar de sus hijos por encima de su propia salud y seguridad, independientemente de las circunstancias (144, 153).

Según el Tribunal IDH, durante la investigación se aplicaron estereotipos de género reflejados en ideas preconcebidas sobre el valor de la maternidad. Un ejemplo de ello se encuentra en el informe del médico forense, quien aludió a *"los sacrificios de la maternidad*". Sugirió que es necesario sobreponerse físicamente para intentar salvar la vida del bebé (116). Tal afirmación supone una presunción de culpabilidad por no cumplir con el rol esperado de madre, aun en contextos de emergencia obstétrica. Desde esta perspectiva, las mujeres que deciden no ser madres son desvalorizadas o consideradas socialmente indeseables, y se les impone la responsabilidad de priorizar el bienestar de sus hijos por encima de su propia salud (144).

El Tribunal precisó que los prejuicios y estereotipos de género influyeron en la percepción de los funcionarios encargados de investigar y afectaron su objetividad al determinar la posible comisión de un delito (141). La fundamentación judicial se apoyó en esos prejuicios y en valoraciones morales, en lugar de basarse en prueba suficiente para acreditar la culpabilidad (152). Señaló que estos prejuicios propios de un sistema patriarcal influyeron en la decisión judicial y desvirtuaron la valoración de las circunstancias reales del caso (153). La acusación se sustentó en la transgresión de roles de género y en cuestionamientos implícitos sobre la conducta sexual de la víctima. A la

luz de ello, reiteró que la subordinación de las mujeres a estereotipos de género persistentes es tanto causa como consecuencia de la violencia de género (133).

12.5.4. Acceso a la justicia, estereotipos y sentencias

La Corte IDH ha demostrado cómo los estereotipos de género influyen en las condenas penales. En la sentencia *Manuela y otros v. El Salvador*, observó que el razonamiento judicial partió de la idea de que la imputada actuó con intención de deshacerse del recién nacido como reacción a un embarazo producto de una infidelidad y al abandono del padre biológico (83). Si bien el pronunciamiento reconoció su origen rural y bajo nivel educativo, condicionados por roles tradicionales, desestimó la influencia en su conducta, aunque sí se valoraron al fijar la pena mínima (84). La Corte concluyó que la sentencia se sustentó en razonamientos estereotipados para establecer la responsabilidad penal, lo cual resultó una forma de discriminación (158).

Se partió del supuesto de que una madre debe actuar con instinto de protección y buscar ayuda ante complicaciones, lo que descartó así un parto accidental. Este razonamiento, apoyado en estereotipos sobre la maternidad, llevó a presumir que, al no proteger al bebé, la mujer había priorizado su vida sobre la del hijo, incluso en un estado de inconsciencia (152–153). El ocultamiento del embarazo fue interpretado como un signo de vergüenza, sin respaldo probatorio, lo que responde al estereotipo de que una mujer con relaciones extramatrimoniales carece de moral (154). Estos prejuicios influyeron en la motivación del fallo y comprometieron tanto la presunción de inocencia como el deber de imparcialidad judicial (151–152).

La Corte evidenció que el razonamiento judicial interno se enmarcó en una lógica patriarcal que impone expectativas de género sobre las mujeres. En palabras del propio Tribunal, “Los estereotipos de género se utilizaron para complementar la evidencia insuficiente con la que se contaba” (155). Esto comprometió garantías fundamentales del debido proceso. En particular, afectó la presunción de inocencia y el deber de imparcialidad judicial, en contravención de las garantías judiciales y de la protección judicial reconocidas en los artículos 8.1 y 25.1 de la CADH.

Esta carga exclusiva impuesta a las mujeres también fue reconocida por la Corte IDH en la sentencia *Beatriz y otros v. El Salvador*, al analizar la negativa estatal de atención, pese al riesgo vital de la gestante y la inviabilidad fetal. El Tribunal concluyó que dicha negativa respondió a una

lógica discriminatoria sustentada en estereotipos de género sobre el rol reproductivo asignado a las mujeres, lo que configuró una forma de discriminación estructural y la privación del derecho a decidir sobre la propia salud y vida reproductiva (166; 168).

12.6. Derecho a la información y derecho de acceso a la información

La investigación distingue entre el derecho a la información y el acceso a ella, y el consentimiento informado, por tratarse de planos funcionalmente distintos dentro de las vulneraciones en SSYR. En cuanto al derecho a la información y a su acceso, el análisis se centra en la obligación estatal de transparencia activa y en el deber de garantizar que la población reciba información clara, suficiente y actualizada sobre los servicios y derechos en SSYR. Ello incorpora superar barreras, como la falta de materiales accesibles o la inaccesibilidad en zonas remotas o rurales. La información es un presupuesto para el ejercicio de la autonomía. En relación con el consentimiento, el análisis se dirige a la validez jurídica del acto de autonomía individual en el ámbito de atención.

Se estudia cómo la coacción, la manipulación o situaciones de vulnerabilidad, como el estrés o la fatiga durante el parto, pueden anular el requisito de que el consentimiento sea libre, pleno y previo. Esta anulación de la voluntad constituye el mecanismo central de la configuración de la VO y una fuente de responsabilidad estatal. Esta delimitación permite examinar, sin redundancias, tanto los problemas del sistema como la información inaccesible, como las conductas directamente contrarias a la autonomía individual, como el consentimiento viciado en la atención médica.

12.6.1. Reconocimiento de la titularidad

La responsabilidad estatal frente al derecho a la información se orienta a asegurar que las mujeres, además de cuidar su propia salud, puedan exigir sus derechos cuando estos no sean garantizados. La información las reconoce como titulares de derechos y no como meras beneficiarias. Su garantía previene la vulneración de derechos como la vida y la integridad personal, y supone condiciones de atención no determinadas por el riesgo clínico. En materia de salud materna, la baja educación es un factor de mortalidad y, en lo que atañe a determinantes relacionados con los servicios de salud y educación sanitaria, el poco conocimiento de las señales de peligro se vincula con complicaciones obstétricas (Souza et al., 2024).

La sentencia *I.V. v. Bolivia* marcó un punto de referencia para el reconocimiento y protección del derecho de acceso a la información en el marco de la SSYR. Determinó que la salud se vincula con el derecho a la integridad personal (art. 5 CADH), lo que habilita la libertad de decidir sobre la salud y el propio cuerpo, sin injerencias. Para ejercer esa libertad de forma informada se requiere acceso a la información, que se configura como un derecho exigible al Estado. Ese acceso es el instrumento de la autonomía y visibiliza el consentimiento (155). Según la Corte IDH,

> ... el artículo 13 de la Convención Americana incluye el derecho a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, lo cual protege el derecho de acceso a la información, incluyendo información relacionada con la salud de las personas (156).

Con esta interpretación, el órgano interamericano confirmó que dicho derecho abarca la información en salud. La obligación estatal de proporcionar su acceso facilita que las personas la conozcan y valoren adecuadamente en contextos médicos. Además de favorecer la accesibilidad, permite que las personas tomen decisiones informadas (156). Desde este enfoque, la Corte entiende que la protección del derecho a la información y su acceso efectivo son condiciones para ejercer plenamente la autonomía reproductiva y la toma de decisiones libres. Así, consolida un marco jurídico que vincula este derecho con otros derechos como la autonomía y libertad reproductiva.

La Corte enfatiza que el acceso a la información, a la educación y a medios adecuados permite la toma de decisiones libres y responsables en SSYR. El artículo 13 de la CADH sobre la libertad de pensamiento y expresión reconoce el derecho a buscar, recibir y difundir información. De este se deriva la obligación estatal de producir y facilitar información adecuada, actualizada y comprensible, y de adoptar medidas que aseguren su protección y eviten interferencias en el acceso. Ello genera un deber de transparencia activa sobre las prestaciones en SSYR y de asegurar que toda persona conozca su propia información sanitaria de forma clara y accesible, lo que permite satisfacer otros derechos y convierte el derecho de acceso a la información en un instrumento para satisfacerlos (156), en relación con la vida privada y familiar (158).

Esa obligación de transparencia activa apareja que la población, especialmente las mujeres, reciba información completa, clara, actualizada y accesible sobre los servicios disponibles. Además, el Estado debe crear mecanismos eficaces de difusión para quienes carecen de acceso digital, de

modo que puedan ejercer efectivamente sus derechos. La Corte IDH reforzó esta obligación al reiterar principios previamente aplicados en su jurisprudencia y subrayar la responsabilidad estatal de garantizar información clara, suficiente y en contextos libres de coerción (340). En esta sentencia, la Corte también vinculó el derecho a la información con otros derechos, como el consentimiento, que completa la protección frente a intervenciones médicas. Así, el derecho de acceso a la información se erige como instrumento para obtener un consentimiento válido y ejercer la autonomía y la libertad en la salud reproductiva (163).

12.6.2. Interpretación doctrinal: voto concurrente en el caso I.V. v. Bolivia

Resulta necesario precisar cómo debe entenderse, en el contexto de la SSYR, el derecho a la información y el derecho de acceso a ella. El voto concurrente del juez Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot en el *caso I.V. v. Bolivia* (1–5) aclaró que el derecho a la SSYR es central y que el acceso a la información debe verse como parte del derecho a la salud. Señaló que el artículo 13 de la CADH, que reconoce la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, interpretado junto con el artículo 26 sobre el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), permite entender el acceso a la información sanitaria como condición para la efectividad del derecho a la salud.

A su juicio, la accesibilidad de la información debe entenderse también a la luz del artículo 26 de la CADH, que protege los DESC, incluido el derecho a la salud y, en este contexto, la SSYR. En consecuencia, la información sanitaria debe ser accesible y oportuna, como medio para garantizar otros derechos, entre ellos el consentimiento. El juez sostuvo que la falta de este en casos de esterilización forzada constituye, ante todo, una vulneración del derecho a la salud y, en particular, de la SSYR, pues la información adecuada es condición para ejercer ese derecho. La carencia de información igualmente afecta el derecho de acceso a la información (art. 13), pero de manera instrumental, ya que este derecho actúa como medio para hacer efectivo el derecho a la salud.

Advirtió que no debe confundirse el derecho de acceso a la información del artículo 13, que garantiza la libertad de buscar y recibir información, con la obligación estatal de brindar información sanitaria adecuada como parte del derecho a la salud. En el contexto de la SSYR, esta obligación deriva principalmente del artículo 26, que tutela los DESC. Esta interpretación, además

de alinearse con los parámetros de la CADH, guarda coherencia con el informe temático de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la CIDH, *El derecho de acceso a la información en materia de salud reproductiva desde una perspectiva de Derechos Humanos* OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61 (2011) (pág. 25-26), que la Corte IDH cita en esta sentencia (156), al indicar que "el derecho de acceso a la información adquiere un carácter instrumental para lograr la satisfacción de otros derechos de la convención".

En ese orden, el consentimiento se erige como principio esencial del derecho a la SSYR que protege la autonomía, la libertad personal, la dignidad y el derecho a formar una familia, derechos analizados en el caso *I.V. contra Bolivia*. Por ello, la carencia de información adecuada constituye una vulneración directa de la SSYR y una violación al derecho de acceso a la información, lo que impide decisiones informadas y libres. En palabras del juez, la falta de información impide decisiones libres e informadas sobre la salud, lo que constituye una violación del derecho a la SSYR y no meramente una limitación informativa.

12.6.3. Confidencialidad y obligación estatal de información sanitaria

La información relativa a la SSYR debe resguardarse conforme a los principios del secreto profesional, protección de datos y confidencialidad, como parte del deber estatal de respetar la intimidad. La Corte IDH reforzó estos preceptos al citar la OG 14-2000 SALUD-DESC [254] (iv) y reconoció el acceso a la información como elemento del derecho a la salud. Así, consolidó el derecho a solicitar, recibir y difundir información sobre salud sin comprometer la confidencialidad de los datos personales. Esto permite que quien la recibe la conozca y valore adecuadamente en el contexto médico y tome decisiones informadas. La obligación estatal involucra proporcionar información o responder con fundamento a quien la solicite [255] (156).

[254] La OG 14-2000-SALUD-DESC establece en su numeral 12 que el derecho a la salud abarca la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En cuanto a la accesibilidad, se destaca el acceso a la información, lo que comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información sobre temas de salud. Sin embargo, este derecho debe respetar la confidencialidad de los datos personales relacionados con la salud.

[255] Para sostener lo dicho, la Corte se ampara en el caso *Claude Reyes y otros v. Chile* (2006), cuando en el párr. 77 de ese pronunciamiento da alcance al artículo 13 de la CADH y estima que se protege el derecho a solicitar información sin que sea necesario acreditar un interés directo, salvo en casos de legítima restricción.

12.6.4. Parámetros de información adecuada y consentimiento informado

En la sentencia *I.V. v. Bolivia*, el Tribunal IDH se ocupó de los aspectos médicos relacionados con la prevención, atención de la salud, riesgos, beneficios y alternativas de tratamientos, así como el deber estatal de garantizar que toda decisión se adopte con base en información (157–158). La Corte estableció que la información proporcionada por el Estado debe ser completa, comprensible, accesible, actualizada y transparente, con especial atención a quienes enfrentan limitaciones tecnológicas o de comunicación (155, 208) [256]. Además, subrayó que esta información debe ser entregada de forma oportuna y libre de coerción, pues cualquier forma de presión puede afectar la validez del consentimiento (161). Para que sea integral, debe ser brindada por personal de salud calificado (194) y de *"*... forma objetiva, no manipulada o inductiva, evitando generar temor en el paciente, porque ello podría implicar que el consentimiento no sea realmente libre. Un consentimiento sin información no constituye una información libre*"* (184).

La Corte también destacó que la forma en que esta se entrega influye en su efectividad, dado que pueden existir concepciones culturales o barreras de comunicación que limiten su comprensión (191). Debe ser clara al comunicar la condición de salud de la persona usuaria (223). La Corte exigió considerar factores culturales, religiosos, estilos de vida y nivel educativo como parte de las garantías necesarias para el ejercicio de la autonomía: "… no podrá haber un consentimiento libre y pleno si no ha sido adoptado luego de obtener y entender un cúmulo de información integral" (166, 189). Asimismo, agregó elementos adicionales que fortalecen esta obligación. Indicó,

> ... debe derivar de un proceso de comunicación, mediante el cual personal calificado presente información clara y sin tecnicismos, imparcial, exacta, veraz, oportuna, completa, adecuada, fidedigna y oficiosa, es decir, información que otorgue los elementos necesarios para la adopción de una decisión con conocimiento de causa... (191).

El caso *I.V. v. Bolivia* también enfatizó la responsabilidad estatal en contextos de vulnerabilidad, como cuando la información se brinda en una mesa de operaciones tras una cesárea. Indicó que,

[256] El Tribunal también se basa en la sentencia *Furlan y familiares v. Argentina* (2012), párr. 294.

incluso en procedimientos como la esterilización, esta debe contemplar alternativas menos intrusivas para prevenir futuros embarazos de riesgo. Subrayó que las intervenciones quirúrgicas pueden posponerse para garantizar que la decisión se adopte en un entorno que permita una reflexión libre y una información más completa (232). Aunado a lo anterior, advirtió que los profesionales de la salud no deben censurar, retener ni distorsionar información sobre métodos anticonceptivos alternativos, pues ello compromete la salud y los DH de las mujeres (194).

En lo atinente a soluciones que contrarresten la vulneración frente al derecho a la información y a su acceso, en materia contenciosa el Tribunal IDH ofrece soluciones para garantizar la SSYR y las correspondientes obligaciones por el personal de salud del suministro de esta. Lo hace mostrando la necesidad de la existencia de normas que regulen el acceso a la información en esta materia, entre estas, aquellas que aseguren cómo se obtiene el consentimiento (209).

12.6.5. Reiteración de doctrina consolidada en la jurisprudencia posterior

En la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina*, la Corte IDH reiteró estos estándares y citó los párrafos 11 [257] y 18 [258] de la OG 22-2016-SSYR, relativos a la SSYR y al estado de salud (72). Destacó el componente de accesibilidad, que incluye el derecho a buscar, recibir y difundir información relevante para ejercer el derecho a la salud durante el embarazo, parto y posparto, como parte del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. Consideró que proporcionar información científica, completa y actualizada a las personas durante estas etapas, incluida la lactancia, es una obligación mínima del Estado (72). En coherencia con la OC-29/2022, reiteró que esta debe ser integral y libre de sesgos, estereotipos y discriminación e incorporar aspectos como el plan de parto y el derecho al contacto maternofilial (73).

[257] El párrafo 11 de la OG 22-2016-SSYR-DESC sobre los elementos del derecho a la SSYR indica que el derecho a la SSYR forma parte del derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Según la OG 14-2000-SALUD-DESC, este derecho tiene cuatro elementos, a saber: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, elementos fundamentales para garantizar una atención integral de la SSYR.
[258] El numeral 18 de la OG 22-2016, sobre la accesibilidad de la información, establece que este atributo toma en consideración el derecho de buscar, recibir y difundir información relacionada con la SSYR, tanto de manera general como respecto de su propia condición de salud. Este derecho abarca a todas las personas, como adolescentes y jóvenes, quienes deben poder acceder a información científica rigurosa sobre temas como salud materna, métodos anticonceptivos, planificación de la familia, infecciones de transmisión sexual, prevención del VIH, aborto seguro y la atención posterior, infertilidad, opciones de reproducción y enfermedades del sistema reproductor.

En el caso *Manuela y otros v. El Salvador,* la Corte afirmó que el acceso a información integral es esencial para ejercer el derecho a la SSYR. Reiteró la obligación estatal de otorgar toda la información necesaria para poder tomar decisiones libres e informadas sobre la salud reproductiva, fundamental para decidir sobre aspectos de la salud genésica, como el número de hijos e intervalos entre nacimientos (110, 112).

La Corte también vinculó el acceso a la información con los derechos a la dignidad y a la intimidad, tal como había hecho en la sentencia *I.V. v. Bolivia* y posteriormente en el caso *Brítez Arce y otros v. Argentina.* En ambas sentencias, resaltó que estos derechos deben protegerse bajo la consideración de necesidades y perspectivas de las personas durante la gestación y que el acceso a la información confiable es un punto nodal de esta protección. En la sentencia contra Argentina también se afirma que el acceso a la información completa y detallada es fundamental para la accesibilidad a los servicios de salud y, por ende, para garantizar este derecho. Disponer de información integral y clara sobre el estado de salud es fundamental para tomar decisiones informadas sobre procedimientos médicos (81,119), también sobre las posibles alternativas de tratamiento y sus implicaciones (85).

Por su parte, en el caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*, la Corte IDH afirmó que "el derecho a la salud sexual y reproductiva incluye el acceso a la información y educación necesarias para tomar decisiones libres y responsables" (101). Este estándar se nutre de la jurisprudencia consolidada en las sentencias *I.V. v. Bolivia* (115–122), que vinculó el acceso a la información con la integridad física y el consentimiento; *Manuela y otros v. El Salvador* (287, 267) y de la OC-29/2022 en su párrafo 148 [259], que establecen la obligación estatal de garantizar el acceso a información adecuada, comprensible, suficiente y culturalmente pertinente en materia de SSYR.

12.6.6. Información, alternativas de tratamiento

Además del deber de informar sobre las intervenciones, sus fines y riesgos, el Tribunal IDH ha señalado que debe garantizarse información sobre las alternativas de tratamiento, elemento

[259] Entre otros aspectos que señala la OC-29/2022 en su párrafo 148, se encuentra que la SSYR de las mujeres se relaciona con el acceso a servicios de salud reproductiva, así como a la información, la educación y los medios necesarios para ejercer su derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre nacimientos.

fundamental del consentimiento. Este criterio se desarrolló en la sentencia *I.V. v. Bolivia* a partir de diversas fuentes, entre ellas la RG-24-CEDAW, en su numeral 20 266, referido al derecho de las mujeres a recibir información completa de personal capacitado sobre sus opciones al aceptar un tratamiento o participar en una investigación, incluidos los beneficios, riesgos y alternativas. Asimismo, su numeral 22 [260] impone a los Estados garantizar servicios médicos de calidad y culturalmente aceptables y asegurar que las decisiones sean libres y plenamente informadas. Estas disposiciones se reflejan en la sentencia al prohibir conductas coercitivas como la esterilización no consentida, por violar la dignidad humana y el consentimiento (190).

La Corte también citó el párrafo 112 de la jurisprudencia del TEDH en el caso *V.C. v. Eslovaquia* n.º 18968/07 (2011), en el que se determinó la falta de información suficiente sobre alternativas a la esterilización. Asimismo, incorporó los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991) A/RES/46/119 [261], cuyo principio núm. 11c exige obtener el consentimiento de manera circunscrita, después de recibir información adecuada, comprensible y sobre las posibles alternativas terapéuticas (190).

En su defensa, el Estado boliviano sostuvo que en el año 2000 no existía consenso que exigiera informar sobre alternativas, sino únicamente sobre la naturaleza, fines y riesgos de la intervención. Sin embargo, la Corte IDH rechazó este argumento y, con base en la jurisprudencia del TEDH y los estándares universales, reafirmó que el deber de informar sobre alternativas de tratamiento es un componente del consentimiento en el derecho internacional (190). En esta sentencia, la Corte IDH señaló que una información vaga o incompleta sobre los procedimientos médicos puede impedir a las mujeres conocer otros métodos de anticoncepción eficaces y menos invasivos que la esterilización, así como su adecuación a las circunstancias particulares de salud. Esta omisión

[260] El numeral 22 de la RG-24-CEDAW indica que los Estados deben garantizar que los servicios de salud sean accesibles y aceptables para las mujeres. También asegurar su consentimiento, respeto a su dignidad, privacidad y considerar sus necesidades. Asimismo, se prohíbe la coerción, como la esterilización sin consentimiento o la realización de pruebas obligatorias para enfermedades venéreas o embarazo como condición de empleo, por constituir prácticas que vulneran el derecho de las mujeres a la dignidad y al consentimiento informado.

[261] El principio 11.2 que cita la Corte IDH de A/RES/46/119 (1991) establece que el consentimiento debe ser otorgado de manera libre, sin amenazas ni presiones, y que se proporcione información clara y comprensible sobre el diagnóstico, el propósito y beneficios del tratamiento y alternativas de tratamiento menos invasivas, así como los posibles dolores, riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.

vulnera la posibilidad de tomar decisiones libres e informadas sobre la reproducción y la salud personal (190).

De la contradicción estatal entre reconocer legalmente el consentimiento y restringir su aplicación práctica, puede inferirse una falta de voluntad para garantizar los derechos reproductivos de las mujeres, lo que en la práctica privilegia la protección de los futuros fetos por encima de su autonomía. El Tribunal afirmó que la información completa sobre alternativas anticonceptivas resulta imprescindible, por tratarse de uno entre varios métodos existentes y porque permite tomar decisiones libres e informadas (232). Del mismo modo, la Corte incorporó el principio de corresponsabilidad al señalar que la información adecuada posibilita implementar alternativas y distribuir la responsabilidad anticonceptiva entre los miembros de la pareja (246).

Este aspecto reviste especial importancia para el Tribunal en materia de consentimiento en esterilizaciones femeninas. Por ello, la sentencia contra Bolivia establece el deber de informar sobre métodos anticonceptivos menos intrusivos, los riesgos quirúrgicos y las implicaciones del procedimiento antes de tomar una decisión (193). La salpingoclasia o ligadura de las trompas es solo uno de varios métodos para evitar embarazos, por lo que debe garantizarse el acceso a información completa y comprensible al respecto (232).

En la sentencia de *Brítez Arce y otros v. Argentina,* la Corte consideró que omitir información sobre alternativas de tratamiento constituye un acto de VO (85). A diferencia del caso boliviano, más que prevenir una futura concepción, se trataba de analizar opciones médicas luego del diagnóstico de feto muerto. La falta de información impidió decisiones informadas, agravó el estrés y la angustia de la víctima y afectó su capacidad de decisión respecto de la prestación médica recibida.

De forma concordante, en el caso *Beatriz y otros v. El Salvador*, la Corte IDH determinó que la omisión de información médica adecuada y de alternativas terapéuticas viables constituyó una vulneración del derecho a tomar decisiones libres e informadas sobre la atención reproductiva, especialmente en contextos de riesgo vital y vulnerabilidad múltiple (44, 190).

12.6.7. Obligación de transparencia activa

El caso *I.V. v. Bolivia* establece que el personal sanitario no debe esperar a que la paciente solicite información sobre su salud para proveerla. Esta obligación también recae en el Estado, que tiene el deber oficioso de garantizar la entrega de información en materia de SSYR. La Corte IDH retomó los estándares de la CIDH contenidos en su *Informe sobre acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de Derechos Humanos* OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61 (2011) [262] para destacar la obligación de transparencia activa (156, 232). El Tribunal destacó que dicho informe define la información reproductiva como un componente determinante para decisiones libres e informadas y exige superar barreras derivadas de pobreza, pertenencia étnica o residencia rural mediante la provisión proactiva de información pública y oficiosa que garantice el ejercicio efectivo de los derechos en SSYR (156, 232).

Dicha sentencia ejemplifica los criterios exigibles para cumplir con la transparencia activa en los servicios de SSYR: la información debe ser lo más amplia posible, actualizada, completa, comprensible y formulada en lenguaje claro y accesible, e incluso llegar a alcanzar a quienes carecen de acceso a tecnologías (340). La Corte declaró por unanimidad la violación del derecho de acceso a la información conforme al artículo 13.1 (CADH), que protege la libertad de buscar y recibir información. Como garantía de no repetición, ordenó al Estado adoptar leyes, políticas públicas, programas y directrices que garanticen el derecho a recibir información y orientación en salud, bajo un enfoque interseccional que considere factores de vulnerabilidad como género, etnia, pobreza o ruralidad (337).

[262] La Corte IDH se refiere al informe *OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61* (2011), elaborado por la CIDH, que en su párrafo 25 señala que la obligación de proporcionar información de manera proactiva, también denominada obligación de transparencia activa, impone a los Estados el deber de difundir información pública que permita a las personas ejercer sus derechos fundamentales y satisfacer necesidades básicas. Este parámetro adquiere especial relevancia en materia de sexualidad y reproducción, pues facilita la adopción de decisiones libres e informadas sobre aspectos íntimos de la vida.
El párrafo 26 desarrolla los estándares sobre el derecho de acceso a la información en materia reproductiva y establece que el derecho de las mujeres genera obligaciones positivas para el Estado. Ello resulta particularmente relevante para mujeres en situaciones de vulnerabilidad, como mujeres pobres, indígenas, afrodescendientes o residentes en zonas rurales, que enfrentan mayores dificultades para acceder a información confiable y accesible. En este sentido, el acceso a la información cumple una función instrumental para garantizar otros DH reconocidos en la CADH.

12.6.8. Información, autonomía reproductiva y libertad

En el caso *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica,* la Corte IDH indicó que *"*la falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave (de) la autonomía y la libertad reproductiva" (157). En la sentencia *I.V. v. Bolivia*, la Corte vinculó el artículo 16(e) [263] de la Convención CEDAW-1979 sobre el derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, con el acceso a la información, la educación y los medios necesarios para ejercer dicho derecho (157). Además, reafirmó que este derecho incorpora la facultad de elegir métodos anticonceptivos acordes con el plan de vida de cada persona (223).

La Corte sostuvo que la autonomía reproductiva requiere, como condición previa, la entrega de información clara, suficiente y accesible por parte del personal de atención en salud. Solo bajo estas condiciones puede ejercerse un control efectivo sobre el cuerpo y la vida reproductiva. En el contexto de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, el acceso a la información resulta esencial tanto para garantizar el consentimiento como para el ejercicio pleno de la autonomía y la libertad en las decisiones reproductivas (163).

Por su parte, el caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela* reiteró los principios definidos jurisprudencialmente en la sentencia de *I.V. v. Bolivia*, así como lo señalado en el caso *Manuela y otros v. El Salvador* (párr. 192) y en la OC-29/2022 (párr. 148) [264] (101). En esa línea, concluyó que el derecho a la SSYR integra la autonomía y la libertad reproductiva, el acceso a la información y educación sobre estos servicios, y los medios necesarios para tomar decisiones libres y responsables sobre la reproducción (101).

12.6.9. Barreras, límites y dificultades para el acceso a la información

En oposición al reconocimiento del derecho a la información y del acceso a esta, existen limitaciones que impiden su disponibilidad y dificultan un acceso igualitario, especialmente para las mujeres. Estas barreras comprenden la ausencia de materiales en términos culturales y

[263] Véase supra la nota explicativa correspondiente al artículo 16(e) Convención CEDAW-1979.
[264] Véase supra nota explicativa sobre el contenido del párrafo 148 de la OC-29/2022.

lingüísticos apropiados o la falta de intérpretes; la carencia de información accesible para quienes viven en zonas rurales o remotas; la insuficiencia de sistemas adecuados de recolección de datos; y escasa o desactualizada educación sobre SSYR en espacios formativos, que debería incluir contenido sobre servicios, tratamientos y herramientas de autocuidado para apoyar decisiones informadas sobre el propio cuerpo.

En el caso *I.V. v. Bolivia*, la Corte IDH reiteró el deber estatal de garantizar el acceso a la información, con relevancia en materia de SSYR. Su denegación supone una barrera que impide tomar decisiones libres e informadas sobre aspectos íntimos de la personalidad y de la vida privada y familiar (158). El Tribunal resaltó que, dada la importancia de este derecho, el Estado debe adaptar los contenidos y los métodos de transmisión a las necesidades de cada persona usuaria, conforme al párrafo 26 [265] de la Declaración de Helsinki y al principio 7 de la Declaración de Lisboa 7 [266], que exige que la información sea comprensible y culturalmente adecuada.

La Corte identificó dos elementos que deben considerarse al brindar información médica: primero, aquella que el profesional sanitario estime necesaria comunicar; y segundo, la que resulte relevante para la persona destinataria, especialmente cuando pertenece a grupos marginados, discriminados o en situación de vulnerabilidad, cuyas circunstancias particulares pueden afectar la comprensión del contenido informativo (192).

Asimismo, la Corte destacó que garantizar una comprensión adecuada para la toma de decisiones informadas requiere disponer de tiempo suficiente para la reflexión, elemento indispensable para prevenir intervenciones no consentidas o involuntarias, como las esterilizaciones forzadas (192). Señaló, además, que, al momento de los hechos, Bolivia contaba con una normativa sobre consentimiento, que resultaba *"*... equívoca, imprecisa e, incluso, contradictoria". Por una parte,

[265] El principio n.º 26 de la Declaración de Helsinki establece que toda persona que participe en investigación médica debe recibir información adecuada sobre los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de interés, beneficios esperados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del estudio, así como su derecho a participar o retirarse en cualquier momento, sin represalias. Véase Asociación Médica Mundial, Declaración de Helsinki, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, última revisión.

[266] Asimismo, el principio 7 de la Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente reconoce el derecho a recibir información sobre el estado de salud que debe ser comunicada de manera comprensible y acorde con las circunstancias culturales del paciente. Esta declaración fue adoptada por la Asociación Médica Mundial (1981) y posteriormente enmendada, revisada y reafirmada en distintas sesiones de la Asamblea y del Consejo. En la misma línea, el Convenio de Oviedo (1997) consagra el principio de la primacía de la persona y la exigencia del consentimiento informado en el ámbito institucional.

exigía la obtención del consentimiento por escrito; por otra, autorizaba su omisión en casos de "... decisión médica y ante casos graves...". Esta ambigüedad normativa permitió que el personal médico interpretara que podría prescindir del consentimiento en contextos como una eventual urgencia vinculada a un embarazo futuro, lo cual propició la vulneración de derechos (218–219).

La Corte concluyó que la falta de claridad normativa y la interpretación errónea por parte del personal médico no eximen al Estado de su responsabilidad internacional. La omisión del consentimiento constituye una violación de los DH. En consecuencia, el Estado debe adoptar medidas efectivas para garantizar su cumplimiento (40, 341). Asimismo, el Tribunal IDH advirtió que los estereotipos de género negativos pueden obstaculizar el acceso a la información en materia de SSYR e incidir en el modo en que se obtiene el consentimiento.

Señaló que una mujer que desconoce sus derechos puede adoptar una actitud menos afirmativa frente a las decisiones médicas, lo que incrementa su dependencia del criterio profesional y favorece conductas paternalistas. Este entorno limita su autonomía y voluntad. Al aplicar este análisis al caso *I.V. v. Bolivia*, el Tribunal determinó que la negación de información necesaria para otorgar un consentimiento libre e informado se fundamentó en el estereotipo perjudicial de que las mujeres son inherentemente vulnerables e incapaces de tomar decisiones consistentes (187).

El Tribunal IDH consideró indispensable evitar toda forma de inducción del consentimiento derivada de la falta de comprensión de la información proporcionada. En particular, rechazó cualquier práctica que prescinda de dicho entendimiento en mujeres con escasos recursos económicos o bajo nivel educativo, bajo el pretexto de controlar la natalidad. Advirtió que pueden producirse presiones para inducir decisiones de esterilización dirigidas a mujeres, y no a hombres, por estereotipos que les asignan la responsabilidad exclusiva sobre la reproducción (188, 246).

Por su parte, en la sentencia *Manuela y otros v. El Salvador*, el Tribunal subrayó que la falta de información adecuada y comprensible puede afectar la capacidad de las mujeres para tomar decisiones autónomas sobre su salud reproductiva, y reafirmó la obligación estatal de garantizar información integral (115). En el caso *Beatriz y otros v. El Salvador*, la Corte señaló que la falta de acompañamiento médico y psicosocial adecuado, junto con la ausencia de información clara

durante el embarazo, impidió la toma de decisiones informadas. Esta situación, según el Tribunal, reflejó restricciones agravadas por la condición socioeconómica, de salud y residencia rural de la víctima, lo que afectó su acceso equitativo a servicios esenciales de SSYR (190).

12.7. Estándares del consentimiento informado en la jurisprudencia interamericana

El consentimiento constituye un principio fundamental y una garantía de autonomía en el ámbito de la SSYR. Sus exigencias de ser previo, libre, pleno e informado lo convierten en un instrumento esencial para el ejercicio de derechos como la autonomía reproductiva, la dignidad y la integridad personal. Su omisión, restricción o vicio configura violación grave. El *Informe Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: buenas prácticas y desafíos en América Latina y el Caribe* de la CIDH (2019, párr. 4) indica que la VO también comprende la falta de obtención del consentimiento. A su vez, en la OC 29/2022-CORTE IDH, el Tribunal incorporó el consentimiento informado al plan de parto y lo entendió como un derecho que presupone el acceso a información veraz y no discriminatoria.

Para el análisis de su aplicación y responsabilidad estatal, se tomará como referencia la sentencia *I.V. v. Bolivia*, la cual establece parámetros robustos en el sistema interamericano y se enfoca en cómo las barreras, la coerción y los estereotipos negativos de género socavan su validez en la práctica médica. Este caso, relativo a una esterilización involuntaria o no consentida, se apoya en normas y precedentes globales para sustentar su argumentación. A modo de precisión conceptual, la Corte IDH aclaró qué debe entenderse por actos médicos en sentido amplio y los encuadra dentro de las obligaciones estatales en contextos sanitarios, tanto públicos como privados. Los describió como aquellos,

> "... realizados con motivos de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e intervenciones quirúrgicas; las investigaciones científicas, y la participación de los pacientes como elementos de estudio en el marco de ejercicios médicos de aprendizaje con estudiantes" (170).

12.7.1. Concepto y características del consentimiento informado

Dentro del sistema interamericano en su función contenciosa, la sentencia de *I.V. v. Bolivia*, si bien analizó el consentimiento informado en relación con actos médicos que producen la pérdida de la capacidad reproductiva, como la esterilización no consentida, entregó un aporte a su delimitación conceptual que merece ser resaltado previamente. La sentencia estableció la obligación de obtenerlo en tratamientos o experimentos relacionados con la SSYR para evitar restricciones a los derechos reproductivos y garantizar decisiones informadas, y lo definió respecto al ámbito médico,

> ... consiste en una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, es decir, sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo (166).

Según la sentencia, en los servicios de salud, la falta de consentimiento impide la toma de decisiones libres sobre el propio cuerpo y salud. Por ello, los Estados, instituciones y quienes brindan atención en salud deben garantizarlo. Esto supone respetar la autonomía reproductiva, la libertad de decisión conforme al plan de vida de cada persona y la capacidad de decidir sobre el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, sin limitar la capacidad de procrear sin el consentimiento (157). Asimismo, supone garantizar el derecho a rechazar tratamientos y experimentos médicos y que los procedimientos cumplan con la normativa interna, con mecanismos legales que garanticen el acceso a la información y el consentimiento válido (209).

En el ámbito de la salud reproductiva y bajo la mirada del acto médico en cuestión, pueden identificarse los elementos que conforman este derecho. En el marco de los hechos ya descritos, el Tribunal IDH señaló: “Un procedimiento médico de este tipo debe realizarse de forma voluntaria, requiriendo el consentimiento previo, libre, pleno e informado...”. Se refirió al carácter permanente de la esterilización y enfatizó que este procedimiento debe entenderse dentro de una amplia gama de métodos anticonceptivos que las personas pueden aceptar o rechazar autónomamente, en ejercicio de sus derechos sexuales y de sus derechos reproductivos (201).

12.7.2. Proceso de decisión

La sentencia *I.V. v. Bolivia* señaló que, en el ámbito médico, la capacidad de tomar decisiones informadas protege la autonomía de cada persona. El consentimiento, más que una "mera formalidad" (121) o un "mero e intrascendental formalismo" (123), conforma un conjunto secuencial de pasos que requieren diálogo. Es un "mecanismo bidireccional de interacción en la relación médico-paciente, por medio del cual el paciente participa activamente en la toma de la decisión, alejándose con ello de la visión paternalista de la medicina, centrándose más bien, en la autonomía individual..." (166).

Este enfoque rechaza la medicina condescendiente y prioriza la autonomía personal. El consentimiento es personal (186), y de forma exclusiva la persona afectada tiene la potestad para otorgarlo. Esta condición facilita, en casos de esterilización, la autonomía reproductiva y la libertad de decisión y circunstancias sobre el número de hijos. Exige también la participación del sujeto de atención y del personal sanitario bajo un proceso en que la persona toma decisiones basadas en información, sin coerción. Se reconoce la importancia de colaborar y participar en las decisiones sobre tratamiento y cuidado médico y se toma distancia de la relación de poder ejercida por el personal médico. Esto da paso a ofrecer información objetiva y completa, sin inducir temor, ya que cualquier manipulación invalida el consentimiento libre y atenta contra la autonomía (184).

12.7.3. Requisitos

El consentimiento debe ser un proceso de decisión consciente; es decir, previo, libre, pleno e informado. Como se ha examinado, aunque una intervención médica puede ser adecuada según la *lex artis*, si no se obtiene el consentimiento del sujeto de atención, puede convertirse en una vulneración de derechos. En cuanto a su carácter previo, en términos estrictos es válido si se otorga antes de cualquier acto médico (176, 184) y tras recibir información completa, que debe ser comprendida en "un proceso de decisión" (66, 166). En casos de esterilización, es ineficaz si se otorga durante o después de la intervención que causa la pérdida de la capacidad reproductiva.

Además, es fundamental disponer de tiempo suficiente para evaluar y considerar la decisión informada. La temporalidad influye en que ciertas intervenciones quirúrgicas no se deban tratar como urgencias inmediatas. El Tribunal IDH definió la urgencia como un riesgo grave para la vida

o la salud en ese preciso momento, definición que se halla en una tesitura que contrasta con la intención de prevenir un riesgo futuro. Como un embarazo posterior, como sucede en la sentencia (177). Cuando no se trata de procedimientos de emergencia, debe esperarse a que la persona lo otorgue directamente. Incluso cuando la decisión haya sido conversada en pareja (182, 193).

La revocabilidad del consentimiento es otro elemento de temporalidad. Puede ser retirado antes del acto médico, por cualquier motivo, incluso verbal, sin causar desventajas o perjuicios (184). Adicionalmente, el consentimiento debe ser otorgado de manera libre, voluntaria y autónoma. Es decir, "... sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios" (166), sin presiones del personal médico ni falta de comprensión de la información proporcionada. Esto es fundamental, particularmente cuando se enfrentan limitaciones económicas o educativas [267]. No puede estar condicionado a otros procedimientos o beneficios ni influenciado por actos del personal sanitario para orientar la decisión en una dirección específica (137, 181). Fatiga, estrés, sedación o condiciones difíciles del embarazo, parto o posparto inmediato son elementos físicos o emocionales que pueden limitar la capacidad de decisión informada.

El consentimiento no es libre si se solicita a quien no puede tomar una decisión informada cuando se ve afectada la capacidad para decidir de manera consciente y voluntaria. Según la Corte IDH,

> Un consentimiento no podrá reputarse libre si es solicitado a la mujer cuando no se encuentra en condiciones de tomar una decisión plenamente informada, por encontrarse en situaciones de estrés y vulnerabilidad, *inter alia*, como durante o inmediatamente después del parto o de una cesárea (183).

La libertad se vincula con la facultad de decidir sobre el cuerpo y la salud reproductiva, que se puede ver impedida por variadas circunstancias. Según la Corte, por factores como discriminación en el acceso a la salud; diferencias en las relaciones de poder que involucraron a la familia, la comunidad y al personal médico; por elementos de vulnerabilidad adicionales, y estereotipos (185).

[267] En casos de esterilización, la presión para controlar la población y la natalidad puede llevar a decisiones influenciadas por estereotipos de género, en que se espera que las mujeres asuman la responsabilidad de la contracepción y la esterilización, en lugar de los hombres (188).

El consentimiento pleno e informado se vincula con el derecho a la información. Según la Corte IDH: "Un consentimiento sin información no constituye una decisión libre" (184). Esta debe proporcionarse antes del consentimiento, ser accesible y adecuada a las circunstancias de quien recibe atención, y garantiza el respeto de derechos. Además, de ser completa, fidedigna, accesible y comprendida plenamente (189), es necesario informar sobre los beneficios, riesgos y alternativas de cualquier procedimiento.

Lo anterior refuerza el derecho a consentir o rechazar el procedimiento. Los prestadores de salud deben informar, como mínimo, sobre: la evaluación de diagnóstico; el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; las alternativas de tratamiento, las menos intrusivas y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; las consecuencias de los tratamientos, y lo que se estima ocurrirá antes, durante y después de este (189).

Sobre su comprensión, el diálogo entre el personal de salud y la persona atendida debe evitar tecnicismos y garantizar información imparcial, precisa, oportuna y completa. Los proveedores deben considerar cómo presentan la información, dado que ambas partes pueden tener ideas preconcebidas y surgir dificultades en la comunicación (188). La comprensión debe adaptarse a las características individuales como la cultura, religión, estilo de vida y nivel educativo, y asegurar atención culturalmente adecuada. De igual modo, deben considerarse aspectos objetivos y subjetivos, así como situaciones de vulnerabilidad o con necesidades especiales (192).

Dada la especial trascendencia de la esterilización femenina, el deber de informar se intensifica y exige tomar en cuenta la discriminación y los estereotipos negativos de género. Además de ofrecer bases para tomar una decisión informada, es necesario aclarar que se trata de un método permanente y que existen alternativas menos invasivas, incluidas opciones masculinas (187, 236).

Sobre su forma verbal o escrita, el caso *I.V. v. Bolivia* establece que el consentimiento debe documentarse o constar en un instrumento, según el caso (195), y constar por escrito en lo posible (196). Sin embargo, su validez no se limita a la firma de un documento. Requiere la comprensión del acto médico, sin reducirlo a una formalidad (187–189).

El caso *Brítez Arce y otros v. Argentina* reiteró estándares sobre la accesibilidad respecto del derecho a la información, para lo que se amparó en la OG 22-2016-SSYR [268] sobre la necesidad de garantizar el acceso a la información sobre salud en general y SSYR (72). La Corte la consideró una obligación estatal mínima según criterios de protección globales, debiéndose garantizar, con base en documentación científica de rigor, a quienes viven el embarazo, el posparto y la lactancia, información completa, precisa y oportuna sobre su salud reproductiva y materna. Esta información debe proporcionarse sin sesgos, estereotipos ni discriminación, e incluir aspectos como el plan de parto y el derecho al contacto maternofilial con la institución donde ocurrirá el nacimiento. Para esta consideración tomó como referencia la OC-29/2022 [269] (73).

Este caso también retoma en su párrafo 79 el dictamen del Comité CEDAW en el caso *S.F.M. v. España* (CEDAW/C/75/D/138/2018, 2020), en la medida en que dicho dictamen se apoya tanto en el informe de Šimonović (2019) [270], como en la RG-24-CEDAW [271]. En dichos instrumentos se subraya que los servicios sanitarios únicamente pueden considerarse apropiados cuando se recaba el consentimiento previo, libre, pleno e informado. Su omisión constituye una vulneración de derechos como la integridad personal, la igualdad y no discriminación, la salud, la vida privada y la autonomía.

[268] Véase supra la nota explicativa sobre el contenido del párrafo 18 de la OG 22-2016-SSYR-DESC.

[269] La Corte se refiere al párr. 158 de la OC-29/2022. Este señala la obligación estatal de garantizar estándares mínimos de atención integral en salud física y psicológica durante el embarazo, el parto, el posparto y la lactancia, incluso en reclusión. Además, asegurar un trato digno, atención médica especializada las 24 horas del día, información completa y libre de estereotipos sobre salud reproductiva, obtención del consentimiento, respeto a la confidencialidad y privacidad, traslados y partos sin grilletes ni coerción, acompañamiento de confianza, contacto maternofilial, atención culturalmente sensible, apoyo nutricional y psicológico, capacitación del personal judicial y penitenciario sobre la temática del parto respetado, el modo de actuar frente al preparto de forma eficiente y sensible a las circunstancias particulares, así como lograr mecanismos eficaces de queja por incumplimiento.

[270] El párrafo 79 de la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina* hace alusión a la referencia que hace el caso *S.F.M. v. España*, que retoma la utilización del término "violencia obstétrica" para referirse a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud, y afirma que se trata de un fenómeno generalizado y sistemático, además de explicar que algunas de sus causas son las condiciones de trabajo y las limitaciones de recursos, así como la dinámica del poder en la relación entre el centro de salud y los pacientes, que se agrava por estereotipos negativos sobre el papel de las mujeres. También cuando se refiere a la episiotomía como una práctica que puede causar daños físicos y psicológicos.

[271] En particular, el dictamen se refiere al numeral 8(a), 8(b) (i) de la RG-24-CEDAW, que destaca la necesidad de asegurar una reparación apropiada por los daños físicos y psicológicos sufridos y de asegurar el derecho de la afectada a una atención obstétrica adecuada. Esta recomendación comprende el deber de proporcionar información adecuada en cada etapa del parto, requerir su consentimiento y respetar las decisiones de la mujer.

12.7.4. Responsabilidad y medidas estatales

En la sentencia *I.V. v. Bolivia,* la Corte IDH reiteró lo señalado por el Comité de DH del PIDCP [272], en lo atinente al deber de incorporar mecanismos de vigilancia y de indemnización que garanticen la obtención del consentimiento, así como la obligación de investigar su omisión de recabo (303). También retomó las observaciones del Comité contra la Tortura sobre la necesidad de asegurar investigaciones eficaces e imparciales, el procesamiento y sanción de los responsables y la reparación integral de las víctimas de esterilización no consentida [273] (304). A su vez, citó al Relator Especial sobre la Tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, Juan E. Méndez, (A/HRC/31/57 (2016)) en su párr. 72(e), quien instó a los Estados a tomar medidas concretas respecto a los malos tratos en entornos sanitarios, particularmente frente a la esterilización forzada o realizada bajo coacción, con especial atención a los grupos marginados.

La Corte IDH reiteró además el deber de garantizar la obtención del consentimiento y comunicación clara de riesgos, beneficios y alternativas sin coacción ni incentivos (306, 280). Se apoyó en lo mencionado por el Relator, quien sostuvo que los artículos 1, sobre la obligación de respetar los DH, y 3, sobre la prohibición de la tortura y de los tratos crueles, inhumanos y degradantes, del Convenio Europeo, imponen obligaciones positivas a los Estados, entre ellas la de realizar una investigación oficial, eficaz, completa y rápida.

---

[272] La Corte IDH se refiere al párrafo 13, que señala que es positivo que se investigue la esterilización forzada de mujeres romaníes y que se hayan aprobado normas sobre atención médica y consentimiento. Sin embargo, preocupa el alcance limitado de la investigación y la falta de acciones concretas para eliminar la práctica. El Estado debe asegurarse de que los procedimientos de consentimiento pleno se sigan, y capacitar al personal de salud sobre los efectos perjudiciales de la esterilización forzada.

[273] La Corte IDH se refirió a tres observaciones del Comité Contra la Tortura: Las Observaciones finales respecto de Eslovaquia, CAT/C/SVK/CO/2 (2009), en su párrafo 10, expresaron su preocupación por las denuncias de esterilizaciones no voluntarias de mujeres romaníes y recomendaron al Estado que investigue y castigue a los responsables, compense a las víctimas y aplique la Ley de Salud de 2004. También exigieron capacitar al personal sobre la responsabilidad penal por esterilizaciones sin consentimiento.
La Corte también se apoyó en las observaciones finales de este comité respecto del Perú, CAT/C/PER/CO/5-6 (2013). En su párr. 15 se refiere a derechos reproductivos y salud, que expresa la preocupación por el impacto de los abortos ilegales en la alta tasa de mortalidad materna por la restrictiva interpretación del aborto terapéutico. También señala la preocupación sobre la penalización del aborto en casos de violación o incesto y la prohibición de anticonceptivos de emergencia para víctimas de violación. Además, la ley que obliga a los médicos a reportar a las autoridades casos de aborto desincentiva el uso de servicios legales.
Por último, la Corte mencionó las observaciones finales de dicho Comité con respecto a Kenya CAT/C/KEN/CO/2, que en su párr. 27 valora la exención de tarifas en maternidades, pero le preocupa la detención de mujeres por no pagar y las esterilizaciones forzadas de mujeres seropositivas y con discapacidad. Instó al Estado a eliminar estas prácticas, investigar denuncias, castigar a los responsables y aprobar la Ley de Protección Familiar. También pidió que se publiquen informes sobre las quejas y que se supervise la salud reproductiva con evaluaciones periódicas.

No obstante, el Tribunal aclaró que esta obligación "no es de resultado, sino de medios". Cuando la violación del derecho a la vida o a la integridad personal no es intencional, el deber de garantizar un sistema judicial efectivo no requiere necesariamente de un proceso penal. Puede satisfacerse mediante mecanismos civiles que permitan establecer la responsabilidad médica y conceder reparación e indemnización adecuadas. Este mismo criterio fue reiterado por la propia Corte IDH al analizar los criterios sobre la solicitud del consentimiento en contextos de especial vulnerabilidad, como el trabajo de parto o antes de una cesárea, circunstancias que dificultan una decisión libre y consciente. Destacó que obtener el consentimiento en tales condiciones impide un ejercicio pleno del libre albedrío y vulnera la autonomía reproductiva (183).

De igual manera, indicó que, ante casos de esterilización no consentida, coercitiva o forzada, deben adoptarse diversas medidas según las circunstancias específicas del caso. El consentimiento constituye requisito significativo para ajustarse a los estándares globales. En los supuestos en que no se haya obtenido, los Estados deben garantizar la existencia de mecanismos eficaces para presentar reclamos ante las autoridades competentes, y establecer las responsabilidades correspondientes y acceder a compensaciones mediante recursos administrativos o judiciales efectivos e imparciales. Ignorar estos requisitos, señaló el Tribunal, socava la efectividad del principio del consentimiento en la práctica médica (310).

Específicamente, en procedimientos médicos que causan la pérdida permanente de la fertilidad, la ausencia de consentimiento válido anula el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y la capacidad reproductiva y elimina el control sobre decisiones especialmente íntimas. Constituye una injerencia arbitraria y abusiva en la vida privada, en tanto comporta una intromisión en la autonomía y en la libertad reproductiva, y vulnera el derecho a decidir cuántos hijos tener y cómo espaciar los embarazos. Por ello, la Corte concluyó que el Estado violó los derechos a la integridad personal, la libertad personal, la dignidad, la vida familiar, el acceso a la información y el derecho a fundar una familia (235).

En línea con el principio de la autonomía de la voluntad, el pronunciamiento resalta la conexión entre la protección de la SSYR y la libertad reproductiva como expresiones de la dignidad humana y la capacidad de decisión. La Corte IDH asoció la autonomía, el derecho a la información, el

consentimiento y la vida privada y familiar. Es esa autonomía reproductiva la que permite a las personas informarse y decidir libremente sobre su cuerpo y plan de vida. Esa autonomía comporta decisiones libres de discriminación y de estereotipos negativos de género. De ahí que la sentencia de *I.V. v. Bolivia* subraye la obligación estatal de abordar la discriminación con una mirada de género e interseccional y la identificación de estereotipos de género que afectan a grupos marginados y los vuelven más vulnerables a estas conductas (247, 318).

12.7.5. Barreras para el acceso al consentimiento informado

La jurisprudencia interamericana y europea ha reforzado su esencialidad en la atención en SSYR. En el ámbito contencioso, la Corte IDH, en el caso *I.V. v. Bolivia,* examinó una esterilización no consentida que vulneró, además del consentimiento informado, la autonomía reproductiva, la integridad física y la vida privada. Este caso tiene una relevancia doctrinal significativa sobre el tema y muestra la incidencia práctica en la vulneración de derechos dentro de la SSYR. La Corte lo expuso de manera clara y exhaustiva, lo que refuerza su importancia en la garantía de los derechos reproductivos, como en la vinculación con la autonomía personal.

La sentencia *I.V. v. Bolivia* identificó dos formas en que se manifiestan las barreras al acceso a este derecho: en primer lugar, cuando los Estados no garantizan su protección adecuada, lo que compromete otros derechos. En segundo lugar, cuando, pese a existir normas regulatorias, estas no se aplican efectivamente, lo que impide decidir informadamente y otorgar un consentimiento válido. La Corte consideró que la ausencia de garantías para proteger el consentimiento vulnera el derecho de las mujeres a la SSYR y atenta contra la dignidad humana. Sostuvo que negar la garantía del derecho a la información en temas de salud obstaculiza su ejercicio y limita la adopción de decisiones libres.

De este modo, resaltó que el consentimiento constituye un elemento esencial que condiciona la práctica médica, al representar el respeto por la dignidad y la autonomía de las personas, y habilitar la toma de decisiones propias en salud. Indicó que,

> … el consentimiento informado del paciente es una condición sine qua non para la práctica médica, el cual se basa en el respeto a su autonomía y su libertad para tomar sus propias decisiones de acuerdo a su plan de existencia. En otras palabras, el consentimiento

> informado asegura el efecto útil de la norma que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la dignidad de la persona (159).

En esta línea, además de conformar una obligación ética para el personal sanitario, tiene también carácter jurídico (164). Su cumplimiento asegura su aplicación efectiva. Más que una formalidad, representa un medio práctico que salvaguarda el respeto de los derechos en la toma de decisiones médicas. Por otro lado, si bien hay situaciones excepcionales en las que pueden adoptarse decisiones médicas para proteger la vida o la salud, en ausencia de un riesgo inminente, la esterilización femenina no puede justificarse como tal. Este procedimiento, por su carácter permanente, puede posponerse hasta que la persona otorgue su consentimiento libre e informado, previa recepción clara sobre alternativas anticonceptivas y sus implicaciones (122).

La falta de debida diligencia en la prevención de esterilizaciones no consentidas o involuntarias vulnera directamente el derecho a la autonomía reproductiva. La pérdida de la capacidad reproductiva sin consentimiento adecuado refleja la ausencia de protección estatal y una omisión en la adopción de medidas regulatorias y preventivas para garantizar el consentimiento en el ámbito sanitario [274], lo que muestra la falta de debida diligencia para prevenir tales conductas (220). Esta situación se agrava; la práctica se realiza en condiciones que impiden un consentimiento consciente, como encontrarse en una mesa de operaciones tras una cesárea y bajo anestesia epidural que, junto al estrés físico y emocional, configuran un contexto especial de

[274] Al momento de los hechos, Bolivia tenía la obligación internacional de asegurar, a través del personal adscrito a los servicios de salud, la obtención del consentimiento de las mujeres que iban a ser sometidas a esterilizaciones (201). No obstante, el Tribunal IDH observó que el Estado impuso barreras para acceder a este derecho, pese a contar con normativa vigente que lo regulaba. El Tribunal IDH señaló que dicha regulación era "equívoca, imprecisa e incluso contradictoria". Aunque se requería la obtención por escrito del consentimiento para este tipo de procedimientos, simultáneamente se permitía la esterilización por decisión médica en casos considerados graves, sin criterios claros. Esta falta de precisión, incluso entre los propios profesionales de la salud, evidenció una incoherencia regulatoria que vulneraba las garantías del consentimiento (218).
La Corte IDH agregó que la esterilización objeto del caso pudo regirse por las normas existentes en Bolivia en 1997 y 1998, que exigían la obtención del consentimiento por escrito para este tipo de procedimientos. En 1997 y en 1998 regían en Bolivia las Normas Bolivianas de Salud NB-SNS-04-97 (Res. Secretarial 0/408/1997) y MSPS-98 (Res. Ministerial 0517/1998), que exigían consentimiento previo, libre, informado y por escrito para procedimientos de esterilización quirúrgica, con conocimiento suficiente sobre el procedimiento, sus consecuencias y las alternativas disponibles. La Corte constató que estas normas no se cumplieron en el caso *I.V. v. Bolivia*. Sin embargo, no existió evidencia de que tal requisito se hubiera cumplido, con un impacto específico cuando la decisión fue adoptada por el médico durante el acto operatorio. El Estado argumentó que dichas normas no eran aplicables, ya que la esterilización fue una decisión médica. Aunque la normativa vigente exigía el consentimiento escrito, el Estado justificó su falta por considerar que este se encontraba implícito en la decisión profesional del médico (219).

vulnerabilidad que imposibilita otorgar un consentimiento válido para un procedimiento no urgente que puede esperar (232, 259).

12.7.6. Estereotipos de género y consentimiento

El caso *I.V. v. Bolivia* refleja el tránsito de un modelo médico paternalista hacia uno participativo que reconoce el consentimiento como manifestación de la autonomía personal. Este enfoque busca equilibrar las relaciones de poder en la toma de decisiones médicas libres de coerción o discriminación. La Corte IDH resaltó que este proceso supone un diálogo entre la persona usuaria y el personal sanitario, en el que la persona asume un rol decisivo sobre su cuerpo y bienestar desde una relación protegida (161).

Asimismo, vinculó las conductas médicas coercitivas, como la esterilización no voluntaria, con estereotipos negativos de género y estructuras asimétricas de dominación históricamente desiguales. Destacó, además, aspectos de interseccionalidad en que mujeres en situación de vulnerabilidad por motivos de raza, discapacidad o condición socioeconómica enfrentan estereotipos que perjudican el consentimiento. Reafirmó así la obligación estatal de garantizar decisiones autónomas sobre la salud reproductiva libres de toda forma de discriminación (185) y reconoció que el deber de eliminarla se relaciona directamente con la obligación de erradicar los estereotipos de género que la perpetúan. Según el Tribunal,

> … La relación de poder entre el médico y la paciente puede verse exacerbada por las relaciones desiguales de poder que históricamente han caracterizado a hombres y mujeres, así como por los estereotipos de género socialmente dominantes y persistentes que constituyen de forma consciente o inconsciente la base de prácticas que refuerzan la posición de las mujeres como dependientes y subordinadas (186).

A colación de lo anterior, el Tribunal IDH identificó deberes de abstención aplicables al personal médico, entre ellos, no inducir el consentimiento con desinformación ni sustituir decisiones de las personas usuarias bajo supuestos de control poblacional, en especial cuando se trata de mujeres con bajos recursos o educación limitada. Tales conductas aumentan el riesgo de decisiones inducidas que promueven la esterilización de mujeres, y no de hombres, por efecto de estereotipos que les asignan la responsabilidad exclusiva sobre la procreación y la anticoncepción (188). Del

mismo modo, cuestionó la noción errónea de que la responsabilidad en el ámbito de la anticoncepción recae exclusivamente en las mujeres, lo que reproduce desigualdades de base y perpetúa la carga reproductiva sobre ellas (265).

12.7.7. Interseccionalidad, necesidades particulares

La sentencia *I.V. v. Bolivia* permite analizar cómo la Corte IDH reconoció que ciertos factores de interseccionalidad generan situaciones de especial vulnerabilidad que exponen a las mujeres a actos de discriminación. Entre ellos, ser mujer, encontrarse en una etapa reproductiva, haber tenido un parto por cesárea, ser refugiada o vivir en condiciones socioeconómicas precarias. En palabras del Tribunal, "ciertos grupos de mujeres padecen discriminación a lo largo de su vida con base en más de un factor combinado con su sexo, lo que aumenta su riesgo de sufrir actos de violencia y otras violaciones de sus derechos humanos" (247).

Esta discriminación también afecta la capacidad para otorgar un consentimiento conforme a sus exigencias, en la que influyen la raza, la discapacidad o el vivir con VIH. El Tribunal IDH respaldó este análisis en el informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, presentado por Rashida Manjoo, relativo a las formas múltiples e interseccionales de discriminación y violencia contra las mujeres (A/HRC/17/26) (2011) en su párr. 72. La Relatora advirtió sobre la influencia negativa de prejuicios raciales, étnicos, religiosos, culturales y sociales en la práctica de esterilizaciones forzadas y el control coercitivo de la natalidad.

Asimismo, la Corte citó el informe A/HRC/22/53 (2013) del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes, presentado por Juan E. Méndez, en el cual se señala que las minorías étnicas, personas con discapacidad y las comunidades marginadas y con discapacidad enfrentan prejuicios que cuestionan su capacidad materna. El Tribunal calificó estas conductas como formas de violencia y mecanismos de control social, y sostuvo que los abortos y esterilizaciones forzadas impuestos bajo políticas coercitivas de planificación familiar pueden constituir actos de tortura (247).

12.7.8. Consentimiento, autonomía y libertad

La sentencia *I.V. v. Bolivia* estableció que el consentimiento se fundamenta en la autonomía y autodeterminación como expresión del respeto a la dignidad (150). Lo vinculó con el derecho a la libertad, entendida como la posibilidad de actuar según los propios deseos y decidir sin interferencias arbitrarias de terceros. Destacó su importancia en general y, en particular, en el ámbito de la salud reproductiva. Señaló que la exigencia del consentimiento, como derecho a aceptar o rechazar libremente actos médicos, permite garantizar los derechos reconocidos por la CADH, tales como la dignidad, la libertad, la integridad personal, el derecho a la atención a la salud y a la SSYR, la vida privada y familiar y el derecho a fundar una familia. Indicó que la garantía del libre consentimiento y la autonomía en la elección de los métodos anticonceptivos sirve para prevenir esterilizaciones involuntarias, no consentidas, coercitivas o forzadas (165).

El Tribunal se refirió a las presiones que se pueden recibir para dar el consentimiento en momentos carentes de condiciones óptimas como la fatiga o el estrés (183) [275]. Hizo referencia a sentencias del TEDH [276], sobre solicitar el consentimiento durante el trabajo de parto o justo antes de una cesárea, lo que no permite una decisión libre y voluntaria (183). Mostró cómo la solicitud del consentimiento puede verse afectada por elementos que limitan la capacidad de decidir de manera informada y reflexiva. La situación fáctica de este caso demuestra que la presión, el estrés y la

[275] Para ello, la Corte IDH se apoyó en lo dicho por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, A/64/272 (2009), en su párrafo 14, en el que, al referirse al respeto de la autonomía personal, indica que la coerción incluye condiciones que facilitan la intimidación, como la fatiga o el estrés, y que la influencia indebida incluye situaciones en las que las personas usuarias perciben la posibilidad de que negarse a dar su consentimiento puede tener consecuencias desagradables.

[276] La Corte IDH hace referencia a la jurisprudencia del TEDH, en particular a los casos *V.C. v. Eslovaquia* (111–112), *N.B. v. Eslovaquia* (párr. 84) e *I.G., M.K. y R.H. v. Eslovaquia* (122). En el primero, el TEDH determinó que se pidió el consentimiento horas después del ingreso hospitalario, cuando la paciente se encontraba en pleno trabajo de parto y en posición supina. El registro consignaba una solicitud de la paciente de una esterilización, situación que el TEDH consideró incompatible con el respeto a la dignidad y la libertad humanas consagradas en el CEDH, y con las exigencias del consentimiento, dado que la paciente no había sido plenamente informada sobre su estado de salud, el procedimiento propuesto ni las alternativas de tratamiento. El TEDH sostuvo que pedir el consentimiento para una esterilización durante un parto o antes de una cesárea impide tomar una decisión por voluntad propia, tras analizar lo pertinente y reflexionarlo libremente con la pareja.
El mismo razonamiento se adoptó en el caso *N.B. v. Eslovaquia*. El TEDH concluyó que obligar a una mujer a aceptar formalmente un procedimiento médico irreversible mientras estaba de parto, con sus capacidades cognitivas afectadas por la medicación y bajo la indicación de que era indispensable para preservar su vida, violó la integridad física y atentó contra su dignidad humana. De igual forma, en el caso *I.G., M.K. y R.H. v. Eslovaquia*, el TEDH sostuvo que la esterilización practicada sin consentimiento no constituyó una intervención vital y resultó incompatible con el respeto a la libertad y dignidad, sin que el criterio médico de necesidad preventiva frente a futuros embarazos justificara la ausencia de consentimiento.

fatiga física extrema anularon la capacidad de la víctima de manifestar su voluntad válidamente, lo que convirtió el acto médico en una imposición unilateral. Por ello estimó que se encontraba en una situación que impedía otorgar un consentimiento válido (231).

12.7.9. Salud genésica, consentimiento y autonomía reproductiva

Además de su vínculo con la autonomía y la libertad reproductiva, la sentencia *I.V. v. Bolivia* situó el consentimiento informado dentro de una trama normativa internacional más amplia. En esta línea, la Corte citó el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/64/272 (2009), presentado por Anand Grover, cuyo párrafo 9 sostiene que el consentimiento trasciende una mera aceptación. Debe constituir un proceso previo, libre, pleno e informado para ser válido. Estos elementos se articulan entre sí, ya que la validez del consentimiento hace necesaria la comprensión integral de la información. La Corte destacó que, conforme a ese informe,

> El consentimiento informado no es la mera aceptación de una intervención médica, sino una decisión voluntaria y suficientemente informada que protege el derecho del paciente a participar en la adopción de las decisiones médicas y atribuye a los proveedores de servicios de salud deberes y obligaciones conexos. Sus justificaciones normativas, éticas y jurídicas dimanan del hecho de que promueve la autonomía, la libre determinación, la integridad física y el bienestar del paciente... (166).

En el caso de *I.V. v. Bolivia*, la Corte estableció que el consentimiento es un requisito fundamental y previo para cualquier acto médico. Señaló que esta regla ha sido desarrollada por el TEDH [277] y por el Comité CEDAW [278], que han destacado su importancia, particularmente en los casos de

[277] La Corte IDH se refiere a la jurisprudencia del TEDH relativa a los casos *V.C. v. Eslovaquia; N.B. v. Eslovaquia* e *I.G., M.K. y R.H. v. Eslovaquia*.

[278] La Corte IDH se refiere al caso del Comité CEDAW *A.S. v. Hungría* (Comunicación n.º 4/2004, CEDAW/C/36/D/4/2004 (2006)), en el que una mujer romaní fue esterilizada sin su consentimiento durante un parto por cesárea en un hospital público en Hungría. El personal médico le pidió firmar un documento poco antes de la operación, cuando se encontraba bajo estrés físico y emocional, sin informarle del carácter irreversible del procedimiento ni de las alternativas posibles. El Comité CEDAW concluyó que el consentimiento obtenido no fue libre, previo ni informado. Determinó que la esterilización no consentida vulneró su derecho a decidir de manera libre y responsable el número e intervalo de hijos y constituyó una forma de discriminación y violencia de género. El Comité también identificó vectores de discriminación interseccional, al reconocer que las mujeres romaníes enfrentan estigmas raciales y de género que agravan su vulnerabilidad.

esterilización femenina. La Corte aclaró que el SIDH no contaba con jurisprudencia previa sobre esterilizaciones forzadas, involuntarias o coercitivas, aunque mencionó la intervención de la CIDH en el acuerdo de solución amistosa del caso María Mamérita Mestanza contra Perú, también referido en este estudio (174). Con base en estas fuentes, reafirmó que el consentimiento debe ser previo, libre, pleno e informado para garantizar la autonomía, dignidad e integridad de las personas en el ámbito sanitario (174).

Se estableció que las pautas jurídicas de protección en los procedimientos médicos se centran en el consentimiento, cuyos orígenes se remontan al Código de Nuremberg (1947) y a los desarrollos en bioética y derecho aplicables a la esterilización femenina, dada su naturaleza y gravedad. Es una obligación ética y jurídica del personal de salud (164), por cuanto supone la pérdida de la capacidad reproductiva. En consecuencia, los proveedores deben actuar con especial diligencia durante el proceso de elección informada para garantizar un consentimiento válido (175).

Posteriormente, la Corte IDH examinó la problemática de la esterilización forzada en el marco de políticas de planificación de la familia, sin consentimiento válido en el caso de *Ramos Durand y otros v. Perú.* Calificó la intervención quirúrgica realizada en servicios públicos de salud como una forma de violencia reproductiva ejercida. Reafirmó las obligaciones estatales de prevenir, investigar y sancionar estas prácticas conforme a la Convención de Belém do Pará (173–176).

12.7.10. Excepciones al consentimiento

La Corte IDH reconoció excepciones limitadas que permiten al personal de salud actuar sin consentimiento, únicamente cuando este no puede ser otorgado en contextos de emergencia médica con riesgo vital o grave para la salud. Estas excepciones, también contempladas en otros sistemas, incluidas las reconocidas en el ámbito europeo [279], se restringen a intervenciones que no

[279] La Corte IDH alude a la Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa, adoptada por la Oficina Regional de la OMS en Europa de la OMS en 1994; en su artículo 3 establece que el consentimiento es requisito previo para toda intervención médica y reconoce el derecho del paciente a rechazar tratamientos. Si no puede expresar su voluntad, se presume el consentimiento salvo indicación previa. En urgencias, la intervención puede realizarse sin el consentimiento del representante legal. El paciente debe participar en las decisiones según su capacidad. Si el representante se niega y la intervención es beneficiosa, el caso va al tribunal. El consentimiento es obligatorio para la enseñanza clínica, investigación y uso de sustancias del cuerpo. La investigación en personas incapaces es permitida si los riesgos son mínimos o si beneficia al paciente. También al Convenio de Oviedo (1997) en su artículo 8, que en sus párrafos 56 a 59 señala que en situaciones de emergencia, cuando no sea posible obtener

pueden posponerse. En consecuencia, no aplican a procedimientos diferibles, aun cuando un futuro embarazo pudiera generar riesgos para la salud o la vida (177–178, 229).

Llama la atención que, en el caso contra Bolivia, el Estado argumentó que se configuraba una excepción al consentimiento y que el personal médico actuó conforme al documento OMS de 1993, *Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios* (179). Según el Estado, el documento permitía excepciones al consentimiento en casos de alto riesgo de mortalidad por un nuevo embarazo, por lo que el médico habría actuado conforme a esa directriz al realizar la esterilización por indicación médica. Sin embargo, según el documento,

> ... En algunos casos, la esterilización se practica sin consejos de planificación familiar ni consentimiento. Así, por ejemplo, si una mujer ingresa en el hospital en estado de choque a causa de una ruptura de útero, habrá que someterla a una intervención de urgencia y, con frecuencia, la esterilización representa una indicación médica por la elevada probabilidad de que un nuevo embarazo tenga consecuencias mortales. En tales casos son indispensables los consejos postoperatorios para ayudarla a adaptarse a la pérdida de la fecundidad y a comprender por qué fue necesaria la intervención... (72–73).

La mencionada guía de la OMS indica que la esterilización sea siempre voluntaria y con consentimiento, incluso por razones médicas. La Corte IDH observó que la interpretación del Estado según la cual podría omitirse este requisito era ambigua y se prestaba a dos lecturas: una restrictiva, válida únicamente ante emergencias extremas, y otra amplia, como la aplicada por el Estado y rechazada por la Corte por contradecir los criterios internacionales y la CADH, al permitir prescindir del consentimiento en supuestos de riesgo de embarazo futuro. Precisó que la excepción

---

el consentimiento adecuado, se puede realizar de inmediato cualquier intervención médica indispensable para la persona afectada.
A su vez, al informe explicativo del artículo 8 de dicho Convenio, en sus párr. 56 a 59, que señala que, con respecto a las situaciones de urgencia, los médicos pueden actuar de inmediato sin esperar el consentimiento del paciente o de su representante legal. Esto se aplica tanto a personas capaces como incapaces de consentir, como un paciente en coma. Sin embargo, los médicos deben intentar determinar los deseos del paciente. La intervención debe ser necesaria y no puede retrasarse, aunque no tiene que ser exclusivamente para salvar vidas, pero siempre debe ser para el beneficio directo del paciente.

admisible al consentimiento es aquella que responde a una emergencia extrema e inminente, como un *shock* por rotura uterina, lo cual no aplicaba en el caso en cuestión (179–180).

12.8. Confidencialidad, secreto profesional, protección de datos personales

El secreto profesional conforma una garantía esencial para poder proporcionar información con seguridad y recibir una atención médica adecuada. Su respeto fortalece el consentimiento y la confianza entre paciente y personal sanitario y evita que la divulgación indebida vulnere la autonomía y la intimidad en el ámbito de la SSYR.

En el caso *Manuela y otros v. El Salvador,* la Corte IDH examinó la divulgación de información confidencial durante una emergencia obstétrica y el proceso penal. Destacó el rol del secreto profesional en la protección de la confidencialidad médica y personal (202). Indicó que el fin de los servicios de salud es mejorar la condición de las personas atendidas, en coherencia con la Declaración de Ginebra de la Asociación Mundial de Medicina y el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial, que priorizan el bienestar del paciente y la lealtad profesional [280] (202).

Señaló que la atención médica requiere la confianza de que la información no será divulgada ilegítimamente y que debe garantizar la confidencialidad para que sea aceptable conforme al derecho a la salud. Según la Corte, "el derecho a la salud determina que, para que la atención de salud sea aceptable, debe estar concebida para respetar la confidencialidad". Este resguardo permite que las personas compartan información completa y reciban cuidados adecuados (203). Esta situación constituye una violación del artículo 2 de la CADH, sobre ajustar las disposiciones del derecho interno a lo convenido en la CADH, en relación con el artículo 11 sobre la dignidad.

En este sentido, la Corte IDH vinculó la vida privada con la autonomía reproductiva y con el acceso a servicios de salud reproductiva. Aunque los datos de salud no se mencionan expresamente en el artículo 11 de la CADH, son considerados información sensible y parte del ámbito protegido de la vida privada. Esta protección se extiende a los datos relativos a la vida sexual, por su carácter

[280] Asociación Médica Mundial, Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la 3.ª Asamblea General de la AMM (Londres, octubre de 1949), y enmendado por la 22.ª Asamblea Médica Mundial (Sídney, agosto 1968), la 35.ª Asamblea Médica Mundial (Venecia, Italia, octubre 1983) y la 57.ª Asamblea General de la AMM (Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006).

altamente personal y delicado (205). De igual forma, respecto del artículo 26, sobre el derecho progresivo, al evidenciar la falta de adecuación del marco interno a las obligaciones convencionales (204).

El Tribunal IDH subrayó la necesidad de que los Estados establezcan normas claras que garanticen el secreto profesional, especialmente en emergencias obstétricas. Observó que la divulgación de información personal sobre la vida sexual y reproductiva (67) y la existencia de normas vagas o contradictorias sobre el secreto profesional y la obligación de denuncia impidieron cumplir con el requisito de legalidad. Explicó que la vida privada abarca la vida privada y familiar, el domicilio y la correspondencia, e influye en la forma en que una persona se percibe y se proyecta ante los demás, lo que cobra especial relevancia para el libre desarrollo de la personalidad. Además, considera que este derecho se vincula con la autonomía reproductiva y el acceso a servicios de salud reproductiva, al garantizar la protección de decisiones personales y de salud (204).

Las personas tienen derecho a que sus cuidados médicos sean tratados de manera confidencial y a que sus datos sean protegidos. La información obtenida por los profesionales de la salud, ya sea comunicada verbalmente o derivada de exámenes físicos, no puede divulgarse. El personal de atención en salud tiene el deber de preservar la confidencialidad de toda información a la que acceden en el eje de su función profesional, en consonancia con principios éticos globales, como el Juramento Hipocrático, la Declaración de Ginebra (1948), la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) [281], el *Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Mundial* (2016) y la *Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente (2015)* [282] (206).

[281] El artículo 9 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco (2005) sobre la privacidad y la confidencialidad señala que se debe respetar la privacidad y confidencialidad de la información personal. Esa debe ser usada o divulgada exclusivamente para los fines para los que fue recopilada o con el consentimiento de la persona, en consonancia con el derecho internacional y lo relacionado con los DH.

[282] El principio 8 de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente (2015) sobre el derecho al secreto profesional establece que toda información personal de un paciente, además de incluir su estado de salud, diagnóstico y tratamiento, debe mantenerse confidencial, incluso tras su muerte. Los descendientes pueden acceder a esa información si es necesario para prevenir riesgos de salud. La información puede revelarse de forma restrictiva con el consentimiento explícito del paciente o si la ley lo exige. También puede compartirse con el personal de salud bajo estricta necesidad. Toda información identificable debe ser protegida adecuadamente, además de las sustancias humanas que puedan revelar datos personales.

12.8.1. Excepciones al deber de confidencialidad

En casos de emergencia obstétrica, la Corte IDH sostuvo que debe prevalecer la protección de la salud y la vida de las mujeres sobre cualquier finalidad penal. En el caso, la víctima fue obligada a revelar información de salud como condición para recibir atención, situación que la llevó a decidir entre obtener tratamiento o permitir que sus datos fueran utilizados en su contra: "… Manuela fue obligada a decidir entre no recibir atención médica o que aquella fuese utilizada en su contra en el proceso penal". La información utilizada en la denuncia y en el proceso penal debió permanecer amparada por el deber de secreto profesional (221).

La Corte indicó que la confidencialidad médica puede restringirse de manera excepcional, mediante consentimiento de las personas usuarias o por disposición legal que cumpla con los principios de legalidad, finalidad legítima y necesidad en una sociedad democrática (207). Del mismo modo, precisó que la revelación de datos médicos únicamente puede justificarse en casos de riesgo grave para la salud o la seguridad de la persona atendida o de terceros, y siempre con la debida autorización de una autoridad competente (227).

12.8.2. Restricción en el acceso a la atención médica

El Tribunal advirtió que la falta de confidencialidad desalienta a las mujeres a buscar servicios médicos en emergencias obstétricas. Esto pone en riesgo su vida e integridad. En tales casos, debe prevalecer el deber de secreto profesional sobre la obligación de denuncia. Fundamentó esta afirmación en la RG-24-CEDAW [283], la cual advierte que el incumplimiento de la confidencialidad disuade a las mujeres de buscar asesoramiento o tratamiento, con consecuencias negativas para su salud y bienestar, especialmente tras el parto o ante emergencias obstétricas (222). Según la Corte IDH,

> La falta de respeto del carácter confidencial de la información […] puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente

[283] La RG-24-CEDAW señala en su núm. 12(d) que la falta de respeto a la confidencialidad de la información impacta tanto a hombres como a mujeres, pero en el caso de las mujeres puede disuadirlas de buscar asesoramiento o tratamiento y afecta su salud y bienestar. Esta circunstancia puede hacer que sean menos propensas a buscar prestaciones médicas para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar anticonceptivos, atender abortos incompletos o buscar ayuda tras haber sufrido violencia sexual o física.

> su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física (222).

La Corte indicó que la obligación de denuncia por parte del personal médico puede inhibir a las mujeres de obtener la atención médica requerida en otras áreas de la SSYR, como el tratamiento de enfermedades ginecológicas, el uso de anticonceptivos, la atención de abortos incompletos o la búsqueda de ayuda en casos de violencia sexual o física, lo que pone en peligro su vida e integridad (223). Citó las observaciones del Comité de Derechos Humanos en los casos de criminalización del aborto en Chile, Venezuela y El Salvador [284]. Estas destacan la necesidad de garantizar la confidencialidad médica, el acceso efectivo a los servicios de SSYR y la protección de los derechos de las mujeres privadas de la libertad por delitos vinculados con el aborto (223).

En situaciones de emergencias obstétricas, cuando la vida de las mujeres está en riesgo, la Corte IDH determinó que debe prevalecer el deber de guardar el secreto profesional sobre la obligación de denunciar. Subrayó que no deben efectuarse denuncias desproporcionadas ni divulgarse historiales médicos sin autorización. En palabras del Tribunal, "... colidan en apariencia dos

[284] La Corte IDH se refirió a las Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos sobre el cuarto informe periódico de Chile, en su párrafo 15, CCPR/C/79/Add.104 (1999). Tratan sobre los graves problemas que ocasiona la criminalización absoluta del aborto, ya que muchas mujeres lo practican de forma clandestina y ponen en riesgo sus vidas. Según este documento, la obligación legal de los profesionales de la salud de reportar casos de aborto puede desalentar la búsqueda de atención médica. Indica que el Estado tiene la responsabilidad de proteger el derecho a la vida e incluir a gestantes que interrumpen sus embarazos. El Comité sugiere modificar la ley para incluir excepciones a la prohibición del aborto en determinadas circunstancias y garantizar la confidencialidad de la información médica. La Corte IDH también se refiere a las Observaciones Finales sobre el tercer informe periódico de Venezuela, CCPR/CO/71/VEN (2001), en su párrafo 19. Dispone que la criminalización del aborto no terapéutico presenta graves problemas, con incidencia directa ante los informes que indican que muchas mujeres recurren a abortos ilegales, poniendo en riesgo sus vidas. La obligación legal de los profesionales de la salud de denunciar estos casos puede disuadirlas de buscar atención médica, lo que agrava la situación. El Estado debe tomar medidas para proteger el derecho a la vida de las mujeres que opten por interrumpir su embarazo y modificar la ley para permitir excepciones a la prohibición del aborto no terapéutico y garantizar la confidencialidad de la información médica.
Las Observaciones Finales sobre el séptimo informe periódico de El Salvador CCPR/C/SLV/CO/7 (2018) en su párrafo 16 insta al Estado a revisar con urgencia la legislación sobre el aborto. Esto, con el fin de garantizar el acceso legal, seguro y efectivo cuando la vida o salud de la mujer o niña esté en riesgo, o cuando el embarazo sea resultado de una violación o incesto, o no sea viable. Recomienda suspender la criminalización de las mujeres por aborto, verificar casos de encarcelamiento y asegurar su liberación, junto con acceso a asistencia jurídica. Indica el deber estatal de garantizar la confidencialidad médica, el acceso pleno a servicios de SSYR y educar a la población, con especial atención al consentimiento en la esterilización de personas con discapacidad.

normas: el deber de guardar el secreto profesional y el de denunciar. Tratándose de casos de urgencias obstétricas, en que está en juego la vida de la mujer, debe privilegiarse el deber de guardar el secreto profesional" (224).

12.8.3. Ambigüedad de la ley local

En la sentencia de *Manuela y otros v. El Salvador,* la Corte observó que la legislación salvadoreña no define si los profesionales de la salud deben denunciar hechos conocidos bajo secreto profesional ni regula de forma precisa las emergencias obstétricas. Esto genera incertidumbre en su aplicación (213). Esta ambigüedad otorga un margen de discrecionalidad al personal médico y ha originado la creencia errónea de que la denuncia en casos de emergencias obstétricas es obligatoria y ha provocado que se presenten denuncias frecuentes por sospecha de aborto (214).

La Corte IDH señaló que la ambigüedad legal también ha generado la falsa creencia de que debe priorizarse la denuncia sobre la atención médica y divulgar la información protegida por el secreto profesional. Subrayó que la legislación debe reconocer expresamente el secreto profesional como excepción a la obligación general de denunciar (215). La violación de este deber y la divulgación indebida de información médica en este caso vulneraron DH y evidenciaron el incumplimiento del deber estatal de adecuar su marco jurídico interno a las disposiciones de la CADH (216, 228, 229).

12.9. Derecho a una vida libre de violencia, particularmente, el "derecho a una vida libre de violencia obstétrica"

La evolución de la jurisprudencia interamericana permite sostener que la Corte IDH ha ido configurando, de manera progresiva, un estándar reforzado de protección frente a la violencia que se produce en los procesos reproductivos. A partir de la CADH, la Convención de Belém do Pará y otras fuentes interpretativas, este desarrollo conduce al reconocimiento de un derecho a vivir libre de violencia en contextos obstétricos, cuya formulación más nítida se advierte en la construcción jurisprudencial de la VO.

En este marco, la jurisprudencia interamericana ha identificado que la violencia ejercida en la atención obstétrica compromete múltiples derechos protegidos por la CADH y por la Convención de Belém do Pará. Este estándar se encuentra integrado en el *corpus iuris* interamericano y se

aplica a personas que acceden a servicios de salud durante el embarazo, el trabajo de parto y el posparto. De manera crítica, vincula los actos de VO con el aumento de muertes maternas evitables, ya que se comprometen derechos como la vida y la integridad personal.

La mortalidad materna prevenible causada por fallas sistémicas, económicas e institucionales constituye una vulneración grave de DH. Es incompatible con las obligaciones de protección de DH. La evolución de la jurisprudencia interamericana permite identificar actos de VO cometidos tanto por acción como por omisión del Estado, así como por instituciones sanitarias públicas o privadas, y revela la necesidad de un enfoque interseccional, pues la discriminación, los estereotipos negativos de género y otros factores como la clase social o el origen étnico agravan la exposición a conductas de VO.

En este ámbito, resulta pertinente comprender cómo la Corte IDH desarrolló el derecho a una vida libre de violencia hasta configurar el concepto específico de *"derecho a una vida libre de violencia obstétrica"* expresado en la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina*. Este concepto se sustenta en pronunciamientos previos y posteriores a esta sentencia, y se consolida mediante la interpretación de la Convención de Belém do Pará y otros instrumentos del SIDH que imponen a los Estados la prevención, sanción y erradicación de toda forma de violencia en la región.

12.9.1. La Convención de Belém do Pará: Alcance normativo y su relación con la violencia obstétrica en el SIDH

Además de los derechos reconocidos en la CADH, el SIDH también se ha apoyado en instrumentos especializados que contemplan la violencia basada en género, como la Convención de Belém do Pará, cuya interpretación ha sido relevante para el reconocimiento de la VO en la jurisprudencia interamericana. En cuanto a su alcance normativo, la Convención es un instrumento interamericano trascendente para la erradicación de la violencia contra las mujeres al garantizar su derecho a vivir una vida libre de violencia. Los Estados miembros de la OEA asumen obligaciones específicas, entre las que están prevenir, investigar, sancionar y erradicar la violencia, así como adoptar leyes, políticas públicas y mecanismos eficaces de protección.

La Corte IDH se ha apoyado especialmente en los artículos 1, 2, 6, 7 y 9 de esta Convención para fundamentar la VO: el artículo 1 define la violencia contra las mujeres [285]; el artículo 2 abarca los ámbitos público y privado [286]; el artículo 6 protege frente a la discriminación y estereotipos [287]; el artículo 7 impone a los Estados adoptar medidas legislativas y políticas efectivas para prevenirla [288]; y el artículo 9 refuerza la protección a mujeres en situación de vulnerabilidad [289]. La Corte también ha analizado la relación entre estos preceptos y la VO, lo que destaca su relevancia interpretativa.

El análisis de sentencias concretas de la Corte IDH permite develar el desarrollo jurisprudencial sobre la Convención de Belém do Pará y la VO [290].

12.9.1.1. Aplicación de la definición de la violencia contra las mujeres: caso *I.V. v. Bolivia*

En la sentencia *I.V. v. Bolivia,* el Tribunal IDH documentó vulneraciones a la autonomía y libertad reproductiva que impidieron a la víctima ejercer sus derechos sin violencia. Estableció que los Estados deben adoptar medidas para proteger los derechos sexuales y los derechos reproductivos (257). Con fundamento en el artículo 1 de la Convención de Belém do Pará, reiteró que la violencia de género: "... abarca actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual,

[285] El artículo 1 de la Convención de Belém do Pará define el concepto de violencia contra las mujeres como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, ya sea en el ámbito público o privado.
[286] El artículo 2 de la Convención de Belém do Pará amplía el alcance de la violencia contra las mujeres, la cual abarca tanto la violencia que ocurre en el ámbito privado como en el público, así como aquella perpetrada por familiares, comunidades o el propio Estado, y puede manifestarse de forma física, sexual o psicológica.
[287] El artículo 6 de la Convención de Belém do Pará determina que el derecho de todas las mujeres de vivir libre de violencia involucra, entre otros, estar libres de discriminación y de ser valoradas y educadas sin estereotipos y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.
[288] El artículo 7 de la Convención de Belém do Pará obliga a los Estados a condenar y erradicar todas las formas de violencia contra las mujeres y a adoptar, sin dilación, políticas y medidas para prevenirla, sancionarla y erradicarla. Esta obligación comprende abstenerse de toda práctica de violencia, garantizar que las autoridades actúen conforme a este deber, investigar y sancionar tales hechos, modificar leyes o prácticas que la perpetúen, establecer procedimientos judiciales y administrativos justos y eficaces y garantizar el acceso a la reparación y compensación para las víctimas.
[289] El artículo 9 de la Convención de Belém do Pará establece que los Estados deben tener en cuenta la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia debido a factores como su raza, origen étnico, condición de migrante, refugiada o desplazada. Asimismo, deben considerar a las mujeres que enfrentan violencia por estar embarazadas, ser discapacitadas, menores de edad, ancianas o por encontrarse en una situación socioeconómica desfavorable, en conflictos armados o privadas de la libertad.
[290] La Corte IDH reiteró la relevancia de los estándares sobre autonomía reproductiva y consentimiento informado en el caso *Ramos Durand y otros v. Perú*, al examinar la esterilización practicada sin consentimiento en el marco de una política estatal de planificación familiar. Aunque el caso no aborda directamente prácticas obstétricas, el Tribunal destacó que las intervenciones médicas que afectan la capacidad reproductiva sin consentimiento válido vulneran los derechos a la integridad personal, a la información y a la salud reproductiva (162, 164).

amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad" (258). Según esta definición, la Corte concluyó que,

> Tomando en cuenta la definición de violencia contra la mujer adoptada en la Convención de Belém do Pará, la Corte considera que el médico debió haber previsto que la alteración de forma intencionada de la capacidad física de reproducción biológica de la señora I.V. en absoluto desconocimiento de su autonomía reproductiva, lo cual generó un sufrimiento emocional previsible e intenso (252).

La Corte estimó que una intromisión de tal envergadura sobre el cuerpo y la integridad personal de la víctima sin su consentimiento provocó un sufrimiento previsible, dado que el médico adoptó decisiones que correspondían únicamente a la víctima, sin que existiera una situación de urgencia vital que lo justificara (252).

12.9.1.2. Deber estatal de prevención de la violencia contra las mujeres: caso *Manuela y otros v. El Salvador*

En la sentencia *Manuela y otros v. El Salvador*, la Corte reafirmó lo dispuesto en el preámbulo [291] y en los artículos 6 sobre discriminación y estereotipos y 7 sobre medidas legislativas y políticas efectivas para la prevención de la violencia de la Convención de Belém do Pará (257, 258). Remarcó su definición y señaló que los Estados deben abstenerse de ejercer violencia y garantizar que sus autoridades actúen conforme a esta obligación. La protección de los DH otorga atributos inviolables a la persona que el Estado no puede vulnerar. En palabras del Tribunal,

> La Corte recuerda que la protección a los derechos humanos, parte de la afirmación de la existencia de ciertos atributos inviolables de la persona humana que no pueden ser

[291] El preámbulo de la Convención de Belém do Pará reconoce que la violencia contra las mujeres constituye una violación de los DH, una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres y una forma de discriminación que las afecta, sin distinción social o económica. Declara que su erradicación es imperativa para su pleno desarrollo e igualdad, y que la adopción de una convención específica es necesaria para prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y proteger eficazmente sus derechos.

> legítimamente menoscabados por el ejercicio del poder público. Se trata de esferas individuales que el Estado no puede vulnerar (257).

Respecto a la ambigüedad normativa sobre el secreto profesional que permitía denuncias en contextos de atención obstétrica, la Corte concluyó que dicha omisión normativa tuvo un grave impacto discriminatorio y constituyó una forma de violencia contra las mujeres, en violación del artículo 7 de la Convención de Belém do Pará sobre medidas estatales para la prevención de la violencia (259, 260).

12.9.1.3. Reconocimiento de la VO en el marco normativo de la Convención de Belém do Pará: caso *Brítez Arce y otros v. Argentina*

En el caso *Brítez Arce y otros v. Argentina,* la Corte analizó la aplicación temporal de la Convención de Belém do Pará. Aunque los hechos ocurrieron antes de su ratificación por parte de Argentina (1996), el Tribunal destacó que sus disposiciones imponen a los Estados el deber de prevenir, sancionar y abstenerse de actos que constituyan violencia de género durante el acceso a servicios de salud reproductiva (76). Con el fin de proteger los derechos de los hijos de la víctima, declaró la violación del art. 7 sobre medidas estatales para la prevención de la violencia, aplicable desde 1996. Sin embargo, al haberse ratificado la Convención con posterioridad a los hechos, no era posible atribuir responsabilidad internacional por la totalidad de sus disposiciones respecto de ese momento, lo que limitó el alcance de la declaración de violación en la sentencia (76).

No obstante, al subrayar la necesidad de cumplir la Convención, la Corte IDH consideró sus enunciados para caracterizar la VO como una forma de violencia contra las mujeres, al vincular los hechos del caso con actos constitutivos de VO y fijar doctrina jurisprudencial sobre la obligación estatal de prevenirla, sancionarla y erradicarla. Con base en los artículos 2 y 9 de la Convención, que definen la violencia contra las mujeres e imponen especial protección frente a condiciones de vulnerabilidad, la Corte IDH señaló que,

> Según la Convención: “toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado” y los Estados deben considerar la vulnerabilidad de las mujeres que son víctimas de violencia cuando están embarazadas (76).

Este derecho enmarca el deber estatal de prevenir, sancionar y abstenerse de ejercer violencia, obligación que la Corte subrayó en este caso y reiteró posteriormente en la sentencia *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela.* Destacó la necesidad de investigar los actos de VO durante el embarazo, trabajo de parto y posparto, y de velar porque los agentes del Estado actúen en consecuencia y consideren elementos como la vulnerabilidad, en consonancia con la protección prevista en la Convención de Belém do Pará.

> … La Corte encuentra que, a la luz de la Convención de Belém do Pará, las mujeres tienen **derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica** [292] y los Estados están en la obligación de prevenirla, sancionarla y abstenerse de practicarla, así como de asegurar que sus agentes actúen en consecuencia, y tener en cuenta la especial vulnerabilidad que representa encontrarse en embarazo y en período posparto (77).

12.9.1.4. Debida diligencia estatal frente a la violencia contra las mujeres: *caso Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*

En el caso contra Venezuela, la Corte IDH retomó la doctrina consolidada en la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina* (párr. 76, 62, 81) para reafirmar que la Convención de Belém do Pará es un referente normativo sobre el deber estatal de proteger a las mujeres frente a la violencia basada en género. Reiteró esta obligación con fundamento en su artículo 7 sobre el deber de prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia, así como de abstenerse de actos que constituyan violencia de género, incluso durante el acceso a servicios de salud reproductiva (104). Este derecho a una vida libre de violencia se extiende al ámbito público y privado, y tiene un peso decisivo en las etapas reproductivas. La omisión estatal frente a actos de violencia contra las mujeres, incluida la VO, infringe estos deberes y contraviene el mandato de adoptar políticas de prevención, sanción y erradicación en la atención en SSYR.

Además, el Tribunal señaló que el incumplimiento del deber de investigar con diligencia vulnera los derechos conocidos tanto en la Convención de Belém do Pará como en la CADH, en particular

[292] Resaltado propio.

los artículos 8 [293] y 25 [294] sobre garantías y protección judicial. Resaltó que las investigaciones deben ser diligentes y eficaces, en cumplimiento del deber estatal de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, para adicionalmente generar confianza entre las víctimas (106).

El reconocimiento realizado por la Corte IDH en la sentencia contra Argentina, al invocar la Convención de Belém do Pará como fuente autónoma de obligaciones y al afirmar el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de VO, se reafirmó en la sentencia contra Venezuela (104). La falta de investigación oportuna y efectiva frente a estos actos afecta desproporcionadamente a las mujeres, perpetúa la impunidad y transmite un mensaje de tolerancia institucional frente a este tipo de violencia, lo que incrementa la inseguridad y la desconfianza en el sistema de justicia (138).

El incumplimiento de estos deberes vulnera la obligación estatal de abstenerse de cometer actos de violencia contra las mujeres y de garantizar que sus autoridades actúen conforme a los estándares globales. También transgrede el deber de ejercer debida diligencia para investigar, juzgar y sancionar estos actos y establecer procedimientos legales justos, eficaces y accesibles que aseguren a las víctimas protección y garantías efectivas de acceso real a la justicia. Aunado a lo anterior, esta obligación comprende la creación de mecanismos que garanticen el resarcimiento integral, la reparación del daño y otras formas adecuadas de compensación (139).

12.9.1.5. Consolidación del uso de la Convención de Belém do Pará en casos de VO: caso *Beatriz y otros v. El Salvador*

En la sentencia *Beatriz y otros v. El Salvador,* la Corte IDH consolidó el desarrollo jurisprudencial sobre la VO. Reconoció expresamente que las condiciones de atención impuestas a la víctima

[293] El artículo 8 de la CADH reconoce el derecho a las garantías judiciales, según el cual, toda persona debe ser oída con las debidas garantías, dentro de un plazo razonable, por un juez competente, independiente e imparcial, tanto en causas penales como en la determinación de derechos civiles, laborales, fiscales u otros. Establece, además, que toda persona acusada de un delito se presume inocente hasta que se pruebe su culpabilidad y goza, en igualdad de condiciones, de derechos mínimos como ser informada detalladamente de la acusación, disponer de tiempo y medios necesarios para su defensa, contar con un defensor de su elección o proporcionado por el Estado, interrogar testigos, no ser obligada a declarar contra sí misma ni a confesarse culpable, y recurrir la sentencia ante un tribunal superior. La confesión es válida únicamente si se realiza sin coacción; nadie puede ser juzgado dos veces por los mismos hechos y el proceso penal debe ser público, salvo excepciones necesarias para proteger la justicia.

[294] El artículo 25 de la CADH consagra el derecho a la protección judicial y señala que toda persona tiene derecho a un recurso sencillo, rápido y efectivo ante tribunales competentes para protegerse frente a violaciones de sus derechos, así estas provengan de funcionarios públicos. Obliga además a los Estados a garantizar la existencia de estos recursos, su resolución por autoridades competentes y el cumplimiento efectivo de las decisiones que los amparen.

ocurrieron “en un contexto de violencia obstétrica” (190). El Tribunal destacó que la falta de acompañamiento médico y psicosocial adecuado, junto con la ausencia de información clara y la inseguridad jurídica derivada de la criminalización absoluta del aborto, impidieron a la víctima tomar decisiones libres e informadas sobre su salud y su vida (253).

Con base en la Convención de Belém do Pará, la Corte IDH reafirmó que la violencia ejercida a lo largo de los procesos reproductivos en el acceso a los servicios de salud constituye una violación de DH y una forma de violencia de género denominada VO prohibida por los tratados interamericanos de DH, incluida la Convención de Belém do Pará. Para ello, remitió a la OC 29/2022-CORTE IDH, en su párrafo 160, en el que se refiere a la VO como violencia de género durante los procesos reproductivos; y al caso *Brítez Arce y otros v. Argentina* en sus párrafos 75 y 81, que definen la VO y reiteran su prohibición (148).

Asimismo, consideró vulnerados los derechos a la integridad personal, vida privada y salud en relación con el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará, que impone el deber de prevenir, sancionar y erradicar la violencia (155). Finalmente, reiteró la definición de violencia del artículo 1 sobre la definición de violencia contra las mujeres (188) y concluyó que la víctima fue objeto de actos de VO y discriminación, al ser privada de información y acompañamiento médico adecuado en un contexto de inseguridad jurídica derivado de la criminalización del aborto (190, 253).

13. Otras fuentes de protección utilizadas por el órgano contencioso interamericano

La Corte IDH utiliza fuentes normativas, interpretativas y jurisprudenciales suyas y de otros sistemas para nutrir, fundamentar y consolidar los lineamientos jurisprudenciales interamericanos en materia de SSYR y también para precisar el contenido y alcance del concepto de VO.

El SUDH constituye una fuente de observancia. La Corte IDH toma las recomendaciones de los comités de la ONU, como las Observaciones Generales del Comité DESC y las Recomendaciones Generales del Comité CEDAW. Las recomendaciones de este último son una fuente relevante en lo atinente a la definición de violencia de género y salud, especialmente en lo que respecta al consentimiento y la autonomía, así como al refuerzo de la obligación estatal de garantizarlos. Además, la Corte IDH incorpora las contribuciones de las Relatorías Especiales de la ONU. Estas

relatorías especializadas, como las relativas a la violencia contra las mujeres, aportan conceptualizaciones que ayudan a la Corte en la construcción de su *corpus iuris* sobre estas formas de violencia. También se apoya en las directrices, guías e informes de la OMS.

En su evolución jurisprudencial hacia la construcción de la definición de VO, la Corte IDH, además de ampararse en la CADH como carta reguladora y en la Convención de Belém do Pará, ha recurrido a otros instrumentos globales necesarios para precisar el contenido y alcance de este concepto. Igualmente, se apoyó en el tratamiento de la VO de diferentes países de la región.

13.1. Alcance normativo de otros instrumentos utilizados en la jurisprudencia de la Corte IDH

13.1.1. Informes de Relatorías Especiales y Documentos de la OMS

Se resalta, en cuanto a la identificación de violencias, la referencia que hace la Corte IDH del informe de (Šimonović, 2019), por ejemplo, en la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina* (78), que remite a las directrices de la OMS para señalar que la VO se manifiesta, entre otros, en la restricción de la autonomía y la capacidad de decisión de las mujeres durante el parto. La Corte se ha apoyado en directrices de la OMS para establecer las pautas técnicas de la *lex artis* y la atención humanizada, para diferenciar la VO de la mala praxis y en instrumentos como OPS/OMS-Fortaleza, 1985, y variadas guías sobre la atención del embarazo, parto y posparto. También en referencias técnicas para desaconsejar el uso indiscriminado de tecnología y medicalización y para promover prácticas como el acompañamiento continuo y el respeto por el proceso fisiológico, cuya contravención puede vulnerar derechos.

El caso *Brítez Arce y otros v. Argentina* (81), por ejemplo, al definir la VO, se refiere a una de sus manifestaciones, "la tendencia patológica de los procesos reproductivos naturales", lo cual se opone al enfoque de parto fisiológico promovido por organismos como la OMS[295]. Esta sentencia muestra también que los estándares de atención respetuosa, como los de la OMS, se utilizan para establecer que el parto debe tratarse como un proceso natural y que la calidad de la atención debe abarcar el respeto a la autonomía, la integridad emocional y la experiencia subjetiva.

[295] La Corte se refiere a OMS-Parto positivo, 2018 (1–4).

13.1.2. Observaciones generales de comités de la ONU

En cuanto a las Observaciones Generales de Comités de la ONU, las Observaciones del Comité DESC son de significativa relevancia: la OG 14-2000-SALUD-DESC (Derecho a la salud). La Corte IDH la utiliza para definir atributos de los servicios de salud, como disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En el caso *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica* (148), la Corte usó esta Observación General para precisar que la salud genésica incluye el derecho a decidir si reproducirse o no y a acceder a métodos seguros para ello.

La OG 22-2016-SSYR-DESC es citada, por ejemplo, en el caso *Brítez Arce y otros v. Argentina* (157), para establecer que la falta de atención obstétrica de emergencia o de asistencia calificada incrementa la morbimortalidad materna y compromete la vida y la integridad. Reforzó la interdependencia e indivisibilidad del derecho a la SSYR con otros derechos como la vida, la integridad personal, la libertad y la dignidad y enfatizó que la falta de calidad en los servicios de salud compromete gravemente este derecho.

Igualmente, utilizó otro instrumento para construir su definición de VO (78): el informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/HRC/50/28 (2022), elaborado por Tlaleng Mofokeng. Este informe, titulado *La violencia y su impacto en el derecho a la salud*, en su párrafo 44, estimó la escasez de datos a nivel mundial sobre la violencia de género contra mujeres con discapacidad y otras conductas nocivas, vejaciones y formas de violencia conocidas como VO, cometidas por médicos, parteras, personal de enfermería y hospitalario, ampliamente extendidas.

A su vez, la mencionada sentencia aludió al párrafo 12 del informe de la Relatora Especial de la ONU (Šimonović, 2019) para reiterar que la VO se manifiesta en la restricción de la autonomía y capacidad de decisión de las mujeres durante el parto (78). Ambos informes aportan una conceptualización transversal de la VO como restricción de la autonomía y práctica extendida en los servicios de salud, lo que la Corte IDH integra para fortalecer el marco interpretativo de los derechos en SSYR.

13.1.3. Recomendaciones del MESECVI y documentos de la Corte IDH

En el caso *Brítez Arce y otros v. Argentina*, la Corte IDH también se apoyó en la Recomendación n.º 9 contenida en MESECVI (2012), que insta a los Estados a promulgar legislación específica sobre VO, proteger los derechos de las mujeres, evitar arbitrariedades en la medicalización, respetar el consentimiento y adoptar una perspectiva intercultural, medidas seguidas por varios Estados de América Latina y el Caribe (80).

También incorporó las consideraciones de la CIDH sobre la VO como una forma de violencia y discriminación hacia las mujeres basada en género. Para ello, acudió al párrafo 181 del documento: *Violencia y discriminación contra niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe* (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233, 2019). Reforzó también el carácter de prohibición de la VO al vincularla con la lesión del derecho de las mujeres a la integridad personal, la igualdad y la no discriminación, la salud, la vida privada y la autonomía, así como con el deber estatal de garantizar el consentimiento previo, libre, pleno e informado (75, 81).

13.2. Jurisprudencia y recomendaciones del Comité CEDAW

13.2.1. Recomendación General n.º 19: La violencia contra la mujer (1992), Comité CEDAW

En el caso *I.V. v. Bolivia,* el Tribunal IDH acudió a instrumentos como la RG-19-CEDAW [296], que define la violencia basada en el sexo como aquella que "abarca actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad*"* (251). Aunque la VO no se menciona expresamente en relación con la esterilización no consentida o involuntaria objeto del caso, la reconoció como una forma de

[296] El párrafo 6 de la RG-19-CEDAW definió la discriminación contra la mujer como cualquier distinción, exclusión o restricción que afecte sus derechos en función del género. Esta definición incluye la violencia basada en el sexo, entendida como aquella dirigida a la mujer por ser mujer o que la afecta de manera desproporcionada. La violencia puede manifestarse a través de actos que causen daño físico, mental o sexual, así como amenazas, coacción o privación de la libertad. No es necesario que las disposiciones de la Convención mencionen explícitamente la violencia para que estas acciones puedan violar sus principios. La Convención reconoce que cualquier forma de violencia contra las mujeres está intrínsecamente vinculada a la discriminación de género y constituye una vulneración de los DH. Además, subraya que la violencia contra las mujeres puede adoptar diferentes formas y afectar a mujeres de todas las clases, razas y edades, independientemente de su entorno cultural o socioeconómico.

violencia contra las mujeres. En apoyo, citó la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing [297], que califica este tipo de prácticas como violaciones a la autonomía reproductiva, a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos (254). Según la Corte,

> ... una violación de los derechos sexuales y reproductivos, en la que un médico privó a la señora I.V. de su función reproductiva sin su consentimiento informado en un hospital público durante un procedimiento de cesárea", que además "configura una violación de derechos humanos de significativa gravedad y, en particular, un craso desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y de la autonomía de la mujer (297).

De forma similar, en el caso *Manuela y otros v. El Salvador*, si bien tampoco nombra expresamente a la VO, identificó actos de violencia y conductas coercitivas durante emergencias obstétricas y condiciones de posparto en contextos de privación de la libertad en que se agravan los riesgos a la vida e integridad (199–200).

En el caso *Brítez Arce y otros v. Argentina*, la Corte remitió a la Comunicación n.º 138/2018, *S.F.M. v. España*, en sus párrafos 3.3 y 3.4, que aborda la violación de los derechos de una mujer en el marco de la SSYR, con especial énfasis en la VO y el consentimiento [298] (79). Este pronunciamiento también permitió al Tribunal construir una definición de la VO como una expresión particular de violencia contra las mujeres y basada en estereotipos de género "con el fin de perpetuar estigmas relacionados con el cuerpo de la mujer y sus funciones tradicionales en la sociedad, en lo que respecta a la sexualidad y la reproducción" (79).

[297] La Corte IDH alude al párrafo 115 de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995), que señala como actos de violencia contra las mujeres la esterilización y el aborto forzados, así como cualquier forma de coacción relacionada con los derechos reproductivos.

[298] La Corte se remite a la *Comunicación S.F.M. v. España* n.º 138/2018 (2020) en sus párrafos 3.3 y 3.4, en los que la autora sostuvo que la VO es una forma grave de discriminación contra las mujeres basada en estereotipos de género que perpetúan estigmas sobre el cuerpo femenino y sus funciones tradicionales, como la sexualidad y la reproducción. Además, destacó la importancia del consentimiento, la dignidad y la intimidad en los servicios de salud. También mencionó que el TEDH subraya que la falta de información adecuada pone en riesgo la salud física y psicológica de las mujeres, con particular énfasis en situaciones delicadas como el embarazo o partos complicados.

De ello se deriva la obligación estatal de prevenir la VO, garantizar el consentimiento libre, previo e informado y asegurar el respeto a la autonomía de las mujeres, así como también prevenir el uso de conceptos estereotipados y discriminatorios al aplicar el derecho a la SSYR.

En lo atinente a las Comunicaciones del Comité CEDAW como precedente, la Corte IDH se ha apoyado en mecanismos de queja individual para dar peso a su argumentación. Por ejemplo, en el caso *Brítez Arce y otros v. Argentina* (79), se remitió a la Comunicación n.º 138/2018 (*S.M.F. v. España*) para pronunciarse sobre la violación de los derechos en SSYR, el consentimiento y el maltrato en el parto. Los pronunciamientos del Comité CEDAW sobre esterilizaciones forzadas, como *A.S. v. Hungría,* Comunicación n.º 4/2002 (CEDAW/C/36/D/4/2004), y de VO (como el caso *N.A.E. v. España*, Comunicación n.º 149/2019 CEDAW/C/82/D/149/2019) y *M.D.C.P. v. España*, Comunicación n.º 154/2020 (CEDAW/C/84/D/154/2020), han sido fundamentales para consolidar estándares de reparación integral y obligaciones de supervisión estatal, cuyos alcances específicos se desarrollan en el apartado correspondiente a los estándares del sistema universal de este trabajo.

Según Palomares Herrera (2025), este último dictamen es determinante porque el Comité CEDAW estableció que el sistema judicial español incurrió en estereotipos de género al calificar el daño psicológico de la paciente como una mera cuestión de percepción. También sostiene que el pronunciamiento refuerza que la autoridad del médico no puede anular el derecho a una maternidad de calidad y libre de discriminación. Por su parte, la dignidad y autonomía reproductiva es objeto de atención por parte del TEDH como del Comité CEDAW, que han resaltado que el cumplimiento de los requisitos del consentimiento garantiza la autonomía y la dignidad de las personas en el ámbito sanitario y exigen el respeto de los DH.

El Comité CEDAW es resaltado por el reconocimiento que hace de la importancia del consentimiento en el contexto de la esterilización femenina. La Corte IDH se refiere a un caso contra Hungría en el que un médico de un hospital público le realizó una esterilización forzada a una mujer romaní luego de una cesárea de emergencia, sin suministrar información que le permitiera obtener su consentimiento [299]. El cumplimiento de sus requisitos garantiza la autonomía y dignidad de las personas en el ámbito sanitario, bajo el respeto de DH y la integridad de las

[299] La Corte IDH se refiere a la Comunicación CEDAW *A.S. v. Hungría* n.º 4/2004, CEDAW/C/36/D/4/2004 (2006).

personas y el establecimiento de medidas efectivas para prevenir y evitar la práctica de esterilizaciones no consentidas, involuntarias, forzadas o bajo coacción (174, 192, 204, 302).

En cuanto a las recomendaciones, la Corte retomó la RG-19-CEDAW para fundamentar que la VO es una forma de violencia de género que vulnera el derecho a la salud y la no discriminación (Corte IDH, *I.V. v. Bolivia*, 251, 253, 405). También la RG-24-CEDAW (22) para establecer que la atención sanitaria debe ser aceptable para las personas usuarias, lo que incluye, además del consentimiento, el respeto a la dignidad y la intimidad y la consideración de sus necesidades. Este estándar fue aplicado para la conceptualización de la VO y la exigencia de respeto a la autonomía (Corte IDH, *Brítez Arce y otros v. Argentina*, 72, 81, 398; Corte IDH, *I.V. v. Bolivia*, 174, 462–463).

13.3. Opiniones Consultivas y documentos de la Corte IDH

La OC 29/2022-CORTE IDH [300], en el ejercicio de su función consultiva, amplió la protección de los derechos de las mujeres frente a la VO al abarcar el embarazo, parto, posparto y lactancia. Aunque centrada en personas privadas de libertad, estableció criterios aplicables a toda la población, en particular sobre el deber estatal de prevenir, sancionar y abstenerse de ejercer actos de VO. Esta opinión sirve como instrumento transversal que nutre la definición y el alcance de la VO al reconocerla como una violación de DH basada en género con un deber acentuado de protección para mujeres privadas de la libertad.

La incorporación de la OC-29/2022 como fuente interpretativa en su función contenciosa ha permitido a la Corte IDH reforzar la interdependencia entre los derechos a la salud, la integridad y la autonomía reproductiva y ampliar la cobertura de protección a toda la población, más allá de

[300] Se destacan algunos párrafos de la OC 29/2022 Corte IDH: La Opinión reconoce que, debido a su situación de vulnerabilidad, las mujeres enfrentan riesgos agravados a su vida e integridad, lo que exige un enfoque diferenciado y reforzado en la protección de sus derechos (párr. 128). Se reconoce la necesidad de servicios de salud especializados y asegurar una nutrición adecuada en estas etapas reproductivas (153–154). Los Estados deben prevenir daños irreparables a la salud física y mental, integridad y vida de las mujeres, bajo el respeto del principio de la no discriminación y el deber de prevenir daños irreparables a los derechos a la salud física y mental, la integridad y la vida durante la etapa reproductiva (párr. 156).
Se dispone que los Estados deben adoptar medidas mínimas para garantizar atención especializada durante el embarazo, parto y posparto, lo que incluye el acceso a servicios médicos adecuados, personal cualificado, respeto al consentimiento, protección de la privacidad y confidencialidad, contacto entre madre e hijo, acompañamiento durante el parto y respeto a prácticas culturales y derechos reproductivos (párr. 158).

las personas privadas de la libertad. En el caso *Brítez Arce y otros v. Argentina*, destacó las vulnerabilidades que pueden presentarse durante las etapas reproductivas y subrayó la obligación de la actuación adecuada durante la atención médica (39, 56, 62; 72, 74–76).

En la sentencia *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*, se apoyó en su párrafo 150 [301] para reiterar que el derecho a la salud durante las etapas reproductivas, como parte del derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental, debe satisfacer la disponibilidad, la aceptabilidad, la calidad y la accesibilidad de los servicios (129). Retomó los párrafos 148 [302] y 160 [303] de la Opinión para vincular la autonomía reproductiva con la libertad de decisión sobre el cuerpo y el plan de vida, libre de violencia, coacción y discriminación. Destacó el derecho de las mujeres de acceder a servicios de salud reproductiva, información, educación y medios que les permitan decidir libremente sobre el número de hijos e intervalo entre nacimientos. Reforzó la calificación de la VO como una violación de DH y forma de violencia de género, y el deber estatal de evitar incurrir en VO, especialmente durante el acceso a servicios de salud reproductiva (101, 102–104).

No obstante, la eficacia de la OC-29/2022 revela tensiones. El llamado a la tipificación penal (párr. 162) puede desplazar el foco desde las obligaciones de prevención hacia una respuesta predominantemente punitiva, pese a que la experiencia regional ha mostrado que la sanción penal, por sí sola, no corrige las condiciones institucionales y organizativas que permiten la persistencia de estas violencias. También se queda corta en desarrollar con igual densidad pautas de formación obligatoria, revisión de protocolos, rediseño de rutas de atención y mecanismos efectivos de supervisión clínica, que podrían tener capacidad preventiva. En segundo lugar, aunque el párrafo

[301] Según el párrafo 150 de la OC-29/2022, el derecho a la SSYR debe satisfacer los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. La accesibilidad comprende la accesibilidad física, en tanto los bienes y servicios deben encontrarse disponibles a una distancia segura que permita atención e información oportunas. La asequibilidad económica permite que los servicios esenciales puedan brindarse gratuitamente o sobre la base del principio de igualdad y evitar que los gastos de salud sean una carga desproporcionada. La accesibilidad de la información faculta a las mujeres a buscar, recibir y difundir información general y específica sobre su SSYRR.

[302] El párrafo 148 de la OC-29/2022 reconoce la SSYR como parte del derecho a la salud, con implicaciones para las mujeres por su capacidad biológica de embarazo y parto. Comprende la autonomía y libertad reproductiva para decidir sobre el plan de vida, cuerpo y salud, libre de violencia, coacción y discriminación; el acceso a servicios de salud reproductiva, información, educación y medios para decidir el número de hijos e intervalos; e incorpora determinantes básicos de la SSYR, como agua potable, saneamiento, alimentación y nutrición adecuadas.

[303] El párrafo 160 de la OC-29/2022 reconoce la legitimidad de distintas conceptualizaciones del término "violencia obstétrica" y afirma que los actos de violencia contra las mujeres durante el embarazo, parto y posparto representan una forma de violencia de género. Esta forma de violencia vulnera la *Convención de Belém do Pará* y activa obligaciones estatales de prevención y erradicación, en particular respecto del acceso a servicios de salud reproductiva y del deber de garantizar una atención adecuada y respetuosa durante estas etapas.

158 c alude al derecho a información sin sesgos, el Tribunal no construye a partir de ello un parámetro de erradicación de estereotipos en el ámbito sanitario, judicial y penitenciario, ni fija criterios verificables para identificarlos o corregir y sancionar decisiones basadas en ellos.

En tercer lugar, la Opinión carece de una delimitación suficientemente clara entre obligaciones de cumplimiento inmediato y deberes sujetos a realización progresiva conforme al artículo 26 de la CADH, lo que puede debilitar su operatividad en contextos de escasez de recursos y desarrollo progresivo, y dificultar la gestión de recursos en entornos precarios. Finalmente, las reglas sobre unidad familiar son inoperantes ante las barreras económicas y geográficas como las distancias, los costos de traslado o la precariedad institucional, pues el documento no jerarquiza normativamente prestaciones inmediatas como el acceso a agua, higiene, atención de urgencia o información adecuada, frente a reformas de más largo alcance, ni establece medidas materiales que neutralicen obstáculos geográficos y económicos, como los costos de traslado, la distancia de los centros de detención o la ausencia de infraestructura para visitas y contacto oportuno.

Otros documentos de la CIDH son relevantes en cuanto a la protección del derecho a la información y a su acceso. En el documento de la CIDH, *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe de 2019*: la CIDH recomienda a los Estados, respecto a la VO, dar acceso a las mujeres a "información adecuada y multidisciplinaria sobre su cuerpo y su situación, para promover su libre elección sobre las formas de tratar su embarazo, respetando su consentimiento y su autonomía" (188). Los Estados deben eliminar obstáculos que impidan el acceso de las mujeres a servicios de salud materna y de SSYR y fomentar información y educación en este ámbito (210), además imparcial, accesible y acorde a la edad y nivel educativo, de manera que las niñas y adolescentes puedan conocer sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos (257).

13.4. Definición de la violencia obstétrica según la Corte IDH con apoyo en instrumentos globales e interamericanos

La Corte IDH, con apoyo en elementos del SUDH y del SIDH, precisó la protección del derecho a la SSYR al momento de definir la VO. En la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina* estableció,

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

Esta formulación ofrece un alcance preciso y sitúa al Tribunal IDH en el reconocimiento jurídico de la VO. Amplía su cobertura a distintas etapas reproductivas como el embarazo, parto, posparto y lactancia mediante una argumentación que integra estándares de otros sistemas. La Corte logró construir una definición comprensiva que consolida la VO como una violación de DH y forma de violencia de género, lo que fortalece la protección jurídica de derechos en SSYR de las mujeres. De este recorrido normativo, jurisprudencial e interpretativo se desprende que la Corte IDH superó la descripción de actos de maltrato obstétrico y categorizó aspectos de la violencia de género en el ámbito reproductivo. Permite sostener la configuración progresiva de un derecho a vivir libre de violencia obstétrica como expresión del derecho de las mujeres a vivir libres de violencia en los procesos reproductivos.

En la sentencia *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela,* la Corte reiteró el estándar de VO establecido en la sentencia de *Brítez Arce y otros v. Argentina* en el ámbito contencioso, y de la OC-29/2022, en el consultivo, y lo aplicó a la negativa injustificada de realizar una histerectomía solicitada por la paciente y a las intervenciones médicas negligentes realizadas sin su consentimiento informado. Además de entrar de lleno en actos de VO, examinó también actos de mala praxis médica.

Reiteró la definición del párrafo 81 de la sentencia pionera (104) y confirmó su carácter de violencia de género expresamente prohibida por los tratados interamericanos de DH. Precisamente es este elemento de prohibición el que otorga fuerza a la prevención, erradicación y sanción de la VO mediante políticas de salud adecuadas que aseguren atención calificada durante el parto, controles prenatales y posparto adecuados; y políticas sanitarias para documentar las causas de mortalidad (104–105).

En la sentencia *Beatriz y otros v. El Salvador* reafirmó el estándar de VO establecido en la sentencia de *Brítez Arce y otros v. Argentina* y lo aplicó a la omisión estatal ante un riesgo obstétrico grave y a la falta de protocolos claros que garantizaran una respuesta médica diligente y oportuna en un contexto de inseguridad jurídica. La Corte IDH reafirmó que el derecho a la salud durante las etapas reproductivas forma parte del goce del nivel más alto posible de salud física y mental y debe satisfacer elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Advirtió, además, que la falta de atención adecuada o los problemas de accesibilidad pueden violar el artículo 5.1 de la CADH y exponer a conductas perjudiciales y formas específicas de violencia y malos tratos (129). Constató, asimismo, que el caso se desarrolló en un contexto de VO y que la ausencia de protocolos claros y la inseguridad jurídica obstaculizaron la protección oportuna de la vida, integridad, vida privada y salud de la víctima, en relación con el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará, que obliga a los Estados a condenar toda forma de violencia contra las mujeres y adoptar medidas para prevenirla, sancionarla y erradicarla (148, 153–157).

13.5. Elementos constitutivos de violencia obstétrica y el paso hacia actos concretos en que se manifiesta

13.5.1. Elementos, características y alcance de algunas manifestaciones de actos de violencia obstétrica

En la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina*, la Corte IDH delimitó algunos de los elementos constitutivos de VO: Identificó quiénes la ejercen: "... los encargados de la atención en salud"; a quiénes afecta: "... las personas gestantes"; y los momentos en que puede producirse: "durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar durante el embarazo, el parto y posparto". De ello

se desprende que la VO puede configurarse en cualquier etapa de la atención obstétrica, al comprometer el derecho a una atención adecuada, oportuna y respetuosa (81).

La identificación y expresiones de actos de VO plantean un desafío global para su prevención, investigación y sanción [304]. La Corte IDH ofreció un elemento interpretativo importante en la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina* al describir la manifestación de la VO como "mayoritaria, pero no exclusiva" con respecto al trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente (81). Al incorporar tanto acciones como omisiones, amplió el alcance del concepto y dotó a los Estados de dicho marco interpretativo que les obliga a adoptar medidas frente a las diversas formas en que esta violencia puede presentarse.

Cabe profundizar en algunas de estas manifestaciones, que ocurren cuando se vulneran derechos como la atención adecuada, la información y su acceso, o cuando se producen malas prácticas que se conjugan con violencias en SSYR.

13.5.2. Acceso a servicios adecuados

La amplitud del espectro de la VO se evidencia en su manifestación a través de deficiencias en la atención obstétrica. En la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina,* la Corte IDH identificó la falta estatal en garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, eficaces, oportunos y apropiados, así como en promover el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Esta situación permitió el análisis conjunto de las obligaciones de proteger los derechos a la salud, la vida y la integridad personal. En esta línea argumentativa, la Corte vinculó la VO con la inobservancia de deberes positivos de garantía al reconocer que los actos u omisiones que obstaculizan una atención obstétrica adecuada dan lugar a conductas contrarias a los DH.

[304] Sobre este particular es de interés mencionar a Pickles (2025), que subraya que la importancia de la definición en la sentencia en cuestión radica en que la Corte IDH reconoció formalmente que la violencia puede configurarse tanto por actos de acción como de omisión. Considera fundamental esta precisión porque permite catalogar legalmente como violencia la negligencia prolongada y la retención de información crítica durante emergencias. Esta particularidad eleva la desatención institucional al mismo estatus jurídico que el maltrato físico directo. Bajo este estándar, la omisión de cuidados excede una falla en la prestación del servicio y se ubica como agresión activa contra la dignidad y la autonomía de quien recibe la atención.

13.5.3. Derecho a la información y a su acceso

El derecho a la información y a su acceso es un componente significativo de la SSYR y de la autonomía reproductiva. En el caso *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, la Corte estableció que la información clara y completa sobre los tratamientos reproductivos es condición necesaria para el ejercicio libre y autónomo de las decisiones en materia reproductiva (146-150; 264). De igual forma, en la sentencia de *I.V. v. Bolivia,* reconoció que la práctica de una esterilización no consentida vulneró este derecho, al omitirse información suficiente sobre el procedimiento, sus riesgos y consecuencias (254–257; 266–268).

Posteriormente, en el caso *Brítez Arce y otros v. Argentina,* el Tribunal calificó la "... denegación de información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables" como un acto concreto de VO (81). En su análisis, consideró que la falta de información oportuna y comprensible, especialmente ante riesgos obstétricos, es una violación de derechos que agrava la vulnerabilidad de las personas durante la gestación. En palabras de la Corte,

> En consecuencia, el diagnóstico, la decisión de someter a la señora Brítez Arce a trabajo de parto, la falta de información completa sobre las posibles alternativas de tratamiento y sus implicaciones, y la espera de dos horas en una silla mientras se llevaba a cabo el procedimiento, sometieron a la víctima a una situación de estrés, ansiedad y angustia, que, sumada a la especial vulnerabilidad en que se encontraba, implicó un trato deshumanizado y la denegación de información completa sobre su estado de salud y alternativas de tratamiento, lo que constituye VO (85).

Dentro del desarrollo jurisprudencial del Tribunal IDH, la falta de información específica y suficiente sobre el estado de salud se configura como acto de VO. En especial respecto de los riesgos de enfermedades y su posible impacto, con énfasis en aquellas afecciones asociadas con altos índices de mortalidad materna. Lo mismo ocurre ante la ausencia de recomendaciones para prevenir o tratar enfermedades, sobre todo cuando existen antecedentes médicos registrados en la historia clínica. Esto último también representa una falta de garantía en el acceso a información precisa y oportuna sobre el estado de salud (82). A esto se suma su carencia respecto a las alternativas de tratamiento o su denegación por parte del personal sanitario (85).

En esta sentencia contra Argentina, la Corte ordenó al Estado diseñar una campaña de difusión sobre el derecho de las personas gestantes a recibir información completa y comprensible sobre su salud (119). Así reafirmó la dimensión sustantiva del derecho en cuestión en la protección frente a la VO, parámetro reiterado en la sentencia *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela* (104) y consolidado en la sentencia de *Beatriz y otros v. El Salvador* también (152–156; 229–231).

La VO incide directamente en el derecho a la información, al configurarse mediante omisiones o manipulaciones de datos esenciales que impiden decisiones libres e informadas sobre la salud y el bienestar. Su vulneración repercute en el derecho a la salud e intensifica los impactos físicos y psicológicos derivados de esta forma de violencia. Garantizar el acceso a información es, por tanto, una condición necesaria para proteger la salud integral y el bienestar durante las etapas reproductivas y para la realización de derechos en SSYR.

13.5.4. Derecho a un estándar objetivo de cuidado médico

El caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela* amplió el alcance jurídico de la VO al reconocer que la vulneración de derechos puede provenir tanto de actos de VO como de mala praxis, categorías que la Corte analizó de manera diferenciada. Este matiz permitió afirmar que la VO puede presentarse aun sin error técnico, aunque ambos fenómenos puedan coexistir. En el caso hubo un rechazo injustificado del médico a la solicitud de una histerectomía formulada por la víctima, pese a su conocimiento médico y su autonomía reproductiva, que habría contribuido a disminuir un riesgo conocido de mortalidad materna (35). A la respuesta médica insuficiente frente a un problema obstétrico inicial (acretismo placentario), se sumó una práctica médica deficiente como la extracción manual y fragmentada de la placenta, que agravó el cuadro clínico (122).

De igual forma, el Tribunal señaló deficiencias posteriores, como la realización de una histerectomía de urgencia durante la cual se llevaron a cabo conductas que configuraron VO y comprometieron gravemente la salud de la víctima (36, 39, 123). Con ello, la Corte IDH precisó que la VO, además de abarcar omisiones en el deber de información, conductas en contextos de desatención, coacción o ausencia de consentimiento, también incorpora tratos crueles, inhumanos y degradantes, lo que refuerza la comprensión integral de esta forma de violencia.

14. Medidas de reparación y seguimiento de la Corte IDH

La Corte IDH ha desarrollado mecanismos específicos para verificar el cumplimiento de las reparaciones ordenadas en sus sentencias, las cuales tienen carácter vinculante dentro del SIDH. Principalmente, emite resoluciones de supervisión de cumplimiento, mediante las cuales evalúa de forma jurisdiccional y periódica, el grado de ejecución de cada medida dispuesta por el Tribunal. Además, pueden presentarse informes de seguimiento, los cuales, aunque no siempre son actos procesales autónomos, complementan esta labor a través de reportes formales del Estado, observaciones de los representantes de las víctimas o informes de la CIDH. Estos instrumentos permiten identificar avances, retrocesos o situaciones de incumplimiento y determinan si el procedimiento de supervisión debe mantenerse abierto.

La jurisprudencia interamericana ha transitado de un modelo de indemnización pecuniaria hacia un paradigma de reparaciones con vocación transformadora. Este enfoque busca resarcir el daño individual y corregir las fallas sistémicas, económicas e institucionales que normalizan la violencia GO. Al ordenar garantías de no repetición, como la revisión de protocolos médicos y la capacitación obligatoria, el Tribunal IDH pretende desmantelar la arquitectura institucional que perpetúa la asimetría de poder y la objetivación del cuerpo gestante.

En el marco de la justicia transformadora, el derecho a la verdad se erige como un componente autónomo y esencial de la reparación integral para las víctimas de violencia de género. Según el Comité de Expertas del MESECVI, este derecho se vincula directamente con las garantías judiciales, la protección judicial y el derecho a la información consagrados en la CADH y en el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará (MESECVI 2025, núm. 15). Su naturaleza posee una doble dimensión: por un lado, el derecho individual de las víctimas y sus familiares a conocer la verdad sobre los hechos y la identidad de los responsables; y por otro, el derecho de la sociedad en su conjunto a la revelación pública y completa de la verdad procesal de lo ocurrido (MESECVI 2025, núm. 15, 26).

Según el Comité de Expertas del MESECVI, el derecho a la verdad se integra en el deber de debida diligencia del Estado, el cual asume la responsabilidad última de esclarecer los hechos, sin que esta búsqueda dependa exclusivamente del esfuerzo de la persona afectada. En el ámbito

ginecoobstétrico, la verdad actúa como una medida de satisfacción simbólica indispensable para recuperar la memoria de las víctimas, reconocer su dignidad y reafirmar su condición de sujetos de derechos frente al maltrato institucionalizado. De este modo, el acceso a la verdad trasciende el esclarecimiento técnico-médico para convertirse en un mecanismo reparador. Así la víctima y la sociedad pueden comprender las causales de fondo y los patrones de discriminación que permitieron la vulneración de la SSYR (MESECVI 2025, párrs. 15, 26).

A partir de estos mecanismos, la Corte IDH ha trazado una línea jurisprudencial en materia de reparación integral frente a violaciones de derechos en SSYR, en particular en casos en que utiliza el término VO. Esto merece la revisión de las disposiciones en las sentencias en estudio y sus resoluciones de supervisión, para exponer las obligaciones estatales derivadas de la jurisprudencia interamericana. Se examinan los distintos tipos de medidas ordenadas: satisfacción, rehabilitación, garantías de no repetición y compensación, así como los avances y rezagos en su implementación efectiva. Todo ello facilita la comprensión del alcance y los límites de las reparaciones dispuestas por el Tribunal, así como su impacto en la transformación de marcos normativos, institucionales y culturales vinculados al acceso a una atención obstétrica protectora de derechos.

Sin embargo, existe un patrón de cumplimiento parcial, diferido o incluso nulo por parte de los Estados frente a las reparaciones ordenadas por la Corte IDH. En contraposición a que las decisiones han fijado reglas normativas precisas, se revela una brecha significativa entre la declaración formal de responsabilidad internacional y la ejecución efectiva de las medidas ordenadas. Esta se expresa en la demora prolongada de implementar reformas normativas, la falta de protocolos operativos claros y aplicables en los sistemas de salud, la resistencia institucional para reconocer patrones de VO y la inacción administrativa frente a las medidas de no repetición, que requieren voluntad política sostenida. Todo ello, sin perjuicio de que el artículo 68.1 de la CADH dispone expresamente que “Los Estados Partes se comprometen a cumplir la decisión de la Corte en todo caso en que sean partes”.

La efectividad de estos estándares enfrenta un patrón de cumplimiento incompleto o nulo, derivado de una persistente resistencia. Las demoras para implementar reformas normativas y la falta de voluntad política para transformar la cultura asistencial se manifiestan a través de la inacción administrativa e institucional, lo que compromete la función preventiva del precedente y exige el

diseño de remedios con metas verificables y mecanismos de vigilancia que aseguren la rendición de cuentas frente a la vulnerabilidad de las víctimas.

14.1. Acuerdos de solución amistosa en el SIDH

14.1.1. Caso *María Mamérita Mestanza Chávez* del 26 de agosto (2003)

María Mamérita Mestanza, mujer indígena, rural y en situación de pobreza, fue víctima de la política estatal peruana de esterilización forzada implementada masivamente en los años noventa. Personal de un centro de salud público la presionó para someterse a una ligadura de trompas mediante amenazas de tipo administrativo, judicial y de privación de libertad, debido a que tenía más de cinco hijos. La intervención se practicó sin evaluación médica ni consentimiento libre, previo e informado. Fue dada de alta pese a presentar síntomas postoperatorios, cuya atención fue omitida. Falleció a causa de una infección generada por complicaciones de la esterilización.

En el acuerdo de solución amistosa, la CIDH reconoció la responsabilidad internacional del Estado peruano por la violación de los derechos a la vida, integridad personal, salud e igualdad. Se evidenció una política pública sistemática de esterilización forzada contra mujeres indígenas, rurales y en situación de pobreza, en contravención de los estándares internacionales sobre autonomía reproductiva. La CIDH concluyó que el Estado incumplió su deber de garantizar el consentimiento en intervenciones que afectan la capacidad reproductiva, lo que configura una vulneración grave de derechos sexuales y derechos reproductivos. Se fijaron lineamientos regionales sobre consentimiento, no discriminación, autonomía reproductiva y enfoque interseccional.

La CIDH supervisó el cumplimiento mediante resolución del 20 de octubre de 2016. El Estado reconoció su responsabilidad internacional por la violación de los derechos a la vida, integridad personal e igualdad ante la ley de la víctima, así como del artículo 7 de la Convención de Belém do Pará. El fallecimiento ocurrió por una esterilización forzada en una política estatal de salud pública que aplicó masiva y sistemáticamente la anticoncepción, especialmente sobre mujeres indígenas, rurales y pobres. El acuerdo incluyó compromisos de reparación moral y material, investigaciones en sede penal ordinaria y reformas legislativas y de política pública en salud

reproductiva y planificación familiar, en búsqueda de la eliminación de los enfoques discriminatorios y la garantía de la autonomía de las mujeres.

14.1.2. Caso *F.S. v. Chile*, 27 de agosto (2021)

Los hechos se refieren a F.S., mujer rural, en situación de pobreza y portadora del VIH, quien fue sometida a una esterilización quirúrgica en un hospital público chileno sin su consentimiento previo, libre e informado. El personal médico condicionó la intervención al diagnóstico de VIH, sin evaluar alternativas ni respetar su autonomía reproductiva. La CIDH, en su informe de admisibilidad OEA/Ser. L/V/II.151 Doc. 17 (2014) determinó que la práctica de un acto médico sin información previa configura una violación del derecho de acceso a la información protegido por el artículo 13 de la CADH.

El caso culminó en un Acuerdo de Solución Amistosa ante la CIDH (ASA n.º 12956/2021) que declaró la responsabilidad internacional de Chile por la afectación de los derechos a la integridad personal, salud, vida privada y familiar. La CIDH enfatizó que la condición interseccional de F. S., marcada por el género, la salud y la precariedad socioeconómica, intensificó la gravedad del daño. Este acuerdo derivó en medidas de reparación integral, garantías de no repetición y compromisos de adecuación normativa en materia de DH y SSYR [305], y consolidó el estándar regional sobre la irreversibilidad de la esterilización no consentida como una violación continuada de derechos.

15. Pauta de las reparaciones transformadoras

La evolución jurisprudencial del Tribunal permite identificar cómo las reparaciones ordenadas en materia de SSYR han transitado desde medidas de alcance individual hacia medidas orientadas a transformar las condiciones institucionales que permiten la persistencia de la VO.

[305] Algunas de estas medidas son: acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional, reunión privada de disculpas con la Primera Dama, compensación económica, difusión de directrices sobre esterilización femenina y masculina, campaña de sensibilización sobre VIH, difusión de la Ley sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, aumento de salas de parto integral e instalación de placa conmemorativa, solicitud de inicio de procedimiento por faltas a la ética profesional y elaboración de recomendaciones para la mejora de procedimientos técnicos en la materia y capacitaciones en derechos sexuales y en derechos reproductivos con enfoque de género.

15.1. Caso *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*: Levantamiento de la prohibición de la FIV y reparación por restricción a la autonomía reproductiva

En la sentencia contra Costa Rica, como medida de reparación, la Corte IDH ordenó al Estado levantar la prohibición de la FIV y restablecer su acceso efectivo bajo condiciones de igualdad, dignidad y libertad, y adoptar disposiciones legislativas, administrativas y judiciales que garantizaran el ejercicio de este derecho (146–150, 264–270).

Como medidas de rehabilitación, ordenó proveer gratuitamente tratamiento médico y psicológico a las víctimas, según necesidades particulares (340). Como medidas de satisfacción, la publicación de la sentencia y la realización de un acto público de reconocimiento de responsabilidad (338–339). Como garantías de no repetición, la adopción de legislación y políticas públicas que regulen el acceso a la FIV según principios de DH y capacitaciones a funcionarios en DSYR (341, 342).

Desde la emisión de la sentencia se han dictado diversas resoluciones de supervisión de cumplimiento. La primera, en 2014, señaló que el Estado había adoptado una norma que autorizaba la FIV, pero que su aplicación seguía pendiente. La segunda, de 2016, observó con preocupación la falta de acceso efectivo a procedimientos y la persistencia de obstáculos institucionales. La tercera, en 2019, reconoció avances, como la reglamentación de los centros privados y públicos, pero reiteró que el cumplimiento aún era parcial y que persistían barreras prácticas para el acceso pleno y equitativo (Corte IDH, supervisión de cumplimiento, *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, Resoluciones de 31 de marzo de 2014; 26 de febrero de 2016; y 22 de noviembre de 2019). Por ello, el procedimiento de supervisión permanece abierto hasta que se constate el cumplimiento integral de las reparaciones ordenadas.

15.2. Caso *I.V. v. Bolivia*: reparación integral por esterilización no consentida y vulneración del consentimiento informado

En la sentencia contra Bolivia, entre las medidas ordenadas se dispusieron acciones de rehabilitación, como el acceso gratuito e inmediato a tratamiento médico especializado en SSYR, así como atención médica y psicológica integral, según las necesidades de la víctima (331–332). Se dispuso además el suministro continuo de medicamentos. En materia de satisfacción, la Corte

ordenó la publicación de la sentencia y su resumen oficial, así como un acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional. También se estableció la elaboración y difusión de una cartilla clara y accesible sobre los derechos en SSYR, con énfasis en el consentimiento.

Como medidas de no repetición, el Estado debía proveer información clara y actualizada sobre SSYR e implementar programas permanentes de formación para estudiantes de medicina y quienes brindan atención en salud sobre consentimiento, discriminación, estereotipos y violencia de género (342–343). Finalmente, como compensación, fijó el pago por daños materiales e inmateriales y el reintegro de costas y gastos del proceso (334, 348).

La Corte ha emitido cuatro resoluciones de supervisión. La primera, de 2017, evidenció ausencia de avances sustanciales. La segunda, de 2018, reiteró el incumplimiento en atención médica especializada y medidas de satisfacción y no repetición. En la tercera, de 2020, persistió la preocupación por la falta de ejecución efectiva. Finalmente, en la resolución de 2021 reconoció avances parciales, como la realización del acto público por medios digitales y la presentación de una versión preliminar de la cartilla. No obstante, concluyó que persistía un incumplimiento generalizado, razón por la cual decidió mantener abierto el procedimiento de supervisión (Corte IDH, supervisión de cumplimiento, *I.V. v. Bolivia*, Resoluciones de 23 de noviembre de 2017; 22 de noviembre de 2018; 24 de noviembre de 2020; y 17 de diciembre de 2021).

15.3. Caso *Brítez Arce y otros v. Argentina*: medidas de satisfacción y campañas de prevención frente a la VO

En la sentencia contra Argentina, la Corte declaró que el propio pronunciamiento constituye una forma de reparación (108). Como medida de satisfacción y no repetición, ordenó difundir el resumen oficial de la sentencia en el Diario Oficial, un medio nacional de amplia circulación y portales oficiales. También dispuso campañas de información sobre derechos en entornos obstétricos y sobre situaciones que dan lugar a actos de VO. Estas debían resaltar el derecho a una atención humanizada, a recibir información clara y completa, a que se escuchen las preferencias y necesidades, y a evitar la patologización del proceso reproductivo (109, 119–129). También ordenó acceso a tratamiento psicológico y psiquiátrico como medida de rehabilitación y reparación integral por daños materiales e inmateriales, incluidas costas y gastos procesales (120, 126).

En la resolución de supervisión de cumplimiento del 30 de abril de 2024, la Corte IDH evaluó los informes del Estado argentino (marzo de 2023 a abril de 2024) y las observaciones del representante de las víctimas. Constató avances parciales en la publicación de la sentencia, la difusión del resumen oficial, el diseño de una campaña informativa sobre derechos sexuales y derechos reproductivos y el cumplimiento de pagos indemnizatorios. Sin embargo, se advirtió la falta de evidencia verificable sobre la implementación estructural de las medidas. El Tribunal exigió al Estado entregar información actualizada, verificable y detallada. El procedimiento de supervisión permanece abierto hasta que se constate el cumplimiento de las reparaciones ordenadas (Corte IDH, supervisión de cumplimiento, *Brítez Arce y otros v. Argentina*, Resolución de 30 de abril de 2024, párrs. 9–13, 14–17, 19–22).

15.4. Caso *Manuela y otros v. El Salvador*: reparaciones frente a la criminalización de emergencias obstétricas

El caso de *Manuela y otros v. El Salvador* sirve como ejemplo para detallar cómo la Corte IDH se encargó de ordenar medidas individuales, así como medidas para lograr cambios de base en el Estado salvadoreño. Ordenó la adaptación de protocolos para emergencias obstétricas, la reforma legislativa para impedir la criminalización de tales eventos, la capacitación de personal sanitario y judicial con enfoque de género y DH, la reparación integral a la familia de la víctima y la adopción de un plan nacional de educación sexual (287–316).

Como medidas de satisfacción, la Corte dispuso la publicación de la sentencia, un acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional, becas para los hijos de Manuela y rehabilitación para sus padres. Las garantías de no repetición contemplaron la regulación del secreto profesional médico y sus excepciones; la adaptación de protocolos y guías médicas ante emergencias obstétricas; adecuación normativa sobre prisión preventiva; formación continua de funcionarios públicos y personal sanitario; revisión de la dosimetría penal del infanticidio e implementación de programas de educación sexual y reproductiva.

Sobre el secreto profesional médico (D.1), la Corte ordenó garantizar su protección legal y regular sus excepciones con base en una ponderación adecuada de derechos e intereses en juego, mediante protocolos ajustados a criterios internacionales (283). El objetivo es evitar que el personal de salud

vulnere la confidencialidad médica y denuncie a mujeres en situaciones de aborto o emergencias obstétricas, o mediante interrogaciones para obtener confesiones (287).

Del mismo modo, se ordenó adaptar guías médicas que aseguren atención oportuna y adecuada bajo estándares internacionales, sin condicionar el acceso a procesos penales o delaciones. Sobre la prisión preventiva (D.2), concluyó que su aplicación contra Manuela violó la CADH, por lo cual ordenó al Estado adecuar su normativa procesal conforme a criterios consolidados interamericanos (289). Según la jurisprudencia, esta medida debe ser excepcional, justificada, basada en motivación suficiente, revisada periódicamente y aplicada con proporcionalidad (99, 112, 288).

Otra garantía de no repetición ordenada por el Tribunal IDH consiste en la capacitación continua de funcionarios públicos, incluidos jueces, fiscales, defensores y personal sanitario del hospital, especialmente aquellos involucrados en causas penales por aborto o infanticidio (294). Los programas formativos deben contemplar las pautas interpretativas estándares fijadas en la sentencia, en particular la prohibición de estereotipos de género y presunciones discriminatorias. También deben promover el reconocimiento del valor probatorio de los testimonios de las mujeres, ya sea como partes o como testigos, y advertir sobre los efectos nocivos de las normas rígidas que refuerzan prejuicios sobre el "comportamiento esperado" de las mujeres (293).

Las garantías de no repetición también toman en cuenta los programas de educación sexual y reproductiva (D.5). La Corte dispuso adoptar programas escolares integrales, no discriminatorios, científicamente rigurosos y adecuados a la edad de las personas destinatarias (297). Respecto de la atención médica en casos de emergencias obstétricas (D.6), ordenó adoptar medidas estatales para asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad y respeto por los DH (299).

Dentro de las medidas de compensación (E.), distinguió entre el daño material, referido a pérdidas económicas directas y verificables, e inmaterial, vinculado al sufrimiento, angustia emocional y otros perjuicios no económicos. Ordenó el otorgamiento de indemnizaciones compensatorias y reembolso de costas, gastos y medidas para asegurar el cumplimiento de los pagos (300–325).

Debido al carácter transformador de estas reparaciones, la Corte IDH mantiene el caso bajo supervisión activa hasta la completa acreditación de la ejecución integral de las garantías de no repetición destinadas a erradicar la criminalización de las emergencias obstétricas. En sus

resoluciones de supervisión de cumplimiento de 27 de julio de 2022 y 16 de diciembre de 2022, el Tribunal evaluó el progreso de El Salvador e identificó que, si bien existen gestiones iniciales, persisten deficiencias críticas en la implementación efectiva de los protocolos de secreto profesional y en la adecuación de la dosimetría penal conforme a estándares de proporcionalidad.

15.5. Caso *Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela*: responsabilidad estatal por mala praxis y VO

La Corte señaló el deber estatal de regular y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados, evitar interferencias de terceros y asegurar prácticas de calidad (116). También medidas legislativas, administrativas y de política pública para regular los servicios, garantizar atención oportuna y prevenir conductas de VO con protocolos específicos (202–214). Sobre reparaciones, adoptó un enfoque de género para valorar los daños y tomó en cuenta el sufrimiento físico, psíquico y moral de la víctima y su familia (163–164). Ordenó medidas de satisfacción como la publicación de la decisión en medios, facultades de medicina y sitios oficiales del Estado (165–170), con reparaciones por VO y *mala praxis*. Constató que hubo deficiencias procesales que causaron el sobreseimiento de la causa penal sin investigación ni procesamiento de responsables (160).

Como garantías de no repetición, la Corte IDH ordenó al Estado implementar medidas según estándares interamericanos e internacionales de DH, ejecutar programas de salud para salvaguardar los derechos de la salud materna en centros de salud públicos y privados y capacitación en salud y DH con enfoque de género para el personal de atención en salud reproductiva y judicial (171). Exigió formación continua para estudiantes y profesionales de salud reproductiva, con indicadores para evaluar resultados y reducir denuncias por VO.

La decisión consideró que dichas medidas respondían a estereotipos de género identificados en la conducta del cirujano, quien priorizó la preservación del aparato reproductivo sobre la autonomía (87). Tomó en cuenta la solicitud de los representantes sobre capacitación y políticas de prevención e investigación de VO, bajo las directrices derivadas de la jurisprudencia sobre plazos razonables y debida diligencia (172). Reiteró que el daño material conforma pérdidas de ingresos, gastos y perjuicios económicos, y consideró que la falta de investigación y sanción obstaculizó el acceso a reparación civil, por lo que ordenó compensación por daño material y por los gastos en la búsqueda

de justicia (180–182). Respecto al daño inmaterial, reconoció el sufrimiento físico, psíquico y moral de la víctima, el impacto en su entorno familiar y laboral, y reafirmó su jurisprudencia sobre alteraciones significativas en la vida de las víctimas (183–186).

Por la falta de diligencia judicial ante actos de mala praxis y VO, la Corte IDH ordenó capacitación de órganos judiciales y al Ministerio Público bajo estándares interamericanos. Reconoció el sufrimiento ante la ausencia de investigación y sanción, lo que generó angustia y desgaste, por lo que otorgó indemnizaciones en equidad (187, 188). Hasta el momento no se han especificado informes de seguimiento ni resoluciones de supervisión.

15.6. Caso *Beatriz v. El Salvador*: obligaciones estatales en embarazos de alto riesgo y regulación de la objeción de conciencia

En lo atinente a las medidas de reparación, la Corte ordenó garantizar el acceso efectivo a servicios de SSYR, entre ellos, atención para embarazos de alto riesgo, establecer un mecanismo que permitiera evaluar con celeridad y certeza los casos en los que esté legalmente autorizado el aborto, y adoptar políticas públicas con enfoque de género y DH (342–345). Dispuso atención psicológica a los familiares de Beatriz por parte del Estado, pago de indemnizaciones por daño material e inmaterial, y publicación del resumen oficial de la sentencia en medios de comunicación de amplia circulación (352, 357). En el marco de las garantías de no repetición, la Corte exigió modificar el marco legal para evitar que se repitan eventos similares, mediante reformas normativas, protocolos médicos adecuados y regulación estricta de la objeción de conciencia (376–378).

Ordenó crear protocolos médicos y judiciales precisos para embarazos de alto riesgo que prevengan daños a la salud, reformar normas que protejan a gestantes y personal médico, y garantizar recursos judiciales efectivos. Reafirmó que negar servicios en tales circunstancias constituye VO y viola derechos reproductivos y de vida. Trazó precedentes para marcos normativos y protocolos sensibles al género. Dispuso la regulación estricta de la objeción de conciencia, capacitación del personal sanitario, reparación integral a la familia y reformas de peso como garantías de no repetición. Además, ordenó asegurar que los sistemas de salud se adecuen a criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (278, 280, 344, 376).

15.7. Caso *Ramos Durand y otros v. Perú*: unificación normativa del consentimiento e inclusión reparadora

En su sentencia de noviembre de 2025, la Corte IDH consolidó la dimensión transformadora de las reparaciones al ordenar medidas destinadas a desarticular las condiciones institucionales y la dispersión normativa que facilitaron la práctica de esterilizaciones forzadas (247). Como medida correctiva sistémica, el Tribunal dispuso la aprobación de un instrumento normativo único que presente de manera unificada las reglas y estándares para la obtención del consentimiento informado en SSYR (247–248, 314). Asimismo, ordenó la revisión y actualización de los protocolos en todos los hospitales públicos y privados del país (248), y el diseño de una política pública nacional integral sobre SSYR que incorpore capacitación obligatoria para el personal de salud con enfoque de género e interseccionalidad (250).

Resulta técnicamente innovadora la orden de inscribir a las víctimas fallecidas en el marco de este programa estatal en el REVIESFO[306] (251, 316), para que este registro se reconfigure en una herramienta de reparación integral que reconoce la responsabilidad estatal por las consecuencias letales de la política reproductiva. Finalmente, el fallo integró medidas de satisfacción individual con impacto generacional como el otorgamiento de becas de estudios superiores para las hijas de la víctima (240) y un acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional (237).

16. Recapitulación

El análisis desarrollado muestra que la protección de los derechos en SSYR dentro del SIDH se estructura a partir de un entramado normativo compuesto por la CADH, la Convención de Belém do Pará y el PSS, así como por los desarrollos interpretativos de la CIDH y la Corte IDH. Este marco ha permitido construir un *corpus iuris* interamericano en materia de SSYR, en el que la protección se conjuga a partir de la interdependencia de derechos civiles, políticos, económicos y sociales. Desde esta perspectiva, las vulneraciones en la atención obstétrica dejan de ser comprendidas como meros conflictos asistenciales o clínicos y pasan a situarse en el plano de las obligaciones estatales de respeto, garantía y debida diligencia reforzada.

[306] El Registro de Víctimas de Esterilizaciones Forzadas (Reviesfo) es un mecanismo administrativo estatal orientado a la identificación y registro de víctimas, con el fin de facilitar el acceso a medidas de reparación integral en casos de esterilizaciones forzadas vinculadas a políticas públicas de planificación familiar.

La CIDH ha contribuido a visibilizar prácticas contrarias a los derechos en SSYR y a identificar patrones en la estructura de los sistemas de salud que favorecen su persistencia. Por su parte, la jurisprudencia de la Corte IDH ha profundizado estos desarrollos mediante una línea progresiva que conecta autonomía, consentimiento, integridad, vida privada, igualdad y acceso a la justicia, hasta consolidar la VO como una forma de violencia de género jurídicamente relevante en el ámbito interamericano. Al mismo tiempo, el examen del *corpus iuris* revela que, junto con sus avances, subsisten tensiones interpretativas y límites en la forma en que el Tribunal responde frente a contextos de criminalización, fallas normativas de base y desigualdades que condicionan la efectividad real de la protección.

Se delimita la vulneración de derechos en SSYR a partir de un enfoque de DH que permite identificar, con precisión jurídica, las obligaciones estatales, institucionales y del personal relacionado con la atención exigibles durante los procesos reproductivos. Sobre esta base, sitúa el derecho a la salud y, dentro de él, la SSYR como eje articulador del análisis, a partir de la jurisprudencia de la Corte IDH y de su lectura interdependiente con otros derechos. Se desarrollan también los contenidos exigibles de la SSYR mediante categorías concretas: salud genésica, derechos reproductivos, morbimortalidad materna y derecho a la atención en salud. En cada una se muestra que la lesión jurídica se enfoca en la ausencia de información, la falta de consentimiento, las barreras normativas, la omisión de protocolos, la deficiencia de servicios esenciales, la falta de respuesta diligente ante riesgos obstétricos y los sesgos de género.

La atención se estructura como una obligación jurídica compleja, sometida a criterios verificables de calidad, disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y aceptabilidad. A su vez, con la determinación de deberes estatales de respeto, protección y cumplimiento, en un marco de exigibilidad inmediata y desarrollo progresivo.

El análisis de la jurisprudencia interamericana permite identificar cómo la Corte IDH ha ido delimitando los alcances de diversos derechos en SSYR a partir de la interpretación de la CADH, la Convención de Belém do Pará y otras fuentes relevantes del derecho internacional de los DH utilizadas como marco para configurar un *corpus iuris* propio de protección en la materia. Las

sentencias muestran que las vulneraciones que se producen en contextos de atención obstétrica comprometen simultáneamente diversos derechos protegidos por la CADH, como la integridad personal, la vida privada, la autonomía reproductiva y el derecho a la salud. Estas han reconocido que estas afectaciones deben analizarse en conjunto, pues responden a dinámicas que atraviesan la organización de los sistemas sanitarios y las prácticas en la atención reproductiva.

En este contexto, la Corte IDH ha incorporado progresivamente criterios que permiten identificar la violencia ejercida en contextos obstétricos como una forma específica de vulneración de DH. Las sentencias también muestran que las vulneraciones producidas en la atención obstétrica suelen estar vinculadas con factores como la discriminación de género, las desigualdades socioeconómicas y las barreras de acceso a los servicios de salud. Frente a estas situaciones, la Corte ha adoptado, además, un enfoque interseccional que permite valorar cómo estas agravan la exposición de determinadas mujeres a prácticas institucionales que comprometen sus derechos.

17. Conclusiones parciales

Primera. La delimitación jurídica de afectaciones en SSYR exige desplazar el análisis desde la mera valoración clínica del daño hacia la verificación del incumplimiento de estándares de derechos exigibles en la atención.

Segunda. La jurisprudencia interamericana examinada permite afirmar que la SSYR posee contenido normativo autónomo, aunque interdependiente con otros derechos, de modo que su afectación puede configurarse por consentimiento viciado o ausente, por omisión informativa, por restricciones legales o procedimentales y por fallas en la prestación sanitaria.

Tercera. La atención adecuada es una obligación estatal concreta cuyo incumplimiento compromete la responsabilidad internacional, en especial cuando incide en contextos de urgencia obstétrica, riesgo vital o especial vulnerabilidad.

Cuarta. El desarrollo de los atributos de los servicios sanitarios confirma que la vulneración de derechos en SSYR puede identificarse objetivamente a partir de parámetros normativos verificables, lo que ofrece una base sólida para identificar prácticas de VO, estereotipos de género,

omisiones institucionales y fallas regulatorias dentro del SIDH. La evolución normativa y jurisprudencial del SIDH confirma que los derechos en SSYR se relacionan con múltiples derechos reconocidos en la CADH, lo que impide reducir su análisis en el ámbito estrictamente sanitario. Esta interpretación integral requiere examinar las vulneraciones en SSYR a partir del principio de interdependencia e indivisibilidad de los DH, lo que permite comprender los derechos que de manera simultánea se afectan en la atención reproductiva, como la integridad personal, derecho a la vida, vida privada, autonomía, igualdad y salud.

Quinta. Los desarrollos de la CIDH y de la Corte IDH muestran que las vulneraciones producidas en la atención obstétrica no se reducen a conductas individuales del personal sanitario y pueden derivar también de deficiencias normativas, institucionales y organizativas de los sistemas de salud. En consecuencia, la responsabilidad estatal supera la corrección de responsabilidades individuales en materia sanitaria y exige examinar, conforme al estándar de debida diligencia, las condiciones que permiten, toleran o reproducen conductas lesivas.

Sexta. El corpus iuris interamericano ha permitido consolidar progresivamente la VO como una forma de violencia de género jurídicamente relevante en el ámbito regional. No obstante, el examen crítico de esta evolución muestra que la eficacia transformadora del SIDH depende de la manera en que sus estándares sean aplicados por los Estados mediante marcos regulatorios claros, políticas públicas adecuadas y mecanismos efectivos de supervisión y rendición de cuentas.

Séptima. El análisis de la jurisprudencia interamericana permite afirmar que los contextos de atención obstétrica son particularmente relevantes para la protección de los derechos en SSYR. Las decisiones examinadas muestran que determinadas intervenciones médicas, prácticas institucionales o fallas en los sistemas de salud pueden comprometer simultáneamente diversos derechos protegidos por la CADH, lo que exige su interpretación desde una perspectiva integral de DH.

Octava. Dado el reconocimiento en este ámbito de que estas vulneraciones trascienden las conductas individuales del personal que asiste en salud y con frecuencia responden a dinámicas que condicionan la organización de los servicios de salud y la atención en los procesos reproductivos, la Corte ha enfatizado además la obligación estatal de garantizar mecanismos efectivos de investigación y acceso a la justicia, como parte esencial de la ventana de protección.

Así, este enfoque ha permitido desplazar el análisis desde la responsabilidad individual hacia una comprensión más amplia de las obligaciones estatales, institucionales e individuales en la garantía de los derechos en SSYR.

CAPÍTULO VIII EL SISTEMA EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS, CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS CON EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS

El SEDH constituye un marco regional robusto para la promoción y protección de los DH vinculados a la SSYR. El TEDH ha establecido criterios detallados sobre la autonomía, la dignidad y la integridad personal en el contexto médico. Ofrece parámetros estrictos para evaluar la validez del consentimiento, la responsabilidad estatal por ambigüedad normativa y la calificación de procedimientos no consentidos como tratos crueles, inhumanos y degradantes. Este examen enriquece la comprensión de las vulneraciones conexas a la VO y permite identificar soluciones normativas adaptables y robustecer la protección de derechos en el SIDH.

El análisis de estos precedentes es indispensable, pues, si bien su aproximación difiere en algunos aspectos del SIDH y el TEDH no emplea la categoría de VO, sus fallos han influido directamente en la construcción del *corpus iuris* interamericano. Su interés jurídico en la SSYR radica en la exigibilidad de las obligaciones que recaen sobre los Estados, de prevención, protección, investigación y reparación, y ha fortalecido la protección de la vida, la integridad personal, la dignidad, la autonomía y el acceso efectivo a la salud.

1. Desarrollo normativo del SEDH

Dentro del marco del Consejo de Europa, el SEDH se estructura principalmente en torno al CEDH y a la jurisdicción del TEDH, que lo interpreta y supervisa. En vigor desde 1953, el CEDH confiere competencia contenciosa e interpretativa al TEDH para garantizar el cumplimiento de derechos reconocidos. Aunque el término VO no es una categoría convencional del sistema, la jurisprudencia del TEDH permite encuadrar actos u omisiones que vulneran derechos en la atención obstétrica.

Entre las disposiciones más relevantes se encuentran los artículos del Título 1 del CEDH: artículo 2 (derecho a la vida) [307]; artículo 3 (prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes) [308], aplicable a situaciones de maltrato, humillación o desatención clínica; artículo 8 (respeto a la vida privada) [309], que protege la integridad personal, el consentimiento, el acceso a la información y las decisiones reproductivas. Asimismo, los artículos 13 (recurso efectivo) [310] y 14 (no discriminación) [311] refuerzan la obligación estatal de garantizar el acceso igualitario y efectivo a los servicios de salud y de posibles violaciones a los artículos 2 y 3 del CEDH.

De forma complementaria, en Europa, la Carta Social Europea (1961, revisada en 1996) y supervisada por el Comité Europeo de Derechos Sociales (CEDS), desarrolla el derecho a la protección de la salud, la asistencia médica y la protección de la infancia y maternidad (arts. 11, 13, 17). La Carta Europea de Derechos del Paciente (2002) reafirma la protección del consentimiento como requisito para cualquier procedimiento o tratamiento.

El Convenio de Oviedo (1997) introdujo un eje bioético centrado en la dignidad y la primacía de la persona, y adquiere centralidad en lo que respecta al consentimiento al haber sido utilizado por

[307] El artículo 2 sobre el derecho a la vida señala:
El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionalmente, salvo en ejecución de una condena que imponga la pena capital dictada por un tribunal al reo de un delito para el que la ley establece esa pena.
La muerte no se considerará como infligida en infracción del presente artículo cuando se produzca como consecuencia de un recurso a la fuerza que sea absolutamente necesario: a) en defensa de una persona contra una agresión ilegítima; b) para detener a una persona conforme a derecho o para impedir la evasión de un preso o detenido legalmente; c) para reprimir, de acuerdo con la ley, una revuelta o insurrección.
[308] El artículo 3 del CEDH establece: "Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes".
[309] El artículo 8 sobre el derecho al respeto a la vida privada y familiar señala:
1. Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia.
2. No podrá haber injerencia de la autoridad en el ejercicio de este derecho sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y libertades de los demás.
[310] El artículo 13 sobre el derecho a un recurso indica:
Toda persona cuyos derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio hayan sido violados tiene derecho a la concesión de un recurso efectivo ante una instancia nacional, incluso cuando la violación haya sido cometida por personas que actúen en el ejercicio de sus funciones oficiales.
[311] El artículo 14 sobre la prohibición de la discriminación establece:
El goce de los derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio ha de ser asegurado sin distinción alguna, de modo determinante por razones de sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otros, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación.

el TEDH [312] en sus decisiones sobre la esterilización sin consentimiento. De igual manera, la *Declaración de la OMS sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa* [313].

De igual forma, el Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul) (2011) [314], sobre prevención y lucha contra la violencia hacia las mujeres, amplía la obligación estatal de debida diligencia frente a la violencia, entre otros, en el ámbito sanitario. Impone la garantía de atención médica y psicológica adecuada, así como el acceso a servicios de salud reproductiva.

En el marco de la Unión Europea, la Carta de los Derechos Fundamentales (2000), jurídicamente vinculante desde 2009, reafirma los derechos a la dignidad, integridad física y mental, salud y consentimiento. Finalmente, la Recomendación 1903 (2010) del Consejo de Europa y la Resolución 2306 (2019) [315] se refieren específicamente a los derechos en SSYR e instan a los Estados a garantizar su respeto y acceso efectivo. Es relevante también mencionar la Convención CEDAW-1979 [316] y las recomendaciones de su Comité CEDAW, por ejemplo, la RG-24-CEDAW

[312] Ver caso *V.C. v. Eslovaquia* (76–77).
[313] Ver caso V.C. v. Eslovaquia (85–108).
[314] El artículo 20, correspondiente a los servicios de apoyo generales, indica el deber de medidas para que las víctimas de violencia tengan acceso a servicios de salud y que estos tengan recursos y formación de profesionales para brindar asistencia de forma adecuada. También dispone en su artículo 30 indemnizaciones por parte de los Estados a quienes hayan sufrido graves daños a su salud, en la medida en que el perjuicio no esté cubierto por otras fuentes.
[315] La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en la Resolución 2306 (2019), reconoce expresamente la VO y ginecológica como una forma de violencia de género y de discriminación que vulnera DH y es un asunto público de responsabilidad estatal. Señaló algunas prácticas: actos no consentidos, como episiotomías, tactos vaginales, presión uterina o intervenciones dolorosas sin anestesia. También conductas sexistas en la atención médica (párr. 3). Destacó que, aunque la VO está tipificada en legislaciones como las de Argentina y Venezuela, sigue siendo invisibilizada en Europa sin regulación integral en el *Convenio de Estambul* a pesar de su condena al aborto forzado y la esterilización forzada (art. 39). Reiteró la crítica de la OMS sobre los tratos irrespetuosos durante el parto y el informe de Šimonović (2019) que señaló la VO como violación de los DH.
Subrayó, además, que los testimonios recogidos y las campañas en algunos Estados reflejan que no se trata de hechos específicos, sino de una práctica extendida asociada a una cultura patriarcal aún dominante en el ámbito sanitario (párr. 5). Resaltó que, si bien se reconoce el compromiso del personal sanitario, las condiciones de precariedad institucional, escasez de recursos, sobrecarga laboral y falta de personal no justifican prácticas violentas ni discriminatorias, y que los Estados deben adoptar medidas preventivas y de protección (6). Para ello, los instó a prevenir y combatir la discriminación en el acceso a la salud, garantizar la atención respetuosa de la dignidad y los DH durante la consulta y el parto, recoger datos sobre prácticas médicas y VO, difundir las buenas prácticas identificadas por la OMS, legislar sobre el consentimiento y reforzar el financiamiento de los servicios (8.1–8.7).
También a incluir en la formación de profesionales la prevención del sexismo y de la violencia, la importancia del consentimiento, la igualdad de género y el respeto a personas LGBTI y con discapacidad (párr. 8.8–8.9), así como a crear mecanismos de denuncia accesibles, excluir la mediación en estos casos y establecer sanciones al comprobarse la violencia (8.10–8.11). Ordenó garantizar apoyo y servicios de atención a las víctimas, promover campañas de *sensibilización y asegurar la ratificación del Convenio de Estambul (8.12–8.14).*
[316] Ver caso V.C. v. Eslovaquia (82); caso Korneykova y Korneykov v. Ucrania (89).

[317], y el reconocimiento sobre violaciones de derechos en el parto (VO) en países europeos mediante comunicaciones e informes individuales, que consolidan la necesidad de regulación estatal de las actividades sanitarias [318].

2. El TEDH y su jurisprudencia en salud sexual y reproductiva

La doctrina jurisprudencial del TEDH ha servido como referencia interpretativa para tribunales nacionales y también para la Corte IDH en el SIDH para reforzar estándares propios, especialmente en casos de consentimiento y esterilización forzada. El TEDH impone obligaciones positivas estatales como: garantizar un marco legal claro y previsible que evite ambigüedades en la aplicación de los derechos; asegurar la existencia y el funcionamiento eficaz de sistemas sanitarios para una atención oportuna, digna y de calidad; investigar exhaustiva y rápidamente incidentes sobre violaciones de derechos; proteger a grupos vulnerables y contrarrestar prejuicios y estereotipos que afecten la atención médica; y garantizar un sistema judicial efectivo que permita a las víctimas obtener justicia y reparación, así como recursos civiles incluso cuando no se pruebe la intención de causar daño.

El SEDH, a través del TEDH, se configura como garante de derechos en el ámbito de la SSYR, incluso cuando los instrumentos primarios no los mencionan de forma expresa. Esto, con el fin de asegurar que toda persona reciba atención sanitaria que respete su integridad, decisiones y dignidad durante sus etapas reproductivas.

2.1. Constelación de casos y análisis sistemático de derechos vulnerados en el SEDH

Se procede al análisis de la constelación de casos bajo los supuestos de hecho y la argumentación jurídica principal en sentencias específicas emitidas por el TEDH utilizadas por la Corte IDH como referencia en la construcción de su propio *corpus iuris* de protección de derechos en SSYR. En este contexto, la jurisprudencia del TEDH actúa aquí como un eje de diálogo en sentencias sobre

[317] Ver caso *V.C. v. Eslovaquia* (83, 108, 115).
[318] Ver caso *V.C. v. Eslovaquia* (84, 148); el TEDH hace referencia al informe CEDAW/C/SVK/CO/4.

la protección de la autonomía personal y el requisito de consentimiento en contextos médicos, como en casos de esterilización no voluntaria.

Aunado a lo anterior, enriquece el conocimiento de las vulneraciones de derechos reconocidos en el CEDH, como sucede en casos como los relativos a Eslovaquia, Rumania, Turquía, Ucrania, Rusia y Letonia, en que se establecen los parámetros aplicados por este Tribunal a los actos u omisiones que comprometen la SSYR. En general, estos fallos ilustran cómo el TEDH encuadró las vulneraciones en derechos como la vida, el respeto a la vida privada y familiar y la no discriminación. Se revisarán casos sobre esterilización no consentida y consentimiento informado; derecho a la vida y acceso a atención de emergencia; tratos crueles, inhumanos y degradantes durante el parto y en condiciones de detención; confidencialidad y vida privada; aplicación de leyes locales, mortalidad materna y negligencia y coerción en la asistencia, entre otros.

Los casos *V.C. v. Eslovaquia* (2011), *N.B. v. Eslovaquia* (2012) e *I.G., M.K. y R.H. v. Eslovaquia* (2012) correspondieron a mujeres de origen romaní esterilizadas sin su consentimiento bajo medicación durante cesáreas. Revelan la influencia de estereotipos y prejuicios dirigidos contra dicha comunidad que afectaron la imparcialidad y el rigor en la obtención del consentimiento, lo que vulneró las obligaciones positivas estatales de proteger derechos. El TEDH rechazó la alegación estatal de "necesidad médica" y concluyó que la esterilización no es una cirugía que salve vidas y requiere de consentimiento.

Su falta, con un impacto específico ante condiciones de vulnerabilidad, violó el artículo 8 del CEDH (vida privada y familiar). La severidad del sufrimiento físico y mental alcanzó el umbral del artículo 3 del CEDH (prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes). Destacó la obligación estatal de proteger la salud reproductiva y de garantizar que las decisiones médicas se tomen con información completa, conocimiento sobre alternativas de tratamiento y sin coacción.

En materia del derecho a la vida y acceso a atención de emergencia, en los casos de *Mehmet Senturk y Bekir Senturk v. Turquía* (2013) y *Elena Cojocaru v. Rumania* (2012), el TEDH abordó la responsabilidad estatal por muertes maternas prevenibles. Afirmó que el artículo 2 del CEDH, que protege el derecho a la vida, incorpora la obligación de garantizar el acceso a tratamientos médicos de emergencia sin barreras económicas. Constató la violación de este derecho ante

negligencia médica recurrente, incompetencia del personal, falta de recursos hospitalarios y priorización del pago frente a la atención inmediata en emergencias obstétricas. Subrayó el deber de realizar investigaciones rápidas y eficaces para salvaguardar el Estado de Derecho y la confianza pública. Señaló que la responsabilidad estatal puede derivar de fallas sistémicas o de la ausencia de regulación y supervisión adecuadas.

En cuanto a tratos crueles, inhumanos y degradantes durante el parto, el caso *Korneykova y Korneycov v. Ucrania* (2016) determinó que el uso de grilletes o encadenamiento a una silla ginecológica durante el trabajo de parto o el posparto, así como condiciones inadecuadas de detención, constituyen violaciones del art. 3 del CEDH sobre la prohibición de tratos inhumanos o degradantes, al causar sufrimiento físico y emocional significativo tanto a la madre como al recién nacido. Esta sentencia también subrayó la vulnerabilidad de los neonatos y la obligación estatal de asegurar su salud y bienestar conforme a las recomendaciones de la OMS.

En materia de confidencialidad y vida privada, en la sentencia *Y.Y. v. Rusia* (2016), el TEDH declaró la violación del artículo 8 del CEDH por la divulgación no autorizada de datos médicos confidenciales y la hospitalización forzada sin consentimiento. Destacó la necesidad de un marco legal claro y previsible que garantice la confidencialidad médica. La sentencia *L.H. v. Letonia* (2017) también se ocupó de la vulneración de dicho artículo. Declaró que la recopilación indiscriminada y no consentida de registros médicos detallados de una mujer por parte de la institución estatal que controlaba la calidad de la atención médica constituyó una injerencia en su vida privada.

Concluyó que el Estado no había proporcionado salvaguardas legales adecuadas. Las leyes locales eran demasiado amplias, lo que impedía limitar el alcance de los datos susceptibles de recopilación, lo que afectó derechos. Consideró que estos datos no eran necesarios para el tratamiento o la atención sanitaria, por lo que su recopilación arbitraria vulneró el derecho al respeto de la vida privada.

2.2. Análisis de supuestos de hecho examinados y la argumentación jurídica principal en sentencias del TEDH

2.2.1. Caso *V.C. v. Eslovaquia*, 8 de noviembre de 2011

- **Supuestos de hecho**

El caso *V.C. v. Eslovaquia* trata sobre la esterilización no consentida de una mujer romaní en un hospital público. Ingresó para el parto de su segundo hijo y, ante el riesgo de rotura uterina, se le practicó cesárea. Debido a los dolores que sufría y el largo trabajo de parto, se le indicó que un tercer embarazo podría poner en riesgo su vida y la de un futuro hijo. En ese mismo momento se le solicitó firmar una autorización de esterilización, a la que accedió. Durante la cesárea se le practicó la esterilización. En su estancia hospitalaria, compartió habitación con mujeres de su misma etnia, con la indicación de utilizar en un plano restringido, los baños dispuestos para mujeres romaníes. En su estancia hospitalaria fue segregada junto con otras mujeres romaníes y obligada a usar baños separados.

- **Argumentación jurídica principal**

El TEDH desestimó las alegaciones del Estado eslovaco según el cual la esterilización era "médicamente necesaria", al sostener que dicho procedimiento no constituía una cirugía que salvara vidas y, por tanto, exigía consentimiento. En opinión del Tribunal, el hospital no garantizó una decisión voluntaria y autónoma tras brindar información, lo que determinó la responsabilidad del Estado por la esterilización involuntaria. Concluyó que la intervención vulneró el artículo 3 del CEDH, al constituir un trato inhumano y degradante, contrario a la libertad, libertad y dignidad personal. Aunque no acreditó intención de maltrato, consideró que la paciente fue privada de su autonomía al eliminar una capacidad esencial y obligarla a aceptar un procedimiento médico crítico mientras estaba en trabajo de parto, bajo medicación, y bajo la falsa indicación de que era vital para su supervivencia.

Además, el TEDH declaró la violación del artículo 8 del CEDH, al constatar la ausencia de medidas suficientes frente a la especial vulnerabilidad de la víctima por su origen étnico, lo que

afectó de modo grave su vida privada y su capacidad reproductiva, con consecuencias físicas y psicológicas permanentes.

2.2.2. Caso *N.B. v. Eslovaquia*, 12 de junio de 2012

- **Supuestos de hecho**

El caso *N.B. v. Eslovaquia* se refiere a la esterilización involuntaria de una mujer romaní menor de edad en un hospital público, quien fue sometida a una esterilización durante el parto por cesárea de su segundo hijo sin su consentimiento ni el de sus tutores legales.

- **Argumentación jurídica principal**

El TEDH reiteró que la esterilización sin consentimiento vulnera el derecho al respeto de la vida privada y familiar protegido por el artículo 8 del CEDH. Consideró que el Estado incumplió su deber positivo de garantizar protección indispensable para que la víctima, por su doble condición de menor y miembro de un grupo étnico vulnerable, pudiera ejercer su autonomía reproductiva. Asimismo, el Tribunal declaró la violación del artículo 3 del CEDH, al estimar que la intervención alcanzó el umbral de severidad de trato inhumano y degradante, dada la irreversibilidad del procedimiento, la ausencia de consentimiento válido.

2.2.3. Caso *I.G., M.K. y R.H. v. Eslovaquia*, 12 de junio de 2012

- **Supuestos de hecho**

El caso *I.G., M.K. y R.H. v. Eslovaquia* se refiere a la esterilización involuntaria de tres mujeres romaníes en el mismo hospital público. La primera, de dieciséis años, fue esterilizada durante una cesárea sin su conocimiento y firmó un documento sin comprender su contenido. Años después descubrió el hecho al revisar su expediente médico. La autorización se otorgó por un comité hospitalario sin consentimiento. La falta de información generó consecuencias psicológicas y temor al abandono por su pareja.

La segunda víctima, también menor de edad, fue esterilizada durante una cesárea sin consentimiento, sin que se le informara a ella o a sus tutores legales y sin que firmaran autorización alguna. Cuatro años después conoció, en una investigación penal, que su historial contenía un formulario de solicitud de esterilización firmado sin su consentimiento. Tras saberlo, su compañero la abandonó y sufrió secuelas físicas y emocionales. La tercera fue esterilizada sin consentimiento durante su primer parto. Antes de la anestesia, firmó un documento sin poder leerlo y fue informada de la esterilización únicamente después del alta médica. Posteriormente, comprobó que su firma figuraba en una solicitud de esterilización, lo que afectó su salud, vida privada y familiar.

- **Argumentación jurídica principal**

Las solicitantes alegaron haber sido sometidas a un trato inhumano y degradante por esterilización sin consentimiento y falta de una investigación exhaustiva, justa y efectiva. El TEDH declaró la violación de los artículos 3 y 8 del CEDH. En los dos primeros casos, afirmó que la esterilización no buscaba salvar la vida y que existió omisión en la obtención del consentimiento; el personal médico alegó riesgo para la vida y la salud en un embarazo futuro, pero la medida violó la libertad y dignidad. El Tribunal calificó la situación como degradante por la pertenencia de las víctimas a un grupo vulnerable y, además, por su condición de menores de edad en dos supuestos, al tomar en cuenta el sentimiento de degradación y humillación cuando conocieron que habían sido esterilizadas. Constató también violación procesal del artículo 3 del CEDH por incumplimiento de los parámetros de prontitud y celeridad razonables en la investigación estatal.

Respecto del artículo 8, el Tribunal declaró la violación en ambos casos por una práctica contraria al derecho interno y por la ausencia de salvaguardias adecuadas. Reiteró que la práctica afecta a personas vulnerables de grupos étnicos, con especial riesgo para mujeres romaníes debido a deficiencias en legislación y prácticas nacionales. Añadió la omisión estatal de asegurar una protección suficiente para el disfrute del respeto de la vida privada y familiar. En el tercer caso, luego del fallecimiento de la demandante, el Tribunal concluyó que sus hijos carecían de legitimación o interés personal directo para continuar el procedimiento, por tratarse de vulneraciones ligadas a la experiencia estrictamente personal de su madre.

2.2.4. Caso *Elena Cojocaru v. Rumania*, 22 de marzo de 2016

- **Supuestos de hecho**

El caso *Elena Cojocaru v. Rumania* se origina por la hospitalización de una gestante por riesgo de parto prematuro. Ante complicaciones médicas graves, se indicó la necesidad de una cesárea de urgencia, pero el médico tratante se negó a realizarla y aceptó su traslado a una clínica estatal especializada, donde finalmente se practicó el procedimiento. La madre y la recién nacida fallecieron luego de la intervención.

- **Argumentación jurídica principal**

El TEDH examinó la posible violación del artículo 2 del CEDH en su dimensión sustantiva y procesal. En el plano sustantivo, señaló que la negligencia médica no es automáticamente una violación del derecho a la vida. Sin embargo, constató deficiencias en la coordinación entre los servicios médicos y un retraso injustificado en la atención de la emergencia, elementos que comprometieron las obligaciones positivas del Estado. En lo atinente a la dimensión procesal, el Tribunal sostuvo que los Estados deben contar con un marco normativo eficaz que garantice la calidad y la seguridad de la atención médica, así como mecanismos efectivos de supervisión e investigación de los hechos que involucren muertes bajo cuidado sanitario. Constató que la respuesta estatal fue tardía e ineficaz, y así se configuró la vulneración del derecho a la vida.

2.2.5. Caso *Mehmet Senturk y Bekir Senturk v. Turquía*, 9 de abril de 2013

- **Supuestos de hecho**

El caso *Mehmet Senturk y Bekir Senturk v. Turquía* trata sobre una gestante de ocho meses que acudió en repetidas ocasiones a distintos hospitales públicos por dolores intensos, sin recibir atención adecuada. En los tres primeros centros se desestimó su urgencia. Se diagnosticó en el tercero un cólico renal y orden de analgésicos. Horas después acudió a un cuarto hospital donde luego de una ecografía se constató la muerte fetal y la necesidad de intervención quirúrgica inmediata, previo el pago de un depósito económico. Ante la imposibilidad de cubrirlo, dispuso su traslado a un quinto hospital. Durante este traslado falleció.

- **Argumentación jurídica principal**

El TEDH declaró la violación del artículo 2 del CEDH en sus dimensiones sustantiva y procesal. En el aspecto sustantivo, concluyó que el Estado incumplió su obligación positiva de proteger la vida al no garantizar una atención médica oportuna y adecuada, observándose negligencia médica reiterada, fallas de coordinación entre los servicios de salud y priorización de requisitos financieros sobre la atención de emergencia. Señaló que la exigencia de un depósito previo para la cirugía obstétrica constituyó una omisión incompatible con la obligación de salvaguardar la vida de la paciente, y que la negativa a brindar atención inmediata no podía considerarse una decisión informada y jurídicamente válida.

En el plano procesal, el TEDH subrayó que la pronta y efectiva investigación de los hechos es de observancia obligatoria para asegurar la vigencia del Estado de Derecho y la confianza pública. Constató que las autoridades no realizaron una investigación eficaz, oportuna y diligente. Por último, desestimó la alegación relativa al artículo 3 del CEDH, al no encontrar acreditado sufrimiento mental en los familiares sobrevivientes.

2.2.6. Caso *Korneykova y Korneykov v. Ucrania*, 24 de marzo de 2016

- **Supuestos de hecho**

El caso *Korneykova y Korneykov v. Ucrania* se refiere a una mujer embarazada de cinco meses que fue detenida por sospecha de robo y, pocos días después, se ordenó su prisión preventiva hasta el juicio. Cuatro meses más tarde dio a luz en un hospital de maternidad bajo estricta custodia de tres agentes y encadenada a la cama. Durante su reclusión no recibió atención médica adecuada para ella y su bebé, ni suficiente alimentación para ella. La celda no estaba equipada para mujeres con bebés.

En las audiencias judiciales fue colocada dentro de una jaula metálica ante el tribunal. La vigilancia constante, las condiciones insalubres, la falta de atención sanitaria y de una dieta apropiada tuvieron efectos acumulativos que afectaron su salud y generaron desnutrición durante la lactancia. La separación reiterada e injustificada del bebé durante las visitas judiciales, mientras permanecía

encerrada en la jaula, agravó su sufrimiento y constituyó una violación de su integridad y dignidad personal, tanto durante el embarazo como en el posparto.

- **Argumentación jurídica principal**

El TEDH reprochó la falta de consideración del Estado hacia la vulnerabilidad específica de una mujer embarazada y lactante, lo que intensificó su sufrimiento durante la detención. Concluyó que las condiciones y medidas impuestas a la demandante, en particular el encadenamiento durante el parto y el posparto, constituyeron una violación del artículo 3 del CEDH, que prohíbe los tratos crueles, inhumanos y degradantes. Subrayó que tales medidas vulneraron su integridad física y su dignidad al no existir riesgo de fuga ni justificación legítima para sujeciones de esa naturaleza en una mujer en trabajo de parto o en recuperación inmediata. Destacó que el Estado no adoptó medidas de protección derivadas de su condición biológica y de género.

2.2.7. Caso *Y.Y. v. Rusia*, 23 de febrero de 2016

- **Supuestos de hecho**

En el caso *Y.Y. v. Rusia*, la demandante tuvo un parto gemelar prematuro que resultó en el fallecimiento de uno de los recién nacidos y en el ingreso del otro a cuidados intensivos. Luego de presentar una queja por el trato médico recibido, el Ministerio de Salud de Rusia examinó los registros médicos de la madre y de los niños sin su consentimiento. Posteriormente, el Comité de Salud realizó una evaluación médica con base en dicha información y divulgó los resultados al Ministerio, también sin autorización previa.

- **Argumentación jurídica principal**

El TEDH determinó que la divulgación no autorizada de la información médica confidencial de la demandante y de sus hijos, en ausencia de consentimiento, vulneró el artículo 8 del CEDH, relativo al derecho al respeto de la vida privada. El Tribunal observó que la legislación rusa carecía de un marco normativo claro, accesible y previsible que protegiera efectivamente la confidencialidad de los datos médicos frente a injerencias arbitrarias de las autoridades. Señaló que la revelación de información médica a organismos estatales se basó en un deber general de cooperación

administrativa sin valorar las excepciones legales aplicables ni garantizar las salvaguardas necesarias para proteger los derechos de los pacientes. Concluyó que la falta de previsibilidad legal y la ausencia de garantías efectivas para el manejo de datos médicos constituyeron una violación del derecho al respeto de la vida privada y familiar.

2.2.8. Caso *L.H. v. Letonia*, 29 de abril de 2017

- **Supuestos de hecho**

El caso *L.H. v. Letonia* trata sobre el marco de un litigio ante las autoridades locales en que una institución estatal encargada de supervisar la calidad de los servicios médicos recopiló los registros médicos de una mujer sin su conocimiento ni consentimiento. El hospital había solicitado a dicho organismo una evaluación del tratamiento recibido por la paciente, lo que condujo a la transferencia de su información médica sin aviso previo.

- **Argumentación jurídica principal**

El TEDH determinó la violación del artículo 8 de la CEDH sobre el respeto a la vida privada, debido al acceso no consentido a datos médicos de la demandante. Consideró que la recopilación y utilización de dicha información por parte de la inspectoría estatal de control de calidad de atención médica, constituyó una interferencia en su vida privada, al no existir un marco legal suficientemente claro y previsible que limitara la discrecionalidad de las autoridades. El Tribunal destacó que la legislación letona no ofrece garantías adecuadas frente a injerencias arbitrarias y carecía de normas precisas que regularan el acceso y tratamiento de información médica confidencial por parte de órganos públicos. En consecuencia, el Estado incumplió su obligación de proteger la vida privada y los datos personales de la demandante.

3. Derechos relacionados con la SSYR en el SEDH

A diferencia del PIDESC, que en el SUDH reconoce expresamente el derecho a la salud, el CEDH no lo consagra de forma explícita. Sin embargo, el TEDH, órgano jurisdiccional del Consejo de Europa, ha protegido derechos relacionados con la SSYR mediante la interpretación de otros artículos del Convenio para garantizar una tutela efectiva. Asimismo, si bien el TEDH no utiliza

el término “violencia obstétrica”, trata vulneraciones vinculadas a SSYR y ha sancionado conductas que corresponden a su configuración a través de las infracciones a los derechos mencionados.

La jurisprudencia del TEDH ha sido citada por la Corte IDH en la construcción de estándares de protección. Casos relevantes incluyen: *V.C. v. Eslovaquia*, *N.B. v. Eslovaquia* e *I.G., M.K. y R.H. v. Eslovaquia*, centrados en la esterilización no consentida, el trato inhumano y degradante, la confidencialidad médica, el acceso a información médica y el derecho a la vida y a la vida privada.

Se examinará la jurisprudencia del TEDH en torno al CEDH principalmente, aunque es preciso mencionar que, en el SEDH, el Convenio de Oviedo (1997) y la Carta Europea de Derechos del Paciente (2002) establecen principios sobre el consentimiento y los derechos de las personas usuarias de servicios de salud. Entre los derechos más invocados por el TEDH en su jurisprudencia relacionada con SSYR figuran los siguientes: el artículo 2, sobre el derecho a la vida, que impone obligaciones positivas de garantizar tratamientos de emergencia y un sistema de salud funcional. El TEDH lo enfoca principalmente en la atención médica oportuna y adecuada ante emergencias obstétricas. El artículo 3, que prohíbe tratos crueles, inhumanos y degradantes. El TEDH lo ha aplicado cuando la falta de atención adecuada genera sufrimiento físico o emocional grave.

Adicionalmente, el artículo 8, relativo al respeto de la vida privada y familiar, es aplicado por el TEDH en el amparo de la autonomía reproductiva, la integridad personal y el consentimiento. Merece atención cuando las prácticas médicas sin consentimiento o las condiciones de atención alcanzan un umbral de severidad que genera sufrimiento físico o emocional significativo. De igual manera, se ha reconocido también en la jurisprudencia de la Corte IDH [319] el derecho a la vida privada y familiar, que abarca la garantía de una vida privada sin injerencias arbitrarias. Entre estas, se encuentra la intromisión en la autonomía reproductiva, especialmente en las interferencias a la capacidad de decidir sobre el número de hijos y el espaciamiento entre ellos.

[319] Ver caso *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica* (155).

El artículo 14, que prohíbe la discriminación, suele analizarse en relación con otros derechos, en contextos de vulnerabilidad de base. Es utilizado por el TEDH para reforzar el principio de la igualdad en el acceso a servicios de salud reproductiva y en el respeto a la vida privada.

3.1.Derecho a la vida

El caso *Mehmet Senturk y Bekir Senturk v. Turquía* ilustra el incumplimiento de la obligación de proteger el derecho a la vida protegido por el artículo 2 del CEDH. En este caso, la falta de atención obstétrica urgente y efectiva ante una emergencia obstétrica culminó en la muerte de una gestante, lo que violó este derecho. Según el Tribunal, "la mujer fallecida, víctima de un mal funcionamiento flagrante de los departamentos del hospital, fue privada de la posibilidad de acceder a una atención de emergencia adecuada" (97).

La protección del derecho a la vida impone a los Estados obligaciones negativas y positivas en materia de salud y de manera intensa frente a muertes evitables durante la atención médica. Estas obligaciones se hacen exigibles tanto en su dimensión sustantiva (97) como procesal. Por ello, la obligación de garantizar el servicio de emergencia sin barreras económicas que impidieran el acceso a la atención y la ineficacia y dilaciones del procedimiento representaron una omisión estatal de proteger la vida, una falla del sistema de salud grave y una deficiencia significativa en la garantía de este derecho. Asimismo, el TEDH subrayó que la protección del derecho a la vida incluye el deber estatal de desarrollar políticas públicas que garanticen la seguridad y el bienestar de las personas, lo que comprende tanto la seguridad física como la salud pública (95, 99–106).

En este caso hubo una violación de las obligaciones profesionales y el deber de cuidado impuesto por el artículo 2 del CEDH a través de una falta grave por la denegación de asistencia médica oportuna por parte del personal médico que superó un error o negligencia. Ya que con pleno conocimiento de la urgencia, se incumplieron deberes profesionales al no adoptarse medidas necesarias para preservar la vida de la paciente. El TEDH estimó que dicha omisión incumplió el deber estatal de proteger el bienestar e integridad física al causar la privación de un tratamiento de emergencia vital (104).

Por su parte, en el caso *Elena Cojocaru v. Rumania*, el TEDH reafirmó estas obligaciones y citó el párrafo 81 del caso anterior sobre la obligación estatal de proteger la vida en sus dimensiones

sustantiva y procesal (101). Evidenció que la muerte materna se debió a fallas de coordinación entre los servicios médicos, retrasos en el acceso al tratamiento de emergencia y la denegación de asistencia sanitaria, lo que vulneró el derecho a la vida (106–107, 126). En ambas sentencias, el TEDH consolidó el requisito de mecanismos judiciales completos y eficaces para garantizar la responsabilidad estatal ante violaciones del derecho a la vida.

3.1.1. Materialización de la responsabilidad estatal

El TEDH ha sostenido que la protección del artículo 2 del CEDH debe ser efectiva más que teórica y evaluó si los recursos legales disponibles permiten esclarecer los hechos, determinar responsabilidades y garantizar una reparación adecuada. Exigió, además, que el sistema judicial aborde integralmente las violaciones del derecho a la vida más allá de su formulación normativa. Bajo esta comprensión, en la sentencia *Mehmet Senturk y Bekir Senturk v. Turquía* se aclaró que, aunque los Estados deben implementar regulaciones que garanticen la protección de la vida en la atención médica, un error de juicio o deficiencias en la coordinación entre profesionales no bastan para generar responsabilidad estatal bajo el artículo 2 del CEDH (80).

Exigió, en cambio, un marco regulatorio que imponga a hospitales públicos y privados medidas de protección de la vida (81), que los mecanismos funcionen efectivamente con prontitud y diligencia razonable (82) y que exista un sistema judicial eficaz capaz de determinar la causa del fallecimiento y exigir responsabilidad (81–83).

En el caso *Elena Cojocaru v. Rumania,* el Tribunal reafirmó que la responsabilidad estatal surge cuando existen fallas graves o falta de supervisión efectiva sobre los servicios de salud (100–101). Este estándar impone exhaustividad, prontitud y diligencia razonables en la investigación (113). Aplicado al caso, el Tribunal constató deficiencias en la coordinación médica y demoras en la atención de urgencia, así como una ineficacia en el procedimiento interno y la ausencia de un proceso efectivo conforme al artículo 2 (124–126). Por ello exigió una estructura normativa y un sistema judicial independiente que permita esclarecer los hechos, determinar responsabilidades y garantizar una reparación adecuada (101, 103). Precisó que, ante una negligencia médica no intencional, la efectividad puede lograrse por vías civiles, penales o disciplinarias, siempre que permitan establecer responsabilidad y obtener reparación (102).

Así como en la sentencia de *Mehmet Senturk y Bekir Senturk v. Turquía*, este caso también reiteró la obligación positiva de los Estados de establecer un marco regulatorio que garantice la protección de la vida y un sistema judicial eficaz en los sectores público y privado (81). Reafirmó que: "... la primera frase del artículo 2 del CEDH obliga al Estado a abstenerse de quitar la vida 'intencionadamente' y adoptar las medidas adecuadas para salvaguardar la vida de las personas que se encuentran bajo su jurisdicción".

Además, destacó que las políticas de salud pública a través de actos y omisiones comprometen la responsabilidad estatal conforme al artículo 2 (99) y así reforzó la obligación positiva de garantizar condiciones que protejan efectivamente la vida durante el embarazo, el parto y el puerperio. En ambas sentencias, el TEDH consolidó el requisito de mecanismos judiciales completos y eficaces para garantizar la responsabilidad estatal ante violaciones del derecho a la vida.

3.2.Prohibición de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

El TEDH ha considerado que el artículo 3 del CEDH, que prohíbe penas o tratos crueles, inhumanos y degradantes, se vulnera durante actos que anulan la capacidad reproductiva cuando no media el consentimiento. Por ejemplo, cuando este se obtiene durante el trabajo de parto, antes de una cesárea o bajo los efectos de medicación que impide comprender las consecuencias del acto. Los casos de *V.C. v. Eslovaquia* (100, 120)*; N.B. v. Eslovaquia* (80–81) e *I.G., M.K., y R.H. v. Eslovaquia* (123) ejemplifican esta doctrina jurisprudencial. El TEDH también aplica este artículo para condenar el uso de coerción física o condiciones degradantes durante el parto y el posparto. El caso *Korneykova y Korneykov v. Ucrania* ilustra esta vertiente (115, 147).

En cuanto a la conformación del trato inhumano o degradante, el caso *V.C. v. Eslovaquia* muestra el razonamiento del TEDH sobre el aspecto del mínimo de gravedad en los hechos que permiten concluir una vulneración del artículo 3 del CEDH. Indicó que, en la valoración de este mínimo que es relativo, influyen las circunstancias del caso, como "la duración del tratamiento, sus efectos físicos y mentales y, en algunos casos, el sexo, edad y estado de salud de la víctima…" (102); o condiciones como pertenecer a un grupo vulnerable, tal como fue el caso de las mujeres romaníes en las sentencias analizadas.

Sostuvo que el nivel de sufrimiento o humillación provocado debe superar lo que es inevitable en situaciones en las que podría existir algún nivel de sufrimiento o humillación legítimos (104). Esto significa que no cualquier incomodidad o sufrimiento justifica esta calificación. Un trato legítimo, como un procedimiento médico autorizado, puede representar cierta incomodidad. Sin embargo, para que se considere inhumano o degradante, esas afectaciones deben ser de una gravedad adicional, desproporcionada y que exceda lo que sería aceptable en el contexto específico.

3.2.1. Derecho a la dignidad y a la integridad personal y tratos crueles, inhumanos o degradantes

El TEDH, al analizar los hechos en el caso *V.C. v. Eslovaquia,* afirmó que, aun cuando la negativa a recibir un tratamiento pueda resultar fatal, imponerlo sin el consentimiento de una persona plenamente capaz viola su derecho a la integridad física (105). Sostuvo que, al ser la esterilización una intervención que incide profundamente en la salud reproductiva por representar un obstáculo a la capacidad de procrear, que es una de las funciones del cuerpo humano, su práctica afecta la integridad personal, el bienestar físico y mental y la vida familiar emocional y espiritual (106).

La posibilidad de recibir información, decidir y otorgar el consentimiento pleno e informado fue vinculada por el TEDH con el principio de autonomía, que defendió al tomar referencia varias normas. Entre ellas, el Convenio de Oviedo (1997) y el Informe Explicativo del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina (1997) (76–77) [320]; la Declaración de la OMS sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa (1994) (85) [321]; los enfoques respaldados

[320] Fueron tomados para resaltar los aspectos de protección de la dignidad y derechos de las personas en aplicaciones de biología y medicina. Se requiere el consentimiento antes de cualquier intervención que, además de libre e informado, debe presentar alternativas y riesgos explicados de forma clara, especialmente en tratamientos permanentes. En emergencias, el personal médico puede intervenir sin consentimiento si es médicamente necesario y el paciente no puede otorgarlo, para priorizar el beneficio inmediato de la persona.

[321] El TEDH tomó como base la Declaración de la OMS sobre los derechos de los pacientes en Europa, de 1994, en lo que respecta a la indicación de que los pacientes reciban información sobre su estado de salud, los tratamientos propuestos, sus riesgos, beneficios y alternativas. La información debe ser comunicada de manera comprensible. Además, es necesario obtener el consentimiento de la persona usuaria antes de cualquier intervención médica, y esta tiene el derecho de rechazar o interrumpir el tratamiento, y ser debidamente advertida sobre las consecuencias de esa decisión.

por la FIGO [322] (97–98); las recomendaciones de la RG-24-CEDAW (108). [323] El Tribunal también evaluó la legislación nacional de Eslovaquia [324].

Advirtió sobre la forma y el momento de solicitar el consentimiento, que, de ser inadecuados, atentan contra la dignidad y la libertad de las personas. En lo atinente a la forma, significa que no hay plena información sobre el estado de salud, el procedimiento médico propuesto y las alternativas de tratamiento. En cuanto al momento, el requerirlo durante el trabajo de parto y antes de la práctica de una cesárea impide la toma de decisiones por propia voluntad, sin la oportunidad de examinar cómo ocurre un acto médico que produce la pérdida de la capacidad reproductiva, junto con su correspondiente reflexión y discusión con la pareja (112). Según el TEDH,

> ... el procedimiento no era una necesidad inminente desde el punto de vista médico. La demandante no dio su consentimiento informado. En lugar de ello, se le pidió que firmara las palabras mecanografiadas "Paciente solicita esterilización" mientras estaba en posición supina y con dolor debido a varias horas de parto. Se le pidió que firmara el documento después de que el personal médico le dijera que ella o su bebé morirían en caso de un nuevo embarazo (117).

Además de vulnerarse así la integridad física y psicológica de las personas (109–110, 113), se añade el menoscabo de su libertad y dignidad (105, 112, 115). Por ejemplo, cuando se provocan

[322] La FIGO, en sus observaciones como tercero interviniente, sostuvo que el consentimiento libre e informado debe obtenerse antes de cualquier intervención médica en personas con capacidad de autodeterminación reproductiva. Señaló que las pacientes deben comprender claramente las implicaciones del tratamiento, especialmente cuando este pueda tener efectos permanentes sobre su capacidad reproductiva, y que la esterilización quirúrgica debe realizarse tras un proceso de decisión informada que incluya la consideración de alternativas, especialmente métodos reversibles de planificación de la familia. Asimismo, destacó el deber médico de informar sobre riesgos, beneficios y opciones disponibles, a fin de garantizar una decisión plenamente informada.

[323] El TEDH se apoyó tanto en información sobre los tratamientos y alternativas disponibles como en la RG-24-CEDAW, cuyas disposiciones refuerzan estándares aplicables al consentimiento y a la calidad de la atención. Retomó el numeral 20, sobre el derecho a recibir información sobre sus opciones, beneficios y efectos desfavorables de los procedimientos médicos; y el numeral 21, que impone a los Estados el deber de informar sobre las medidas adoptadas para eliminar obstáculos en el acceso a servicios de salud y asegurar una atención oportuna y accesible.
Asimismo, el Tribunal recurrió al numeral 22 (véase supra, nota correspondiente a RG-24-CEDAW, núm. 22) y al numeral 31(e), que obliga a los Estados a velar porque los servicios de salud sean respetuosos de los DH, y al numeral 31(f), que requiere incorporar en la formación sanitaria los intereses de las mujeres en materia de salud y DH, particularmente en aspectos relacionados con la violencia de género (83).

[324] Como el Reglamento de Esterilización de 1972, la Ley de Atención Sanitaria (1994), que requería el consentimiento antes de la intervención médica y que, para el Tribunal, no proporcionó las garantías adecuadas en la práctica (152). Estos últimos subsanados por la Ley de Atención Sanitaria (2004), que regula la necesidad de dar información a las personas atendidas y obtener su consentimiento, pero que para el Tribunal surgió después del caso (153).

sentimientos de profunda afectación emocional (117). En palabras del Tribunal en el caso *V.C. v. Eslovaquia*, "… el procedimiento de esterilización, así como la manera en que se solicitó a la demandante su consentimiento, pudo despertar en ella sentimientos de miedo, angustia e inferioridad, y causar sufrimiento duradero". Según el TEDH, esas condiciones vinculadas a la pérdida de la capacidad reproductiva causaron secuelas posteriores, como los síntomas de un falso embarazo y tratamiento psiquiátrico. El sufrimiento que se produjo derivado de la infertilidad de la demandante ocasionó dificultades en su relación de pareja y ostracismo comunitario (118).

3.2.2. Derechos de las personas privadas de la libertad y tratos crueles, inhumanos y degradantes

La sentencia *Korneykova y Korneykov v. Ucrania* evidencia la violación del artículo 3 del CEDH desde una perspectiva distinta por las condiciones de detención de una mujer durante su trabajo de parto y posparto junto con la afectación de los derechos de su recién nacido por cuidados pediátricos irregulares e inadecuados (158). El haber sido encadenada en un hospital de maternidad durante su trabajo de parto y posparto y su permanencia en una jaula de metal durante las audiencias influyeron en la decisión del TEDH para catalogarlos como tratos inhumanos y degradantes. Consideró estos actos una afrenta a la dignidad y un refuerzo de la naturaleza degradante de esta práctica (164–166). Señaló que no había justificación para determinar que la mujer representara riesgo de fuga o violencia, particularmente por su estado de salud (109–116).

Concluyó que el uso de grilletes o el encadenamiento a una silla ginecológica durante el trabajo de parto o el posparto, junto con las condiciones inadecuadas de detención, alcanzaron el umbral de severidad necesario para configurar un trato inhumano y degradante prohibido por el art. 3 del CEDH (128–132). Criticó la falta de consideración estatal hacia la vulnerabilidad específica de una mujer embarazada y lactante, lo que intensificó su sufrimiento y le causó angustia (147), así como afectación de su dignidad (150, 164). Fueron varias las condiciones que acentuaron su vulnerabilidad: imposibilidad de contacto familiar o con el mundo exterior (136); insuficiente acceso a la alimentación (144) y de paseos diarios al aire libre (145, 147) y la exposición en una jaula metálica durante las audiencias (159).

3.2.3. Derechos del recién nacido y tratos crueles, inhumanos y degradantes

Respecto al recién nacido, además de haber sido separado de su madre para las audiencias, hubo una falta de vigilancia médica estrecha (152), lo que vulneró su integridad física dada su particular vulnerabilidad al no recibir el seguimiento necesario de especialistas en pediatría. La afectación del interés superior de la infancia vulneró el amparo de las personas detenidas de permanecer con sus bebés bajo el respaldo de las *Reglas de Bangkok* que lo prevén [325] (129) y la obligación de las autoridades de asegurar adecuadamente la salud y el bienestar de los infantes.

El TEDH se basó en documentos como el OPS/OMS-Fortaleza, 1985, respecto de la permanencia conjunta siempre que las condiciones de ambos lo permitan, y las recomendaciones sobre la no separación y el alojamiento conjunto durante las 24 horas del día realizadas por la OMS en 2013 sobre la atención posnatal de la madre y el recién nacido [326] (131). La falta a esta garantía

[325] Las Reglas de Bangkok, Reglamento sobre el tratamiento de las mujeres reclusas y las medidas no privativas de libertad para las mujeres delincuentes (A/RES/65/229, 2011), disponen que las decisiones sobre la permanencia de hijos e hijas con sus madres en prisión deben guiarse por el interés superior infantil y que estos no deben ser tratados como reclusos (regla 49). Establecen que las gestantes o lactantes deben recibir alimentación adecuada, atención médica y apoyo a la lactancia (regla 48); el poder permanecer el mayor tiempo posible con sus hijos e hijas (regla 50); y que los infantes que conviven en prisión cuenten con atención médica continua y condiciones de desarrollo equiparables a las del entorno comunitario (regla 51). También prevén capacitación del personal penitenciario en desarrollo infantil y atención de emergencias para responder a las necesidades de los menores (regla 33.3).
La sentencia *Korneykova y Korneykov v. Ucrania* incorpora estas referencias y alude igualmente a documentos de la ONU como la Convención CEDAW-1979, en lo relativo a la obligación estatal de garantizar servicios adecuados durante las etapas reproductivas, incluidos servicios gratuitos cuando sea necesario y una nutrición apropiada durante la gestación y la lactancia (89). Asimismo, se remite a la CDN, cuyo preámbulo y artículo 3 destacan que, debido a su inmadurez física y mental, la infancia requiere cuidados y protección especiales tanto antes como después del nacimiento, y que toda medida pública o privada debe guiarse primordialmente por el interés superior infantil (90).
En lo atinente a instrumentos del Consejo de Europa, el TEDH hizo referencia a los documentos del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT), particularmente al extracto del 3.º Informe General (CPT/Inf 93-12) y del 10.º Informe General (CPT/Inf 2000-13). Estos complementan los estándares internacionales de protección de gestantes y madres con hijos en prisión. El CPT enfatiza que los niños no deben nacer en prisión (párr. 65) y que, cuando madre e hijo permanecen juntos, deben estar en condiciones equivalentes a una guardería, con personal especializado en atención posnatal y pediátrica, (párr. 66). Considera inaceptable el uso de esposas o sujeciones durante exámenes ginecológicos o el parto, calificándolo como trato inhumano y degradante (párr. 27).
El Comité también dispone que las decisiones sobre convivencia se rijan por el bienestar infantil; requiere la garantía de atención médica prenatal y posnatal equivalente a la brindada en la comunidad; y recomienda espacios adecuados para el juego y el ejercicio, salidas al exterior bajo supervisión y facilidades para el cuidado compartido por familiares o guarderías dentro del recinto penitenciario (párr. 29, 93–94, 129).
[326] El TEDH se refirió al documento de la OMS, Recomendaciones sobre la atención posnatal de la madre y el recién nacido (2013). Esta guía fue posteriormente ampliada y actualizada con la publicación Experiencia posnatal positiva (OMS, 2022), que mantiene componentes clínicos como el alojamiento conjunto y los proyecta hacia un enfoque integral centrado en la dignidad, el bienestar y los derechos. Ambas publicaciones conforman una línea de continuidad

demuestra la puesta del neonato en una situación de extrema vulnerabilidad, como corresponde a la valoración de un trato inhumano y degradante, que viola el artículo 3 del CEDH (140–148).

4. Consentimiento informado

La sentencia *V.C. v. Eslovaquia* dispuso que cuando una medida terapéutica es indispensable de acuerdo con los principios médicos establecidos, solo resulta legítima a la luz del Convenio cuando media la solicitud libre y plenamente informada de la persona interesada. De forma significativa, si la medida tiene fines terapéuticos o anticonceptivos y "cuando la necesidad médica se ha establecido de manera convincente". Además, la necesidad debe demostrarse de manera clara y bajo el respeto de las salvaguardas procesales que rigen las decisiones médicas (101, 106).

Asimismo, para el TEDH, la imposición de un procedimiento médico a una persona adulta plenamente capaz sin su consentimiento es incompatible con el CEDH, ya que vulnera la libertad y dignidad humana, principios esenciales del Convenio (107). Incluso cuando negarse a recibir tratamiento pueda generar riesgos graves o fatales, su imposición forzada supone una injerencia injustificada en la integridad (105, 107). El consentimiento se vulnera al no recibir información plena sobre la condición que amerita la intervención, el procedimiento propuesto y las alternativas de tratamiento disponibles, como, por ejemplo, métodos reversibles de planificación de la familia. Además, solicitarlo durante el trabajo de parto o antes de una cesárea impide tomar decisiones por propia voluntad y no da la oportunidad de reflexión o discusión con la pareja (112).

El Tribunal estimó que la esterilización sin consentimiento afectó una de las funciones corporales de la mujer y generó consecuencias adversas para su vida (106, 176). Además, este derecho impone al Estado la obligación positiva de poner en marcha salvaguardas legales eficaces para proteger la salud reproductiva. Así, la violación de la autonomía por falta de consentimiento incumple ese deber positivo estatal, con especial énfasis en mujeres de grupos vulnerables como aquellas de origen romaní. Esta doctrina jurisprudencial fue reiterada y reafirmada en los casos *N.B. v. Eslovaquia* (95) e *I.G., M.K. y R.H. v. Eslovaquia* (144, 146).

---

que consolida la atención posnatal como parte del derecho a la salud materna y neonatal, bajo parámetros de calidad, respeto, autonomía y experiencia de cuidado centrada en la persona gestante y el recién nacido.

El TEDH también ha considerado la falta de consentimiento como trato inhumano o degradante en casos de esterilización no voluntaria, como en los casos *V.C. v. Eslovaquia* y *N.B. v. Eslovaquia*. La sentencia *N.B. v. Eslovaquia*, por ejemplo, mencionó la prohibición de un tratamiento médico sin consentimiento y la exigencia de este para procedimientos médicos, incluida la esterilización. Este criterio lo fundó en diferentes fuentes del DIDH, como la Convención CEDAW-1979 [327], la RG-24-CEDAW [328] e informes [329] que expresan preocupación por las esterilizaciones sin consentimiento y recomiendan la implementación de medidas para asegurar el consentimiento, previo a cualquier intervención de esterilización (84, 171).

4.1. Carácter de urgencia

La sentencia *V.C. v. Eslovaquia* mostró cómo intervenciones médicas sin el rigor del consentimiento suelen justificarse, de forma errónea, bajo la premisa de necesidad vital. El TEDH precisó que la "esterilización no es generalmente considerada como una cirugía vital" y que, al no existir un riesgo inminente de daño irreparable, el consentimiento constituye un requisito previo indispensable, aun cuando el procedimiento pueda estimarse médicamente indicado (110). La falta de inmediatez del riesgo descarta su catalogación como cirugía de emergencia y excluye la posibilidad de omitir el consentimiento por razones de urgencia. No hay amenaza inmediata para la salud (110). Según lo anterior, la excepción opera meramente cuando concurren

[327] En la sentencia *V.C. v. Eslovaquia*, el TEDH se refirió, entre otros instrumentos de la ONU, a la Convención CEDAW (III.B.1., párr. 82). En particular, destacó su artículo 1, que define la discriminación contra la mujer como toda distinción basada en el sexo que afecte el goce de derechos y libertades en condiciones de igualdad; el artículo 12 sobre el deber estatal de eliminar la discriminación en el acceso a la atención médica y garantizar apoyo adecuado durante el embarazo y el parto; y el artículo 16, que exige asegurar la igualdad de derechos en decisiones sobre el número de hijos, incluida la información y educación pertinentes.

[328] La sentencia *V.C. v. Eslovaquia* también incorporó referencias específicas a la RG-24-CEDAW, en sus numerales 20, 21, 22 y 31(e) y (f) (véase supra, notas correspondientes a RG-24-CEDAW), al analizar los documentos aprobados en el sistema de la ONU (III. B.1, párr. 83). Estos subrayan que las mujeres tienen derecho a recibir información clara sobre sus opciones de tratamiento, sus beneficios y riesgos, que los Estados deben eliminar obstáculos en el acceso a servicios de salud, garantizar la calidad y respeto a la dignidad, y prohibir prácticas coercitivas como la esterilización sin consentimiento. Asimismo, exigen que los servicios sanitarios sean respetuosos de los DH y que la formación del personal incorpore contenidos sobre salud y derechos de las mujeres, con incidencia directa en la violencia de género.

[329] El TEDH aludió a los núms. 44 y 45 del informe CEDAW/C/SVK/CO/4, en el que el Comité CEDAW expresó su preocupación por las denuncias persistentes de esterilizaciones no consentidas de mujeres romaníes, pese a la existencia de legislación específica. El Comité recomendó reforzar la supervisión de los centros de salud para asegurar la obtención del consentimiento, imponer sanciones ante incumplimientos, respetar los derechos reproductivos, reconocer adecuadamente las denuncias de esterilización forzada y garantizar recursos para las víctimas.

simultáneamente tres condiciones: peligro inminente para la vida o la salud, imposibilidad de retrasar el tratamiento y falta de viabilidad para obtener el consentimiento adecuadamente (108).

Descartó la existencia de urgencia cuando la justificación médica se basó únicamente en prevenir un daño hipotético susceptible de manifestarse en futuros embarazos, bajo la consideración de que existían alternativas menos intrusivas. Para el TEDH, este escenario resultó insuficiente para validar una intervención inseparable fundada en meras suposiciones clínicas (113).

Esta doctrina fue retomada como jurisprudencia relevante en el caso *N.B. v. Eslovaquia*, caso en el que la esterilización de una mujer de origen romaní sin consentimiento libre e informado fue calificada como trato inhumano y degradante contrario al artículo 3 del CEDH. El TEDH reiteró que la esterilización no es una intervención destinada a salvar vidas y que su práctica sin consentimiento de una persona adulta plenamente capaz es incompatible con el respeto a la libertad y dignidad. Aun sin intención deliberada de causar daño, la conducta reflejó un grave desprecio por la autonomía y capacidad de elección. Se vulneró así el art. 3 del CEDH (párrs. 71–74, 78).

4.2. Aplicación de la ley

La ambigüedad normativa en su interpretación y aplicación también puede generar efectos perjudiciales en el ámbito de los derechos en SSYR. El caso *V.C. v. Eslovaquia* ilustra que, aunque la legislación nacional vigente en el momento de la esterilización exigía el consentimiento como requisito previo a cualquier intervención médica, este no fue suficiente para garantizar las garantías adecuadas, dada la forma en que dicha normativa fue interpretada y aplicada en este caso particular. Para el TEDH, esta legislación facilitó la esterilización sin consentimiento a pesar de que en ese momento Eslovaquia debía cumplir con lo dispuesto en la CEDH (178).

5. Derecho al respeto de la vida privada y familiar

En el caso *V.C. v. Eslovaquia* sobre una esterilización no consentida, el TEDH analizó la autonomía reproductiva dentro del alcance del derecho a la vida privada y familiar, eje central para determinar la violación del artículo 8 del CEDH que protege este derecho (130). Según el Tribunal, el objeto del artículo 8 lleva implícita la protección de las personas contra cualquier injerencia

arbitraria de las autoridades (139). La afectación a la capacidad reproductiva es una injerencia en la vida privada y familiar que vulnera la obligación positiva estatal que el CEDH requiere para otorgar garantías legales eficaces para proteger la salud reproductiva, como lo son evitar estas injerencias (154).

El Tribunal reiteró que la noción de vida privada tiene un alcance amplio, que abarca aspectos físicos, psicológicos y de identidad social de las personas. Su protección respalda el derecho a la autonomía reproductiva y el desarrollo personal. Asimismo, protege el derecho a crear y desarrollar relaciones con otras personas y el respeto por la decisión de tener o no hijos (138).

Acorde con el artículo en mención, estas injerencias deben justificarse conforme a la ley, así como sustentarse la necesidad en una sociedad democrática según los objetivos de la ley (139). Para el TEDH, el concepto de necesidad significa que la injerencia obedece a una demanda social imperiosa que es proporcional al objetivo que persiguen las autoridades. Aunado a lo anterior, subrayó la obligación positiva de asegurar el ejercicio efectivo de los derechos del artículo 8 del CEDH (139), mediante un marco normativo y prácticas internas adecuadas. Adicionalmente, comporta la garantía de que las normas de derecho interno ofrezcan protección legal contra esas injerencias arbitrarias de las autoridades frente a los derechos garantizados por el Convenio (140). Señaló el Tribunal, además, que para que el disfrute del derecho a la vida privada y familiar sea efectivo, el proceso de toma de decisiones importantes debe ser justo (141).

El TEDH rechazó imputar una violación del artículo 14 del CEDH que prohíbe la discriminación y centró su análisis en el incumplimiento de las obligaciones positivas del artículo 8 del CEDH sobre proteger la vida privada y familiar en casos de esterilización no consentida. Esta orientación es clara cuando apreció la denuncia por discriminación en relación con la infracción del derecho a la vida privada y familiar y manifestó que "... la injerencia en cuestión afectaba a una de sus funciones corporales esenciales y entrañaba numerosas consecuencias adversas para su vida privada y familiar en particular" (176).

El Tribunal descartó que existiera una vulneración del artículo 14 del TEDH, al no hallar intención discriminatoria ni una política deliberada, aunque reconoció que las esterilizaciones no consentidas afectaban de manera particular a mujeres romaníes (177). Reconoció también que los casos de

esterilizaciones no consentidas han ocurrido por la falta de garantías adecuadas para proteger la salud reproductiva de las mujeres de grupos vulnerables, en particular aquellas de dicho origen, a cuya vulnerabilidad se agrega el impacto por procedimientos médicos sin consentimiento, como la esterilización (178–179).

5.1. El derecho a la vida privada y familiar, su relación con el derecho a la no discriminación y aspectos de interseccionalidad

En el caso *V.C. v. Eslovaquia,* la violación del artículo 8 del CEDH se fundamenta en la ausencia de garantías positivas para proteger la salud reproductiva de personas que merecen respeto a su derecho a la vida privada y familiar. Esta impacta desproporcionadamente a mujeres de origen romaní (145) por actitudes negativas hacia su tasa de natalidad y el uso de prestaciones sociales, lo que representa una desventaja significativa en múltiples ámbitos (146). El TEDH observó además deficiencias persistentes en la atención sanitaria prestada a esta población (148). Reconoció elementos de interseccionalidad al advertir que la mención del origen étnico en la historia clínica reflejaba una actitud del personal médico que pudo influir en su manejo clínico, por lo que, en lugar de garantizar el consentimiento, el enfoque podría haber estado sesgado por prejuicios hacia este grupo (150). Para el TEDH, la ausencia de las mencionadas garantías que,

> … prestan especial atención a la salud reproductiva de la demandante como mujer romaní dio lugar a un incumplimiento por parte del Estado demandante para cumplir con su obligación positiva de asegurarle la protección suficiente que le permitiera gozar efectivamente de su derecho al respeto de su vida privada y familiar (154).

Sin embargo, esta conducta para el Tribunal vulnera el artículo 8 del CEDH (155) sobre el derecho a la vida privada y familiar, pero no consideró acreditada una infracción autónoma del artículo 14 del CEDH.

La sentencia de *N.B. v. Eslovaquia* reiteró lo señalado en la decisión *V.C. v. Eslovaquia* sobre la esterilización de personas pertenecientes a diversos grupos étnicos, particularmente de mujeres romaníes, quienes estaban en un riesgo especial por las deficiencias en la legislación interna y las prácticas nacionales (96). El Tribunal reiteró el enfoque adoptado en el caso *V.C. v. Eslovaquia*

(96, 121). Concluyó que el Estado no protegió adecuadamente los derechos de una persona de población vulnerable, que además recibió un trato paternalista por parte del personal médico. Esta actitud se conformó al presentar el procedimiento propuesto como la única opción viable, lo que desconoció la autonomía decisional (114).

En esa línea, el TEDH consideró la vulneración como una afectación al derecho a la vida privada y familiar; no como infracción del derecho a la no discriminación ni atribuible a estereotipos asociados con este grupo vulnerable. Tampoco se refirió a los prejuicios que guían decisiones unilaterales sobre la capacidad reproductiva de la persona, pese a que, como en este caso, tales decisiones limitaron la autonomía para considerar otras alternativas de tratamiento. La jueza Ljiljana Mijovic en su voto expresó su desacuerdo con aspectos de la decisión del Tribunal, como evaluar el caso sin considerar el artículo 14 de la CEDH sobre la prohibición de la discriminación, en relación con los artículos 3 sobre la prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes y 8 sobre el derecho a la vida privada y familiar.

La jueza consideró que la dimensión discriminatoria era central en el caso y no fue adecuadamente examinada de manera independiente, ya que, según la jurisprudencia del Tribunal [330], la discriminación se refiere al trato desigual de personas en situaciones similares sin una justificación objetiva y razonable. También criticó la falta de reconocimiento de los estereotipos y prejuicios que influyeron en la práctica de la esterilización no consentida de la mujer afectada, quien sufrió discriminación por su historia clínica marcada por su origen étnico.

A pesar de que el Estado justificó la referencia a dicho origen como necesaria para brindar atención especial a un grupo históricamente desatendido, la jueza consideró inaceptable la justificación estatal basada en brindar "atención especial", pues se tradujo en una esterilización no consentida ya reconocida como una violación de los artículos 3 y 8. Adicionalmente, enfatizó que la decisión se centró a nivel individual, factor que ignora una política estatal más amplia de esterilización de mujeres romaníes. Subrayó la importancia de examinar cómo las actitudes preconcebidas sobre esta población y las mujeres en general pudieron haber afectado la atención médica brindada. Argumentó que la motivación de la esterilización en el caso se basaba efectivamente en el origen

[330] Se refiere a los casos *D.H. v. República Checa* (GC, n.º 57325/00 (175-181); CEDH, 2007); al caso *Orsus y otros v. Croacia* (GC, n.º 15766/03, (147–153), CEDH 2010).

étnico, sin que mediara justificación médica válida, lo que, a su juicio, constituía una forma particularmente grave de trato diferenciado por motivos étnicos.

5.2. Vulneración a la vida privada y familiar y divulgación de datos

El TEDH ofreció protección jurídica contra actos arbitrarios que vulneran el derecho a la vida privada en materia de datos personales, con efectos relevantes cuando se trata de datos médicos, fundamentales para el disfrute del derecho consagrado en el artículo 8 del CEDH sobre la vida privada. El caso *Y.Y. v. Rusia* mostró otras formas en que puede vulnerarse este ámbito protegido por la recopilación y divulgación de datos sin autorización. Esto ocurre cuando las autoridades sanitarias recaban o divulgan información médica personal sin informar ni obtener consentimiento.

Las circunstancias del caso constituyen una injerencia en la vida privada que se efectuó sin una base legal clara y previsible en el derecho interno que permitiera dicha acción sin autorización. Para el TEDH, a los efectos del artículo 8, una norma no puede considerarse "conforme a la ley", a menos que establezca claramente el alcance de la discreción que se confiere a las autoridades competentes y la forma en que esta debe ejercerse (49).

De manera concordante, en el caso *L.H. v. Letonia,* el TEDH, que trató de forma similar la vulneración del derecho a la vida privada, consideró que la normativa interna sobre datos médicos era excesivamente amplia, lo que impedía delimitar con precisión qué información podía recabarse. En este caso, los datos médicos de los cuales no se informó ni consintió en cuanto a su recopilación y procesamiento, y se llevó a cabo de forma indiscriminada, sin evaluar previamente si esa información era necesaria, decisiva o relevante (58). El TEDH concluyó que la información recabada no era necesaria para el tratamiento ni para la prestación de servicios sanitarios.

6. Elementos en común y diferencias entre el SIDH y el SEDH en la aplicación de derechos en SSYR

La delimitación de los puntos de convergencia y diferencias entre el SIDH y el SEDH permite examinar también cómo la Corte IDH ha empleado la jurisprudencia del TEDH y diversos instrumentos del Consejo de Europa, especialmente el Convenio de Oviedo (1997), para construir

y fundamentar la definición de VO y las obligaciones positivas estatales en el Sistema Interamericano.

6.1.Bases normativas: la distinta configuración del derecho a la salud

El marco de protección aplicable a la SSYR se define, en el SEDH, por las disposiciones del CEDH y jurisprudencia del TEDH en el SEDH; y, en el SIDH, por las disposiciones de la CADH y la jurisprudencia de la Corte IDH. Ni la CADH ni el CEDH reconocen expresamente el derecho a la salud en un artículo autónomo. Sin embargo, en el sistema interamericano, el artículo 26 de la CADH sobre el desarrollo progresivo permite a la Corte IDH reconocer jurisprudencialmente este derecho y exigir a los Estados medidas para su realización progresiva en el ámbito de los derechos económicos, sociales y culturales. Por su parte, en el marco europeo, el TEDH ha derivado obligaciones sustantivas y procesales en materia de salud a través de una interpretación extensiva de otros derechos convencionales como la vida, la integridad y la vida privada.

Esta tesitura contrasta con el abordaje del TEDH, el cual, a diferencia de la Corte IDH, no ha adoptado la categoría de VO ni la ha calificado expresamente como violencia de género. Sin embargo, su jurisprudencia permite identificar prácticas con efectos acumulativos sobre los derechos y la sanción de conductas que, analizadas desde una perspectiva de DH, pueden ser entendidas como manifestaciones de este fenómeno. Entre otras, la esterilización forzada, la denegación de atención urgente o los tratos crueles, inhumanos y degradantes durante el trabajo de parto y parto como violaciones de la integridad física y mental o de la vida privada.

6.2. Convergencia en la doble dimensión de las obligaciones estatales: sustantiva y procesal

Ambos marcos de protección examinan las violaciones en materia de SSYR desde una doble dimensión: una sustantiva, que comprende las obligaciones positivas estatales de prevención y garantía de servicios adecuados y de calidad; y otra procesal, centrada en la existencia de un marco judicial efectivo que asegure la investigación, sanción y reparación integral de las vulneraciones, para garantizar así el acceso a la justicia.

Las sentencias del TEDH obligan a los Estados a contar con marcos normativos y sanitarios eficaces para prevenir riesgos previsibles y ofrecer recursos frente a conductas contrarias a los derechos relacionados con la salud. Esta obligación comprende labores de prevención, investigación y reparación y requiere un sistema judicial operativo que asegure acceso a la justicia y compensación mediante la determinación de responsabilidades. Aunque ambos tribunales comparten estos fundamentos, la Corte IDH ha ampliado su alcance en la dimensión de fondo de las obligaciones positivas, con énfasis en materia de igualdad y no discriminación. Ordena reparaciones integrales y transformadoras, medidas de no repetición y reformas institucionales.

6.3. Visión sobre la interseccionalidad

La Corte IDH incorpora un enfoque interseccional como una herramienta de análisis jurídico directo, que visibiliza el impacto desproporcionado sobre mujeres en situación de vulnerabilidad, agudizado por estereotipos de género y otras formas de discriminación. Aplica la interseccionalidad al analizar la concurrencia de factores como la edad, el origen étnico, la ruralidad, la pobreza, la discapacidad o la condición de refugiada, considerándolos vectores que intensifican y multiplican la discriminación. Este enfoque ha permitido a la Corte IDH explicar por qué la VO afecta desproporcionadamente a estos grupos. Por su parte, el TEDH no emplea expresamente el concepto de interseccionalidad, aunque ha reconocido que la opresión se ejerce con efectos acumulativos sobre los derechos.

El contraste se articula en torno a un encuadre diferente para múltiples conductas contrarias a los DH de las mujeres, como la esterilización no consentida a mujeres romaníes. El TEDH identifica la influencia de factores de interseccionalidad al observar el impacto del origen étnico en la atención médica. Sin embargo, ha tendido a encuadrar la violación principal como un incumplimiento del deber positivo estatal de proteger la vida privada y familiar (art. 8 del CEDH), en vez de declarar una violación directa del artículo 14 sobre la no discriminación.

6.4. Visión sobre la vida privada y familiar

La Corte IDH también ha vinculado la decisión de procrear o no con una doble dimensión de derechos: la vida privada y familiar. Como explica Basset (2018), a diferencia del TEDH, que

analiza la autonomía reproductiva principalmente desde la vida privada según el artículo 8 del CEDH, centrándose en la autodeterminación individual sobre el cuerpo, la Corte IDH aportó una visión relacional que incorpora los proyectos de vida en clave familiar, sin menoscabar el carácter personalísimo del consentimiento. Así, la capacidad reproductiva, además de pertenecer a la esfera íntima personal, también forma parte del ámbito protegido por el artículo 11.2 de la CADH, que garantiza la vida privada y familiar y protege frente a injerencias arbitrarias o abusivas en la vida privada. Esta interpretación amplia protege la autonomía reproductiva y la libertad de decisión sobre el plan de vida y el cuerpo sin violencia, coacción o discriminación.

6.5. El estándar común sobre la responsabilidad estatal por ambigüedad normativa

Puede identificarse una convergencia jurisprudencial entre la jurisprudencia interamericana y la del TEDH en torno a la responsabilidad estatal frente a la ambigüedad normativa. Ambos sistemas reconocen que la imprecisión de la ley, con incidencia directa en contextos médicos y de salud reproductiva, genera un terreno propicio para vulneraciones de derechos. En ambos marcos, la exigencia convencional impone al Estado el deber de garantizar un marco jurídico claro, previsible y efectivo conforme al estándar de calidad de la ley desarrollado por el TEDH, que proteja la autonomía, la integridad personal y la dignidad humana frente a la discrecionalidad institucional.

6.6. Construcción de estándares de la Corte IDH sobre el consentimiento informado

El Tribunal IDH examinó fallas de base en la atención sanitaria durante las etapas reproductivas. Identificó conductas que vulneran la integridad física y mental, la autonomía reproductiva, la información y el acceso a ella, y el consentimiento válido en contextos médicos. Sobre este último, particularmente en casos de esterilización no voluntaria, ha integrado orientaciones jurisprudenciales desarrolladas por el TEDH para reforzar su interpretación y elevar la protección de la autonomía reproductiva.

El caso *I.V. v. Bolivia* es paradigmático, ya que, al basarse en decisiones del TEDH contra Eslovaquia, la Corte afirmó que la esterilización no consentida vulnera la dignidad y la autonomía reproductiva, considerándola un trato cruel, inhumano o degradante. Al concebir el consentimiento como un proceso que supone interacción efectiva entre personas usuarias y personal sanitario

durante todas las etapas de la atención, en lugar de un acto aislado de autonomía individual, lo ha aplicado en situaciones de vulnerabilidad que suceden durante el embarazo y el parto.

El TEDH en el caso *V.C. v. Eslovaquia* advirtió que la mera existencia de una norma que exige el consentimiento no es suficiente cuando su redacción o aplicación permite ambigüedades que derivan en violaciones de derechos. En la misma línea, la Corte IDH en el caso *I.V. v. Bolivia* concluyó que la normativa sobre consentimiento resultaba "equívoca, imprecisa e, incluso, contradictoria", al permitir excepciones amplias que posibilitaron esterilizaciones sin consentimiento (218–219). Asimismo, en el caso *Manuela y otros v. El Salvador*, observó que la falta de definición sobre el deber de denuncia y el secreto profesional médico generó discrecionalidad en el personal sanitario, lo que ocasionó conductas discriminatorias y violaciones al deber de confidencialidad (213–215, 259–260).

6.7. Alcance de la construcción del *corpus iuris* del SIDH basado en instrumentos europeos y en jurisprudencia del TEDH

Este apartado examina el diálogo jurisprudencial entre el SEDH y el SIDH y la influencia que la jurisprudencia del TEDH ha ejercido en la construcción del *corpus iuris* interamericano en materia de SSYR. La principal contribución de este diálogo se manifiesta en tres ejes normativos. El primero consiste en la consolidación del consentimiento sobre la base de la jurisprudencia del TEDH. Adquieren centralidad los casos contra Eslovaquia, que la Corte IDH tomó como referencia para reafirmar su carácter de previo, pleno, libre e informado, como requisito indispensable para los actos médicos en SSYR, incluso cuando se ajustan a la *lex artis*.

En segundo lugar, la responsabilidad por la ambigüedad normativa. Ambos tribunales coinciden en que la falta de claridad o coherencia legal en contextos de salud reproductiva, como en los casos de esterilización no voluntaria o incumplimiento del deber de secreto profesional, genera inseguridad jurídica y vulnera derechos. En consecuencia, se exige a los Estados garantizar un marco jurídico claro, preciso, previsible y efectivo. Finalmente, el refuerzo de derechos como la dignidad y la integridad a partir de criterios del TEDH adoptados por la Corte IDH para delimitar la VO, especialmente el umbral mínimo de gravedad aplicable a intervenciones no consentidas,

como la esterilización forzada, o a tratos crueles, inhumanos y degradantes, como el encadenamiento durante el parto.

6.8. Referencias al SEDH, el marco del Consejo de Europa y otras referencias

La Corte IDH ha subrayado que la obtención del consentimiento constituye una exigencia ineludible en la práctica médica. Asimismo, observa que en el SEDH y en el marco del Consejo de Europa existen diversos instrumentos que regulan expresamente el consentimiento previo, libre, pleno e informado para la realización de actos médicos.

En el caso *I.V. v. Bolivia*, el Tribunal IDH utilizó estos instrumentos como fuente de interpretación y referencia del estándar del consentimiento para afirmar que la esterilización femenina no es generalmente considerada un procedimiento vital y que una ligadura de trompas durante una cesárea no constituye una necesidad médica urgente. Concluyó que la excepción de urgencia únicamente aplica a un riesgo grave inminente para la vida o la salud. Concretamente, se basó en los artículos 1 a 3 de la Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa adoptados por la Oficina Regional de la OMS en Europa en el contexto de la consulta de Ámsterdam sobre los derechos de los pacientes (OMS/Europa, 1994, 168, 177) [331].

[331] El artículo 1 de la Declaración trata sobre los DH y valores que rigen la atención sanitaria. Indica que esta debe regirse por los valores universales de los DH y garantizar respeto, autodeterminación, integridad física y mental, privacidad y consideración de los valores culturales y religiosos. Toda limitación debe estar prevista por la ley y ser proporcional. Asimismo, consagra el derecho a la protección de la salud mediante medidas preventivas y acceso a una atención oportuna y de calidad.
El artículo 2 desarrolla el consentimiento como requisito previo a toda intervención médica y puede ser negado o revocado, y el paciente debe recibir información sobre las consecuencias de su decisión. En casos de urgencia o incapacidad, puede presumirse, salvo oposición expresa o manifestada con anterioridad. Si interviene un representante legal, el paciente debe participar según su capacidad, y los desacuerdos deben ser resueltos judicialmente. También supone consentimiento para el uso de materiales biológicos, la docencia y la investigación, salvo excepciones éticamente justificadas, con riesgo mínimo y con beneficio social comprobado.

Asimismo, se basó en los artículos 5, 6 y 8 del Convenio de Oviedo (1997), y en su Informe Explicativo (168, 177) [332]; así como en el artículo 3 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (168) [333].

6.9. Referencias de la jurisprudencia del TEDH utilizadas por la Corte IDH

En la sentencia de *I.V. v. Bolivia,* la Corte IDH estableció que el consentimiento es un prerrequisito para actos médicos en general [334] y, de manera particular, para los procedimientos de esterilización femenina [335] (174). Para ello tomó como referencia jurisprudencia del TEDH (424) y subrayó que, dada la permanencia de la pérdida reproductiva, dicho consentimiento debe obtenerse con especial diligencia (175). A partir de este estándar, la Corte IDH recurrió a diversos precedentes del TEDH relativos a intervenciones médicas y esterilización femenina.

Ha recurrido de manera reiterada a la jurisprudencia del TEDH como referencia interpretativa para delimitar parámetros en materia de consentimiento, integridad personal, dignidad y protección frente a intervenciones médicas no consentidas. En particular, diversos precedentes del TEDH relativos a esterilización femenina, confidencialidad médica y trato degradante durante el embarazo y el parto han sido citados expresamente por la Corte IDH para reforzar los estándares aplicables en casos relacionados con la protección de los derechos reproductivos. A continuación, se examinan los principales precedentes del TEDH utilizados por la Corte IDH.

---

[332] El Convenio de Oviedo (1997) establece disposiciones sobre el consentimiento:
Una intervención en el ámbito de la sanidad podrá efectuarse de manera restringida después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente información sobre la finalidad, naturaleza de la intervención, sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar su consentimiento (art. 5).
Como excepción, el Convenio establece lo señalado a personas incapaces (art. 6), para quienes tienen trastornos mentales graves (art. 7) y en caso de urgencias que impidan la obtención del consentimiento (arts. 8–9).
El informe explicativo del Convenio (art. 8, párrs. 56–59) señala que en situaciones de emergencia. Los médicos pueden actuar de inmediato sin esperar el consentimiento si la intervención es indispensable y no puede retrasarse.

[333] El artículo 3 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea protege el derecho a la integridad física y psíquica de todo individuo. En el ámbito médico y biológico, este derecho comporta el respeto del consentimiento libre e informado, así como la prohibición de prácticas eugenésicas, la comercialización del cuerpo humano o sus partes y la clonación reproductiva.

[334] La Corte IDH citó el caso *Glass v. Reino Unido* n.º 61827/00 (2004); el caso *Juhnke v. Turquía* n.º 52515/99 (2008); el caso *M.A.K. y R.K. v. Reino Unido* n.º 45901/05 (2010); el caso *R.R. v. Polonia* n.º 27617/04 (2011) y el caso *Elberte v. Letonia* n.º R.K.243/08 (2015).

[335] La Corte IDH se refiere a los casos *V.C. v. Eslovaquia* n.º 18968/7 (2011); caso *N.B. v. Eslovaquia* n.º 29518/10 (2012) y *caso I.G., M.K. y R.H. v. Eslovaquia* n.º 15966/04 (2012).

6.9.1. Precedente sobre consentimiento en esterilizaciones: caso *V.C. v. Eslovaquia*

Este caso es de referencia para la Corte IDH en la sentencia *I.V. v. Bolivia* cuando resalta la importancia del consentimiento como requisito previo para una intervención quirúrgica de esterilización. También, cuando reitera que la esterilización no es un procedimiento de emergencia médica. Resalta que este caso contra Eslovaquia concluyó que la intervención de ligadura de trompas durante una cesárea no es una necesidad médica urgente, ya que el riesgo para la vida de la paciente se presentaría solo en un embarazo futuro. La Corte IDH citó concretamente los párrafos 110 a 117 de esta sentencia contra Eslovaquia, que concluye que, aunque la revisión del estado de salud no es de competencia del Tribunal, la intervención no suele considerarse una cirugía destinada a salvar vidas y no es médicamente urgente por no haber existido una emergencia que suponga un riesgo inminente de daño irreparable para la salud o la vida de la demandante.

Al no existir una emergencia médica, la esterilización requería consentimiento previo. Sin embargo, este fue solicitado durante el trabajo de parto, lo que impidió una decisión libre y autónoma. A partir de ello, la Corte IDH retomó tres criterios centrales de este precedente: que la esterilización no constituye, en principio, un procedimiento vital o urgente; que el consentimiento recabado en condiciones de dolor, presión o vulnerabilidad no satisface los estándares de libertad e información; y que una intervención de esta naturaleza puede generar afectaciones psíquicas duraderas, como miedo, angustia, humillación y aislamiento. Asimismo, la sentencia también fue retomada para reiterar que, en ausencia de intención deliberada de causar daño, la obligación estatal de protección puede satisfacerse mediante vías civiles eficaces y no necesariamente a través de un proceso penal (174, 178, 190, 192, 266, 309).

La sentencia de *I.V. v. Bolivia* retomó también el criterio del TEDH sobre la necesidad de recibir información suficiente acerca de las alternativas de tratamiento como elemento básico para la formación de un consentimiento válido (190). Asimismo, destacó que el consentimiento otorgado durante el trabajo de parto no satisface los estándares de libertad e información exigidos para intervenciones de esterilización, según los párrafos 111 y 117 de la sentencia del TEDH (192). Finalmente, mencionó que el TEDH en sus párrafos 123 a 125 determinó que, en ausencia de intención deliberada de causar daño, no siempre es necesario un proceso penal para cumplir con

la obligación de proteger el derecho a la vida. Por ende, ante negligencia médica, el sistema judicial puede satisfacer esta obligación con vías civiles para que las víctimas busquen compensación y se pueda responsabilizar al personal médico, sin requerirse un proceso penal obligatorio.

6.9.2. Precedente sobre consentimiento informado y esterilización no consentida: caso *N.B. v. Eslovaquia*

La Corte IDH tomó el caso *N.B. v. Eslovaquia* en la sentencia *I.V. v. Bolivia* (174) para resaltar que el principio del consentimiento ha sido interpretado en múltiples ocasiones por el TEDH. Específicamente, en casos relacionados con intervenciones médicas en general y también en casos de esterilización femenina. Determinó que aquel elemento es fundamental para la realización de cualquier acto médico. Del mismo modo, refuerza la idea de que la ligadura de trompas durante una cesárea no es una necesidad médica urgente, ya que la amenaza a la vida podría presentarse únicamente en un embarazo futuro y por ello no se considera como una emergencia médica (178).

La Corte IDH retomó este precedente para reforzar dos ideas. En primer lugar, que la esterilización practicada durante el parto o en condiciones de afectación cognitiva por medicación o presión clínica no permite una manifestación libre y voluntaria del consentimiento. En segundo lugar, que la esterilización no consentida puede producir un sufrimiento físico y psíquico intenso y duradero, con afectaciones a la dignidad, la integridad y la vida personal de la víctima (178, 183, 266). También se apoyó en esta sentencia para reafirmar el reconocimiento del TEDH de que una esterilización no voluntaria puede generar miedo, angustia e inferioridad, con efectos duraderos que provocan sentimientos de degradación, aislamiento y sufrimiento emocional al descubrir lo sucedido. Esta situación puede llevar a sufrir depresión, sentimientos de aislamiento y humillación (266). Puntualmente, se refirió a la evaluación de los hechos del caso en su (ii, 80),

> Dada su gravedad y sus consecuencias, el procedimiento de esterilización, incluida la forma en que se le pidió a la demandante que aceptara, podía suscitar en ella sentimientos de miedo, angustia e inferioridad y entrañar un sufrimiento duradero. En lo atinente a este último punto, un psicólogo admitió que los estados de ánimo depresivos y pesimistas de la demandante podían estar relacionados con su incapacidad para concebir.

En dicho párrafo, el TEDH también sostuvo que,

> ... no encuentra motivos para dudar de que su incapacidad para tener hijos menoscabara considerablemente su posición como mujer que vivía en una comunidad romaní y le entrañara sufrimiento mental. El tratamiento al que se sometió la demandante alcanzó el umbral de severidad necesario para que estuviera comprendido en el ámbito del artículo 3.

6.9.3. Precedente sobre esterilización sin consentimiento y discriminación: caso *I.G., M.K. y R.H. v. Eslovaqui*a

Este caso también fue utilizado por la Corte IDH en el caso *I.V. v. Bolivia* para reiterar que el consentimiento es un prerrequisito para una intervención quirúrgica de esterilización (174). Asimismo, reforzó el criterio según el cual recabarlo durante el trabajo de parto o inmediatamente antes de una cesárea, impide que la decisión sea adoptada con verdadero libre albedrío (183). La Corte IDH también retomó este precedente para subrayar que la esterilización involuntaria puede generar miedo, angustia, humillación y sufrimiento duradero, y para reiterar que, en ausencia de intención deliberada de causar daño, la obligación estatal de protección puede satisfacerse mediante recursos civiles eficaces, sin que resulte indispensable un proceso penal (266, 309).

La Corte IDH también aludió a esta sentencia cuando refirió que el TEDH ha establecido que, si no hay una intención deliberada de causar daño, no siempre es necesario un proceso penal para cumplir con la obligación de proteger el derecho a la vida. Adicionalmente, que, en situaciones de negligencia médica, el sistema judicial puede cumplir esta obligación a través de recursos civiles, que permitan a las víctimas buscar compensación y establecer la responsabilidad de los médicos, sin necesidad de un proceso penal obligatorio (309).

6.9.4. Precedente sobre denegación de atención obstétrica urgente y deber estatal de protección de la vida: caso *Mehmet Senturk y Bekir Senturk v. Turquía*

En la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina*, el Tribunal IDH resaltó el caso *Mehmet Senturk y Bekir Senturk v. Turquía* en su párrafo 97. Reiteró las consecuencias de negar un tratamiento médico de urgencia a una gestante, aun cuando se conoce el riesgo para la salud de hacerlo. Así

mostró que la carencia de atención médica adecuada y diferenciada durante el embarazo, el parto y el posparto vulnera gravemente los DH y reiteró la obligación estatal de exigir a los hospitales la adopción de medidas adecuadas para proteger la vida. También para reforzar la necesidad de contar con un sistema judicial independiente y eficaz que permita determinar la causa de la muerte de pacientes cuando están bajo atención médica en el sector público o privado y poder exigir responsabilidad, conforme al estándar reiterado por la Corte en la sentencia contra Argentina (65).

6.9.5. Precedente sobre la protección de la confidencialidad médica y de la vida privada en el ámbito sanitario: caso *Y.Y. v. Rusia*

La sentencia de la Corte IDH *Manuela y otros v. El Salvador* se refiere a la proporcionalidad de las restricciones impuestas a las personas que cometen delitos y se apoya en el párrafo 38 del caso *Y.Y. v. Rusia*, que indica que la información relativa a un paciente pertenece a su vida privada y familiar, así como el respeto de la confidencialidad de los datos sanitarios, para indicar que los datos personales de salud contienen información que describe los aspectos más sensibles y delicados de las personas, lo que deriva en la consideración de esta información como protegida por el derecho a la vida privada (205). También para reiterar que cuando se irrespeta la confidencialidad médica, las personas pueden verse inhibidas a buscar atención médica requerida, lo que pone en peligro su salud (222).

6.9.6. Precedente sobre responsabilidad estatal por falta de atención médica adecuada durante las etapas reproductivas: caso *Elena Cojocaru v. Rumanía*

En la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina*, el Tribunal IDH relató los hechos del caso *Elena Cojocaru v. Rumania* y pone de presente su párrafo 101 para mostrar cómo la falta de atención médica adecuada y diferenciada durante el embarazo, el parto y el posparto puede resultar en violaciones graves de DH. Asimismo, para reiterar la obligación estatal de exigir a los hospitales la adopción de medidas adecuadas, que se expanden a la salud pública, para proteger la vida de las personas bajo su jurisdicción. También reforzar la necesidad de contar con un sistema judicial independiente y eficaz que permita determinar la causa de muerte de pacientes bajo atención médica en el sector público o privado y exigir responsabilidades correspondientes (65).

6.9.7. Precedente sobre prohibición de tratos inhumanos y degradantes durante el parto y el posparto inmediato: caso *Korneykova y Korneykov v. Ucrania*

En la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina*, el Tribunal IDH resalta el caso *Korneykova y Korneykov v. Ucrania* en sus párrafos 111 y 115, como refuerzo de la determinación de que la utilización de esposas en personas enfermas o débiles es desproporcionada y ocasiona una humillación sin justificación. En concreto, cuando esta medida se utiliza para quien está en trabajo de parto o durante el posparto inmediato, causa un trato inhumano y degradante (199).

6.9.8. Reafirmación del consentimiento como requisito esencial en actos médicos: caso *L.H. v. Letonia*

La sentencia *I.V. v. Bolivia* resalta el caso *L.H. v. Letonia* para reiterar la regla del consentimiento en casos relacionados con actos médicos en general, como para casos específicos de esterilización femenina, atribuyéndole el carácter de esencial (174).

7. Recapitulación

El marco institucional y normativo del SIDH destaca la interacción entre la CADH y la Convención de Belém do Pará como pilares de protección. La evolución de la jurisprudencia interamericana ha transitado desde la salvaguarda de la vida privada y la autonomía reproductiva en casos de fertilización y esterilización, hasta la configuración del derecho autónomo a una vida libre de VO.

Se examinaron los principales puntos de convergencia y divergencia entre el SIDH y el SEDH en la protección de los derechos vinculados a la SSYR. Se identificó una diferencia en la configuración normativa del derecho a la salud. Mientras que en el SIDH la Corte lo ha reconocido mediante la interpretación del artículo 26 de la CADH sobre el desarrollo progresivo, en el SEDH lo ha contemplado indirectamente a través de derechos como la vida, la integridad personal y la vida privada.

Se analizó el desarrollo de la VO en ambos sistemas. La Corte IDH ha conceptualizado esta práctica como una forma de violencia de género y violación de DH, mientras que el TEDH ha sancionado conductas que materialmente se corresponden con este fenómeno. Se identificó también una convergencia en la doble dimensión de las obligaciones estatales sustantiva y procesal, que exige tanto la adopción de medidas preventivas en los sistemas de salud como la existencia de recursos judiciales eficaces para investigar y reparar las vulneraciones. Asimismo, se evidencian diferencias en la incorporación del enfoque interseccional. La Corte IDH ha desarrollado este enfoque en su jurisprudencia, mientras que el TEDH ha reconocido efectos acumulativos de discriminación sin conceptualizarlos bajo esa categoría.

Al estudiarse el diálogo jurisprudencial entre ambos sistemas, se destaca cómo la Corte IDH ha utilizado la jurisprudencia del TEDH y diversos instrumentos del Consejo de Europa para fortalecer sus estándares en materia de consentimiento informado, integridad personal y responsabilidad estatal en contextos de salud reproductiva.

8. Conclusiones parciales

Primera. La VO se ha consolidado en el SIDH como una violación autónoma de DH y una forma específica de violencia de género, cuya prohibición se desprende de la interpretación armónica del corpus iuris regional.

Segunda. La responsabilidad estatal en el ámbito interamericano trasciende la supervisión de la mala praxis y exige que el Estado actúe con debida diligencia para prevenir la deshumanización del trato y la anulación de derechos como el consentimiento informado, tanto en servicios públicos como privados.

Tercera. El diálogo jurisprudencial con el SEDH y el Comité CEDAW ha sido determinante para fijar estándares de protección.

Cuarta. Aunque el SIDH y el SEDH parten de configuraciones normativas distintas, ambos sistemas han desarrollado mecanismos jurisprudenciales que permiten proteger los derechos vinculados con la SSYR mediante la interpretación evolutiva de instrumentos convencionales. Si bien la Corte IDH se encuentra a la vanguardia al haber conceptualizado y definido jurídicamente

la VO, el TEDH ha consolidado criterios rigurosos en materia de integridad personal y autonomía, aunque sin emplear expresamente dicho término. Aunque el SEDH carece de un concepto explícito de VO, sus fallos sobre las responsabilidades estatales positivas relacionadas con la integridad física, la autonomía y las investigaciones judiciales eficaces son utilizados por el SIDH para complementar su conceptualización de la VO.

Quinta. La Corte IDH ha avanzado hacia una conceptualización más explícita de la VO como forma de violencia de género, e integra enfoques de igualdad sustantiva e interseccionalidad. En contraste, el TEDH ha abordado situaciones similares mediante categorías tradicionales como la integridad personal o la vida privada, sin construir una categorización autónoma equivalente.

Sexta. El diálogo jurisprudencial entre ambos sistemas ha contribuido a fortalecer el corpus iuris interamericano, particularmente en materia de consentimiento informado, responsabilidad estatal por ambigüedad normativa y protección de la dignidad e integridad en contextos médicos. Este intercambio interpretativo demuestra que la evolución de los estándares internacionales en materia de SSYR se nutre de procesos de interacción entre distintos sistemas regionales de protección de DH.

CAPÍTULO IX ESTÁNDARES DEL SISTEMA UNIVERSAL: COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW)

Se han estudiado decisiones del SIDH en su proceso de construcción de estándares para la protección de los derechos en SSYR y se ha examinado parte de la jurisprudencia del TEDH referenciada en las sentencias de la Corte IDH para entender su contenido y analizar las razones por las que esta forma parte del *corpus iuris* global. Aunque la Corte IDH se enfoca principalmente en las violaciones de DH contempladas en la CADH cometidas por los Estados de las Américas y el TEDH supervisa el cumplimiento del CEDH para los Estados miembros del Consejo de Europa, resulta de interés incorporar algunos de los pronunciamientos del Comité CEDAW.

Este Comité, como órgano de la ONU comprometido con la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres, ha emitido opiniones significativas dirigidas a los Estados que han ratificado el PF-CEDAW en materia de derechos en SSYR. Este Protocolo faculta al Comité CEDAW para recibir quejas formales contra los Estados, formularles recomendaciones y solicitar información sobre las medidas adoptadas para su cumplimiento. Este análisis permite comprender cómo estas decisiones contribuyen a precisar el alcance, contenido y aplicación de reglas y criterios jurídicos en esta materia. También facilita determinar las obligaciones estatales derivadas de aquella jurisprudencia. Asimismo, entender el tratamiento de la problemática desde dos ángulos del sistema de protección según los países que han ratificado la CADH y los países que han ratificado el CEDH.

El estudio de las decisiones del Comité CEDAW constituye, por su parte, una fuente relevante del SUDH en materia de género y salud, pues permite precisar el alcance de obligaciones estatales en SSYR y refuerza el diálogo normativo con los tribunales regionales, en particular con la Corte IDH. Aun cuando su naturaleza no es la de un tribunal, sus decisiones tienen un impacto directo en la adecuación legislativa y en las conductas estatales, tanto en el contexto de los países supervisados por la ONU como en las sentencias emitidas por la Corte IDH, que se nutre de los pronunciamientos de este comité para la construcción de reglas de protección sobre la problemática en cuestión. Por estos motivos, la integración de la jurisprudencia del Comité CEDAW en este estudio ofrece también una visión más amplia e integral sobre la evolución de la cuestión.

Algunos de estos casos se examinarán en esta tesis, como el de *Alyne da Silva Pimentel v. Brasil* (CEDAW, 2011), en el que el Comité CEDAW determinó la responsabilidad estatal por la muerte evitable de una mujer afrodescendiente. También los casos contra España que establecieron responsabilidades estatales por VO (CEDAW 2020a, 2022, 2023). Estos casos son *S.F.M. v. España* (CEDAW, 2020), *N.A.E. v. España* (CEDAW, 2022) y *M.D.C.P. v. España* (CEDAW, 2023). También se estudiará el caso *A.S. v. Hungría* (CEDAW 2006), en el que el Comité condenó la esterilización no consentida de una mujer romaní durante una cesárea. Allí estableció un precedente importante sobre la vulneración del derecho a decidir libremente el número e intervalo de hijos y consolidó referentes sobre consentimiento y discriminación interseccional en SSYR.

1. Jurisprudencia, derechos vulnerados y referencias de apoyo en la jurisprudencia

1.1. Caso *A.S. v. Hungría*, Comunicación n.º 4/2002, CEDAW/C/36/D/4/2004

- **Supuestos de hecho**

Se le realizó una esterilización no consentida en una cesárea de emergencia a A.S., mujer romaní de nacionalidad húngara, luego de acudir al hospital que requirió una cesárea de feto muerto. Durante el procedimiento se le pidió firmar un formulario que incorporaba su consentimiento, sin que se le informara de la esterilización y sus consecuencias, y sin entender que la intervención la incorporaba. Se enteró después de la operación del procedimiento. En el ámbito local se rechazó su demanda y no pudo interponer recursos por la naturaleza del caso y la legislación vigente.

Hungría impugnó la admisibilidad de la opinión arguyendo la falta de agotamiento de los recursos internos según el artículo 4.1. del PF-CEDAW; por la inadmisibilidad del artículo 4.2(e), aquel porque la presunta violación había ocurrido antes de su entrada en vigor para Hungría. Adicionalmente, indicó que los efectos de la esterilización no se mantenían en el tiempo, dado el carácter reversible del procedimiento.

- **Argumentación jurídica principal**

El Comité CEDAW concluyó que Hungría había violado derechos protegidos por la *Convención CEDAW*-1979, tales como el derecho al consentimiento informado para procedimientos médicos, que exige comprender las implicaciones de la intervención. El derecho a la información sobre la

planificación de la familia (art. 10(h)), por la falta de información sobre la esterilización, su impacto y otras alternativas de tratamiento, afectó su autonomía reproductiva enfocada a su capacidad de tomar decisiones libres y responsables sobre el número de hijos y los intervalos entre nacimientos (art. 16.1(e)). También fue vulnerado el artículo 12 de la Convención CEDAW-1979 sobre la indicación de servicios adecuados respecto al embarazo y al posparto (art. 12).

El Comité señaló que la esterilización forzada constituye un daño continuo, ya que es irreversible y permanente, lo que, para el Comité, justifica la admisión, si bien los hechos ocurrieron antes de que Hungría ratificara el PF-CEDAW. Recomendó que Hungría, además de indemnizar a A.S., asegurara el deber de información sobre salud y la obtención del consentimiento. Con posterioridad, Hungría modificó su ley de Salud Pública para asegurar que las mujeres obtengan información completa y adecuada sobre procedimientos de esterilización. En febrero de 2009, A.S. recibió el anuncio de una indemnización según lo dispuesto por el Comité.

1.2. Caso *Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brasil*, Comunicación n.º 17/2008, CEDAW/C/49/D/17/2008.

- **Supuestos de hecho**

En este dictamen emitido en 2011, la gestante, una mujer afrodescendiente de bajos recursos y perteneciente a una zona rural, presentó complicaciones durante su embarazo y acudió a un hospital donde no recibió el tratamiento médico adecuado. Aunque su estado empeoraba, acudió de nuevo a recibir atención obstétrica. Se programó una inducción del parto por la muerte fetal y un posterior raspado para eliminar partes de la placenta y otros restos. El hospital no actuó a tiempo, requiriéndose un traslado en ambulancia a otro centro de salud que ocurrió tardíamente. Su estado de salud se agravó y murió.

- **Argumentación jurídica principal**

Luego de agotada la vía nacional para obtener acceso a la justicia, se recurre al Comité CEDAW, que invoca el art. 7, párr. 3 del PF-CEDAW para analizar el caso y emite un dictamen sobre las violaciones de la Convención, que incluyen los artículos 12, 2(c) y 2(e), en relación con el acceso

a la salud, el acceso a la justicia y la obligación del Estado de ejercer la debida diligencia para regular las actividades de los proveedores de servicios de salud.

Indicó que el Estado de Brasil debe garantizar el derecho a la maternidad segura, y proteger el derecho al acceso a los servicios de atención prenatal de calidad, además de un adecuado servicio en caso de emergencias obstétricas. Además, recomendó indemnizar a la familia de Alyne da Silva Pimentel, así como tomar medidas para el cumplimiento de la normativa nacional e internacional en materia de atención de la salud reproductiva que asegure el acceso a la atención obstétrica de emergencia de manera adecuada. Esto, además de la capacitación profesional para trabajadores de la salud y administradores de justicia y la aplicación de sanciones para quienes vulneren los derechos reproductivos de las mujeres y su acceso a los servicios de atención, junto con la inclusión de medidas para garantizar el acceso a la justicia cuando estos derechos son vulnerados.

1.3. Caso *S.M.F. v. España*, Comunicación n.º 138/2018, CEDAW/C/75/D/138/2018

- **Supuestos de hecho**

Luego de una gestación normal y al final del embarazo, S.M.F. acudió al hospital para recibir orientación sin estar en labor activa de parto, pero fue sometida a varias intervenciones innecesarias y sin que mediara su consentimiento, tales como administración de oxitocina sintética, varios tactos vaginales que, según la autora, ocasionaron una infección en su hija y la práctica de una episiotomía. Tras el parto, fue separada de su hija durante siete días con breves encuentros, lo que para la autora afectó su vínculo maternal y desarrolló un trastorno de estrés postraumático. Estas intervenciones afectaron su salud física y psicológica, así como la de su bebé. Se denuncia el caso como uno de VO.

- **Argumentación jurídica principal**

Agotada la vía interna, el Comité CEDAW, que utilizó el término VO y decidió sobre esta problemática en el entorno del SUDH, concluyó que las autoridades sanitarias y judiciales de España, además de someter a la autora a múltiples intervenciones sin recibir información ni respetar el principio del consentimiento, y que los tribunales nacionales, al tratar su caso, basaron sus decisiones en estereotipos de género, sin asumir una diligencia debida.

Estas circunstancias causaron la violación de los artículos 2 (b), (c), (d) y (f) sobre la garantía de no discriminación; 3, sobre el derecho a la igualdad; 5, sobre estereotipos y prejuicios; y 12, sobre el derecho a la salud y a la atención médica de la *Convención CEDAW*-1979. El Comité recomendó a España otorgar una compensación adecuada a la afectada y, además, tomar medidas para mejorar las pautas de atención médica para capacitación y prevención de la VO con actos como la falta de consentimiento y el maltrato en el contexto del parto en instalaciones médicas.

1.4. Caso *N.A.E. v. España*, Comunicación n.º 149/2019, CEDAW/C/82/D/149/2019

- **Supuestos de hecho**

Los hechos ocurren durante el parto mediante cesárea y el posparto en un hospital público. La autora acude al hospital luego de haber roto aguas y se le indujo el parto con oxitocina sintética antes de tiempo y sin su consentimiento. Se le practicaron múltiples tactos vaginales, se le impidió el alimento, se llevó a cabo una cesárea por parte de estudiantes supervisados, se le ataron los brazos, se le privó de acompañamiento de alguien de su confianza, se impidió el contacto inmediato con el bebé después del parto y se impuso la lactancia artificial, entre otros. Consideró que estas acciones contravinieron su plan de parto, se realizaron sin información ni consentimiento y algunas las realizaron médicos internos y residentes. Igualmente, las secuelas requirieron tratamientos médicos y recibieron un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático.

- **Argumentación jurídica principal**

Agotadas las vías internas, el Comité CEDAW analizó la violación de los derechos de la autora según los artículos 2, 3, 5 y 12 de la Convención CEDAW-1979 por actos de VO. En relación con el artículo 2, el Comité determinó que el Estado no evitó actos de discriminación contra las mujeres, reflejado en la atención médica recibida por la autora. En cuanto al artículo 3, se concluyó que la autora no pudo dar a luz en condiciones que respetaran sus DH, lo que refleja el incumplimiento del Estado en garantizar la igualdad de derechos y el bienestar para las mujeres durante el parto. Respecto del artículo 5, el Comité observó que la normalización de la VO y el enfoque autoritario del personal médico perpetuaron estereotipos de género que limitaron la autonomía y capacidad de autodeterminación de la autora.

Destacó que las autoridades aplicaron nociones estereotipadas al asumir que el médico tenía la única autoridad para decidir sobre la cesárea, sin considerar otras pruebas que argumentaban que la cesárea no era la única opción. Con respecto al artículo 12, el Comité consideró que la atención médica no cumplió con los criterios de calidad y respeto, lo que afecta el derecho a la salud y a una atención obstétrica adecuada.

1.5. Caso *M.D.C.P. v. España,* Comunicación n.º 154/2020, CEDAW/C/84/D/154/2020

- **Supuestos de hecho**

M.D.C.P. alegó haber sufrido VO y mala praxis durante su parto debido a intervenciones médicas como la ruptura artificial de la bolsa amniótica y la administración de oxitocina, sin justificación adecuada, y la práctica de una cesárea sin consentimiento.

- **Argumentación jurídica principal**

El Comité CEDAW consideró la violación del artículo 2 de la Convención CEDAW-1979 por la falta de consentimiento y la decisión unilateral del personal médico de realizar una cesárea sin consultar a la autora, negándole participación en decisiones sobre su propio cuerpo y salud, lo que vulneró su derecho a la igualdad y constituyó una falla estatal en prevenir la discriminación en la atención médica. También se violó el artículo 3, por la privación de la autonomía y dignidad, lo que para el Comité afectó su bienestar y su capacidad de tomar decisiones sobre su salud.

El art. 5 fue infringido por el trato recibido, que reflejó estereotipos de género que asumen que las gestantes no pueden tomar decisiones informadas sobre su salud. Finalmente, se vulneró el artículo 12, debido a que la atención brindada no respetó los criterios adecuados ni el derecho de la autora a recibir información completa y consentir los procedimientos médicos. La VO sufrida se consideró una violación a su derecho a una atención médica segura y de calidad.

2. Reconocimiento de la vulneración del consentimiento informado

Con respecto al consentimiento informado, la opinión de *A.S. v. Hungría* se constituyó en la primera decisión de un organismo protector de los DH de las mujeres que reconoce en el ámbito internacional la violación del derecho al consentimiento que no pudo ser otorgado de forma plena

en un procedimiento de esterilización. Esta opinión fue considerada en el pronunciamiento del TEDH en 2011 en el caso *V.C. v. Eslovaquia* en su párr. 84, como apoyo decisivo para la determinación de la violación de los derechos vulnerados en otro caso de esterilización sin consentimiento. A nivel global, el Comité CEDAW condenó la falta de consentimiento en esterilizaciones forzadas (*A.S. v. Hungría*) y en partos con intervenciones no consentidas (*S.M.F. v. España*, *N.A.E. v. España*). Subrayó el deber estatal de garantizar información completa y respeto a la dignidad de las personas afectadas.

La mencionada opinión fue emitida en virtud del agotamiento de los recursos judiciales internos. Se examinan las circunstancias de una esterilización no consentida de una mujer de la comunidad romaní que tuvo que ser sometida a una cesárea de emergencia. El Comité determinó que Hungría vulneró el derecho al consentimiento durante el embarazo y el posparto inmediato y la vulneración del derecho de determinar la cantidad de hijos y el intervalo entre nacimientos. En particular, el Comité consideró vulnerados los artículos 10(h), 12 y 16.1(e) de la Convención CEDAW-1979.

En el contexto del artículo 10(h) de esta Convención, se refirió a la adopción de medidas por parte de los Estados para eliminar la discriminación de las mujeres en la atención médica y asegurar sus condiciones de igualdad con los hombres, de modo relevante frente al acceso a información específica que permita asegurar la salud y bienestar de la familia, en la que se incluye información y asesoramiento sobre la planificación familiar (núm. 11.1, 11.2). Junto con servicios apropiados en lo atinente al embarazo, parto y posparto, incluidos servicios gratuitos si corresponde y el aseguramiento de una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia (núm. 11.3).

Consideró la violación por la falta de información adecuada sobre planificación familiar para tomar decisiones informadas y no asegurar el consentimiento pleno, ya que un breve tiempo impide al personal hospitalario informar adecuadamente sobre los riesgos y alternativas de una esterilización. De igual forma, por la falta de claridad, por ejemplo, cuando se utilizan términos incomprensibles y no es posible informarse sobre cuándo podría ocurrir un nuevo embarazo. Reiteró lo dicho en la Recomendación General n.º 21: Igualdad en el matrimonio y en las relaciones

familiares (1994), Comité CEDAW [336], sobre el derecho de acceso a la información completa sobre anticoncepción; y el artículo 12 de la CEDAW y en la RG-24-CEDAW [337] sobre el consentimiento y el respeto a la dignidad como elementos esenciales en los servicios de salud.

El Comité también se pronunció sobre el artículo 16 (1 (e)) de la Convención CEDAW-1979 sobre el deber de actuación estatal para tomar medidas frente a la eliminación de la discriminación de las mujeres en igualdad con los hombres en el matrimonio y las relaciones familiares, los mismos derechos a decidir responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre nacimientos. Así como tener acceso a la información, educación y medios que les permitan ejercer estos derechos (11.4). En esta oportunidad se refirió a la RG-19-CEDAW, que enuncia en su núm. 22 que la esterilización y abortos obligatorios perjudican la salud física y mental de las mujeres y vulneran su derecho a decidir el número y espaciamiento de hijos. En el caso, la esterilización sin consentimiento pleno e informado causó una pérdida permanente de su capacidad natural de procrear y vulnera la Convención en su artículo 16.

Las medidas que la Opinión del Comité CEDAW indica se basan en una indemnización a la autora, de manera proporcional a la gravedad de la violación de sus derechos (I). También la adopción de medidas por parte del Estado, para garantizar que el personal de centros de salud, tanto públicos como privados, esté informado y aplique las disposiciones de la Convención y las Recomendaciones Generales n.º 19, 21 y 24 mencionadas, que tratan sobre los derechos y la salud reproductiva de las mujeres (II).

También indicó la necesidad de revisión de la legislación nacional sobre consentimiento en casos de esterilización, bajo el aseguramiento de su conformidad con DH y normas médicas internacionales, junto con el Convenio de Oviedo (1997) y las directrices de la OMS. Se añade la evaluación de la posibilidad de modificar la ley de salud pública que permite la esterilización sin el procedimiento informativo estándar. Adicionalmente, monitorear los centros sanitarios para

[336] La Recomendación General n.º 21 del Comité CEDAW sobre la igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares (1994) se refiere en su núm. 22 a prácticas coercitivas como el embarazo, aborto o esterilización forzados. Indica que la decisión de tener hijos debe ser libre, sin restricciones del cónyuge, la familia o el gobierno. También, que las mujeres necesitan información sobre anticonceptivos, educación sexual y acceso a planificación familiar, según el artículo 10 (h) de la Convención CEDAW.
[337] Véase supra la nota correspondiente a RG-24-CEDAW, núm. 22.

asegurar que el consentimiento sea obtenido antes de realizar esterilizaciones y aplicar sanciones cuando esto no se cumpla (II).

Para la efectividad de esta medida, se indicó al Estado otorgar una respuesta al Comité en un lapso con información sobre las medidas adoptadas y la publicación y traducción al húngaro de las recomendaciones para su amplia difusión en la sociedad (núm. 11.6). Es pertinente mencionar que, no obstante, el acto médico se llevó a cabo antes de que entrara en vigor el Protocolo; la incapacidad para procrear perduraba en el tiempo, lo que constituyó una violación continuada, además irreversible por bajo éxito de reversibilidad, por lo que era viable su conocimiento.

2.1.Algunas consideraciones de la literatura especializada

Es de interés mencionar en este espacio algunas reflexiones de la literatura especializada. A partir del precedente húngaro, Pickles (2025) identifica una evolución crítica en la doctrina del Comité CEDAW a través de la jurisprudencia contra España. La autora advierte que, mientras en el caso *S.F.M. v. España* (2020) el Comité adoptó una posición ambivalente al sugerir que el consentimiento no era imperativo en situaciones de urgencia con riesgo vital, la decisión en *N.A.E. v. España* (2022) supuso una rectificación. En este último pronunciamiento, el Comité clarificó que el consentimiento libre e informado es exigible en todos los tratamientos, lo que incluye las intervenciones de emergencia.

Según Pickles (2025), este cambio de criterio es fundamental para desafiar los desequilibrios de poder institucionales y garantizar que la urgencia médica no sea utilizada como una justificación para anular la autonomía y la dignidad de quienes reciben atención en el ámbito sanitario. A partir de lo anterior, se impediría la justificación genérica para el paternalismo médico a través de la aclaración, lo que implica que la urgencia no anula el derecho a la información ni a la autonomía, especialmente cuando se mantiene la capacidad de discernimiento o cuando existen instrucciones previas. Así se limita la excepción de actuación de oficio únicamente a casos de imposibilidad física absoluta y riesgo vital inminente que no permita demora alguna.

De otra parte, el dictamen en el caso *N.A.E. v. España* resulta particularmente importante porque el Comité CEDAW consideró que el sistema judicial español incurrió en estereotipos de género al

calificar el daño psicológico de la paciente como una mera cuestión de "percepción". El Comité subrayó que el análisis judicial no puede desestimar el impacto psíquico derivado de intervenciones obstétricas no consentidas basándose exclusivamente en la autoridad del criterio médico (Palomares Herrera, 2025).

3. Referencias del Comité CEDAW por el TEDH

De todos los casos del TEDH en estudio, el caso *V.C. v. Eslovaquia* hace referencia a la RG-24-CEDAW para referirse a las responsabilidades estatales frente al consentimiento (108). Menciona su numeral 21, que consagra el derecho de las mujeres a recibir información completa, impartida por personal debidamente capacitado, sobre las opciones de tratamiento, junto con los beneficios, riesgos y alternativas de tratamiento. Además, subraya el deber del Estado de informar sobre las medidas adoptadas para eliminar los obstáculos en el acceso a servicios de salud y las medidas que han adoptado para garantizar el acceso oportuno y asequible a dichos servicios.

Igualmente, reitera el numeral 22 de la mencionada Recomendación, sobre la obligación de los Estados de garantizar el acceso a servicios de atención de calidad, bajo criterios de aceptabilidad, como el aseguramiento del consentimiento pleno e informado de las mujeres, junto con el respeto de su dignidad, la garantía de la confidencialidad y la inclusión de las necesidades y perspectivas. También la obligación estatal de evitar prácticas coercitivas como la esterilización no consentida que violan el derecho al consentimiento.

Finalmente, el Tribunal resalta el numeral 31 de la Recomendación, tanto para reiterar las obligaciones estatales respecto al consentimiento como para hacer referencia al requisito de respeto del derecho de las mujeres a la autonomía y la elección en el contexto de la atención en salud, que enfatiza que todos los servicios de salud deben respetar los DH de las mujeres, como la autonomía, la privacidad, la confidencialidad, el consentimiento y la elección. Además, exigir programas de formación para quienes brindan atención en salud, en temas de género sobre la salud de las mujeres, violencia de género y derechos humanos (83–84; 115).

4. Recapitulación

El examen del Comité CEDAW permite ampliar el marco de protección de los derechos vinculados con la SSYR desde una perspectiva universal centrada en la igualdad sustantiva, la no discriminación y la autonomía reproductiva. Sus dictámenes han precisado que el consentimiento informado es una garantía decisiva para la dignidad, la integridad y la capacidad de decidir libremente sobre el propio cuerpo, especialmente en intervenciones irreversibles como la esterilización. El Comité CEDAW ha identificado patrones de discriminación en la atención sanitaria, ha delimitado deberes estatales de información, prevención, reparación y control, y ha reforzado la exigencia de servicios de salud reproductiva accesibles, adecuados y respetuosos de los derechos de las mujeres. Aunque no actúa como tribunal, sus pronunciamientos han contribuido a dotar de contenido sustantivo a estándares globales que posteriormente dialogan con el TEDH y con la Corte IDH.

5. Conclusiones parciales

Primera. La jurisprudencia del Comité CEDAW confirma que la vulneración del consentimiento informado en contextos de SSYR compromete simultáneamente la igualdad, la dignidad, la integridad personal, la autonomía reproductiva y el derecho a la salud, por lo que no puede reducirse a una irregularidad asistencial o a una falla meramente técnica.

Segunda. Los dictámenes examinados muestran que la discriminación en la atención sanitaria se manifiesta tanto en intervenciones médicas no consentidas como en omisiones estatales frente a emergencias obstétricas, deficiencias de acceso, estereotipos de género y respuestas judiciales insuficientes, lo que amplía el alcance de la debida diligencia exigible a los Estados.

Tercera. El aporte del Comité CEDAW resulta especialmente relevante porque consolida un marco interpretativo universal que ha reforzado la comprensión del consentimiento, la maternidad segura, la autonomía reproductiva y la reparación en materia de SSYR, y ha contribuido a nutrir el diálogo normativo con los sistemas regionales, en particular con el interamericano.

CAPÍTULO X LA JURISPRUDENCIA NACIONAL ESPAÑOLA Y LATINOAMERICANA

Algunos casos de la jurisprudencia interna en Europa y América Latina evidencian la progresiva incorporación de estándares internacionales y regionales de DH en el control judicial de actuaciones sanitarias. El análisis de decisiones provenientes de España, México, Colombia y Ecuador permite observar cómo los tribunales nacionales han integrado criterios desarrollados por los sistemas regionales para reconocer actos constitutivos de VO contrarios a los derechos en SSYR que exigen reparación individual y transformaciones de base orientadas a prevenir su repetición. Este examen confirmará la existencia de una convergencia interpretativa entre los niveles interno, regional y universal, así como la función irradiadora del derecho internacional de los DH en la configuración del derecho interno.

Las decisiones judiciales en América Latina sobre VO han consolidado un modelo de reparación integral que combina medidas compensatorias, transformadoras y simbólicas. Estas abarcan indemnizaciones económicas por daños físicos y psicológicos, capacitación obligatoria del personal de atención en salud con enfoque de género y DH, elaboración de protocolos hospitalarios para garantizar el consentimiento y acompañamiento psicológico a las víctimas. También se ordenan planes institucionales de prevención, supervisión de autoridades de salud, sanciones disciplinarias a profesionales y, en casos emblemáticos, actos formales de disculpa pública como reconocimiento de responsabilidad y compromiso de no repetición. Este conjunto de medidas busca compensar el daño y modificar conductas que perpetúan la VO.

Adicionalmente, la incorporación de criterios jurisprudenciales provenientes de la Corte IDH y del TEDH eleva los parámetros de análisis y legitima el deber de los Estados de garantizar con medidas que además trasciendan lo compensatorio. De esta forma, al integrar estos parámetros globales, los tribunales nacionales reconocen la gravedad de la VO como forma de discriminación y violencia de género; y afianzan obligaciones positivas, como la adopción de protocolos hospitalarios, capacitaciones con perspectiva de derechos y mecanismos simbólicos de reconocimiento.

Si bien en Ecuador la Corte Constitucional no cita directamente precedentes internacionales, adopta medidas como disculpa pública, indemnización integral y capacitación del personal

sanitario, lo que refleja la influencia indirecta del modelo de reparación desarrollado por la Corte IDH, que combina medidas materiales y simbólicas para restituir derechos y evitar la repetición de violencias. Por ejemplo, la sentencia 96-21-JP/25 trató el caso de una adolescente migrante víctima de esterilización sin consentimiento, en el que aplicó un enfoque de género e interseccionalidad. Esta sentencia amplió la jurisprudencia sobre VO y ordenó garantizar el acceso a información y el acompañamiento especializado para adolescentes. Además, la emisión de una disculpa pública refleja la influencia del modelo de reparación de la Corte IDH.

Por su parte, en México, la Suprema Corte de Justicia de la Nación reconoció la VO en su Amparo en Revisión 1064-2019. Esta sentencia se apoyó directamente en la jurisprudencia de la Corte IDH (caso *I.V. v. Bolivia*) y del TEDH (casos contra Eslovaquia) para establecer que la esterilización sin consentimiento vulnera gravemente la autonomía, el proyecto de vida y la integridad personal. El pronunciamiento ordenó medidas de reparación integral, junto con indemnizaciones y la implementación de protocolos hospitalarios con perspectiva de género y DH.

En Colombia, la Corte Constitucional ha utilizado la acción de tutela para reconocer la VO en múltiples sentencias. En la sentencia T-198/23 (2023), la Corte se apoyó explícitamente en la definición de VO de la Corte IDH (caso *Brítez Arce y otros v. Argentina*) para condenar el trato humillante y discriminatorio durante el parto. La Corte también ha abordado la VO en el contexto de la IVE (sentencia T-576/23) y la violación de la confidencialidad médica (sentencia T-022/24) y ordenó investigaciones éticas y capacitaciones con enfoque de género.

En España, la jurisprudencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (sentencia 143/2025) reconoció por primera vez la VO en la jurisdicción española. Este pronunciamiento es pertinente en la definición de la VO como un concepto jurídico autónomo a través de un trato deshumanizante y humillante diferenciado de la mera infracción técnica. La decisión se fundamentó en estándares internacionales como las recomendaciones de la OMS y los dictámenes del Comité CEDAW relativos a España. Este diálogo jurisprudencial refuerza la coherencia regional y contribuye a consolidar una doctrina uniforme sobre el respeto de derechos en SSYR. Al igual que ocurre en países latinoamericanos, la sentencia visibiliza una forma concreta de violencia normalizada en la práctica obstétrica y otorga reconocimiento institucional como paso previo a la justicia reparadora.

Esta tendencia interpretativa ha sido consolidada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias (Sentencia 40/2025). En este pronunciamiento de apelación, el Tribunal confirmó la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria por conductas constitutivas de VO en una gestante de alto riesgo, al reconocer que la omisión del deber de información, la falta de monitoreo fetal y la negación injustificada de una cesárea tras el fallecimiento del feto configuraron un trato deshumanizado y carente de garantías mínimas. Al igual que el precedente de Galicia, esta decisión refuerza la protección de la autonomía reproductiva y la dignidad como bienes jurídicos protegidos. De esta manera se determina que la vulneración de la *lex artis* en el ámbito obstétrico genera un daño moral y psíquico de carácter autónomo e indemnizable.

Además, otras sentencias españolas han calificado la omisión del deber de información y el incumplimiento de protocolos asistenciales como infracciones graves que vulneran la dignidad y la autonomía reproductiva. El "*Caso Oviedo*", correspondiente al recurso de amparo núm. 6313-2019, el cual fue resuelto por el Tribunal Constitucional de España en la sentencia STC 66/2022, que resolvió un segundo recurso de amparo presentado por la misma mujer contra las actuaciones médicas realizadas durante su ingreso forzoso, dentro de las cuales está una cesárea practicada sin su consentimiento. Este caso se analizará por su interés jurídico en la coerción en la asistencia y el conflicto entre la protección del *nasciturus* y los DH durante la gestación, trabajo de parto y parto en el ordenamiento español, lo que ofrece un punto de comparación relevante con el SIDH.

1. Ámbito europeo

1.1. Jurisprudencia española sobre violencia obstétrica

1.1.1. Sentencia 143/2025, Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia

La Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia reconoció por primera vez la existencia de VO en el ámbito judicial español a través de la sentencia 143/2025. El caso versó sobre una mujer que fue sometida a prácticas invasivas contrarias a la *lex artis*: instrumentalización del parto con ventosa, episiotomía central deficiente y sin consentimiento, y cirugía reconstructiva deficiente. Estas intervenciones, sumadas a la ausencia de acompañamiento

de una persona de su elección y falta de información previa sobre las técnicas aplicadas, vulneraron su dignidad, autonomía y derecho a decidir.

El Tribunal examinó el plan de parto y constató su incumplimiento, pues en él se solicitaba información y consentimiento sin que existiera oposición a técnicas específicas. También valoró un informe del jefe de servicio que reconocía problemas de comunicación con el equipo obstétrico y el exceso de personal en la sala de partos. Declaró que estas actuaciones constituyeron VO con daños físicos, psicológicos y morales. Estableció la violación de los derechos a la integridad física y moral, la dignidad y la salud, conforme a los artículos 10, 15 y 43 de la Constitución española, y resaltó la obligación del sistema de salud de respetar el consentimiento. Fundamentó su decisión en estándares internacionales y destacó las recomendaciones de la OMS (2018) sobre la centralidad de las mujeres en la toma de decisiones durante el parto, y el dictamen de la CEDAW del 13 de junio de 2022, Comunicación núm. 199/2019, que declaró responsable a España por VO.

Ordenó una indemnización por daños físicos, psicológicos y morales asociados al trato violento y humillante. La VO se contempló como un concepto jurídico autónomo que justificó una reparación adicional por la afectación moral, el estrés postraumático y las secuelas derivadas de la mala praxis. Este pronunciamiento se inserta en una pauta jurisprudencial nacional e internacional que reconoció la VO como una forma de daño vinculada a la afectación de la dignidad y la autonomía.

Por su parte, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sección Primera de Las Palmas, confirmó mediante sentencia de apelación n.º 40/2025 la condena al Servicio Canario de Salud por conductas que constituyeron VO en perjuicio de una gestante de alto riesgo cuyo feto nació sin vida. El fallo reconoció la inadecuada valoración médica al ingreso, falta de monitoreo fetal, ausencia de información sobre alternativas al parto vaginal y negación injustificada de una cesárea pese al fallecimiento fetal y a la solicitud expresa de su pareja. La paciente atravesó un parto de seis horas sin consentimiento ni atención médica adecuada, lo que vulneró su dignidad, autonomía y derechos reproductivos.

El Tribunal declaró que la atención fue deshumanizada y carente de garantías mínimas, y calificó como infracción de la *lex artis* la omisión del deber de información, el desconocimiento de su condición de riesgo y el incumplimiento de protocolos asistenciales. Fundó su decisión en la Ley

española 41/2002; en el artículo 12 de la CEDAW, que impone a los Estados el deber de eliminar la discriminación de las mujeres en el ámbito sanitario, y en la RG-24-CEDAW, que reafirma los derechos a la información, autonomía, intimidad y consentimiento.

También apoyó su argumentación en jurisprudencia previa del propio Tribunal que trata sobre la ausencia de información adecuada sobre alternativas al parto natural en embarazo a término; omisión de consentimiento para inducción o cesárea en gestantes sin riesgos para el feto y sobre deficiente valoración pericial sobre cordón umbilical en muerte fetal intrauterina. Aunque estas sentencias no identificaron expresamente VO, fueron consideradas relevantes como antecedentes sobre autonomía y responsabilidad sanitaria. La sentencia reafirma que la VO, incluso sin pérdida materna, constituye una violación de DH con consecuencias reparables. Confirmó una indemnización por daños morales, psicológicos y físicos, y subrayó la responsabilidad del sistema sanitario en garantizar partos seguros, informados y respetuosos de derechos.

1.1.2. "Caso Oviedo": Recurso de amparo n.º 6313-2019, resuelto por el Tribunal Constitucional en la STC 66/2022 [338]

Como antecedentes, el Tribunal Constitucional español, en la STC 66/2022, resolvió el primer recurso de amparo interpuesto por una mujer embarazada contra la orden judicial que dispuso su ingreso hospitalario forzoso para inducir el parto. El Tribunal desestimó el recurso y consideró que la medida estaba justificada por la protección del *nasciturus* y que se había ponderado adecuadamente la colisión de derechos fundamentales.

Posteriormente, la STC 11/2023 resolvió un segundo recurso de amparo presentado por la misma mujer, esta vez contra las actuaciones médicas practicadas durante dicho ingreso, entre ellas, una cesárea realizada sin su consentimiento. En esta ocasión, el Tribunal también desestimó el recurso.

[338] Según información publicada por la Asociación de Mujeres Juezas de España (AMJE) respecto del proceso *C.P. v. España* (AMJE, 2024), el TEDH habría aceptado su intervención como *amicus curiae* en el procedimiento promovido contra el Estado español. AMJE argumentó que el ingreso hospitalario forzoso de una mujer embarazada para inducir el parto carecía de habilitación legal expresa en el ordenamiento jurídico español y se adoptó sin respetar garantías procesales exigibles, como el derecho de audiencia y la evaluación de proporcionalidad de la medida. Destacó que la actuación judicial podría constituir VO y una vulneración de derechos, entre ellos la libertad personal, la autonomía corporal y la integridad física. La demandante alegó la vulneración del derecho a la libertad (art. 5), del derecho a la vida privada y familiar (art. 8) y la prohibición de la discriminación (art. 14) del CEDH.

Concluyó que no se había vulnerado su derecho a la autodeterminación personal ni al consentimiento, y avaló el ingreso hospitalario forzoso para la protección del interés del feto.

El análisis de este caso muestra un conflicto donde la protección del feto se utiliza para justificar la cosificación de la gestante al reducirla a un mero receptáculo de un bien jurídico considerado superior (Parrilla Vergara 2025). Este enfoque, validado en sentencias como la STC 66/2022, resulta regresivo al sustituir la autonomía de la mujer por una voluntad estatal coercitiva que anula su derecho a decidir sobre el lugar y modo del parto. Al amparar un consentimiento obtenido bajo la presión de un ingreso hospitalario forzoso, el sistema judicial ignora que la libertad de decisión no puede existir si no se eliminan previamente las estructuras de poder que coaccionan a la madre (Romero Berenguel, 2024).

En relación con las medidas coercitivas aplicadas a mujeres gestantes, este caso revela, tal como sostiene Parrilla Vergara (2025), una omisión significativa en el desarrollo de la perspectiva de género y el reconocimiento de la autonomía reproductiva, lo que constituye una oportunidad perdida para acotar la problemática en el ordenamiento nacional.

Esta crítica se dirige principalmente a la sentencia 66/2022, que validó el ingreso hospitalario forzoso de la gestante, en el que el Pleno se concentró en la ponderación de bienes jurídicos y decidió "imprimir un carácter cuasi supremo al bien jurídico protegido, vida e integridad del *nasciturus"*. Según la crítica doctrinal, este enfoque es erróneo, pues tiende a la "cosificación de la persona gestante como mero receptáculo" de un bien superior. Esto anula su dignidad y derechos, tal como advirtieron los votos particulares al señalar la carencia de perspectiva de género en la argumentación mayoritaria. Pero también se dirige a las deficiencias de la sentencia 11/2023 en que, aunque se alegó la vulneración del derecho a la no discriminación por razón de sexo (art. 14 CE) en el contexto de un ingreso involuntario que concluyó en una cesárea, el Tribunal Constitucional "omitió cualquier análisis sobre la violencia obstétrica" (Parrilla Vergara, 2025).

Esta omisión fue considerada reprochable, pues los votos particulares de la sentencia señalaron explícitamente que la actuación médica a la que fue sometida la mujer constituía un "claro ejemplo de violencia obstétrica". Al amparar el consentimiento presuntamente otorgado por la mujer, en un escenario de ingreso involuntario y lesiones psíquicas, el Tribunal Constitucional avaló un

consentimiento que no era “jurídicamente válido y vinculante”. Esta situación privó a la mujer de sus derechos fundamentales en aras de la primacía del interés del *nasciturus* e impidió sentar una pauta constitucional que reconociera la VO como un verdadero problema de género y de autonomía en el ámbito sanitario español (Parrilla Vergara, 2025).

Por su parte, Romero Berenguel (2024) señala que la STC 11/2023 refleja un dilema jurídico en la interacción entre la autonomía materna y el derecho a la salud en situaciones de embarazo, particularmente en el contexto de un ingreso forzoso. La sentencia aborda el derecho de la gestante a decidir sobre el lugar y modo del parto y plantea la tensión entre la autonomía reproductiva y los intereses del feto, lo que enfoca el debate en la VO y la necesidad de garantizar un consentimiento. Subraya que, aunque el pronunciamiento garantiza la autonomía, no aborda completamente factores de coacción y vulnerabilidad, como el estrés emocional. Destaca que la autonomía no debe analizarse aisladamente de los contextos de poder que limitan la capacidad decisoria por factores coercitivos (presión del sistema judicial y médico) o por falta de información adecuada.

Sostiene que la autonomía, el empoderamiento y los derechos durante el embarazo tienen relevancia social, lo que choca con el paternalismo asistencialista y la medicalización de los procesos fisiológicos, lo que requiere rigor en la justificación de la limitación del derecho a la autonomía durante el embarazo, y se cuestiona sobre las probabilidades de riesgo permitido para que pueda darse esta limitación. En términos de VO, se refiere a cómo la imposición de procedimientos médicos, como la cesárea, contraviene el derecho a la intimidad y la libertad personal por el sometimiento a decisiones basadas en una lógica coercitiva y asistencialista y no en un consentimiento genuino (Romero Berenguel, 2023).

El autor también considera algunos votos particulares, como la falta de reflexión sobre los estereotipos de género que subyacen en las decisiones médicas y judiciales y resaltan la discriminación que las mujeres enfrentan en el sistema sanitario, de forma destacada en decisiones no normativas como los partos domiciliarios. También plantea que este caso refleja la necesidad de un enfoque interdisciplinario en el análisis de la autonomía materna y el consentimiento, que debe ir más allá de la protección de la vida del feto. Explica que, en lugar de una visión bipartita que priorice la salud fetal sobre la autonomía materna, aboga por una evaluación integral que

contemple los derechos de las mujeres y los contextos sociales, culturales y económicos que configuran su capacidad para ejercer decisiones libres e informadas sobre su salud reproductiva.

El caso Oviedo es útil como ejercicio para la comparación entre posiciones del SIDH y el sistema interno judicial español, que, no obstante, las decisiones fueron emitidas por órganos jurisdiccionales de diferente naturaleza (la Corte IDH y el Tribunal Constitucional Español, respectivamente); el fin único es realizar un comparativo entre posiciones diversas para analizar ejemplos de cómo se establece una tensión entre la protección del *nasciturus* y los DH de las mujeres. Este ejercicio se realiza también, a pesar de tratarse de etapas diferentes del desarrollo prenatal. En el sistema judicial interno español se trata de un feto (STC 66/2022 y STC 11/2023) y en el SEDH, de un embrión (caso *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*).

El ejercicio permite contrastar la postura del Tribunal Constitucional español; es de suyo coercitiva y asistencialista en las STC 66/2022 y STC 11/2023, lo que contrasta con la posición de la Corte IDH en la sentencia contra Costa Rica (146–150). El Tribunal Constitucional español sustituyó la autonomía de la gestante por la voluntad del Estado, ignoró su consentimiento y dispuso su ingreso forzoso sin valorar alternativas menos lesivas ni ponderar su derecho a decidir sobre su cuerpo. Acorde con Romero Berenguel (2024), dicha sentencia desplazó el derecho a la libertad personal y la autonomía corporal de la mujer en favor de una protección fetal abstracta, sin aplicar ningún juicio de necesidad, idoneidad ni proporcionalidad, lo que configura un precedente regresivo al legitimar conductas invasivas sin garantías constitucionales suficientes.

La postura española legitima la coerción asistencialista en nombre de la protección absoluta del feto, lo que configura este enfoque como un retroceso, lo que contrasta severamente con los parámetros interpretativos vinculantes del Sistema Interamericano, que consagra la autonomía reproductiva como parte esencial del derecho a la vida privada y familiar y exige que las decisiones sean libres e informadas sin coacción. En ese sentido, la sentencia interamericana sostuvo que la autonomía reproductiva forma parte del contenido indispensable del derecho a la vida privada, protegido por el artículo 11 de la CADH. El embrión no puede equipararse jurídicamente a una persona y los derechos de las mujeres no pueden subordinarse automáticamente a su protección, y

que la protección de la vida es "gradual e incremental" (256, 264). Además, la Corte IDH elevó la falta de autonomía a una violación grave.

1.1.3. La consolidación de la autonomía decisional en el parto: Sentencia STS-9/2026 del Tribunal Supremo

La Sala Primera del Tribunal Supremo, en su sentencia STS 9/2026, de 13 de enero, declaró la responsabilidad civil derivada de un parto instrumental practicado sin consentimiento informado específico, aun cuando la actuación técnica se ajuste a la *lex artis ad hoc*. La resolución distinguió de forma expresa entre corrección clínica y legitimidad jurídica de la intervención, y afirmó que la ausencia de negligencia técnica no excluye la vulneración del derecho a la autodeterminación sanitaria. El Tribunal interpretó de forma restrictiva la excepción prevista en el artículo 9.2.b de la Ley 41/2002 [339] sobre autonomía del paciente y exigió la concurrencia acumulativa de riesgo inmediato grave e imposibilidad real de recabar autorización para activar la excepción de urgencia.

Rechazó que la mera eventualidad de complicaciones o que el consentimiento prestado para la anestesia epidural supla la información específica sobre la instrumentalización. De este modo, reafirmó que el consentimiento informado constituye un presupuesto autónomo de licitud de la intervención médica, integrado en la *lex artis*. La sentencia reconoció además la relevancia jurídica del plan de parto como expresión anticipada de preferencias asistenciales y como elemento probatorio para valorar el respeto a la autonomía de la gestante, sin configurarlo como fuente normativa autónoma.

La indemnización se fundamentó en la doctrina de la pérdida de oportunidad, al considerar que la paciente fue privada de decidir libremente sobre una intervención con incidencia relevante en su integridad física. El Tribunal incorporó referencias a estándares desarrollados en el ámbito de CEDAW y a estándares desarrollados por la Relatoría Especial sobre violencia contra las mujeres [340]. Como elementos interpretativos que refuerzan la dimensión sobre el consentimiento en

[339] El artículo 9.2.b de la Ley 41/2002 sobre los límites del consentimiento informado señala que los facultativos podrán realizar intervenciones clínicas indispensables para proteger la salud del paciente sin consentimiento cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de las personas atendidas y no es posible conseguir su autorización. También hace viable la consulta, si las circunstancias lo permiten, a sus familiares o personas vinculadas de hecho.

[340] La sentencia española hace referencia a la RG-24-CEDAW y los dictámenes de las comunicaciones 138/2018 (S.F.M.) y 149 (N.A.E.) contra España. También en la Relatoría Especial de la ONU Šimonović (2019).

contextos obstétricos. Aunque la fundamentación decisoria se ancla en la ley nacional, estas referencias evidencian una convergencia progresiva entre la jurisprudencia española y los parámetros internacionales en materia de protección de derechos en el ámbito obstétrico.

2. Ámbito latinoamericano

2.1. Jurisprudencia mexicana sobre VO

En México, el Amparo en Revisión 1064/2019 [341], emitido por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, reconoció la VO sufrida por una mujer esterilizada sin su consentimiento en un hospital público. Además de reconocer la VO como una forma de discriminación y violación de la autonomía reproductiva, el Pleno de la Primera Sala calificó la esterilización no consentida y el trato degradante asociado como un acto de crueldad, en virtud del sufrimiento físico y psicológico infligido bajo coacción en un contexto de vulnerabilidad. Además, el Tribunal estableció un precedente procesal al invertir la carga de la prueba en el juicio de amparo.

La Corte determinó que, ante la negación del acto por parte de las autoridades médicas, la presentación de un consentimiento firmado resultaba insuficiente, lo que obliga al Estado a demostrar que la decisión fue libre, previa y no coaccionada, lo que fortalece la protección contra la discrecionalidad institucional. Destacó que la ausencia de consentimiento libre, previo e informado, así como la imposición de un procedimiento quirúrgico irreversible, constituyen actos de VO que lesionan gravemente la autonomía y el proyecto de vida.

Llama la atención de este pronunciamiento que la Suprema Corte mexicana se fundamentó principalmente en la jurisprudencia de la Corte IDH en el caso *I.V. v. Bolivia* cuando señaló que la SSYR es una manifestación del derecho a la salud ligada a la autonomía reproductiva, y que su ejercicio comporta un consentimiento libre, previo, pleno e informado, condición sine qua non de

[341] El juicio de amparo en México es un mecanismo constitucional regulado por los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como por la Ley de Amparo de 2013. Este mecanismo protege a cualquier persona contra actos de autoridad que vulneren sus DH reconocidos por la Constitución y los tratados internacionales. El amparo en revisión se produce cuando una sentencia de amparo dictada por un tribunal inferior es impugnada y revisada por un órgano de mayor jerarquía, como la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en asuntos de especial importancia constitucional.

la dignidad humana (96, 100, 116). Además, estableció que este consentimiento debe ofrecerse sin coacción, basado en información completa y comprensible, en una relación médico-paciente que excluya el paternalismo (105). Hizo referencia a casos que llegaron al TEDH [342], para enfatizarSentencial consentimiento válido debe surgir tras un proceso deliberado y libre de amenazas, lo que confirma la convergencia de esas obligaciones en la protección de la libertad reproductiva (117).

El Tribunal declaró vulnerados los derechos a la integridad personal, la vida privada, la salud reproductiva, la dignidad y la no discriminación, con fundamento en los artículos 1, 4, 16 y 22 de la Constitución mexicana, y resalta la obligación de todas las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los DH conforme a la Constitución y a los tratados internacionales. Estableció que el consentimiento es un requisito indispensable para toda intervención médica, especialmente en procedimientos que afectan la capacidad reproductiva de forma permanente.

Emitió medidas de reparación integral enfocadas en la transformación sistémica del servicio de salud. Constató que la violencia institucional se manifestó en el trato deshumanizado, el engaño, las amenazas y la anulación de la autonomía de la víctima. Buscar el consentimiento de una persona distinta a la quejosa la despojó de su protagonismo y demostró que el personal médico actuó bajo el estereotipo de que ella no era capaz de tomar una decisión autónoma sobre su cuerpo.

La sentencia ordenó el pago de una indemnización integral por daños físicos, psicológicos y reproductivos, así como la adopción de medidas de no repetición. Estas incluyeron la implementación de protocolos hospitalarios para garantizar el consentimiento, la capacitación obligatoria del personal involucrado en la atención con perspectiva de género y DH, y la supervisión institucional para evitar nuevas vulneraciones.

También la implementación de una guía sobre VO institucional con un cuestionario de detección para visibilizar la problemática. Además, una reparación directa al proyecto de vida de la víctima y la indicación al Estado de evaluar la posibilidad de revertir el procedimiento, o en su defecto, la garantía de acceso a técnicas de reproducción humana asistida (TRA) para restaurar su capacidad

[342] Los casos del TEDH a los que hace referencia esta sentencia de México son: caso *V.C. v. Eslovaqui*a, n.º 18968/07. Sentencia de 8 de noviembre de 2011; *caso N.B. V. Eslovaqui*a, n.º 29518/10. Sentencia de 12 de junio de 2012; *caso I.G., M.K. y R.H. v. Eslovaquia*, n.º 15966/04. Sentencia de 13 de noviembre de 2012.

de decidir sobre la maternidad. Este pronunciamiento refuerza el principio de que la calidad de la atención debe proteger la autonomía y la dignidad, incluso en el ámbito nacional.

Se consolidó el reconocimiento de la esterilización como una forma de VO en la jurisprudencia mexicana y se fijaron orientaciones nacionales de prevención y sanción. Su relevancia jurídica también radica en que vincula la VO con la responsabilidad estatal agravada, al ordenar medidas de reparación que buscan la transformación institucional mediante la capacitación obligatoria con perspectiva de género, la implementación de guías de VO institucional y la garantía de acceso a técnicas de reproducción asistida para restaurar la capacidad reproductiva. Aunque no se ordenó un acto público de disculpa, como sí ocurrió en Ecuador en un hecho similar, la resolución refuerza las obligaciones positivas del Estado y de las instituciones de salud para respetar la autonomía reproductiva y la dignidad de las personas que reciben atención en SSYR.

2.2. Jurisprudencia colombiana sobre VO

En Colombia, la sentencia T-576-23 (2023) de la Corte Constitucional resolvió una tutela que había interpuesto "Sofía" ante un juez de primera instancia, en la que se alegó la vulneración de sus derechos fundamentales durante una IVE. La Corte seleccionó este expediente para su revisión, en virtud de su facultad discrecional consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política [343] y el Decreto 2591/1991 [344], y reconoció la existencia de VO durante la atención. Describió la VO como,

> … una forma de violencia contra la mujer que incluye todos los maltratos y abusos que padecen las mujeres durante la prestación de servicios de salud reproductiva. Ello incluye, por ejemplo, la atención durante la gestación, el parto y el posparto. La violencia obstétrica

[343] El artículo 86 de la Constitución Política de Colombia establece que cualquier persona puede interponer una acción de tutela para obtener protección inmediata de sus derechos fundamentales cuando estos se vean vulnerados o amenazados por autoridades o particulares, si no existen otros medios judiciales eficaces. El fallo debe cumplirse de inmediato, puede ser impugnado ante un juez superior y la Corte Constitucional puede seleccionar sentencias de tutela para su revisión, con el fin de garantizar la supremacía de la Constitución y unificar jurisprudencia.
[344] El artículo 31 del Decreto 2591/1991 en Colombia faculta a la Corte Constitucional para revisar en forma eventual y discrecional las sentencias de tutela, con el fin de unificar criterios jurisprudenciales y garantizar la supremacía de la Constitución. Sus artículos 32 a 36 describen el procedimiento de selección de casos, el sorteo, el papel de las Salas de Selección y las Salas de Revisión.

también puede ocurrir durante la práctica de la interrupción del embarazo, bien sea natural o voluntaria.

En el proceso, constató que profesionales sanitarios incurrieron en tratos denigrantes, revelaron información privada (exigieron autorización al padre), impusieron sufrimientos innecesarios, negaron asistencia médica adecuada y obligaron a la accionante a recibir atención médica en condiciones indignas y sin acompañamiento necesario.

La Corte Constitucional declaró vulnerados los derechos fundamentales de autonomía, salud, integridad, dignidad, intimidad e igualdad, conforme a los artículos 16, 49, 12, 15 y 13 de la Constitución colombiana. Consideró que tales actos configuraron conductas de violencia obstétrica física y psicológica. Como medidas, ordenó: apertura de investigación interna y sanciones disciplinarias al personal involucrado; capacitación obligatoria con perspectiva de género sobre protocolos de atención en IVE; y garantía de atención médica adecuada, digna y respetuosa de los derechos reproductivos.

Este fallo fijó un precedente con criterios claros para identificar actos de VO en el sistema de salud colombiano, asigna responsabilidades institucionales y ordena la modificación de prácticas médicas que afectan derechos reproductivos. Su valor reside en ofrecer un instrumento vinculante para proteger la autonomía y dignidad de las mujeres, a la vez que comporta transformaciones organizacionales del sistema sanitario.

El caso colombiano también cuenta con la sentencia T-198-23 (2023). La Corte Constitucional, en revisión de una acción de tutela promovida por “Gloria” contra Coosalud EPS y el Hospital San Juan de Dios de Cartago, reconoció la VO sufrida por una complicación durante un parto en el que la mujer fue sometida a comentarios humillantes sobre su anatomía y trato indiferente al exponer inapropiadamente su intimidad y no atender adecuadamente las complicaciones posparto.

Llama la atención que esta sentencia se apoya en la línea jurisprudencial establecida por la Corte IDH en la sentencia *Brítez Arce y otros v. Argentina* respecto a la definición de la VO (párr. 6.5)

y también a la CIDH [345] cuando se refiere al trato deshumanizado o discriminatorio mediante acciones u omisiones frente a la mujer que acude a los servicios de salud durante el embarazo o el parto (párr. 6.6).

La Corte declaró la violación de los derechos a la dignidad, salud, vida e integridad física previstos en los artículos 13, 49, 11 y 12 de la Constitución colombiana al constatar expresiones humillantes y trato discriminatorio que vulneraron la igualdad y la dignidad de la mujer, e identificó la VO como un obstáculo que se manifiesta en "tratos deshumanizantes y humillantes", así como en la omisión de atención eficaz. Según la Corte,

> ... los profesionales de la salud deben observar de manera rigurosa el trato respetuoso, humano y digno que merecen todas las mujeres, especialmente en los servicios de salud materna, no solo por su condición de mujer gestante en estado de vulnerabilidad, sino también porque se trata de proteger los derechos de la mujer.

Ordenó diseñar un plan obligatorio de prevención institucional para tratar la VO; capacitar al personal del hospital con enfoque de derechos y perspectiva de género; una investigación ética al Tribunal de Ética Médica competente, por la conducta de los profesionales involucrados, como vía disciplinaria paralela.

La Corte Constitucional colombiana revisó la tutela T-9.578.252 (2024) presentada por "Paula" contra una entidad promotora de salud, una clínica y una organización externa. Aunque declaró procedente el amparo, determinó carencia actual de objeto por haberse completado el procedimiento médico, pero precisó que la tutela buscaba garantizar derechos de carácter permanente.

Se acreditó que el personal médico ejerció presión indebida para coartar su autonomía en la IVE y que datos confidenciales fueron filtrados a una fundación que contactó a la accionante y su familia para disuadirla. Se reconoce explícitamente la VO en el marco de conductas contrarias a los derechos a la intimidad, confidencialidad y reserva de historia clínica, al hábeas data y a la

[345] La Corte Constitucional colombiana retomó el informe de la CIDH: *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas* (2017) y el documento Violencia *y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe* (2019).

SSSYR, junto con el derecho a la protección judicial previstos en los artículos 15, 49 y 85 de la Constitución colombiana.

Lo acompaña un auto de seguimiento (T-402/24) para que refuerce la obligación sobre su ejecución y que las órdenes impartidas se cumplan de forma efectiva dentro del sistema de salud. La decisión ordenó a la entidad promotora de salud responsable la investigación interna, junto con acompañamiento psicológico y capacitación al personal en confidencialidad e IVE. A la organización externa, ofrecer disculpas públicas y abstenerse de contactar a personas en vulnerabilidad sin consentimiento y a autoridades de salud colombianas para informar posteriormente sobre sanciones o medidas adoptadas.

2.3. Jurisprudencia ecuatoriana sobre VO

En Ecuador, la sentencia 96-21-JP/25 fue emitida por la Corte Constitucional tras una acción de protección [346] seleccionada para revisión en el caso de una adolescente venezolana esterilizada sin su consentimiento en un hospital de Guayaquil. Luego del parto se le practicó una ligadura de trompas sin información adecuada y con un consentimiento firmado por la madre de su compañero. Permaneció hospitalizada varios días después del alta, sin contacto con su familia, lo que generó padecimiento emocional. Se aplicó un enfoque de género e interseccionalidad por su condición de adolescente, mujer extranjera y embarazada, y se amplió la jurisprudencia existente sobre VO: esta se manifiesta de forma física y psicológica, en especial cuando el consentimiento está viciado. Todas las acciones del hospital fueron calificadas como VO.

La Corte declaró vulnerados el derecho al consentimiento libre, informado, voluntario y responsable (arts. 66.9 y 66.10), la integridad física y emocional, la igualdad y la no discriminación (arts. 66.3 a y 66.4). Ordenó el pago de una indemnización y la capacitación obligatoria del personal sanitario en consentimiento y enfoque de género y exigió garantizar el acceso a información completa y el acompañamiento familiar especializado en casos de adolescentes

[346] La acción de protección en Ecuador es un mecanismo constitucional previsto en el artículo 88 de la Constitución de 2008. Este artículo la define como el mecanismo para garantizar de forma directa y efectiva los derechos constitucionales frente a vulneraciones cometidas por autoridades públicas o particulares que presten servicios públicos, de manera destacada cuando la persona esté en situación de subordinación, indefensión o discriminación. Esta acción fue desarrollada en la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional en sus artículos 39 a 44, que fija su procedimiento, requisitos y criterios de selección por la Corte Constitucional.

migrantes. También la emisión de una disculpa pública por parte de la institución sanitaria. El impacto de esta sentencia radica en la clarificación de criterios obligatorios para futuros casos de VO e intervenciones sanitarias para adolescentes y personas en movilidad humana, así como el reconocimiento de que la esterilización sin consentimiento constituye una violación grave de DH enmarcada dentro de la VO.

En julio de 2025, el Hospital General Universitario de Guayaquil, en cumplimiento de la sentencia, reconoció públicamente su responsabilidad y declaró que el hospital no le informó sobre los riesgos, beneficios y alternativas de la ligadura tubárica; que hubo una clara pérdida de autonomía y un procedimiento realizado bajo coerción, sin su consentimiento, y que se le causó un sufrimiento y angustia innecesaria por el manejo que recibió una admisión explícita de VO mediante un acto formal de disculpa, de cumplimiento de la sentencia, que así lo exigía.

Este acto de reconocimiento de responsabilidad en sede nacional constituye una materialización de los estándares de justicia restaurativa y reparación simbólica desarrollados por la Corte IDH. De este modo, la jurisprudencia de Ecuador refleja la influencia del modelo de reparación integral del SIDH, en el que medidas como disculpa pública y la capacitación obligatoria del personal sanitario buscan resarcir el daño individual, restaurar la dignidad y transformar la arquitectura institucional que permite la persistencia de la VO.

3. Recapitulación

La revisión de la jurisprudencia nacional española y latinoamericana muestra la progresiva recepción interna de estándares internacionales y regionales sobre derechos en SSYR. Los tribunales nacionales han comenzado a reconocer que determinadas actuaciones sanitarias comprometen, además de la *lex artis*, la dignidad, la autonomía, la intimidad, la integridad personal y el consentimiento de quienes reciben atención. En España, México, Colombia y Ecuador se observan respuestas judiciales que, con distintos grados de desarrollo, incorporan parámetros provenientes de la Corte IDH, del Comité CEDAW y de otros estándares globales para identificar conductas contrarias a los derechos en la atención obstétrica y ginecológica. Este proceso ha favorecido la consolidación de remedios que combinan indemnización, capacitación, protocolos,

supervisión institucional y, en algunos casos, medidas simbólicas como disculpas públicas, lo que revela una expansión del paradigma de reparación más allá de la compensación económica.

4. Conclusiones parciales

Primera. La jurisprudencia nacional analizada demuestra que los estándares globales sobre SSYR tienen capacidad de irradiación real en el derecho interno, tanto como parámetro interpretativo para calificar vulneraciones como para estructurar órdenes judiciales orientadas a prevenir su repetición.

Segunda. Las decisiones de España, México, Colombia y Ecuador ponen de relieve que la afectación de derechos en contextos obstétricos y reproductivos trasciende la valoración de la corrección técnica del acto médico y exige examinar el respeto al consentimiento, la autonomía, la confidencialidad, la dignidad y la ausencia de tratos humillantes y discriminatorios.

Tercera. El análisis comparado muestra una tendencia convergente hacia modelos de reparación integral que buscan compensar el daño sufrido y modificar prácticas institucionales, además de reforzar controles, capacitar al personal de salud y afirmar públicamente la centralidad de los derechos en SSYR dentro del sistema de justicia interno.

CONCLUSIONES

1. De la fragmentación normativa a la exigencia de una respuesta sistémica

El examen comparado de instrumentos universales y regionales de DH, guías de salud global, desarrollos doctrinales, normativa interna y jurisprudencia permite concluir que las conductas contrarias a los derechos en SSYR durante la procreación médicamente asistida, el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el posparto y la pérdida gestacional o perinatal trascienden el reconocimiento de un problema marginal o estrictamente médico y configuran un campo jurídico propio en el que convergen el derecho y los aspectos de género.

Este campo jurídico complementa los aportes de las ciencias sociales, que continúan generando información relevante, y permiten visibilizar los tropiezos que enfrenta el propósito de alcanzar el nivel más alto posible de SSYR para las mujeres y otros grupos de la población. Se caracteriza por una heterogeneidad normativa y asimetrías de reconocimiento entre sistemas. Esta dispersión dificulta su identificación homogénea, su justiciabilidad y la consolidación de criterios estables de responsabilidad.

En este contexto, la VO emerge como manifestación específica de vulneraciones en SSYR cuya comprensión jurídica exige superar enfoques que la reducen a episodios puntuales o desviaciones individuales de la práctica asistencial. El material analizado confirma que persisten pese a la existencia de estándares globales de calidad y respeto aplicables a la atención en SSYR. Esta coexistencia revela una brecha entre formulación normativa y efectividad. La insuficiencia se explica por limitación de recursos, pero también por fallas en el diseño normativo, en la implementación institucional, en los mecanismos de supervisión y en la rendición de cuentas.

En consecuencia, la respuesta jurídica trasciende mecanismos sancionatorios individuales y requiere marcos normativos y políticas públicas con visión de género y capaces de incidir en la organización de los sistemas sanitarios y en las condiciones institucionales que permiten el ejercicio de los derechos en SSYR. La transición hacia este logro requiere la coexistencia de modelos que garanticen la seguridad. Esta exigencia no puede comprometer el respeto a la

fisiología. En este sentido, experiencias que integran unidades de nacimiento lideradas por matronas y parteras de forma adyacente a la red hospitalaria se constituyen en una vía para armonizar la autonomía técnica profesional con el acceso a servicios de alta complejidad ante riesgos reales, lo que permite que el sistema sanitario actúe bajo un enfoque de proporcionalidad y respeto a la centralidad de la persona usuaria; sin perjuicio del respeto a sus derechos en SSYR.

Esta exigencia comprende igualmente la dimensión material del sistema sanitario. La ausencia de infraestructura obstétrica suficiente, de servicios de alta complejidad, de transporte sanitario oportuno, de registros clínicos completos y de sistemas fiables de vigilancia no constituye una mera deficiencia administrativa. Compromete directamente el deber estatal de garantía. La opacidad estadística y el subregistro de eventos obstétricos adversos debilitan los mecanismos de rendición de cuentas. Se concluye que la organización del sistema obstétrico y la distribución de competencias entre los distintos actores del personal de SSYR constituyen factores relevantes para la prevención de intervenciones innecesarias y de prácticas incompatibles con los derechos en SSYR. La insuficiente integración institucional de los modelos de atención liderados por matronas y parteras constituye una falla relevante para la garantía de estos derechos.

Aunque las matronas y parteras cuentan en algunos Estados con reconocimiento normativo y formación especializada, factores como las jerarquías médico-hegemónicas, la precarización laboral y las barreras organizativas restringen el ejercicio pleno de sus competencias y debilitan la posibilidad de ofrecer continuidad asistencial, reducir intervenciones innecesarias y asegurar una atención respetuosa de los procesos reproductivos. En consecuencia, su desplazamiento o subordinación representa un problema de distribución de funciones y una deficiencia del diseño del sistema sanitario que compromete las obligaciones estatales de garantizar servicios disponibles, accesibles y de calidad conforme a estándares de DH.

2. La VO como afectación jurídicamente relevante en el ámbito asistencial y en el funcionamiento del servicio

La investigación demuestra que la VO posee un alcance jurídico que excede su comprensión como categoría residual o constructo meramente sociológico. Sus elementos se verifican tanto en conductas directas del personal en el ámbito asistencial como en formas institucionales de

organización del servicio. Esta doble dimensión resulta determinante: permite identificar responsabilidad por actos asistenciales concretos y, al mismo tiempo, responsabilidad institucional y estatal por fallas en el diseño y funcionamiento del sistema sanitario.

Las vulneraciones analizadas se relacionan con el incumplimiento de garantías vinculadas a disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad en SSYR, así como con deberes estatales de respeto, protección y cumplimiento. Ello desplaza el análisis desde la atribución exclusiva de responsabilidad individual hacia una comprensión más amplia basada en obligaciones estatales, lo que adquiere especial relevancia cuando la prestación del servicio es realizada por entidades privadas que cumplen la función de brindar servicios de atención en SSYR. La titularidad de las obligaciones en materia de SSYR permanece en el Estado incluso cuando delega la ejecución material del servicio. La ausencia de regulación, supervisión efectiva o control de calidad constituye un incumplimiento autónomo de los deberes de garantía y debida diligencia.

El derecho no puede operar como legitimador pasivo de inercias asistenciales bajo la invocación exclusiva de eficiencia técnica o costumbre profesional. La protección de la SSYR exige criterios jurídicos que reconozcan la asimetría de poder inherente a la relación asistencial y la vulnerabilidad situacional que caracteriza el proceso reproductivo.

3. Insuficiencia de la *lex artis* como parámetro único de valoración jurídica

La revisión doctrinal y jurisprudencial confirma que la *lex artis*, aunque relevante para evaluar corrección técnica, no constituye un estándar suficiente para valorar la diligencia debida en SSYR. La corrección biomédica de un acto no excluye su eventual carácter lesivo de derechos. Intervenciones técnicamente justificadas pueden constituir VO cuando se ejecutan sin consentimiento previo, pleno, libre e informado; cuando se adoptan sin información suficiente y comprensible; si se acompañan de coerción, presión o trato degradante.

De ello se deriva una exigencia de sistematización normativa: la diligencia profesional debe evaluarse a partir de un estándar jurídico ampliado que incorpore al tiempo consentimiento informado, acceso a información comprensible, dignidad, integridad personal, prohibición de tratos crueles o degradantes y deberes positivos del Estado en contextos de atención sanitaria. Este

estándar, además de permitir una garantía efectiva de derechos en SSYR, debe considerar las condiciones de organización, planificación y dotación del sistema sanitario. Entre estas condiciones adquiere especial relevancia la disponibilidad suficiente de personal cualificado y actualizado, particularmente parteras, cuya presencia incide directamente en la continuidad asistencial, la calidad del acompañamiento durante el proceso reproductivo y la reducción de intervenciones innecesarias.

4. Convergencias y tensiones entre sistemas de protección

Uno de los hallazgos centrales de la investigación consiste en la identificación de una convergencia interpretativa relevante entre el DIDH, el SEDH y los desarrollos del sistema universal, particularmente del Comité CEDAW. Aunque el TEDH no utiliza expresamente la categoría VO y aborda estos casos principalmente a través de derechos como la vida privada y familiar o la integridad personal, su jurisprudencia sobre autonomía, consentimiento e investigación efectiva contribuye materialmente a delimitar vulneraciones en contextos de atención sanitaria.

Por su parte, el SIDH se ha enfocado en la comprensión de estas prácticas y conductas como formas de violencia de género y ha articulado estándares de reparación con alcance transformador. El sistema universal, a través del Comité CEDAW y de la Relatoría Especial de Naciones Unidas, refuerza esta lectura al vincular las conductas contrarias a los derechos en SSYR con obligaciones estatales de eliminación de discriminación y de debida diligencia.

Esta convergencia se proyecta progresivamente en los ordenamientos nacionales que han comenzado a integrar los estándares del Comité CEDAW y de la Relatoría Especial de la ONU como parámetro de control de la actividad sanitaria. Ello demuestra el tránsito desde referencias consideradas meramente orientativas hacia verdaderos estándares operativos con capacidad de incidir en la interpretación jurídica y en la delimitación de responsabilidades. Así, por ejemplo, al validar jurídicamente el plan de parto como expresión de la autonomía decisional de la persona gestante y al elevar el umbral de la exigencia del consentimiento informado, incluso en contextos de urgencia o durante la fase del expulsivo en el parto, se consolida una doctrina que proscribe la cosificación de la persona usuaria del sistema sanitario y alinea la responsabilidad civil y constitucional con los mandatos globales de DH.

No obstante, la comparación también revela tensiones relevantes. Mientras algunos sistemas han desarrollado marcos normativos explícitos para abordar estas vulneraciones, otros continúan tratándolas únicamente a través de categorías generales de responsabilidad médica o de protección de la vida privada, lo que puede limitar la visibilidad jurídica del fenómeno. A pesar de estas divergencias, es posible identificar un núcleo común de estándares jurídicos: el consentimiento como derecho y no como formalidad, la exigencia de información suficiente y comprensible, la prohibición de prácticas coercitivas, la protección de la integridad personal durante la atención obstétrica y la obligación estatal de establecer marcos normativos claros que permitan garantizar efectivamente estos derechos.

5. Ambigüedad normativa, inseguridad jurídica y reproducción de vulneraciones

La ambigüedad, deficiencia o ausencia de regulación clara en SSYR opera como factor generador de vulneraciones y como barrera para la tutela efectiva de derechos. La erradicación de estas vulneraciones requiere marcos jurídicos precisos, previsibles y consistentes con estándares de DH, capaces de ordenar obligaciones, delimitar excepciones de manera estricta y evitar que el diseño normativo habilite directamente conductas contrarias a la autonomía, la dignidad y la integridad personal.

Estas carencias producen una inseguridad jurídica que afecta tanto a las personas usuarias como al personal sanitario y abren márgenes de discrecionalidad indebida. Esta discrecionalidad produce un vacío de garantía que permite el ejercicio institucional de vulneraciones en SSYR y dificulta la identificación de actos y omisiones de VO. Se manifiesta, por ejemplo, cuando decisiones judiciales o administrativas omiten examinar la dimensión de DH en la atención obstétrica y se limitan a valorar solo la corrección técnica del acto médico. En tales casos, la ausencia de una fundamentación jurídica suficiente permite intervenciones que afectan la autonomía o la integridad personal que quedan fuera de un examen sustantivo de derechos. La coexistencia de mandatos contradictorios entre deberes asistenciales, obligaciones de confidencialidad y los deberes de denuncia generan tensiones normativas que pueden incidir directamente en la producción de vulneraciones.

La ausencia de criterios claros para valorar actos de VO, la deficiente documentación clínica y la persistencia de estereotipos de género afectan la efectividad del acceso a la justicia. Asimismo, la exigencia de estándares probatorios desproporcionados frente a hechos que ocurren en contexto de interacción cerrada favorece la impunidad. De ello se deriva la necesidad de incorporar parámetros probatorios compatibles con una debida diligencia reforzada que otorguen valor al testimonio, al contexto y a la evaluación integral de la actuación institucional.

La mera proliferación de leyes y protocolos no garantiza una tutela efectiva. Sin una articulación de fondo, la inflación normativa fragmenta la atención y diluye la responsabilidad de los actores involucrados frente al deber de protección integral.

6. Interseccionalidad como criterio jurídico de agravación y deber reforzado de diligencia

Factores de interseccionalidad operan como criterios jurídicamente relevantes que intensifican la exposición a riesgos, restringen el acceso a servicios y agravan barreras para reclamar. La interseccionalidad se configura como criterio jurídico autónomo que intensifica el estándar de debida diligencia y permite identificar formas agravadas de discriminación en SSYR. La vigencia formal de estándares y leyes resulta insuficiente cuando su implementación produce exclusión de facto. La obligación estatal requiere medidas diferenciadas que garanticen acceso real a servicios de calidad en contextos donde la distancia geográfica, la falta de infraestructura o la ausencia de transporte sanitario hacen ilusoria la protección.

La desarticulación entre partería y sistemas institucionales de atención, la ausencia de rutas claras de referencia y contrarreferencia y la falta de integración normativa generan vacíos que afectan la continuidad asistencial, especialmente en contextos rurales o culturalmente diferenciados. La omisión estatal en diseñar mecanismos de coordinación seguros y culturalmente adecuados constituye una falla en el deber de garantía.

7. Reparaciones con vocación transformadora y sentido de la sistematización realizada

El análisis de las medidas de reparación busca demostrar que la tutela frente a la VO trasciende a una indemnización pecuniaria aislada. El enfoque de DH exige reparaciones integrales que incorporen garantías de no repetición verificables y mecanismos efectivos de seguimiento.

Aquellas reparaciones con vocación transformadora incorporan medidas orientadas a modificar conductas institucionales, fortalecer la formación obligatoria del personal de asistencia en salud, revisar guías y protocolos a la luz de estándares de DH y asegurar mecanismos de rendición de cuentas. La ausencia de cumplimiento efectivo elimina su función preventiva y perpetúa condiciones institucionales de repetición.

De ello se desprende que la eficacia de la protección de derechos trasciende el ámbito de la emisión de decisiones judiciales y progresa hacia el establecimiento de mecanismos institucionales de seguimiento periódico, evaluación independiente y verificación pública de cumplimiento. Sin control sostenido en el tiempo, las garantías de no repetición se transforman en declaraciones formales sin capacidad real de modificación de prácticas asistenciales.

En definitiva, el examen realizado permite advertir que estas conductas se incorporan en un campo más amplio de relaciones institucionales, normativas y organizacionales que condicionan el ejercicio efectivo de los derechos relacionados con la SSYR. En este contexto, la VO debe comprenderse como una manifestación específica de vulneraciones de derechos en la materia que se producen en la interacción entre organización del sistema sanitario, relaciones de poder en la atención y condiciones de acceso a los servicios. Esta comprensión permite desplazar el análisis desde incidentes individuales hacia un enfoque jurídico sistémico orientado a identificar responsabilidades institucionales, fortalecer estándares de garantía y prevenir que ocurran actos y omisiones incompatibles con los derechos que se busca proteger.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, el derecho a una vida libre de violencia se concreta en la garantía de una vida libre de violencia obstétrica, en un marco más amplio de erradicación de las violencias en contextos reproductivos.

Bibliografía

Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD006672. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3

Aguilar, O. C., Torres Falcón, M., & Valdez Santiago, R. (2020). Obstetric violence criminalised in Mexico: A comparative analysis of hospital complaints filed with the Medical Arbitration Commission. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, *46*(1), 38–45. https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2018-200224

Alarcón Lavín, R. (Ed.). (2021). *Las parterías tradicionales en América Latina: cambios y continuidades ante un etnocidio programado*. Editorial Luscinia C.E.

Alcalá Rodríguez, A., & Miranda Herrera, M. de L. A. (2025). La línea jurisprudencial de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en casos de violencia obstétrica: crítica y propuesta de un nuevo marco para determinar violaciones a derechos humanos. *Anuario de Derechos Humanos*, *21*(1), 11–40. https://doi.org/10.5354/0718-2279.2025.78140

Ales Uría, M. de las M. (2021, junio). El daño por violencia obstétrica en la responsabilidad civil como categoría diferenciada de la mala praxis médica. *Temas de Derecho Civil, Persona y Patrimonio*. https://www.academia.edu/49587681

Alfirevic, Z., Gyte, G. M. L., Cuthbert, A., & Devane, D. (2017). Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3

Álvarez Toste, M., Hinojosa Álvarez, M. del C., Salvador Álvarez, S., et al. (2011). Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, *49*(3), 420–433. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-30032011000300010

American College of Obstetricians and Gynecologists & American Academy of Pediatrics. (2015). *The Apgar score* (Committee Opinion n.º 644). ACOG. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2015/10/the-apgar-score

Amorim, M. M. R., Katz, L., & da Cunha, A. S. (2020). Restrictive use of episiotomy: Current evidence and perspectives. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, *42*(2), 73–77. https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017

Anim-Somuah, M., Smyth, R. M. D., Cyna, A. M., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), Artículo CD000331. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4

Aranda-Téllez, C. A., Yam Chalé, H., & Oudhof, H. (2021). Violencia y emergencia obstétrica desde la perspectiva de las parteras tradicionales en comunidades rurales. *Revista Temas Sociológicos*, *28*, 583–610. https://doi.org/10.29344/07196458.28.2462

Austin, M.-P., Priest, S. R., & Sullivan, E. A. (2008). Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). https://doi.org/10.1002/14651858.CD005124.pub2

Azeredo, Y. N., & Schraiber, L. B. (2017). Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, *22*(9), 3013–3022. https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13712017

Backes, D. S., Lunardi Filho, W. D., & Lunardi, V. L. (2005). Humanização hospitalar: percepção dos pacientes. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, *27*(2). https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v27i2.1374

Backes, M. T. S., Carvalho, K. M., Ribeiro, L. N., Amorim, T. S., Santos, E. K. A., & Backes, D. S. (2021). The prevalence of the technocratic model in obstetric care from the perspective of health professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *74*(Suppl. 4), e20200689. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0689

Badreldin, N., Grobman, W. A., & Yee, L. M. (2019). Racial disparities in postpartum pain management. *Obstetrics & Gynecology*, *134*(6), 1147–1153. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003561

Barbosa, I., Nardi, F., Reingold, R., & Vela, E. (2024). A critique of the conceptualization and criminalization of obstetric violence in international human rights frameworks. En *Building bridges: Contemporary perspectives on gender, sexuality and international human rights law* (pp. 3–24). Editorial Universidad del Rosario. https://doi.org/10.12804/urosario9789585003835.01

Barrera Gutiérrez, Y. L., & Díaz Gamboa, L. B. (2018). Violencia obstétrica, historia olvidada de prácticas invisibilizadas. *Derecho y Realidad*, *16*(32), 59–74. https://doi.org/10.19053/16923936.v16.n32.2018.13709

Basevi, V., & Lavender, T. (2014). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2014*(11), CD001236. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001236.pub2

Basset, Ú. C. (2018). El consentimiento informado en el ámbito reproductivo: Caso I.V. vs. Bolivia en la Corte Interamericana. https://www.academia.edu/42130823

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6.ª ed.). Oxford University Press.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8.ª ed.). Oxford University Press.

Behruzi, R., Hatem, M., Fraser, W., Goulet, L., Ii, M., & Misago, C. (2010). Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *10*, Artículo 25. https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-25

Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., & Fraser, W. (2011). The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Women's Health*, *11*, Artículo 53. https://doi.org/10.1186/1472-6874-11-53

Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., Fraser, W., & Misago, C. (2013). Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: A conceptual framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *13*(1), Artículo 205. https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-205

Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., & Fraser, W. D. (2014). Perception of humanization of birth in a highly specialized hospital: Let's think differently. *Health Care for Women International*, *35*(2). https://doi.org/10.1080/07399332.2013.857321

Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, *18*(40), 25–34.

Berg, D., & Süß, J. (1994). Increased mortality in home delivery. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, *54*(3), 131–138. https://doi.org/10.1055/s-2007-1023568

Berg, M., Lundgren, I., & Lindmark, G. (2003). Childbirth experience in women at high risk: Is it improved by use of a birth plan? *The Journal of Perinatal Education*, *12*(2), 1–15. https://doi.org/10.1624/105812403X106784

Bernardini, L., & Dal Monico, S. (2024). A way forward: Criminal law as a possible remedy in addressing gynaecological and obstetric violence. *International Review of Penal Law*, *95*(2), 269–289.

Blix, E., Kumle, M., Kjærgaard, H., Øian, P., & Lindgren, H. E. (2014). Transfer to hospital in planned home births: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*(1), Artículo 179. https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-179

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD003766. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Araújo Diniz, A. L., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth

in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, *12*(6), e1001847. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847

Bolten, N., de Jonge, A., Zwagerman, E., et al. (2016). Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: A cohort study in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1), Artículo 329. https://doi.org/10.1186/s12884-016-1130-6

Botrugno, C. (2026). Obstetric violence from the perspective of everyday bioethics. En volumen colectivo sobre violencia obstétrica. https://flore.unifi.it/bitstream/2158/1452806/1/2026%20-%20OV%20DGB.pdf

Boulvain, M., Stan, C. M., & Irion, O. (2005). Despegamiento de las membranas para la inducción del parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000451.pub2

Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis*. USAID; TRAction Project; Harvard School of Public Health. https://scholarworks.brandeis.edu/esploro/outputs/report/Exploring-Evidence-for-Disrespect-and-Abuse/9924139025301921

Boydell, V., Smith, R. D., & Global LARC Collaborative. (2023). Hidden in plain sight: A systematic review of coercion and long-acting reversible contraceptive methods (LARC). *PLOS Global Public Health*, *3*(8), Artículo e0002131. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002131

Brennan, K. (2019). Reflections on criminalising obstetric violence: A feminist perspective. En C. Pickles & J. Herring (Eds.), *Criminalising Birthing Bodies*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429443718-13

Brennan, S. (2019). Pregnancy, vulnerability, and the limits of medical paternalism. *Bioethics*, *33*(5), 567–574.

Brigidi, S. (2022). Estratificación obstétrica interseccional. *(Con)textos: Revista d'Antropologia i Investigació Social*, (10), 93–113. https://revistes.ub.edu/index.php/contextos/article/view/39422/38482

Brigidi, S., Polo, A., Mena-Tudela, D., & Medina-Pradas, C. (2023). Definición de la violencia ginecológica-obstétrica. *Psicosomática y Psiquiatría*, (27), 34–38. https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum2708

Briones Rivas, N. A., Baus García, C. A., Flores Vega, J. L., & Abad Quirola, V. L. (2022). Sufrimiento fetal asociado al uso de oxitocina en la inducción del trabajo de parto en embarazos de término. *Polo del Conocimiento: Revista Científico-Profesional*, *7*(5), Artículo 36. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9042701

Brito, L. (2025). #EuVivo – (des)ordem em torno do conceito de violência obstétrica e da sua criminalização em Portugal. *Configurações: Revista de Ciências Sociais*, (35), Artículo 35. https://revistas.uminho.pt/index.php/configuracoes/article/view/6619

Bujold, E., & Romero, R. (2025). Uterine closure after cesarean delivery: Surgical principles, biological rationale, and clinical implications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.10.007

Burke, N., Field, K., Mujahid, F., & Morrison, J. J. (2012). Use and safety of Kielland's forceps in current obstetric practice. *Obstetrics and Gynecology*, *120*(4), 766–770. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182695581

Calderón Bogoslavsky, V. J. (2023a). Derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva en el entorno rural. En *Desafíos, necesidades y oportunidades para el mundo rural: La llamada a la aplicación de los derechos de los campesinos y otras personas que trabajan en el ámbito rural*. Dykinson.

Calderón Bogoslavsky, V. J. (2023b). Introducción a la normativa comparada para el tratamiento de las violencias sanitarias de la salud sexual y reproductiva. En E. Bandrés-Goldáraz (Coord.), *Feminismo en la línea del tiempo, desde las (in)visibilidades al concepto de felicidad*. Dykinson.

Cardoso, P. F. G., & Shimizu, M. A. (2024). Obstetric violence and LGBTQIA+phobia: Interlaced oppressions and violations. *Ciência & Saúde Coletiva*, *29*(4), e20072023. https://doi.org/10.1590/1413-81232024294.20072023

Carroli, G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2009*(1), CD000081. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2

Castillo Blanco, S. G. (2024). Pilares de la atención médica: Historia clínica y expediente clínico. Revista Médica de la Universidad Veracruzana, 24(2). https://doi.org/10.25009/rmuv.2024.2.125

Castrillo, B. (2020). Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica: Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas. *Encuentros Latinoamericanos (segunda época)*, *4*(1), 196–220. https://doi.org/10.59999/4.1.625

Castro, A. (2019). Witnessing obstetric violence during fieldwork: Notes from Latin America. *Health and Human Rights Journal*, *21*(1), 103–111.

Castro Fernández, E. (2024). Gordofobia y violencia obstétrica: Intersecciones de opresión y prácticas eugenésicas. En D. Mena-Tudela (Ed.), Violencia obstétrica e interseccionalidades. Publicacions de la Universitat Jaume I. https://tenda.uji.es/pls/iglu/!GCPPA00.GCPPR0002?lg=CA&id_art=2137

Catissi, G., Souza Ribeiro, F., Bastos, S. H., & Santos Lucena, F. (2021). Estratégias na implementação do Plano Parto: Fortalezas e fragilidades levantadas na experiência do município de Franco da Rocha. *Boletim do Instituto de Saúde - BIS*, *22*(2), Artículo 2. https://doi.org/10.52753/bis.v22i2.38630

Ceci, C. (2004). Nursing, knowledge and power: A case analysis. *Social Science & Medicine*, *59*(9), 1879–1889. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.022

Chadwick, R. (2017). Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. *Feminism & Psychology*, *27*(4), 489–509. https://doi.org/10.1177/0959353517692607

Chadwick, R. (2019). Practices of silencing: Birth, marginality and epistemic violence. En C. Pickles & J. Herring (Eds.), *Childbirth, vulnerability and law: Exploring issues of violence and control* (pp. 30–48). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429443718-3

Chadwick, R. (2021a). Breaking the frame: Obstetric violence and epistemic rupture. *Agenda: Empowering Women for Gender Equity*, *35*(3), 104–115. https://doi.org/10.1080/10130950.2021.1958554

Chadwick, R. (2021b). Reproductive injustice and the politics of childbirth. *Bioethics*, *35*(5), 1–9.

Champo Sánchez, N. M., & Serrano Sánchez, L. I. (2019). *Reparación del daño: Justicia restaurativa y género*. IIJ-Universidad Nacional Autónoma de Chiapas.

Chávez Courtois, M. L., & Sánchez Maya, N. A. (2018). Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. *Revista de El Colegio de San Luis*, *8*(16), 103–119. https://doi.org/10.21696/rcsl9162018769

Chen, I., Opiyo, N., Tavender, E., Mortazhejri, S., Rader, T., Petkovic, J., Yogasingam, S., Taljaard, M., Agarwal, S., Laopaiboon, M., Wasiak, J., Khunpradit, S., Lumbiganon, P., Gruen, R. L., & Betran, A. P. (2018). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), Artículo CD005528. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005528.pub3

Chervenak, F. A., McLeod-Sordjan, R., Pollet, S. L., et al. (2024). Obstetric violence is a misnomer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *230*(3, Supl.), S1138–S1145. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.003

Chou, D., Tunçalp, Ö., Firoz, T., et al. (2016). Constructing maternal morbidity – towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1), Artículo 45. https://doi.org/10.1186/s12884-015-0789-4

Clínica Universidad de Navarra. (s. f.). Ventosa obstétrica. *Diccionario médico*. https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/ventosa-obstetrica

Cohen Shabot, S. (2016). Making loud bodies "feminine": A feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*, *39*, 231–247. https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x

Cohen Shabot, S. (2021). "You are not qualified—leave it to us": Obstetric violence as testimonial injustice. *Human Studies*, *44*(4), 635–653. https://doi.org/10.1007/s10746-021-09596-1

Cohen Shabot, S., & Sadler, M. (2023). "My soul hurt, and I felt as if I was going to die": Obstetric violence as torture. *Hypatia*, *38*(3), 607–627. https://doi.org/10.1017/hyp.2023.72

Cook, R. J., & Dickens, B. M. (2002). The injustice of unsafe motherhood. *Developing World Bioethics*, *2*(1), 64–81. https://doi.org/10.1111/1471-8847.00036

Cornejo, Y., & Barreto, M. P. (2022). Prevención de violencia obstétrica desde el abordaje de la salud mental de las y los trabajadores de la perinatalidad. En *Estado presente: Políticas públicas contra las violencias por razones de género* (pp. 174–187). Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de La Plata. https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/190259

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., et al. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, *6*(32), 1–244. https://doi.org/10.3310/hta6320

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2018). *Williams obstetrics* (25.ª ed.). McGraw-Hill Education.

Curtin, M., Savage, E., & Leahy-Warren, P. (2020). Humanisation in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(9–10), 1744–1757. https://doi.org/10.1111/jocn.15152

Dal Monico, S. (2026). Violencia ginecológica y obstétrica: Enmarcando el fenómeno desde el derecho internacional de los derechos humanos. En L. Re, R. Marini y A. P. Farina (Eds.), *Violencia obstétrica como violencia basada en género*. De Gruyter. https://doi.org/10.1515/9783112208069-004

Davis, D.-A. (2019). Obstetric racism: The racial politics of pregnancy, labour, and birthing. *Medical Anthropology*, *38*(7), 560–573. https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389

Davis-Floyd, R. (2004). *Birth as an American rite of passage* (2.ª ed.). University of California Press.

De Corte, P., Klinghardt, M., von Stockum, S., & Heinemann, K. (2025). Time to diagnose endometriosis: Current status, challenges and regional characteristics—A systematic literature review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *132*(2), 118–130. https://doi.org/10.1111/1471-0528.17973

Dennis, C.-L., & Dowswell, T. (2013). Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión posparto. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3

De Roon-Immerzeel, A., van Rijn, M., Smith, M., & Thompson, S. M. (2025). Regional challenges in acknowledging and battling obstetric violence. *European Journal of Midwifery*, *9*, 1–3. https://doi.org/10.18332/ejm/202344

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 (Valparaíso)*, (51), 123–143. https://doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301

Diniz, S. G., Salgado, H. de O., Andrezzo, H. F. de A., et al. (2015). Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, *25*(3), 377–384. https://doi.org/10.7322/jhgd.106080

Dmowska, A., Fielding-Singh, P., Halpern, J., & Prata, N. (2024). The intersection of traumatic childbirth and obstetric racism: A qualitative study. *Birth*, *51*(1), 209–217. https://doi.org/10.1111/birt.12774

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, *83*(4), 691–729. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2690293/

Edward, M. M., & Kibanda, Z. (2022). Obstetric violence: A public health concern. *Health Science Reports*, *6*(1), Artículo e1026. https://doi.org/10.1002/hsr2.1026

Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., et al. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1), Artículo 16. https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2

Enkin, M., Keirse, M. J., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, G. J. (2001). Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis. *Birth*, *28*(1), 41–51. https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00041.x

Enríquez, M. (2021). *Derechos reproductivos y violencia institucional*. Editorial Universitaria.

Espinoza, M. M., Vives Parés, N., Keklikian, R., & Seiref, S. (2023). Distocia de hombros: propuestas de resolución de acuerdo con las diferentes posiciones de parto según la movilidad de la pelvis. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, *69*(1). https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2477

Espinoza Navarrete, A. B., Benalcázar Villafuerte, A. G., Parrales Avecilla, G. S., & Burgos Licoa, M. A. (2025). Situaciones de violencia en la atención gineco-obstétrica. *LATAM Revista*

Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, *6*(1), Artículo 1. https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3539

Fariello, S., & Mitidieri, G. (2026). Incomplete professionalization of midwives as a risk factor for obstetric violence: Insights from Southern Italy. En *Obstetric violence as gender based violence: What it is, how it is perceived, and how it can be addressed* (pp. 141–160). De Gruyter. https://doi.org/10.1515/9783112208069-009

Feeley, C., & Thomson, G. (2016). Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1), Artículo 59. https://doi.org/10.1186/s12884-016-0847-6

Finucane, E. M., Murphy, D. J., Biesty, L. M., Gyte, G. M. L., Cotter, A. M., Ryan, E. M., Boulvain, M., & Devane, D. (2020). Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2020*(2), CD000451. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000451.pub3

Flores-Romero, L., Viñas Velázquez, B. M., Treviño-Siller, S. G., & Islas-Limón, J. Y. (2022). Violencia obstétrica en la atención del parto en Baja California: Percepciones del personal de enfermería. *Frontera Norte*, *34*, artículo 7. https://doi.org/10.33679/rfn.v1i1.2243

Fragozo Álvarez, L. de J., Mendoza Cataño, L. P., & Ospino Arredondo, L. (2025). El alcance intercultural de la Ley de Parto Digno en Colombia: tensiones entre el marco jurídico y la práctica en comunidades indígenas Wayuu. *ASCE Magazine*, *4*(4), 655–672. https://doi.org/10.70577/asce.v4i4.456

Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, *384*(9948), e42–e44. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X

Frias, F. (2014). *The disappeared children of El Salvador's civil war: The search for identity and truth* [Bachelor's honors thesis, Salem State University]. Salem State Digital Repository. http://hdl.handle.net/20.500.13013/645

Ganatra, B., Gerdts, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, *390*(10110), 2372–2381. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4

García García, E. M. (2016). La violencia obstétrica como violencia de género: Una mirada feminista a la situación en España. *Investigació i Gènere a la Universitat Jaume I 2016*. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10257586

García Molina, I., & Górriz Plumed, A. B. (2024). Violencia obstétrica experimentada por madres autistas españolas durante el parto. Universitat Jaume I.

García-Villarreal, O. A. (2022). Responsabilidad médica profesional, guías para la práctica clínica y lex artis. *Gaceta Médica de México*, *158*(6), 439–443. https://doi.org/10.24875/gmm.22000118

Gherardi, N. (2016). *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*, Asuntos de Género (141). CEPAL. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/ecaabf2b-a41b-4daa-8d57-83346c7bfbe4/content

Ghahremani, T., Bailey, K., Whittington, J., Phillips, A. M., Spracher, B. N., Thomas, S., & Magann, E. F. (2023). Birth plans: Definitions, content, effects, and best practices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *228*(5S), S977–S982. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.12.011

Ghosh, J., Bhattacharya, S., & Bhattacharya, S. (2021). Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). https://doi.org/10.1002/14651858.CD012602.pub2

Glance, L. G., Wissler, R., Glantz, C., Osler, T. M., Mukamel, D. B., & Dick, A. W. (2007). Racial differences in the use of epidural analgesia for labor. *Anesthesiology*, *106*(1), 19–25. https://doi.org/10.1097/00000542-200701000-00007

Goberna-Tricas, J., & Boladeras, M. (Coords.). (2018). *El concepto "violencia obstétrica" y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Tecnos.

González Aguilera, J. C., Vázquez Belizón, Y. E., Pupo Jiménez, J. M., Algas Hechavarría, L. A., & Cabrera Lavernia, J. O. (2015). Morbilidad materna extrema en una unidad de cuidados intensivos. *MEDISAN*, *19*(12), 1466–1476.

González-Blázquez, F. J., Ruiz-Hontangas, A., & López-Mora, C. (2024). Bioethical knowledge in students and health professionals: A systematic review. *Frontiers in Medicine*, *11*, Artículo 1252386. https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1252386

Gregory, J. (1772). *Lectures on the duties and qualifications of a physician*. London.

Gregory, S., Caffrey, L., Daly, D., & Sheaf, G. (2025). How woman-centred care is experienced and understood in maternity services by women and professionals: A rapid review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *39*(3), e70086. https://doi.org/10.1111/scs.70086

Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2021). *Violencia obstétrica*. https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/12/Violencia-obstétrica.pdf

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*. Ministerio de Sanidad y Política Social; OSTEBA; Avalia-t.

Gudiño, M. (2023). Embarazo, parto y puerperio en contextos de encierro: Enfoque interseccional para el acceso a justicia. *Argumentos*, (16), 110–133. http://revistaargumentos.justiciacordoba.gob.ar/index.php/primera/article/view/318

Guijarro, E. M. (2023). La violencia obstétrica como injusticia epistémica: El parto en disputa. *Salud Colectiva*, *19*, Artículo e4464. https://doi.org/10.18294/sc.2023.4464

Hakimi, S., Allahqoli, L., Alizadeh, M., et al. (2025). Global prevalence and risk factors of obstetric violence: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. https://doi.org/10.1002/ijgo.16145

Hardeman, R. R., Medina, E. M., & Boyd, R. W. (2020). Stolen breaths. *The New England Journal of Medicine*, *383*(3), 197–199. https://doi.org/10.1056/NEJMp2021072

Hennig, S. (2016). "Shut up… and push!" — Obstetrical violence, dignified health care and the intersection with human rights. *Journal of Integrated Studies*, *8*(1). https://jis.athabascau.ca/index.php/jis/article/view/216

Hernandez, J. B. R., & Kim, P. Y. (2022). Epidemiology, morbidity and mortality. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547668/

Hernández Darriba, M. (2025). Violencia obstétrica y violencia ginecológica en el Derecho europeo: avances y límites. *Revista General de Derecho Europeo*, (66). https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10468521

Hidalgo-Lopezosa, P., Hidalgo-Maestre, M., & Rodríguez-Borrego, M. A. (2016). Labour stimulation with oxytocin: Effects on obstetrical and neonatal outcomes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *24*, Artículo e2744. https://doi.org/10.1590/1518-8345.0765.2744

Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M., & Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*, Artículo 90. https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1

Hofmeyr, G. J., Singata-Madliki, M., Lawrie, T. A., & Cuthbert, A. (2017). Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). https://doi.org/10.1002/14651858.CD006067.pub3

Hulton, L. A., Matthews, Z., & Stones, R. W. (2007). Applying a framework for assessing the quality of maternal health services in urban India. *Social Science & Medicine*, *64*(10), 2083–2095. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.01.019

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021*. https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/

Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M., & Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, *181*(6–7), 377–383. https://doi.org/10.1503/cmaj.081869

Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *26*, e3069. https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069

Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth: Time for action on this important dimension of violence against women. *PLOS Medicine*, *12*(6), Artículo e1001849. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849

Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3

Jimeno Orozco, J. A., Prieto Rojas, S., & Lafaurie Villamil, M. M. (2022). Atención prenatal humanizada en América Latina: un estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Córdoba, Argentina)*, *79*(2), 205–209. https://doi.org/10.31053/1853.0605.v79.n2.32720

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2012*(3), Artículo CD009234. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2

Jubany-Roig, P., & Massó Guijarro, E. (2024). Lactancia materna entre rejas: Experiencias de las madres encarceladas. *Salud Colectiva*, *20*, Artículo e4665.

Katz, L., Amorim, M. M., Giordano, J. C., Bastos, M. H., & Brilhante, A. V. M. (2020). Who is afraid of obstetric violence? *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, *20*, 623–626. https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017

Kaur, J., & Upendra, S. (2025). Effectiveness of nursing interventions in reducing maternal mortality in resource-limited settings: A systematic review and meta-analysis. *Investigación y Educación en Enfermería*, *43*(3), Artículo e13. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v43n3e13

Khosla, R., Zampas, C., Vogel, J. P., Bohren, M. A., Roseman, M., & Erdman, J. N. (2016). International human rights and the mistreatment of women during childbirth. *Health and Human Rights*, *18*(2), 131–143.

King, T. L., & Pinger, W. (2014). Evidence-based practice for intrapartum care: The pearls of midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *59*(6), 572–585. https://doi.org/10.1111/jmwh.12261

Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., Shakespeare, J., Kotnis, R., Kenyon, S., & Kurinczuk, J. J. (Eds.). (2023). Saving Lives, Improving Mothers' Care: Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2019–21. University of Oxford (MBRRACE-UK).

Kokkosi, E., Stavros, S., Moustakli, E., Vedam, S., Potiris, A., Mavrogianni, D., Antonakopoulos, N., Panagopoulos, P., Drakakis, P., Gourounti, K., Iliadou, M., & Sarella, A. (2025). Informed consent in perinatal care: Challenges and best practices in obstetric and midwifery-led models. *Nursing Reports*, *15*(8), 273. https://doi.org/10.3390/nursrep15080273

Kukura, E. (2018). Obstetric violence. *Georgetown Law Journal*, *106*(5), 1263–1325.

Langeron, A., Mercier, G., Chauleur, C., et al. (2012). Facteurs de risque et morbidité maternelle et néonatale des échecs d'extraction instrumentale par forceps. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, *41*(4), 333–338. https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2011.11.001

Lappeman, M., & Swartz, L. (2021). How gentle must violence against women be in order to not be violent? Rethinking the word "Violence" in obstetric settings. *Violence Against Women*, *27*(8), 987–1000. https://doi.org/10.1177/1077801221996444

Lawn, J. E., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., Hogan, D., Flenady, V., Frøen, J. F., Qureshi, Z. U., Calderwood, C., Shiekh, S., Jassir, F. B., You, D., McClure, E. M., Mathai, M., Cousens, S., & Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group. (2016). Stillbirths: Rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet*, *387*(10018), 587–603. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4

Leal, S. Y. P., Lima, V. L. de A., Silva, A. F. da, Soares, P. D. F. L., Santana, L. R., & Pereira, Á. (2018). Percepção da enfermeira obstetra acerca da violência obstétrica. *Cogitare Enfermagem*, *23*(1). https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.52473

Leduc, D., Biringer, A., Lee, L., & Dy, J. (2013). Induction of labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *35*(9), 840–857. https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30842-2

Lemos, A., Amorim, M. M. R., Dornelas de Andrade, A., de Souza, A. I., Cabral Filho, J. E., & Correia, J. B. (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), Artículo CD009124. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub2

Llagostera-Reverter, I., Ortíz-Mallasén, V., Mejuto-Prego, M., & Mena-Tudela, D. (2025). Factors associated with the perception of obstetric violence and its emotional impact on healthcare training: A cross-sectional study. *Nursing Reports*, *15*(12), Artículo 425. https://doi.org/10.3390/nursrep15120425

Lokugamage, A. U., & Pathberiya, S. D. C. (2017). Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: A review. *Reproductive Health*, *14*, Artículo 17. https://doi.org/10.1186/s12978-016-0264-3

López Criado, M. S., Santalla Hernández, Á., Vico Zúñiga, I., Manzanares Galán, S., Gallo Vallejo, J. L., & Puertas Prieto, A. (2012). Parto operatorio fallido. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, *55*(9), 453–457. https://doi.org/10.1016/j.pog.2012.05.004

Lothian, J. A. (2020). Artículo destacado — La Iniciativa Internacional de Parto: Doce Pasos para una Madre Segura y Respetuosa — Cuidado de Maternidad Familiar. *The Journal of Perinatal Education*, *29*(2), 69–71. https://doi.org/10.1891/J-PE-D-20-00012

Lou, S., Dahlen, H. G., Gefke Hansen, S., Ørneborg Rodkjær, L., & Damkjær Maimburg, R. (2022). Why freebirth in a maternity system with free midwifery care? A qualitative study of Danish women's motivations and preparations for freebirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *34*, Artículo 100789. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100789

Lukasse, M., Hovda, I., Thommessen, S., McAuley, S., & Morrison, M. (2020). Oxytocin and emergency caesarean section in a medium-sized hospital in Pakistan: A cross-sectional study. *European Journal of Midwifery*, *4*. https://doi.org/10.18332/ejm/124111

Maietti, F., & Villarreal, J. F. (2025). Acerca de los avances en materia de violencia obstétrica en la región interamericana. *Estudios de Derecho*, *82*(179), 43–72. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10417219

Marnocha, S., Marnocha, M. R., & Pilliow, T. (2015). Unprofessional content posted online among nursing students. *Nurse Educator*, *40*(3), 119–123. https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000123

Martínez-Galiano, J. M., Rubio-Alvárez, A., Ballesta-Castillejos, A., Ortiz-Esquinas, I., Donate-Manzanares, M., & Hernández-Martínez, A. (2025). Risk of suicide and postpartum

depression in women who feel they were treated inadequately during childbirth. *Women and Birth*, *38*(1). https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.101858

Martínez-Martínez, T., & Damian-Ferman, N. (2014). Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. *Enfermería Universitaria*, *11*(2), 61–66.

Martínez-Pérez, G., & Brandão, T. (2022). Violencia obstétrica: revisión conceptual y análisis de las relaciones de poder en la atención al parto. *Cultura de los Cuidados*, *26*(62), 204–215. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9016481

Mazuera Ayala, P. (2021). Violencia obstétrica: Reproduciendo el dolor. *Via Inveniendi Et Iudicandi*, *16*(2), 1–29. https://doi.org/10.15332/19090528.6783

McCauley, M., Zafar, S., & van den Broek, N. (2020). Maternal multimorbidity during pregnancy and after childbirth in women in low- and middle-income countries: A systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), Artículo 637. https://doi.org/10.1186/s12884-020-03303-1

McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2013*(7), Artículo CD004074. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004074.pub3

Méndez Aristizábal, D. (2024). La violencia obstétrica frente a la interseccionalidad y el derecho a la salud sexual y reproductiva. En D. Mena-Tudela (Ed.), Violencia obstétrica e interseccionalidades. Publicacions de la Universitat Jaume I. https://tenda.uji.es/pls/iglu/!GCPPA00.GCPPR0002?lg=CA&id_art=2137

Mercerat, C., Pacheco, L., Aunos, M., Cousineau, M.-M., Goulden, A., Swab, M., Brenton, B., & Moyo, S. (2025). The role of reproductive injustice in the access of motherhood for women with intellectual disabilities: A narrative literature review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *38*(4), e70086. https://doi.org/10.1111/jar.70086

Mgawadere, F., & Shuaibu, U. (2021). Enablers and barriers to respectful maternity care in low and middle-income countries: A literature review of qualitative research. *International Journal of Clinical Medicine*, *12*, 224–249. https://doi.org/10.4236/ijcm.2021.125021

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Raney, K., Romero, M., Belizán, J. M., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, *388*(10056), 2176–2192. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación. (2022). *Violencia obstétrica: análisis de los registros de la Línea 144 (2015–2021)*. https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/250078/1/Violencia-obstetrica-linea144.pdf

Moncrieff, G., Gyte, G. M. L., Dahlen, H. G., Thomson, G., Singata-Madliki, M., Clegg, A., & Downe, S. (2022). Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), Artículo CD010088. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub3

Montes Hernández, M. J., & Sañudo-Velázquez, M. E. (2021). Reflexión ética sobre lo humano dentro del movimiento social por un parto humanizado. Tecnológico de Monterrey.

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD003519. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4

Morales Celaya, A. (2019). Condición de VIH/sida como situación adicional para ejercer violencia obstétrica en mujeres que llevan a término el embarazo en América Latina: una revisión documental. https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD69104.pdf

Moreira, G. A. R., Vieira, L. J. E. S., Cavalcanti, L. F., Silva, R. M., & Feitoza, A. R. (2020). Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. *Saúde e Sociedade*, *29*(1), e180895. https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180895

Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Lewin, S., Fretheim, A., & Nabudere, H. (2017). Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), Artículo CD011558. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011558.pub2

Nascimento, G. S., dos Santos, V. R., Marcolino, E. de C., Araújo-Monteiro, G. K. N., Dantas, A. M. N., & dos Santos-Rodrigues, R. C. (2022). Violência obstétrica: análise conceitual no contexto da enfermagem. *Aquichan*, *22*(4), Artículo e2248. https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.8

Navarro-Prado, S., Sánchez-Ojeda, M. A., Martín-Salvador, A., Luque-Vara, T., Fernández-Gómez, E., & Caro-Morán, E. (2020). Development and validation of a rating scale of pain expression during childbirth (ESVADOPA). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(16), Artículo 5826. https://doi.org/10.3390/ijerph17165826

Neal, S., Matthews, Z., Frost, M., Fogstad, H., Camacho, A. V., & Laski, L. (2012). Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: A neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *91*(9), 1114–1118. https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01467.x

Nery, L. A. R., & Lordello, S. R. (2023). Prevenção da violência obstétrica: Uma análise documental de cartilhas para mulheres. *Revista de Psicologia da IMED*, *15*(2), 95–111. https://doi.org/10.18256/2175-5027.2023.v15i2.4942

Ní Aoláin, F. (2021). *Gendered harms and their consequences: The Special Rapporteur on the promotion and protection of human rights and fundamental freedoms while countering terrorism*. Naciones Unidas. https://undocs.org/A/76/211

Nommsen-Rivers, L. A., Mastergeorge, A. M., Hansen, R. L., Cullum, A. S., & Dewey, K. G. (2009). Doula care, early breastfeeding outcomes, and breastfeeding status at 6 weeks postpartum among low-income primiparae. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *38*(2), 157–173. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01005.x

Nove, A., Friberg, I. K., de Bernis, L., et al. (2021). Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: A Lives Saved Tool modelling study. *The Lancet Global Health*, *9*(1), e24–e32. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30397-1

Oladapo, O. T., Okusanya, B. O., Abalos, E., Gallos, I. D., & Papadopoulou, A. (2020). Intravenous versus intramuscular prophylactic oxytocin for reducing blood loss in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009332.pub4

Oliveira, R. R. de, Melo, E. C., Novaes, E. S., Ferracioli, P. L. R. V., & Mathias, T. A. de F. (2016). Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *50*, 733–740. https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004

Olza Fernández, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto: Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (111), 79–83.

Olsen, O., & Clausen, J. A. (2023). Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2023*(3), Artículo CD000352. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub3

Ospina Romero, A. M., Muñoz de Rodríguez, L., & Ruiz de Cárdenas, C. H. (2012). Proceso de afrontamiento y adaptación durante el puerperio. *Colombia Médica*, *43*(2), 167–174.

Pacheco Gómez, J. (2022). Lex artis médica: consideraciones éticas y jurídicas en la práctica clínica. *Medicina y Bioética Revista*, *4*(8). https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/MBR/article/view/8248

Paim, M. B., Selau, B. L., & Kovaleski, D. F. (2025). Gordofobia nos serviços de saúde e violência de gênero contra as mulheres gordas. *Revista Estudos Feministas*, *33*(1), e96405. https://doi.org/10.1590/1806-9584-2025v33n196405

Palomares Herrera, M. (2025). Revisión de la violencia gineco-obstétrica desde la regulación actual y las propuestas legislativas: Un estudio comparado. *Revista de Derecho*, *14*(1), 159–187. https://doi.org/10.31207/ih.v14i1.410

Panina, V. (2016). Violence against fat women: An intersectional analysis. *The Post: Lakehead University's Interdisciplinary Undergraduate Research Journal*, *1*(1). https://post.lakeheadu.ca/article/view/1434

Pardin, E. P., Retroz, F. F., Queiroz, H. F., Haag, A., Semaan, K. M., de Liz, H. S., Santos, J. M. M., Moz, L., Luzzani, B. I., dos Santos, H. Z., Narloch, C. R., & Sampaio, E. (2023). Pré-natal como estratégia de prevenção à violência obstétrica. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, *5*(4), 872–882. https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p872-882

Parrilla Vergara, J. (2025). La respuesta ¿penal? a la violencia obstétrica. En *Estudios actuales de derecho penal* (pp. 207–226). https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10382831

Peña Collazos, W. (2009). La violencia simbólica como reproductora de biopolíticas. *Revista Latinoamericana de Bioética*, *9*(2), 62–75.

Percival, T. (1803). *Medical ethics; or, a code of institutes and precepts, adapted to the professional conduct of physicians and surgeons*. Manchester.

Pérez, M. (2019). Violencia epistémica: Reflexiones entre lo invisible y lo ignorable. *El lugar sin límites: Revista de Estudios y Políticas de Género*, *1*(1), 81–98. https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ellugar/article/view/288

Pickles, C. (2019). Leaving women behind: The application of evidence-based guidelines, law, and obstetric violence by omission. En C. Pickles & J. Herring (Eds.), *Childbirth, vulnerability and law: Exploring issues of violence and control* (pp. 140–160). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429443718

Pickles, C. (2023). "Obstetric violence," "mistreatment," and "disrespect and abuse": Reflections on the politics of naming violations during facility-based childbirth. *Hypatia*, *38*(3), 628–649. https://doi.org/10.1017/hyp.2023.73

Pickles, C. (2024). "Everything is obstetric violence now": Identifying the violence in 'obstetric violence' to strengthen socio-legal reform efforts. *Oxford Journal of Legal Studies*, *44*(3), 616–644. https://doi.org/10.1093/ojls/gqae016

Pickles, C. (2025). Emerging human rights standards on obstetric violence and abuse during childbirth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, *170*(1), 508–514. https://doi.org/10.1002/ijgo.70174

Piscotty, R., Martindell, E., & Karim, M. (2016). Nurses' self-reported use of social media and mobile devices in the work setting. *Online Journal of Nursing Informatics*, *20*(1).

Pontificia Universidad Católica de Chile. (2023). *Manual de obstetricia y ginecología*. https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2023-FINAL_compressed.pdf

Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of world literature. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *95*(5), 1113–1135. https://doi.org/10.3945/ajcn.111.030254

Qin, J., Saraiya, M., Martinez, G., & Sawaya, G. F. (2020). Prevalence of potentially unnecessary bimanual pelvic examinations and Papanicolaou tests among adolescent girls and young women aged 15–20 years in the United States. *JAMA Internal Medicine*, *180*(2), 274–280. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.5727

Ramallo-Castillo, R. M., Lozano-Vidal, M., Durán-Castellanos, I., & Corrales-Gutiérrez, I. (2024). Violencia obstétrica, una visión actual: Definición, percepción por parte de profesionales y propuestas de mejora. Revisión narrativa. *Ginecología y Obstetricia de México*, *92*(2), 85–96. https://doi.org/10.24245/gom.v92i2.9395

Ramos Jaraba, S. M., Quiceno Toro, N., Ochoa Sierra, M., et al. (2020). Health in conflict and post-conflict settings: Reproductive, maternal and child health in Colombia. *Conflict and Health*, *14*(1), Artículo 33. https://doi.org/10.1186/s13031-020-00273-1

Re, L., Strazzeri, I., & Fariello, S. (2026). Midwives' voices on obstetric violence: Exploring care models and professional cultures in Tuscany. En L. Re, I. Strazzeri & S. Fariello (Eds.), *Obstetric violence as gender based violence: What it is, how it is perceived, and how it can be addressed* (pp. 161–200). De Gruyter. https://doi.org/10.1515/9783112208069-010

Reveiz, L., Gaitán, H. G., & Cuervo, L. G. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2013*(7), CD000330. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000330.pub4

Ricaurte-Cepeda, M., & Guerrero-Luna, Y. P. (2024). Salud materna de mujeres indígenas: Experiencias tradicionales e institucionales. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *42*, e353540. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e353540

Riofrío-Costa, M. G., Pérez Ycaza, J. C., Santacruz Vélez, M. A., & Pino Andrade, E. E. (2023). Enfoque educativo y normativo sobre la responsabilidad extracontractual del estado frente a la vulneración del derecho a un parto humanizado. *Conrado*, *19*(95), 112–124.

Rodríguez-Garrido, P. (2023). Violencia obstétrica capacitista hacia mujeres con discapacidad: Una revisión integradora de la literatura. *Salud Colectiva*, *19*, Artículo e4676. https://doi.org/10.18294/sc.2023.4676

Rodríguez-Garrido, P., Yupanqui-Concha, A., & Valenzuela-Contreras, C. (2025). Gyneco-obstetric violence and its impact on the mental health of women with disabilities: A case study in Chile. *Journal of Gender Studies*, *34*(2), 184–205. https://doi.org/10.1080/09589236.2024.2366960

Romeo Casabona, C. M. (Dir.), Nicolás Jiménez, P. (Coord.), & Romeo Malanda, S. (Coord.). (2025). *Manual de bioderecho: adaptado para la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas* (2.ª ed.). Dykinson.

Romero Berenguel, A. (2024). Ingreso forzoso durante el parto: Entre la autonomía materna y la violencia obstétrica. Análisis de la STC 11/2023, de 23 de febrero. *Revista de Derecho y Genoma Humano*, (60), 153–165.

Rossel Castagneto, M. L. (2023). Estándares internacionales sobre la violencia obstétrica que sufren mujeres portadoras de VIH y el caso de Francisca en Chile. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, *56*(167). https://doi.org/10.22201/iij.24484873e.2023.167.18558

Runyon, M. C., Irby, M. N., Pascucci, C., & Rojas Landivar, P. (2023). Exposing the role of labor and delivery nurses as active bystanders in preventing or perpetuating obstetric violence. *Nursing for Women's Health*, *27*(5), 330–336. https://doi.org/10.1016/j.nwh.2023.05.002

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, *312*, Artículo 71. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71

Sacks, E., Finlayson, K., Brizuela, V., Crossland, N., Ziegler, D., Sauvé, C., Langlois, É. V., Javadi, D., Downe, S., & Bonet, M. (2022). Factors that influence uptake of routine postnatal care: Findings on women's perspectives from a qualitative evidence synthesis. *PLOS ONE*, *17*(8), Artículo e0270264. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270264

Sadler, M. (2019, mayo 30). *Lo que esconde la lógica de la elección en la atención institucional del parto en Chile* [Ponencia]. IV Coloquio MARC, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.

Sadler, M. (2022). Sobre la importancia de nombrar: El concepto de violencia obstétrica y sus implicancias. En *Violencia obstétrica: debates y perspectivas* (pp. 237–253). Ediciones FLACSO Chile.

Sadler, M., Santos, M. J. D. S., Ruiz-Berdún, D., Leiva Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, *24*(47), 32–40. https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002

Sadler, M., Vezzani, F., Watkins, L., Navarrete, J., & López, A. (2021). El cuidado en la atención del nacimiento: de la responsabilidad individual a la colectiva. *Revista Chilena de Antropología*, *43*, 233–246. https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64442

Sagot Rodríguez, M., & Carcedo Cabañas, A. (2002). Aborto inducido: ética y derechos. *Medicina Legal de Costa Rica*, *19*(2), 63–77.

Salgado, F., & Díaz, M. (2019). Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, *11*(29), 23–34.

Saldarriaga Gil, W., & Artuz Alarcón, M. A. (2017). *Fundamentos de ginecología y obstetricia*. Programa Editorial Universidad del Valle. https://doi.org/10.25100/peu.56

Sandall, J., Fernandez Turienzo, C., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. H., & Rayment-Jones, H. (2024). Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), Artículo CD004667. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5

Sánchez Chávez, S., Valdez Trujillo, R., Arvizu Armenta, J. A., González Aldeco, P. M., & Rodríguez Ayala, C. (2022). Influencia de la posición libremente escogida comparada con litotomía durante la atención de parto en los resultados maternos y neonatales. *Acta Médica Grupo Angeles*, *20*(1), 43–49.

Sánchez Ortiz, M., López Pérez, M., Sánchez Muñoz, A., Gil Raga, F., & Aguilar Galán, E. V. (2019). Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz. *Apuntes de Ciencia*, *9*(1), 18–24.

Santana, A. T. de, Couto, T. M., Lima, K. T. R. dos S., et al. (2024). Obstetric racism, a debate under construction in Brazil: Perceptions of black women on obstetric violence. *Ciência & Saúde Coletiva*, *29*, Artículo e09952023. https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.09952023EN

Saraiva, V. C. dos S., & Campos, D. de S. (2023). The cheapest meat on the market is black meat: Notes on racism and obstetric violence against Black women. *Ciência & Saúde Coletiva*, *28*(9), 2511–2517. https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.05182023EN

Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health*, *14*(1), Artículo 138. https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5

Say, L., Chou, D., & WHO Maternal Morbidity Working Group. (2018). Maternal morbidity: Time for reflection, recognition, and action. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *141*, 1–3. https://doi.org/10.1002/ijgo.12499

Schnapp, C., Sepúlveda, E., & Robert, J. A. (2014). Operación cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *25*(6), 987–992. https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70648-0

Scott, K. A., & Davis, D.-A. (2021). Obstetric racism: The conceptual and analytic relevance of Black feminist thought to obstetric violence. *Social Science & Medicine*, *280*, 114032. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114032

Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2002). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: Un análisis de la investigación y las políticas*. Organización Mundial de la Salud.

Shareef, N., Said, P., Lamers, S., Nieuwenhuijze, M., de Vries, M., & van Dillen, J. (2024). The contribution of birth plans to shared decision-making from the perspectives of women, their partners and their healthcare providers. *PLOS ONE*, *19*(6), Artículo e0305226. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305226

Shareef, N., Scholten, N., Nieuwenhuijze, M., Stramrood, C., de Vries, M., & van Dillen, J. (2023). The role of birth plans for shared decision-making around birth choices of pregnant women in maternity care: A scoping review. *Women and Birth*, *36*(4), 327–333. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.11.008

Sobczak, A., Taylor, L., Solomon, S., et al. (2023). The effect of doulas on maternal and birth outcomes: A scoping review. *Cureus*, *15*(5). https://doi.org/10.7759/cureus.39451

Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*, *26*, 513–559. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958

Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489

Soriano Guillén, L., & Argente, J. (2017). Desarrollo y pubertad en el ser humano. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, *8*(2). https://doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2017.Oct.428

Sosa Sánchez, I. A., & Menkes Bancet, C. (2022). Violencia institucional, embarazo adolescente y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. *Alteridades*, *32*(64), 89–98. https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2022v32n64/sosa

Souza, J. P., Day, L. T., Rezende-Gomes, A. C., et al. (2024). A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. *The Lancet Global Health*, *12*(2). https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00468-0

Sriram, S., Almutairi, F. M., & Albadrani, M. (2024). Midwife-led versus obstetrician-led perinatal care for low-risk pregnancy: A systematic review and meta-analysis of 1.4 million pregnancies. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(22), Artículo 6629. https://doi.org/10.3390/jcm13226629

Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: Fear, stigma, and barriers to care. *Health & Justice*, *3*, 2. https://doi.org/10.1186/s40352-015-0015-5

Svallfors, S. (2024). Reproductive justice in the Colombian armed conflict. *Disasters*, *48*(3), Artículo e12618. https://doi.org/10.1111/disa.12618

Swartz, M. H. (2021). *Textbook of physical diagnosis: History and examination* (8.ª ed.). Elsevier.

Tagle Calvario, A., Marquez de Luna, I., Hernández Núñez, K., Huerta Muñoz, B. A., & Altamira Camacho, R. (2025). Experiencia vivida de mujeres durante su control prenatal en una zona rural. *Revista Ciencias de la Salud*, *23*(2), 1–12. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.13279

Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., Pileggi, V., Arenas-Monreal, L., Rojas-Carmona, A., Piña-Pozas, M., Gómez Ponce de León, R., & Souza, J. P. (2019). Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *43*, Artículo e36. https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36

Tokashiki, E. H., Miranda, G. F., & Boaventura, T. d'Á. R. (2025). Violência obstétrica e riscos à saúde da mulher indígena: uma abordagem jurídica da discriminação institucional nos estabelecimentos de saúde. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, *23*(5).

Trapero Barreales, M. A. (2024). La violencia reproductiva y obstétrica: Su prevención a través del derecho penal. *Estudios Penales y Criminológicos*, *45*, 1–43. https://doi.org/10.15304/epc.45.9586

Turgut, A., Ozler, A., Evsen, M. S., et al. (2013). Uterine rupture revisited: Predisposing factors, clinical features, management and outcomes from a tertiary care center in Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, *29*(3), 753–757. https://doi.org/10.12669/pjms.293.3625

UNFPA. (2025). *Vidas en riesgo: Uniones tempranas y mortalidad materna en América Latina*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2025-10/VIDAS%20EN%20RIESGO_%20Uniones%20Tempranas%20y%20Mortalidad%20Materna%20-%20HD_0.pdf

Uría, A. M. (2024). Fenomenología social y marco normativo de la violencia obstétrica a nivel internacional con especial enfoque en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, *21*(40), 39–73. https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.40.18368

Uzcátegui, O. (2011). El derecho de la mujer a elegir la vía del nacimiento. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, *71*(4), 219–222.

Vacaflor, C. H. (2016). Obstetric violence: A new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, *24*(47), 65–73. https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001

Valderrama Sandoval, A., & López Barreda, R. (2011). Conciencia moral: ampliando su aplicación en salud. *Acta Bioethica*, *17*(2), 179–188. https://doi.org/10.4067/S1726-569X2011000200004

Valencia-Chión, C. F., De la Cruz-Vargas, J. A., Correa-López, L. E., & Arango-Ochante, P. M. (2020). Factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, *9*(1). https://doi.org/10.33421/inmp.2020184

Valls-Llobet, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina: desvelando nuestra salud*. Capitán Swing.

van der Waal, R., & van Nistelrooij, I. (2024). Shroud waving self-determination: A qualitative analysis of the moral and epistemic dimensions of obstetric violence in the Netherlands. *PLOS ONE*, *19*(4), e0297968. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297968

Van Wijk, C. M. G., Van Vliet, K. P., & Kolk, A. M. (1996). Gender perspectives and quality of care: Towards appropriate and adequate health care for women. *Social Science & Medicine*, *43*(5), 707–720.

Vázquez López, J. E. (2010). La "Lex Artis ad hoc" como criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico. *Cuadernos de Medicina Forense*, *16*(3). https://doi.org/10.4321/S1135-76062010000200009

Verma, G. L., Spalding, J. J., Wilkinson, M. D., Hofmeyr, G. J., Vannevel, V., & O'Mahony, F. (2021). Instrumentos para el parto vaginal asistido. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005455.pub3

Victora, C., Bahl, R., Barros, A., et al. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, *387*(10017), 475–490. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7

Volkert, A., Bach, L., Hagenbeck, C., et al. (2024). Obstetric interventions' effects on the birthing experience. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *24*(1), Artículo 508. https://doi.org/10.1186/s12884-024-06626-5

Wajajay Nuñez, W. Y. (2013). *Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero–Febrero 2013* [Tesis de grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis UNMSM.

Webb, R., Ayers, S., Bogaerts, A., Jeličić, L., Pawlicka, P., Van Haeken, S., Uddin, N., Borg Xuereb, R., & Kolesnikova, N. (2021). When birth is not as expected: A systematic review of the impact of a mismatch between expectations and experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(1), Artículo 475. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03898-z

Wicclair, M. R. (2011). *Conscientious objection in health care: An ethical analysis*. Cambridge University Press.

Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, *108*(7), 1192–1204. https://doi.org/10.1111/apa.14754

Williams, C. R., Jerez, C., Klein, K., Correa, M., Belizán, J. M., & Cormick, G. (2018). Obstetric violence: A Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *125*(10), 1208–1211. https://doi.org/10.1111/1471-0528.15270

Williams, C. R., & Meier, B. M. (2019). Ending the abuse: The human rights implications of obstetric violence and the promise of rights-based policy to realise respectful maternity care. *Sexual and Reproductive Health Matters*, *27*(1), 1691899. https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1691899

Woolf, S. H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*, *318*(7182), 527–530. https://doi.org/10.1136/bmj.318.7182.527

Yalley, A. A., Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., Kömürcü-Akik, B., & de Abreu, L. (2024). Addressing obstetric violence: A scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. *Frontiers in Public Health*, *12*, Artículo 1388858. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1388858

Yaraş, S., Mercimek, E., & Cindoğlu, D. (2026). Neoliberal paternal authoritarianism and obstetric violence in Turkey: Vulnerability and resilience in routine episiotomies. En *Obstetric violence as gender based violence: What it is, how it is perceived, and how it can be addressed* (pp. 117–140). De Gruyter. https://doi.org/10.1515/9783112208069-008

Otras fuentes

Índice de legislación y normativa citada

Tratados y protocolos

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1966). https://www.ohchr.org/es/professionalinterest/pages/cescr.aspx

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (1966). https://www.ohchr.org/es/professionalinterest/pages/ccpr.aspx

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). (1979). https://www.ohchr.org/es/professionalinterest/pages/cedaw.aspx

Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. (1984). https://www.ohchr.org/es/professionalinterest/pages/cat.aspx

Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). (1989). https://www.ohchr.org/es/professionalinterest/pages/crc.aspx

Protocolo Facultativo de la CEDAW. (1999). https://www.ohchr.org/es/professionalinterest/pages/optional-protocol-cedaw.aspx

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). (2006). https://www.ohchr.org/es/professionalinterest/pages/disability.aspx

Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2006). https://www.ohchr.org/es/professionalinterest/pages/optional-protocol-disability.aspx

Protocolo Facultativo del PIDESCR. (2008). https://www.ohchr.org/es/professionalinterest/pages/optional-protocol-economicsocial.aspx

Haya, C. (1993). Convenio de La Haya relativo a la Protección del Niño y a la Cooperación en materia de Adopción Internacional. https://www.hcch.net/es/instruments/conventions/full-text/?cid=69

Declaraciones y conferencias

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2004). Consenso de México: Novena Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe.

Ministerio de Salud de Chile. (2015). Guía perinatal 2015.

Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Naciones Unidas. (1968). Declaración de Teherán: Conferencia Internacional de Derechos Humanos.

Naciones Unidas. (1974). Plan de Acción Mundial sobre la Población. Conferencia Mundial de Población, Bucarest.

Naciones Unidas. (1984). Recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Población. Ciudad de México.

Naciones Unidas. (1985). Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer.

Naciones Unidas. (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.

Naciones Unidas. (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/CONF.171/13/Rev.1).

Naciones Unidas. (1995). Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.

Organización Mundial de la Salud. (2010). Marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489

UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

Guías de salud y estándares internacionales en salud

Asociación Médica Mundial. (2006). Código Internacional de Ética Médica. https://www.wma.net/es/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/

Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

Asociación Médica Mundial. (2015). Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente. https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/

Asociación Médica Mundial. (2017). Declaración de Ginebra. https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-ginebra/

Declaraciones Naciones Unidas

Naciones Unidas. (2007). Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas.

Naciones Unidas. (2018). Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021a). El estado de la partería en el mundo 2021. https://www.unfpa.org/es/sowmy

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021b). Fístula obstétrica. https://www.unfpa.org/obstetric-fistula

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2025). Vidas en riesgo: Uniones tempranas y mortalidad materna en América Latina. https://lac.unfpa.org/es/publications/vidas-en-riesgo-muitf-mortalidad-materna-alc

OPS

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, & Organización de los Estados Americanos. (2017). Plan de acción regional para el fortalecimiento de los registros civiles y estadísticas vitales 2015–2024. CEPAL.

Observaciones Generales y Recomendaciones

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC)

- Observación General n.° 14 (2000.
- Observación General n.° 22 (2016)
- Comité de Derechos Humanos ONU
- Observación General n.° 17 (1989)
- Observación General n.° 36 (2018).
- Observación General (núm. II.6)

Comité de Derechos Humanos. (1999). Observaciones finales: Chile. CCPR/C/79/Add.104.

Comité de Derechos Humanos de la ONU

Comité de Derechos Humanos. (2001). Observaciones finales: Venezuela. CCPR/CO/71/VEN.

Comité de Derechos Humanos. (2018). Observaciones finales: El Salvador. CCPR/C/SLV/CO/7.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

- Recomendación General n.°19 (1992)
- Recomendación General n.° 21 (1994
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (1999). Recomendación general n.º 24: La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención). Naciones Unidas.
- Recomendación General n.° 33 (2015)
- Recomendación General n.° 35 (2017)
- Recomendación General conjunta n.º 31/ Observación General n.º 18 (CEDAW-CDN) (2014)

Comité de los Derechos del Niño

- Observación General n.° 7 (2005)
- Observación General n.°15 (2013)
- Observación General n.°20 (2016)

Informes del Consejo de Derechos Humanos y Relatorías de DH

Naciones Unidas. (1999). Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. E/CN.4/1999/68/Add.4.

Naciones Unidas. (2016). Informe de la Relatora Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. A/HRC/31/57.

Naciones Unidas. (2016). Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. A/HRC/32/42.

Naciones Unidas. (2010). Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/14/39.

Naciones Unidas. (2011). Resolución 65/229: Reglas de Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok). A/RES/65/229.

Naciones Unidas. (2011). Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. A/HRC/17/26.

Naciones Unidas. (2013). Informe de la Relatora Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. A/HRC/22/53.

Naciones Unidas. (2016). Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. A/HRC/32/42.

Naciones Unidas. (2025). Las distintas manifestaciones de violencia contra las mujeres y las niñas en el contexto de la reproducción subordinada: Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra las mujeres y las niñas, sus causas y consecuencias. A/80/158.

Naciones Unidas. (2009). Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover. A/64/272.

Europa

Instrumentos normativos

Consejo de Europa. (1953). Convención Europea de Derechos Humanos.

Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. (2019). Violencia, obstáculos y estereotipos (Resolución 2306). https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236

Instrumentos normativos/Sistema interamericano

Organización de los Estados Americanos. (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Organización de los Estados Americanos. (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.

Organización Internacional del Trabajo. (1989). Convenio núm. 169 sobre pueblos indígenas y tribales.

Organización de los Estados Americanos. (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer “Convención de Belem do Pará”.

Organización de los Estados Americanos. (1967). Protocolo de Buenos Aires: Protocolo de reforma de la Carta de la Organización de los Estados Americanos. https://www.oas.org/dil/esp/tratados_A-41_Carta_de_la_Organizacion_de_los_Estados_Americanos.htm

Informes y documentos interpretativos

Asociación de Mujeres Juezas de España. (2024, 17 de octubre). El Tribunal Europeo de Derechos Humanos acepta la intervención de AMJE en el conocido como caso Oviedo contra España por violencia obstétrica. https://www.mujeresjuezas.es/2024/10/17/el-tribunal-europeo-de-derechos-humanos-acepta-la-intervencion-de-amje-en-el-conocido-como-caso-oviedo-que-se-sigue-contra-espana-por-violencia-obstetrica/

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2010). Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de Derechos Humanos. Organización de los Estados Americanos. https://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/MaternalHealth2010.pdf

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2011). El derecho de acceso a la información en materia de salud reproductiva desde una perspectiva de Derechos Humanos (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61). Organización de los Estados Americanos.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2014). Informe de admisibilidad No. 112/09, F.S. vs. Chile (OEA/Ser.L/V/II.151 Doc. 17). Organización de los Estados Americanos.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2017). Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 44). Organización de los Estados Americanos.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2019). Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y el Caribe (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233). Organización de los Estados Americanos.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2017). Opinión Consultiva OC-24/17: Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo. https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_24_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2022). Opinión Consultiva OC-29/2022. Organización de los Estados Americanos.

Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará. (2012). Segundo informe hemisférico sobre la implementación de la Convención de Belém do Pará. Organización de los Estados Americanos.

Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará. (2025). Cuarto informe hemisférico sobre la implementación de la Convención de Belém do Pará: Acceso a la justicia, la verdad y la reparación: desafíos estructurales y progresos institucionales. Organización de los Estados Americanos.

Tribunal Militar Internacional de Núremberg. (1947). Código de Núremberg.

Informes y actividades de la Comisión Interamericana de DH

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2014, 27 de marzo). Salud materna y derechos de mujeres obstétricas en México (150º período de sesiones).

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015, 23 de octubre). Violencia obstétrica en Costa Rica (156.º período de sesiones).

Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2019). Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y el Caribe. https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Violencia-Mujeres-NNA.pdf

Europa

Instrumentos normativos, informes y documentos técnicos

Consejo de Europa. (1950). Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales (Convenio Europeo de Derechos Humanos).

Consejo de Europa. (1961). Carta Social Europea.

Comité Europeo para la Prevención de la Tortura. (1993). 3.º Informe General del CPT. CPT/Inf (93) 12.

Consejo de Europa. (1997). Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano en relación con las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Oviedo).

Consejo de Europa. (2000). 10.º Informe General del CPT. CPT/Inf (2000) 13.

Consejo de Europa. (2011). Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul).

Unión Europea. (2000). Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

Parlamento Europeo. (2021). Resolución de 24 de junio de 2021 sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres (2020/2215(INI)).

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2024). Directiva (UE) 2024/1385 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de mayo de 2024, sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica.

Parlamento Europeo. (2024). Violencia obstétrica y ginecológica en la Unión: prevalencia, marcos jurídicos y directrices educativas para su prevención y eliminación. https://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document/IPOL_STU(2024)761478"

Resoluciones

Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. (2010). Resolución 1903 (2010): Derechos en salud sexual y reproductiva. https://www.coe.int/es/web/assembly-portal/home

Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. (2019). Resolución 2306 (2019): Violencia obstétrica y ginecológica. https://www.coe.int/es/web/assembly-portal/home

Sistema universal – Organización Mundial de la Salud

Instrumentos fundacionales, declaraciones y estándares interpretativos

Comité contra la Tortura. (2013). Observaciones finales: Perú. CAT/C/PER/CO/5-6. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Download.aspx?symbolno=CAT%2fC%2fPER%2fCO%2f5-6&Lang=en

Comité contra la Tortura. (2013). Observaciones finales: Kenia. CAT/C/KEN/CO/2. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Download.aspx?symbolno=CAT%2fC%2fKEN%2fCO%2f2&Lang=en

Comité de Derechos Humanos de la ONU. (1981). Cartas Afirmando de Derechos Humanos y de los Pueblos. https://www.ohchr.org/en/special-procedures/ohchr69

Comité contra la Tortura. (2009). Observaciones finales: Eslovaquia. CAT/C/SVK/CO/2. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Download.aspx?symbolno=CAT%2fC%2fSVK%2fCO%2f2&Lang=en

Naciones Unidas, Consejo de Seguridad. (2000). Resolución 1325 (2000) sobre mujeres, paz y seguridad. https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1325(2000)

OMS

Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, & UNICEF. (1992). Parteras tradicionales: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. https://iris.who.int/handle/10665/38859

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. (1994). Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa.

Organización Mundial de la Salud. (1996). Cuidados en el parto normal: una guía práctica.

Organización Mundial de la Salud. (1996). Carta de Liubliana sobre la reforma de la atención sanitaria. https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Ljubljana-Charter.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1996). Investigación sobre la menopausia en los años noventa: informe de un grupo científico de la OMS. https://iris.who.int/items/480e10ea-7fa3-4b8e-b5a3-9ea28fb17c7f

World Health Organization. (1997). The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century. https://iris.who.int/handle/10665/63698

Organización Mundial de la Salud. (2004). Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo.

Organización Mundial de la Salud. (2007). Enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-07.7

Organización Mundial de la Salud. (2013). Registro civil y estadísticas vitales: desafíos, mejores prácticas y principios de diseño para sistemas modernos. https://www.who.int/publications/i/item/civil-registration-and-vital-statistics-2013-challenges-best-practice-and-design-principles-for-modern-systems

Organización Mundial de la Salud. (2014). Declaración sobre la prevención y erradicación del maltrato durante la atención del parto en centros de salud.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Directriz técnica: Asegurar los derechos humanos en la provisión de información y servicios de anticoncepción.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Declaración sobre las tasas de cesárea.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Estándares para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en los establecimientos de salud.

Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones sobre los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Embarazo en la adolescencia. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

Organización Mundial de la Salud. (2018). Resolución WHA71.9: Alimentación del lactante y del niño pequeño. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R9-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). Definición de profesionales competentes en salud materna y neonatal. https://iris.who.int/handle/10665/272817

Organización Mundial de la Salud & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). Guía de implementación: protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología. https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807

Organización Mundial de la Salud. (2019). Tendencias de la mortalidad materna 2000–2017. https://www.who.int/publications/i/item/9789241516488

Organización Mundial de la Salud. (2021). Guía de cuidados durante el trabajo de parto.

Organización Mundial de la Salud. (2021). Resolución WHA74.5: Nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R5-en.pdf

Organización Mundial de la Salud & UNICEF. (2021). Contribuciones del sector salud a la mejora de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales. https://iris.who.int/handle/10665/341911

Organización Mundial de la Salud. (2022). Directrices sobre la atención para el aborto.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Recomendaciones sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva.

Organización Mundial de la Salud. (2023). Recomendaciones de la OMS sobre la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. https://www.who.int/publications/i/item/9789240081802

Organización Mundial de la Salud. (2025). Guía para la implementación de la transición hacia modelos de atención liderados por parteras.

Organización Mundial de la Salud. (2025). Mortalidad materna.

Organización Mundial de la Salud. (2025). Compendio sobre la atención materna y neonatal respetuosa. https://www.who.int/publications/i/item/9789240110939

Otras iniciativas

International Childbirth Initiative. (2018). Iniciativa Internacional para el Parto: Doce pasos para una atención materna segura y respetuosa centrada en la madre, el recién nacido y la familia. https://www.internationalchildbirth.com/resources/Documents/ICI%20Booklet%20Final%20July%202018.pdf

International Confederation of Midwives. (2014). Competencias esenciales para la práctica básica de la partería. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-spanish-final.pdf

UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humano

UNICEF

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2008). El estado mundial de la infancia 2009: Salud materna y neonatal. https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2009

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2023). Salud materna y neonatal. https://www.unicef.org/health/maternal-and-newborn-health

Índice de opiniones consultivas y jurisprudencia citada

Corte interamericana de Derechos Humanos

Sentencias y supervisión de cumplimiento

Opiniones consultivas

Corte IDH. (2017). Opinión Consultiva OC-24/17, de 24 de noviembre de 2017. Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo.

Corte IDH. (2022). Opinión Consultiva OC-29/22, de 30 de mayo de 2022. Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad.

Sentencias y supervisión de cumplimiento

Corte IDH. (2006). Caso Claude Reyes y otros v. Chile. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 19 de septiembre. Serie C n.º 151.

Corte IDH. (2012). Caso Furlan y familiares v. Argentina. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 31 de agosto. Serie C n.º 246.

Corte IDH. (2012). Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) v. Costa Rica. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 28 de noviembre. Serie C n.º 257.

Corte IDH. (2016). Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) v. Costa Rica. Supervisión de cumplimiento de sentencia. Resolución de 22 de noviembre.

Corte IDH. (2016). Caso I.V. v. Bolivia. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 30 de noviembre. Serie C n.º 329.

Corte IDH. (2017). Caso I.V. v. Bolivia. Supervisión de cumplimiento de sentencia. Resolución de 14 de noviembre.

Corte IDH. (2018). Caso I.V. v. Bolivia. Supervisión de cumplimiento de sentencia. Resolución de 21 de noviembre.
Corte IDH. (2020). Caso I.V. v. Bolivia. Supervisión de cumplimiento de sentencia. Resolución de 1 de junio.
Corte IDH. (2023). Caso I.V. v. Bolivia. Supervisión de cumplimiento de sentencia. Resolución de 17 de noviembre.
Corte IDH. (2020). Caso Guzmán Albarracín y otras v. Ecuador. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 24 de junio. Serie C n.º 405.
Corte IDH. (2021). Caso Manuela y otros v. El Salvador. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 2 de noviembre. Serie C n.º 441.
Corte IDH. (2023). Caso Manuela y otros v. El Salvador. Rectificación de errores materiales. Resolución de 26 de junio.
Corte IDH. (2022). Caso Brítez Arce y otros v. Argentina. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 16 de noviembre. Serie C n.º 474.
Corte IDH. (2024). Caso Brítez Arce y otros v. Argentina. Supervisión de cumplimiento de sentencia. Resolución de 30 de abril.
Corte IDH. (2023). Caso Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 1 de septiembre. Serie C n.º 504.
Corte IDH. (2024). Caso Beatriz y otros v. El Salvador. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 22 de noviembre. Serie C n.º 549.
Corte IDH. (2025). Caso Ramos Durand y otros v. Perú. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 25 de noviembre. Serie C n.º 579.
Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2011). Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61). Organización de los Estados Americanos.
Informes de solución amistosa
Perú
· CIDH. 2003. Caso María Mamérita Mestanza Chávez. v. Perú. Informe de Solución amistosa n.º 71/03 de 10 de octubre.
Chile

· CI*f*. 2021. Caso F.S. v. Chile. 2021. Informe de Solución Amistosa n.º 12.956 de 3 de agosto.

SISTEMA EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS

Sentencias del TEDH

· TEDH. 2004. Caso Glass v. Reino Unido. Demanda n.º 61827/00. Sentencia de 9 de marzo

· TEDH. 2007. Caso D.H. v. República Checa. Demanda n.º 57325/00. Sentencia de 13 de noviembre

· TEDH. 2008. Caso Juhnke v. Turquía. Demanda n.º 52515/99. Sentencia de 13 de mayo

· TEDH. 2010. Caso M.A.K. y R.K. v. Reino Unido. Demandas n.º 45901/05 y 40146/06. Sentencia de 23 de marzo

· TEDH. 2010. Caso Oršuš y otros v. Croacia. Demandas n.º 15766/03. Sentencia de 16 de marzo

· TEDH. 2011. Caso R.R. v. Polonia. Demanda n.º 27617/04. Sentencia de 26 de mayo. (Responsabilidad por denegación de diagnóstico prenatal y barreras en salud reproductiva)

· TEDH. 2011. Caso V.C. v. Eslovaquia. Demanda n.º 18968/07. Sentencia de 8 de noviembre

· TEDH. 2012. Caso N.B. v. Eslovaquia. Demanda n.º 29518/10. Sentencia de 12 de junio

· TEDH. 2012. Caso I.G., M.K., y R.H. v. Eslovaquia. Demanda n.º 15966/04. Sentencia de 12 de junio

· TEDH. 2013. Caso Mehmet Senturk y Bekir Senturk v. Turquía. Demanda n.º 13423/09. Sentencia de 9 de abril

· TEDH. 2014. Caso L.H. v. Letonia. Demanda n.º 52019/07. Sentencia de 29 de abril

· TEDH. 2015. Caso Elberte v. Letonia. Demanda n.º 61243/08. Sentencia de 13 de enero

· TEDH. 2016. Caso Y.Y. v. Rusia. Demanda n.º 40378/06. Sentencia de 23 de febrero

· TEDH. 2016. Caso Elena Cojocaru v. Rumanía. Demanda n.º 14595/10. Sentencia de 22 de marzo

· TEDH. 2016. Caso Korneykova y Korneykow v. Ucrania. Demanda n.º 56660/12. Sentencia de 24 de marzo

Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (COMITÉ CEDAW)

Hungría

· Comité CEDAW. 2006. A.S. v. Hungría. Comunicación n.º 4/2002. CEDAW/C/36/D/4/2004. 14 de agosto

Brasil

· Comité CEDAW. 2011. Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brasil. Comunicación n.º 17/2008. CEDAW/C/49/D/17/2008. 25 de julio

España

· Comité CEDAW. 2022. S.M.F. v. España. Comunicación n.º 138/2018. CEDAW/C/75/D/138/2018. 28 de febrero de 2022

· Comité CEDAW. 2022. N.A.E. v. España. Comunicación n.º 149/2019. CEDAW/C/82/D/149/2019. 13 de julio

· Comité CEDAW. 2023. M.D.C. v. España. Comunicación n.º 154/2020. CEDAW/C/84/D/154/2020. 9 de marzo de 2023

Eslovaquia

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2008). Observaciones finales: Eslovaquia. CEDAW/C/SVK/CO/4.

Sistema Universal

Comité de Derechos Humanos. (2025a). Comunicación núm. 3626/2019 (CCPR/C/142/D/3626/2019). Naciones Unidas. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2FC%2F142%2FD%2F3626%2F2019&Lang=en

Comité de Derechos Humanos. (2025b). Comunicación núm. 3627/2019 (CCPR/C/142/D/3627/2019). Naciones Unidas. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2FC%2F142%2FD%2F3627%2F2019&Lang=en

Comité de Derechos Humanos. (2025c). Comunicación núm. 3628/2019 (CCPR/C/142/D/3628/2019). Naciones Unidas. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2FC%2F142%2FD%2F3628%2F2019&Lang=en

Naciones Unidas. (1991). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (A/RES/46/119). Naciones Unidas.

Naciones Unidas. (2004). Los derechos económicos, sociales y culturales: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (E/CN.4/2004/49). Naciones Unidas.

Fuentes institucionales, Organizaciones internacionales de la sociedad civil y posicionamientos de sociedades y colegios médicos

Asociación de Parteras Unidas del Pacífico. (s. f.). Quiénes somos. https://asoparupa.org

Consell de Collegis de Metges de Catalunya & Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia. (2021). Posicionament sobre la violència obstètrica [Posicionamiento sobre la violencia obstétrica]. https://www.comb.cat/upload/Documents/9/3/9316.PDF

Consejo General de Enfermería. (2023). Informe sobre la situación de la enfermería en España. https://www.consejogeneralenfermeria.org

El Parto es Nuestro. (2014, 25 de noviembre). El Parto es Nuestro crea el Observatorio de la violencia obstétrica. https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/11/25/el-parto-es-nuestro-crea-el-observatorio-de-la-violencia-obstetrica

European Network on Statelessness. (2020). No child should be stateless: Ensuring the right to a nationality for children in migration in Europe. https://www.statelessness.eu/sites/default/files/2020-09/ENS_Right-to-a-nationality-for-children-in-migration.pdf

Generalitat de Catalunya, Departament d'Igualtat i Feminismes. (2023). Pla per a l'abordatge de la violència obstètrica i la vulneració dels drets sexuals i reproductius 2023–2028 [Plan para el abordaje de la violencia obstétrica y la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos 2023–2028]. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/10977/pla_abordatge_violencia_obstetrica_vulneracio_drets_sexuals_reproductius_2023_2028_2023.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Ministerio de Cultura de la Nación Argentina. (s. f.). ¿Qué es la CONADEP? https://www.cultura.gob.ar/que-es-la-conadep-9904/

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. (s. f.). Muerte perinatal. Argentina.gob.ar. https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/salud/muerte-perinatal

Ministerio de Sanidad. (2023). El Sistema Nacional de Salud cuenta con 345.969 enfermeras y enfermeros. https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6597

Observatorio de Violencias Institucionales Machistas. (2024). Informe anual de violencias institucionales machistas en el Estado español. https://ovim.org/wp-content/uploads/Informe-OVIM-2024-sd.pdf

Organización Médica Colegial de España. (2021). El CGCOM rechaza el concepto de violencia obstétrica para describir las prácticas. https://www.cgcom.es/noticias/el-cgcom-rechaza-el-concepto-de-violencia-obstetrica-para-describir-las-practicas

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2018). Violencia obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable. https://us18.campaign-archive.com/?e=e52bacb293&u=fbf1db3cf76a76d43c634a0e7&id=5a73a608b8

Universidad del Valle. (2020). Efectos negativos del glifosato en la salud reproductiva. https://www.univalle.edu.co/lo-que-pasa-en-la-u/efectos-negativos-del-glifosato-en-la-salud-reproductiva

White Ribbon Alliance. (2011). Atención materna respetuosa: los derechos universales de las mujeres durante el embarazo y el parto

Guías Clínicas

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2018). Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery (Practice Bulletin No. 198) [Prevención y manejo de las laceraciones obstétricas en el parto vaginal]. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2018/09/prevention-and-management-of-obstetric-lacerations-at-vaginal-delivery

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Prelabour rupture of membranes [Rotura prematura de membranas] (Practice Bulletin No. 217). Obstetrics & Gynecology, 135(3), e80–e97. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/03/prelabor-rupture-of-membranes

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). Postnatal care up to 8 weeks after birth (NG194). (Atención posnatal hasta las 8 semanas tras el parto)

https://www.nice.org.uk/guidance/ng194

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (2022). Código de deontología médica. https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/41a75446-a6e8-4df0-af58-7ca9cb625f1e/Codigo_Deontologia_2022/index.html

Políticas públicas, guías, jurisprudencia nacional

España

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007a). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud: Versión esquemática. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Version_Esquematica_EAPN.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007b). Plan de parto y nacimiento.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007c). Aspectos jurídicos del plan de calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/guiaPracClinPartoCompleta.pdf

Tribunal Constitucional

· STC 66/2022, de 2 de junio.

· STC 11/2023, de 23 de febrero.

Tribunal Supremo

· STS 245/1987, de 11 de marzo. Sala Primera de lo Civil.

· STS 8/2010, de 29 de enero. Sala Primera (Civil).

· STS 109/2019. Sala de lo Civil.

· STS 277/2022, de 31 de marzo. Sala de lo Civil.

· STS 9/2026, de 13 de enero. Sala de lo Civil, Sección 1.

Tribunal Superior

· Tribunal Superior de Justicia de Galicia. 2025. Sentencia 143/2025, de 31 de marzo. Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.

· Tribunal Superior de Justicia de Canarias. 2025. Sentencia 40/2025, de 12 de junio. Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.
· Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 5 de Las Palmas de Gran Canaria. 2023. Sentencia 1039/2023, de 21 de febrero.

Tribunal Supremo (Sala de lo Civil). (1991, marzo 11). Sentencia 13345/1991 (rec. 245/1987).

Colombia

· Corte Constitucional. 1996. C-264/96.
· Corte Constitucional. 2006. C-355/06
· Corte Constitucional. 2008. T-209/08.
· Corte Constitucional. 2016. T-271/16, de 23 de mayo.
· Corte Constitucional. 2019. T-211 de 2019, de 22 de mayo.
· Corte Constitucional. 2019. SU-599/19. Exp. T-7.396.064
· Corte Constitucional 2021. T-357/21.
· Corte Constitucional. 2022. T-128/22, de 7 de abril.
· Corte Constitucional. 2022. C-055/22
· Corte Constitucional. 2023. T-198/23, de 12 de junio.
· Corte Constitucional. 2023. T-576/23, de 15 de diciembre.
· Corte Constitucional. 2024. T-232/24, de 12 de junio.
· Corte Constitucional. 2024. T-022/2024, de 26 de enero.
· Corte Constitucional. 2024. T-402/24, de 16 de septiembre (Exp. T-9.578.252). M.P. Juan Carlos Cortés González.
· Corte Constitucional. 2025. C-039/25
· Corte Constitucional. 2025. SU-297/25.

Otros países

· Supremo Tribunal Federal (Brasil). 2012. Decisión ADPF 54.
· Tribunal Constitucional Plurinacional (Bolivia). 2014. Sentencia 0206/2014.
· Corte Constitucional (Ecuador). 2021. Sentencia 34-19-IN/21, de 1 de mayo.
· Corte Constitucional (Ecuador). 2025. Sentencia 96-21-JP/25, de 12 de marzo. Caso "Yolanda".
· Suprema Corte de Justicia de la Nación (México). 2019.

Amparo en Revisión 1064/2019, de 28 de agosto. Primera Sala. M.P. Norma Lucía Piña.

· Suprema Corte de Justicia de la Nación (México). 2021.

Acción de Inconstitucionalidad 148/2017.

Suprema Corte de Justicia de la Nación. México. (2021). Acción de inconstitucionalidad 106/2018 y su acumulada 107/2018

Suprema Corte de Justicia de la Nación. México. (2021). Amparo en revisión 438/2020.

Legislación nacional

España

Normativa Estatal

· Constitución Española
· Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
· Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal
· Ley 41/2002, de 14 de noviembre
· Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado.
· Real Decreto 450/2005, de 22 de abril. BOE-A-2005-7354
· Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y …
· Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo (salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo).
· Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). 2022. Código de Deontología Médica.
· Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010.

España. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería. Boletín Oficial del Estado, núm. 108, de 6 de mayo de 2005. https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/04/22/450

España. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona). Boletín Oficial del Estado, núm. 129, de 28 de mayo de 2009. https://www.boe.es/eli/es/o/2009/05/06/sas1349

Normativa Autonómica

Cataluña

· Ley 5/2008

· Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.

Colombia

· Constitución Política de Colombia de 1991.

· Código Penal.

· Código Civil.

· Ley 23 de 1981.

· Decreto 2591 de 1991.

· Resolución 13437 de 1991.

· Decreto 3380 de 1981. (Reglamentario de la Ley 23 de 1981).

· Ley 823 de 2003.

· Ley 1257 de 2008.

· Ley 1542 de 2012.

· Ley 1719 de 2014.

Colombia. Ministerio de Cultura. (2017). Resolución 1077 de 2017, por la cual se incluye la partería tradicional en la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial del ámbito nacional. Ministerio de Cultura.

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018, por la cual se adoptan las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20328 0%20de%2020183280.pdf

· Ley 2244 de 2022, por medio de la cual se establece el parto digno, respetado y humanizado y se dictan otras disposiciones.

· Ley 2310 de 2023. (Ley Brazos Vacíos).

· Ley 2447 de 2025.

· Resolución 2623 de 2024.

Circulares Conjuntas de la Registraduría Nacional y el DANE.

Departamento Nacional de Planeación. (2011). Documento CONPES 140 de 2011: Modificación a CONPES Social 91 del 14 de junio de 2005: "Metas y estrategias de Colombia para el

logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio — 2015". Consejo Nacional de Política Económica y Social.

Departamento Nacional de Planeación. (2022). Documento CONPES 4080 de 2022: Política pública para la igualdad de la mujer rural. Consejo Nacional de Política Económica y Social.

Argentina

· Constitución de la Nación Argentina.
· Código Penal de la Nación Argentina.
· Ley Nacional 25.673 de 2002
· Ley Nacional 25.929 de 2004. (Ley de Parto Humanizado).
· Ley Nacional 26.485 de 2009.
· Ley Nacional 26.529 de 2009.
· Ley Nacional 26.873 de 2013.
· Decreto Nacional 2035 de 2015.
· Ley Nacional 27.610 de 2020.
· Ley Nacional 27.611 de 2021
· Leyes provinciales Corrientes (Ley 5.146/1996), Río Negro (Ley 3.263/1998) y Buenos Aires (Ley 1.040/2003).

Perú

· Ley 30364-2015.

Instituto Nacional Materno Perinatal. (2023). Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. https://www.gob.pe/institucion/inmp/informes-publicaciones/4624238-guias-de-practica-clinica-y-de-procedimientos-en-obstetricia-y-perinatologia-2023

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2015). Decreto Supremo N.º 006-2015-JUS, que crea el Registro de Víctimas de Esterilizaciones Forzadas (REVIESFO).

Ministerio de Salud del Perú. (2007). Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales.

https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352851-estandares-e-indicadores-de-calidad-en-la-atencion-materna-y-perinatal-en-los-establecimientos-que-cumplen-con-funciones-obstetricas-y-neonatales

México

· Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Arts. 1, 2, 4, 16, 22, 103 y 107).

· Código Penal Federal.

· Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz.

· Código Penal para el Estado de Chiapas.

· Ley General de Salud. (Arts. 4 bis, 64, 79 y 92).

· Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007).

· Código Civil Federal. (Art. 148).

· Ley General de Salud (1984).

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. 1986. (Artículos 102 a 114).

· Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 (violencia familiar, sexual y contra las mujeres).

· Ley de Amparo de 2013.

· Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016.

· Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA-2025.

México. (2019, 3 de junio). Decreto por el que se reforman diversas disposiciones del Código Civil Federal, en materia de edad mínima para contraer matrimonio. Diario Oficial de la Federación.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (México). (2017). Recomendación general No. 31/2017 sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Secretaría de Salud (México). (2009). Convenio interinstitucional para la atención universal de emergencias obstétricas.

Secretaría de Salud (México). (2013). Programa de acción específico: Salud materna y perinatal 2013 - 2018. Secretaría de Salud.

Bolivia

· Código Penal de Bolivia.

· Ley 348 de 2013. Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia.
· Normas bolivianas de salud NB-SNS-04-97 y MSPS-98.
· Constitución de Bolivia.

Brasil

· Código Penal de Brasil.
· Ley 11.108 de 2005.
· Ley 11.634 de 2007.

Brasil. Câmara dos Deputados. (2021). Projeto de Lei n.º 3.946/2021, que dispõe sobre o exercício da profissão de doula [Proyecto de Ley n.º 3.946/2021, que regula el ejercicio de la profesión de doula]. Congresso Nacional. https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2295297

Cumbre Judicial Iberoamericana. (2008). 100 Reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad. https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2009/7037.pdf

Chile

· Ley 21.030 (2017).
· Ministerio de Salud de Chile. Decreto Exento n.º 243 de 2023.
· Ley Adriana. (s. f.). Boletín n.º 12148-11.

Ministerio de Salud de Chile. (2015). Guía clínica perinatal. Ministerio de Salud. https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf

Costa Rica

· Ley n.º 9824 (Reforma a la Ley General de Salud).

Ecuador

· Código Orgánico Integral Penal. 2014.
· Ley para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2018).
· Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales (2009).
· Ley reformatoria al Código Civil (2015).

Panamá

· Ley 82 de 2013.

Paraguay

· Código Penal Paraguay.
· Ley 5777 de 2016.

Portugal

· Ley 33 de 2025.
· Ley 15 de 2014

Uruguay

· Ley 19.580 de 2017, Ley Integral contra la Violencia de Género.
· Decreto 339/019. (Reglamenta la Ley 19.580 de 2017).

Ministerio de Salud Pública de Uruguay, y Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2018). Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional. https://uruguay.unfpa.org/es/Recomendaciones-sobre-practicas-y-actitudes-en-la-asistencia-del-embarazo-y-nacimiento-institucional

Ministerio de Salud Pública. (2025). Recomendaciones para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-atencion-mujer-embarazo-parto-puerperio

Venezuela

· Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007). (Arts. 51 y 52).
· Constitución Política de Venezuela.

República Dominicana

República Dominicana. (1884). Código Penal

Honduras

Honduras. (2019). Código Pena

Guatemala

Guatemala. (1973). Código Penal

Índice de jurisprudencia citada

Corte Interamericana de Derechos Humanos

Opiniones Consultivas

Corte IDH. (2017). Opinión Consultiva OC-24/17, de 24 de noviembre de 2017. Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo.
Corte IDH. (2022). Opinión Consultiva OC-29/22, de 30 de mayo de 2022. Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad.

Sentencias y supervisión de cumplimiento

Corte IDH. (2006). Caso Claude Reyes y otros v. Chile. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 19 de septiembre. Serie C n.º 151.
Corte IDH. (2012). Caso Furlan y familiares v. Argentina. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 31 de agosto. Serie C n.º 246.
Corte IDH. (2012). Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) v. Costa Rica. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 28 de noviembre. Serie C n.º 257.
Corte IDH. (2016). Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) v. Costa Rica. Supervisión de cumplimiento de sentencia. Resolución de 22 de noviembre.
Corte IDH. (2016). Caso I.V. v. Bolivia. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 30 de noviembre. Serie C n.º 329.
Corte IDH. (2017). Caso I.V. v. Bolivia. Supervisión de cumplimiento de sentencia. Resolución de 14 de noviembre.
Corte IDH. (2018). Caso I.V. v. Bolivia. Supervisión de cumplimiento de sentencia. Resolución de 21 de noviembre.
Corte IDH. (2020). Caso I.V. v. Bolivia. Supervisión de cumplimiento de sentencia. Resolución de 1 de junio.
Corte IDH. (2023). Caso I.V. v. Bolivia. Supervisión de cumplimiento de sentencia. Resolución de 17 de noviembre.
Corte IDH. (2020). Caso Guzmán Albarracín y otras v. Ecuador. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 24 de junio. Serie C n.º 405.
Corte IDH. (2021). Caso Manuela y otros v. El Salvador. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 2 de noviembre. Serie C n.º 441.
Corte IDH. (2023). Caso Manuela y otros v. El Salvador. Rectificación de errores materiales. Resolución de 26 de junio.
Corte IDH. (2022). Caso Brítez Arce y otros v. Argentina. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 16 de noviembre. Serie C n.º 474.

Corte IDH. (2024). Caso Brítez Arce y otros v. Argentina. Supervisión de cumplimiento de sentencia. Resolución de 30 de abril.

Corte IDH. (2023). Caso Rodríguez Pacheco y otra v. Venezuela. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 1 de septiembre. Serie C n.º 504.

Corte IDH. (2024). Caso Beatriz y otros v. El Salvador. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 22 de noviembre. Serie C n.º 549.

Corte IDH. (2025). Caso Ramos Durand y otros v. Perú. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 25 de noviembre. Serie C n.º 579.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos

Informes temáticos

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2011). Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61).

Informes de solución amistosa

Perú

CIDH. (2003). Caso María Mamérita Mestanza Chávez v. Perú. Informe de solución amistosa n.º 71/03 de 10 de octubre.

Chile

CIDH. (2021). Caso F.S. v. Chile. Informe de solución amistosa n.º 12.956 de 3 de agosto.