



Asamblea General

Distr. general
11 de julio de 2019
Español
Original: inglés

Septuagésimo cuarto período de sesiones
Tema 26 a) de la lista preliminar*
Adelanto de la mujer: adelanto de la mujer

Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a los miembros de la Asamblea General el informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, que se presenta de conformidad con la resolución [71/170](#) de la Asamblea.

* [A/74/50](#).



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

Resumen

En el presente informe, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias analiza la cuestión del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, así como las causas profundas y los problemas estructurales que deben afrontarse para luchar contra estas formas de maltrato y violencia.

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	4
II. Actividades	4
III. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica	4
A. Introducción	4
B. Alcance del informe	6
C. Manifestaciones del maltrato y la violencia de género en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto en los centros de salud	8
D. Causas profundas del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva	15
E. Aplicación del marco regional e internacional de derechos humanos al maltrato y la violencia en los servicios de salud reproductiva	18
F. Medidas adoptadas a nivel nacional para hacer frente al maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto en los centros de salud	22
IV. Conclusión y recomendaciones a los Estados y otras partes interesadas	23

I. Introducción

1. La Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, presenta este informe de conformidad con lo dispuesto en la resolución 71/170 de la Asamblea General. En la sección II del informe, la Relatora Especial resume las actividades llevadas a cabo en cumplimiento de su mandato durante el período sobre el que se informa, hasta julio de 2019. En la sección III, la Relatora analiza la cuestión del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva con especial atención en el parto y la violencia obstétrica, y señala las causas profundas del maltrato y los problemas estructurales. En la sección IV, la Relatora expone su conclusión y formula recomendaciones para prevenir y combatir el maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto.

II. Actividades

2. Durante el período que abarca el informe, la Relatora Especial trabajó para consolidar la plataforma de cooperación entre los mecanismos internacionales y regionales independientes sobre la violencia contra la mujer y los derechos de la mujer, que fueron una de las iniciativas puestas en marcha durante la vigencia del mandato, así como la cooperación con el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. En el 41^{er} período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, celebrado en junio de 2019, la Relatora Especial presentó: a) su informe temático sobre el mandato, que incluía un capítulo relativo los 25 años de su existencia y un análisis de su evolución, las dificultades actuales y el camino que se debe seguir (contribución al examen de los 25 años de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing) (A/HRC/41/42); y b) los informes de sus visitas al Canadá (A/HRC/41/42/Add.1) y Nepal (A/HRC/41/42/Add.2).

3. El 1 de julio de 2019, la Relatora Especial participó en el 73^{er} período de sesiones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en el que trató sobre la cooperación entre su mandato y el Comité en lo que respecta a la promoción de su recomendación general núm. 35 sobre la violencia de género contra la mujer y el establecimiento de la plataforma de cooperación entre mecanismos internacionales y regionales independientes sobre los derechos humanos de las mujeres¹.

III. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica

A. Introducción

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

¹ <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24780&LangID=E>.

plenamente desde la perspectiva de los derechos humanos, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer decidió preparar su informe temático sobre el maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.

5. Como principal organización de las Naciones Unidas en el ámbito de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) respondió a los temores de las mujeres en relación con la atención del parto publicando una declaración en 2015 en la que condenaba, rotundamente, el maltrato físico, la humillación y la agresión verbal, los procedimientos médicos coercitivos o no consentidos (incluida la esterilización), la falta de confidencialidad, el hecho de no obtener el consentimiento plenamente informado, la negativa a suministrar medicación contra el dolor, las graves violaciones de la intimidad, la denegación de admisión a los centros de salud, el abandono de las mujeres durante el parto que puede llevarles a sufrir complicaciones evitables y que puede amenazar su vida y la detención de las mujeres y sus hijos recién nacidos en los centros, tras el parto, debido a su incapacidad para hacer frente al pago². En su declaración, la OMS también reconoció que ese maltrato no solo viola el derecho de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también puede poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física y a no ser objeto de discriminación.

6. En preparación de su informe, la Relatora Especial y la OMS organizaron conjuntamente una reunión de un grupo de expertos en Ginebra los días 25 y 26 de abril de 2019 sobre el maltrato durante la atención del parto en el contexto de los derechos humanos y la violencia contra la mujer. La Relatora Especial hizo también un llamamiento a recibir aportaciones y pidió información sobre las formas de maltrato, el consentimiento informado, los mecanismos de rendición de cuentas y sobre ejemplos de respuestas nacionales a la violencia contra la mujer en el ámbito de la salud. Se recibieron más de 128 comunicaciones de Estados, organizaciones no gubernamentales, instituciones independientes y miembros del mundo académico³. Diversas organizaciones no gubernamentales han publicado también informes que documentan el maltrato que experimentan las mujeres y las niñas durante la atención del parto en centros de salud de todo el mundo⁴.

7. La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa también ha decidido publicar un informe sobre la violencia obstétrica y ginecológica, y la Relatora Especial ha mantenido contactos con la ponente de la Asamblea Parlamentaria que trabaja en dicho informe⁵.

² Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud”, WHO/RHR/14.23 (2015).

³ Todas las comunicaciones se pueden consultar en el sitio web de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

⁴ Véanse, por ejemplo, Centro de Derechos Reproductivos, *Failure to Deliver: Violations of Women’s Human Rights in Kenyan Health Facilities* (2007); Amnistía Internacional, *Deadly Delivery: The Maternal Health Care Crisis in America*. Londres: Secretariado de Amnistía Internacional (2010); Human Rights Watch, “Stop Making Excuses”: Accountability for Maternal Health Care in South Africa (2011); Janka Debrecéniová, ed., *Women - Mothers – Bodies: Women’s Human Rights in Obstetric Care in Healthcare Facilities in Slovakia*, Citizen, Democracy and Accountability (2015); y Centro de Derechos Reproductivos, Vakeras Zorales – *Speaking Out: Roma Women’s Experiences in Reproductive Health Care in Slovakia* (2017).

⁵ Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, documento núm. 14495 (26 de enero de 2018); reunión sobre violencia obstétrica y ginecológica celebrada en Zagreb el 3 de julio de 2019.

B. Alcance del informe

8. En el presente informe, la Relatora Especial se propone aplicar un enfoque basado en los derechos humanos a las diferentes formas de maltrato y violencia que sufren las mujeres en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. El maltrato y la violencia contra la mujer no solo violan el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, sino que también pueden poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física, su intimidad, su autonomía y a no sufrir discriminación.

9. El maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto se examinan en el informe como parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos. Las mujeres y las niñas sufren ese tipo de violencia cuando solicitan otras formas de atención de la salud sexual y reproductiva como exámenes ginecológicos, el aborto, tratamientos de fecundidad y anticonceptivos y en otros contextos de salud sexual y reproductiva.

10. El informe proporciona recomendaciones sobre el modo de encarar los problemas estructurales y las causas profundas de la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. También trata de sentar las bases para que los Estados cumplan sus obligaciones en materia de derechos humanos, elaboren leyes, políticas y estrategias nacionales de salud reproductiva para las mujeres e implanten mecanismos de denuncia para asegurar un enfoque basado en los derechos humanos de la atención de la salud y garantizar la rendición de cuentas por las violaciones de los derechos humanos. De conformidad con el derecho internacional, los actos u omisiones cometidos por agentes no estatales atribuibles al Estado abarcan lo siguiente: “[l]os actos u omisiones de agentes privados facultados por el derecho de ese Estado para ejercer atribuciones del poder público, entre ellos, los organismos privados que prestan servicios públicos como la atención de la salud o la educación, o gestionan el funcionamiento de lugares de detención, [que] se consideran actos atribuibles al propio Estado”⁶. Los Estados partes en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer tienen además la obligación de elaborar y aplicar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación y la violencia de género contra la mujer, en particular en el ámbito de la atención de la salud. Se trata de una obligación de carácter inmediato y las demoras no pueden justificarse por ningún motivo, ni siquiera por razones económicas, culturales o religiosas.

11. Observando que el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha reconocido que a nivel mundial hay una falta de consenso sobre el modo de definir y medir la violencia contra la mujer durante la atención del parto en los centros de salud⁷ y que una organización no gubernamental expresó una preocupación similar al señalar que la violencia contra las mujeres en el parto está tan normalizada que (todavía) no se considera violencia contra la mujer⁸, la Relatora Especial señala que la definición

⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19, [CEDAW/C/GC/35](#), párr. 24 a).

⁷ Comunicación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) a la Relatora Especial; se puede consultar en: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

⁸ Comunicación de Mother Hood e V. a la Relatora Especial, disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

de la violencia contra la mujer consagrada en el artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer es de aplicación a todas las formas de maltrato y violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”⁹. La recomendación general núm. 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer define la violencia por razón de género contra la mujer como “la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada”¹⁰, mientras que la jurisprudencia del Comité y otros órganos judiciales y de vigilancia profundiza en distintos casos sobre formas específicas de violencia contra la mujer en relación con la salud reproductiva y los derechos humanos de las mujeres.

12. Con respecto a la terminología, la Relatora Especial utiliza el término “violencia obstétrica” para referirse a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud. El término “violencia obstétrica” se utiliza ampliamente en América del Sur, pero no se usa todavía en el derecho internacional de los derechos humanos, por lo que, a fin de abordarlo en el actual marco internacional de los derechos humanos de las mujeres, la Relatora Especial también utiliza el término “violencia contra la mujer durante la atención del parto”. En el plano regional, el Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará, que fue el primer mecanismo en reconocer la violencia obstétrica como violación de los derechos humanos, recomendó a los Estados la promulgación de leyes que penalicen la violencia obstétrica. Como resultado de ello, varios países de la región de América Latina y el Caribe han promulgado leyes que tipifican como delito la violencia obstétrica¹¹.

13. Aunque actualmente se utilizan muchos términos distintos, como “maltrato”, “falta de respeto”, “abuso”, “violencia física” y “violencia contra la mujer”, en aras de la claridad la Relatora Especial ha decidido utilizar los términos “maltrato” y “violencia contra la mujer” en su informe. La Relatora Especial reconoce que, aunque muchas formas de maltrato relacionadas con la atención del parto y otros servicios de salud reproductiva no son actos deliberados o intencionados de violencia contra la mujer, algunos actos u omisiones (véase el párr. 10) pueden considerarse formas de maltrato. Cabe señalar sin embargo que, en determinadas circunstancias, algunas formas de maltrato podrían constituir violencia contra la mujer en casos concretos y en función de las circunstancias, mientras que otras formas de maltrato podrían considerarse violaciones de los derechos humanos con base en las normas de derechos humanos y en la jurisprudencia en materia de derechos humanos.

14. El informe también aborda la cuestión del consentimiento informado como derecho humano y como salvaguardia contra ese tipo de violencia. A menudo se niega a las mujeres su derecho a tomar decisiones informadas sobre la atención de la salud que reciben durante el parto y otros servicios de salud reproductiva; esta falta de consentimiento informado constituye una violación de los derechos humanos que puede ser imputada a los Estados y a sus sistemas nacionales de salud.

⁹ Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (resolución 48/104, de 20 de diciembre de 1993).

¹⁰ Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19, documento de las Naciones Unidas con signatura CEDAW/C/GC/35 (2017), párr. 1.

¹¹ Véase, por ejemplo, el artículo 15 de la Ley venezolana de protección integral de la mujer (núm. 26.485/2009), República Bolivariana de Venezuela.

C. Manifestaciones del maltrato y la violencia de género en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto en los centros de salud

15. Mediante las comunicaciones recibidas y otros recursos, la Relatora Especial ha podido identificar cómo se manifiesta la violencia de género en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto en los centros de salud. La lista no es exhaustiva.

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

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

18. En Irlanda, a raíz de la muerte de una madre y su bebé en una unidad de maternidad en enero de 2019, una mujer llamó a una emisora de radio nacional para describir su propia experiencia del maltrato, el abandono y las condiciones de peligro a que fue sometida durante su alumbramiento. A raíz de la llamada telefónica inicial, más de 1.000 mujeres se pusieron en contacto con el programa, y en una emisión posterior, del 2 al 10 de abril, se presentaron en profundidad las experiencias de mujeres que habían sufrido atención en condiciones de riesgo, falta de respeto, abusos y maltrato en el sistema irlandés de maternidad¹².

19. Una organización no gubernamental sueca señaló la inacción del Gobierno de Suecia a la hora de ofrecer alternativas de parto extrahospitalario (centros de maternidad y parto asistido en casa), a pesar de que se ha demostrado la mayor seguridad de estas opciones y su potencial para mitigar el problema de la violencia obstétrica, y observó también la falta de una atención basada en datos empíricos y las consecuencias físicas de la medicalización excesiva durante el parto, que a menudo causa lesiones en el recién nacido. En opinión de la organización, esa falta de acción

¹² Comunicación de la Irish Maternity Support Network a la Relatora Especial, disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

es un reflejo de la misoginia y del hecho de que no se otorga prioridad a la salud física y mental de las mujeres, ni a corto ni a largo plazo¹³.

20. La técnica conocida como “sinfisiotomía”, considerada ya como una violación de los derechos humanos y una forma de violencia contra la mujer que puede llegar a constituir tortura, consiste en la separación y ampliación quirúrgicas de la pelvis para facilitar el parto. Esta práctica de alumbramiento, utilizada principalmente en Irlanda hasta principios de los años noventa sin el conocimiento ni el consentimiento libre e informado de las mujeres afectadas, causó dolor y discapacidad permanentes a muchísimas mujeres. El Comité contra la Tortura estudió las denuncias de numerosas mujeres en relación con esta práctica y concluyó que constituye tortura. En 2017 recomendó al Estado llevar a cabo “una investigación imparcial y minuciosa de los casos de mujeres que hayan sido sometidas a la sinfisiotomía [...] y asegurarse de que las sobrevivientes de la sinfisiotomía obtengan reparación, en particular indemnización y rehabilitación, determinada caso por caso”. También declaró que “los médicos se negaban a aplicar métodos alternativos que habrían causado mucho menos dolor y sufrimiento, por razones religiosas y no médicas”¹⁴. El Comité de Derechos Humanos determinó que 1.500 mujeres y niñas fueron sometidas a la sinfisiotomía entre 1944 y 1987 sin su consentimiento libre e informado¹⁵. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer instó a Irlanda a llevar a cabo una investigación inmediata, independiente y exhaustiva de todas las denuncias relacionadas con los abusos, incluida la sinfisiotomía, y recomendó proporcionar una reparación efectiva y servicios de rehabilitación a todas las víctimas y supervivientes de ese maltrato¹⁶.

21. La esterilización forzada y el aborto forzado constituyen delito y son sendas formas de violencia de género contra la mujer. El Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica, conocido como el Convenio de Estambul, prohíbe ambas expresamente, mientras que la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y otros tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas las prohíben implícitamente mediante la protección de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. La esterilización forzada y el aborto forzado son tratamientos médicos que se practican en todo el mundo sin consentimiento informado. Son practicados por profesionales sanitarios por diversas razones, como, por ejemplo, aduciendo que redundan en beneficio del denominado interés superior de la mujer¹⁷ o basándose en la creencia de que ciertos grupos de mujeres pertenecientes a grupos minoritarios, como las mujeres romaníes, las mujeres indígenas, las mujeres con discapacidad o las mujeres que viven con el VIH, no son “dignas” de procreación, son incapaces de tomar decisiones responsables sobre la anticoncepción, no están en condiciones de ser “buenas madres” o no es aconsejable que tengan descendencia. Algunos centros de salud, además, ocultan información o engañan a las mujeres para que presten su consentimiento a la esterilización, actuando en palabras del Tribunal Europeo de Derechos Humanos con una manifiesta falta de respeto a su derecho a la autonomía y a la elección como pacientes¹⁸. Estas

¹³ Véase

<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/F%c3%b6delsehuset.pdf>.

¹⁴ Comité contra la Tortura, observaciones finales, Irlanda, [CAT/C/IRL/CO/2](#), párrs. 29 y 30.

¹⁵ Comité de Derechos Humanos, 2014, observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Irlanda, [CCPR/C/IRL/CO/4](#), párr. 11.

¹⁶ Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2017, observaciones finales sobre Irlanda, [CEDAW/C/IRL/CO/6-7](#), párr. 15 a).

¹⁷ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, [A/HRC/22/53](#), párr. 32.

¹⁸ *V.C. c. Eslovaquia*, núm. 18968/07, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2012), párr. 119.

intervenciones médicas han sido analizadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y los tribunales regionales y han sido calificadas como formas de violencia de género contra la mujer que puede causar daños físicos y psicológicos y que puede constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante¹⁹.

22. En algunos países, las mujeres encarceladas son inmovilizadas físicamente durante el parto mediante esposas que las atan a la cama, y son amordazadas²⁰. Además, hay informaciones de que las mujeres embarazadas recluidas en las prisiones y cárceles o detenidas a causa de su situación de inmigración son esposadas e inmovilizadas durante el parto, el posparto y el período de recuperación posterior durante horas e incluso días, pese al hecho de que en todo momento hay con ellas guardias armados²¹. Estas medidas han sido consideradas como violaciones de los derechos humanos. En sus observaciones finales, el Comité contra la Tortura ha condenado la práctica de atar a las mujeres durante el parto²². Se ha informado de que las mujeres están atadas a la cama durante el parto o en caso de aborto o aborto espontáneo, práctica que no está respaldada por la OMS y que puede constituir violencia contra la mujer y otras violaciones de los derechos humanos.

23. La detención posterior al parto de las mujeres y sus hijos recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad para pagar los gastos de hospitalización es otro ejemplo de violación de los derechos humanos. Esta práctica se ha registrado en diversos países de Asia, África Subsahariana, América Latina y el Oriente Medio²³. En Kenya, a las mujeres detenidas y a sus bebés se las ha obligado a dormir en el suelo, se les ha negado una alimentación adecuada y han estado vigiladas por guardias. Hay informaciones de que las mujeres y sus hijos pasan semanas, y hasta años, en esas condiciones²⁴. En sus observaciones finales, el Comité contra la Tortura ha condenado la práctica de detener después del parto a las mujeres que no pueden pagar sus facturas médicas en Kenya²⁵.

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

¹⁹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19, [CEDAW/C/GC/35](#), párr. 18 (2017).

²⁰ M.A. Bohren, J.P. Vogel, E.C. Hunter y otros, “The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review”, *PLOS Medicine*, vol. 12(6) (2015) [en adelante, “Bohren y otros (2015)”].

²¹ Centro de Derechos Reproductivos (https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/CRR_Submission_on_Human_Rights_Abuses_of_US_Incarcerated_Pregnant_Women.pdf).

²² Comité contra la Tortura, Conclusiones y recomendaciones para los Estados Unidos de América, [CAT/C/USA/CO/2](#), párr. 33.

²³ Yates y otros, *Hospital Detentions for Non-payment of Fees: A Denial of Rights and Dignity*, Chatham House (2017), disponible en: <https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/publications/research/2017-12-06-hospital-detentions-non-payment-yates-brookes-whitaker.pdf>; véase también “AP Investigation: Hospital patients held hostage for cash”, *AP News* (25 de octubre de 2018) (<https://apnews.com/4ee597e099be4dfaa899f85e652605b5>); y Bohren y otros (2015), pág. 19.

²⁴ Centro de Derechos Reproductivos, *Failure to Deliver: Violations of Women’s Human Rights in Kenyan Health Facilities* (2007), págs. 56 a 58.

²⁵ Comité contra la Tortura, observaciones finales, Kenya, [CAT/C/KEN/CO/2](#), párr. 27.

a la decisión de parir o no al niño mediante cesárea. También hay pruebas que sugieren que las mujeres se convierten en víctimas de sistemas de salud deficientes donde los servicios se planifican y gestionan centrándose en la eficacia en función de los costos y el tiempo. Además, las cesáreas pueden programarse y pueden realizarse en días laborables seleccionados, frente a los fines de semana, y los médicos suelen cobrar honorarios más altos de las compañías de seguros privadas por esta práctica²⁶. Cuando se practica sin el consentimiento de la mujer, una cesárea puede constituir violencia por razón de género contra la mujer, e incluso tortura. El Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica ha señalado específicamente el uso excesivo de la práctica de la cesárea en muchos países como prueba de una medicalización excesiva durante el parto y considera que “las mujeres no tienen la posibilidad de elegir libremente entre distintas formas de dar a luz”, especialmente si la primera opción es una cesárea²⁷.

25. La episiotomía es un corte profundo en el perineo de la mujer que llega hasta el músculo del suelo pélvico diseñado para ayudar quirúrgicamente a la mujer que va a tener un parto vaginal. Aunque este procedimiento puede resultar beneficioso para el bebé y la madre, en caso de que resulte necesario desde el punto de vista médico, si no es necesario o se hace sin el consentimiento informado de la madre, puede tener efectos físicos y psicológicos en la madre, puede ocasionar la muerte y puede constituir violencia de género y un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante. Se ha recibido mucha información de mujeres preocupadas por su uso sin consentimiento informado. Otro problema es su uso excesivo o rutinario, contrario a las recomendaciones de la OMS²⁸. La práctica de la episiotomía oscila entre el 30 % de las mujeres que dan a luz de forma vaginal en México, el 50 % en Italia²⁹ y hasta el 89 % en España³⁰. En particular, la información de que se dispone es que el 61 % de las mujeres que fueron sometidas a la episiotomía en Italia no recibieron suficiente información, y que no se solicitó en ningún momento su consentimiento informado. La episiotomía y la sutura posterior al parto, cuando se practican sin consentimiento informado y sin anestesia, pueden tener repercusiones importantes en la vida sexual y reproductiva y en la salud mental de una mujer, y las cicatrices resultantes de esta práctica acompañan a la mujer durante el resto de su vida. Cuando esta práctica no está justificada por la necesidad médica, debe considerarse que constituye una violación de los derechos de la mujer y una forma de violencia de género contra la mujer.

26. El uso de personal médico sin experiencia para llevar a cabo los exámenes ginecológicos puede causar daño a las mujeres embarazadas, y el uso excesivo de la oxitocina sintética como agente utilizado para inducir las contracciones y el alumbramiento también presenta un daño para su salud. Aplicada de forma indebida,

²⁶ Comunicación del UNFPA a la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, disponible en:

<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

²⁷ Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, A/HRC/32/44, párr. 74.

²⁸ <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-episiotomy-policy-0>.

²⁹ Comunicación del Italian Observatory for Domestic Violence a la Relatora Especial, disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

³⁰ Marsden Wagner (2000), “El nacimiento en el nuevo milenio”, ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Parto en Casa, Jerez de la Frontera, Cádiz, disponible en: https://www.elpartoestuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partomedicalizado/0.-%20El%20nacimiento%20en%20el%20nuevo%20milenio_Marsden%20Wagner.pdf.

la oxitocina puede causar mortinatalidad y ruptura uterina, y puede ocasionar que grandes dolores a la madre si no se suministra medicación para el alivio del dolor³¹.

27. La práctica de la presión manual del fondo uterino durante la segunda fase del alumbramiento, también conocida como “maniobra Kristeller”, ya no está recomendada por la OMS³², pero sigue siendo una práctica generalizada, a veces con el codo, el antebrazo o con todo el cuerpo, con el fin de ocasionar la expulsión del bebé. Su aplicación varía de un país a otro, y alcanza sus mayores tasas de aplicación en Honduras, donde se usa en una proporción que se sitúa entre el 50 % y el 70 %, de los partos vaginales.

28. Asimismo, las mujeres han informado de que algunos centros de salud han actuado sin respeto a su intimidad y a la confidencialidad cuando realizan los exámenes vaginales durante el parto, incluso delante de terceros³³, permiten que los estudiantes de medicina observen a las mujeres durante el parto³⁴, y comparten con terceros la información sobre su salud, por ejemplo, su condición de seropositivas, en el contexto del alumbramiento.

29. Además, se ha informado de que los procedimientos quirúrgicos por aborto espontáneo, el legrado y la sutura tras el parto, así como la extracción de óvulos durante el procedimiento de reproducción asistida, se realizan a menudo sin anestesia. Por otra parte, varias mujeres alegaron ser víctimas de un procedimiento de sutura tras la episiotomía; este procedimiento, que aplica más puntos de los necesarios, los llamados “puntos para el marido”, se lleva a cabo, supuestamente, en pro de la satisfacción sexual del esposo. Esta práctica es consecuencia de unos nocivos estereotipos patriarcales y de la desigual relación entre hombres y mujeres. El Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ha observado que “estos malos tratos van desde alargar los plazos para llevar a cabo ciertos procedimientos médicos, como suturar las heridas del parto, hasta no emplear anestesia”³⁵.

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

31. Muchas mujeres procedentes de diferentes partes del mundo han descrito prácticas profundamente humillantes, agresiones verbales y observaciones sexistas durante la atención del parto, que tienen lugar tras las puertas cerradas de los centros de salud. Solo desde hace poco las mujeres han empezado a hablar sobre las burlas y los reproches, insultos y gritos que sufren por parte de los trabajadores sanitarios. Especialmente se han destacado las observaciones sexistas y ofensivas. En los testimonios de mujeres procedentes de Honduras se han descrito comentarios como: “No lloraste cuando lo hiciste, abre las piernas o tu bebé morirá y será tu culpa”. Un profesional sanitario le dijo a una adolescente en el momento de dar a luz: “No lloraste cuando tenías dentro el pene, ¿por qué gritas ahora?”. Las mujeres del nivel socioeconómico más bajo han relatado haber sido humilladas por los trabajadores sanitarios debido a su pobreza o su incapacidad para leer o escribir, por vivir en zonas

³¹ Véase <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982443/>.

³² <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-fundal-pressure-facilitate-childbirth>.

³³ Bohren y otros (2015), pág. 17.

³⁴ Véase *Kononova c. Rusia*, núm. 37873/04, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2014).

³⁵ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/HRC/31/57, párr. 47.

rurales o barrios marginales o por estar sucias o desaliñadas³⁶. Las mujeres también han denunciado haber recibido, durante el parto, amenazas por parte de los profesionales sanitarios de retirarles el tratamiento, sufrir violencia física u obtener malos resultados sanitarios, lo que también incluye amenazas de palizas si la mujer no obedece y la culpabilización de la mujer por los malos resultados sanitarios de ella misma o de su bebé. Estas prácticas pueden causar un daño y sufrimiento psicológico y pueden constituir violencia psicológica contra las mujeres.

Consentimiento informado

32. El consentimiento informado para el tratamiento médico relacionado con los servicios de salud reproductiva y el parto es un derecho humano fundamental. Las mujeres tienen derecho a recibir toda la información sobre los tratamientos recomendados a fin de que puedan pensar y adoptar decisiones bien informadas. La International Federation of Gynecology and Obstetrics reconoce que la obtención del consentimiento informado es una obligación, aun cuando pueda ser difícil y llevar tiempo³⁷. En las comunicaciones enviadas por más de 40 organizaciones no gubernamentales se hizo hincapié en la falta de consentimiento informado o en su uso indebido. Como señaló una organización no gubernamental de Israel, el consentimiento de la mujer a todas las intervenciones se obtiene en cuanto la paciente entra en el hospital, momento en que se le pide que firme diversos formularios. Pero esos formularios son en realidad una renuncia al consentimiento informado y una cesión del control al equipo médico. Otros formularios de consentimiento, relativos a procedimientos como la anestesia epidural y la cesárea, se suelen presentar a la mujer durante el propio alumbramiento, a veces incluso durante las contracciones, lo que hace que a la mujer le resulte difícil comprender la información contenida en el formulario o realizar las preguntas pertinentes. De todo ello se desprende que los formularios de consentimiento se utilizan a menudo en sustitución del proceso real de consentimiento informado³⁸.

33. Una organización no gubernamental de Alemania relató que, según los derechos de los pacientes en Alemania, para cualquier tipo de atención y tratamiento médico es necesario su consentimiento pleno e informado, pero que en la práctica no se respeta la ley. En realidad, el personal sanitario no está capacitado para gestionar el consentimiento informado con arreglo a la ley³⁹.

34. Una organización no gubernamental de Suecia señaló que se ignora completamente el concepto de la atención centrada en la mujer, y que los conceptos de elección libre y consentimiento informado del tratamiento médico, no incorporados en la legislación sueca hasta enero de 2015, todavía no han sido asimilados en la cultura médica paternalista que impregna el ámbito de la obstetricia. Los tratamientos rutinarios en los hospitales, como el uso de inyecciones de oxitocina

³⁶ La información proporcionada por las mujeres indígenas del estado de Guerrero (México) señaló los comentarios ofensivos y la falta de comprensión de la cultura tradicional, que dispone que la mujer no debe bañarse antes del parto, para preservar el equilibrio de la temperatura del cuerpo.

³⁷ International Federation of Gynecology and Obstetrics, *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (Directrices sobre el consentimiento informado, pág. 13), Londres, 2012.

³⁸ Comunicación de Sivan Lienhart Women Call for Birth (“Nashim Korot Laledet”) a la Relatora Especial, disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

³⁹ Comunicación de Motherhood e.V a la Relatora Especial disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Mother%20Hood%20e.V.pdf>.

sintética tras el parto, las pruebas de sangre del cordón o la inyección de vitamina K se practican muchas veces a las mujeres y a sus bebés sin pedir su consentimiento⁴⁰.

35. Una organización no gubernamental con sede en los Estados Unidos de América informó de que en la mayoría de los Estados de este país es legal que los médicos y los estudiantes de medicina realicen exámenes pélvicos de mujeres que están inconscientes debido a la anestesia que les han suministrado para otro tratamiento, y que no necesitan tales exámenes de la pelvis y no los han consentido explícitamente⁴¹.

36. Una organización no gubernamental de Francia indicó que la cuestión principal y central de la violencia obstétrica era en su opinión la privación sistemática del derecho de las mujeres a su autonomía cuando entran en contacto con un centro de salud. Esa privación puede adoptar muchas formas, que van desde las más evidentes, como la práctica de una operación a pesar de la falta de consentimiento de la mujer, hasta algunas formas más insidiosas, como la aplicación de los llamados “protocolos hospitalarios” o el uso de formularios de consentimiento en blanco que se pide firmar a las mujeres y que permiten al personal médico hacer lo que le parezca necesario sin necesidad de ningún consentimiento⁴².

37. En un caso reciente, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha concluido, en el contexto de los tratamientos de fecundidad, que la transferencia de un embrión al útero de una mujer sin su consentimiento informado constituye una violación de su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud⁴³.

38. El consentimiento informado es un proceso de comunicación e interacción continua entre el paciente y el personal sanitario, y una firma por sí sola no es una indicación de consentimiento informado⁴⁴. El personal sanitario debe adoptar una actitud proactiva a la hora de facilitar la información. Para que el consentimiento sea válido, debe ser voluntario, y la persona debe contar con toda la información. El consentimiento del paciente es necesario independientemente del procedimiento, y la persona puede retirar su consentimiento en cualquier momento según el principio de una atención centrada en el paciente. La información debe proporcionarse de un modo y en un idioma que sea comprensible, accesible y adecuado para las necesidades de la persona que debe adoptar la decisión. El nivel de formación, la discapacidad física o intelectual y la edad de la persona deben tenerse en cuenta a la hora de determinar la manera en que debe proporcionarse tal asesoramiento e información, y deben respetarse las necesidades y las preferencias de dicha persona. Las personas con discapacidad deben recibir todo el apoyo necesario para adoptar sus decisiones. Debe ejercerse una cautela extrema, sobre todo en el caso de las personas que tienen dificultades para hacerse entender, para asegurar que las decisiones que vayan a

⁴⁰ Comunicación de Födelsehuset a la Relatora Especial disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/F%c3%b6delsehuset.pdf>.

⁴¹ Comunicación de Black Mamas Matter Alliance y el Centro de Derechos Reproductivos a la Relatora Especial disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Black%20Mamas%20Matter%20Alliance%20and%20the%20Center%20for%20Reproductive%20Rights.pdf>.

⁴² Comunicación Make Mothers Matter a la Relatora Especial, disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

⁴³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *S.C. y G.P. c. Italia*, comunicación núm. 22/2017, [E/C.12/65/D/22/2017](#), párrs. 10.3 y 11.2.

⁴⁴ Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Views on communication 4/2004: Ms. A.S. c. Hungría* ([CEDAW/C/36/D/4/2004](#)); véase también International Federation of Gynecology and Obstetrics, *Female sterilization guidelines* (Esterilización contraceptiva femenina, pág. 122), Londres, 2012.

adoptarse mediante el proceso de apoyo en dicha toma de decisiones no se conviertan en decisiones de sustitución⁴⁵.

D. Causas profundas del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva

Condiciones y limitaciones de los sistemas de salud como causas estructurales de la violencia obstétrica

39. En el contexto de los servicios de salud materna y reproductiva, las condiciones y limitaciones del sistema de salud son causas subyacentes del maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto. Las malas condiciones de trabajo de muchos profesionales de la salud y la histórica sobrerrepresentación de los hombres en la atención ginecológica y obstétrica contrasta con las obligaciones de los Estados de garantizar la disponibilidad y la calidad de los servicios de atención de la salud materna, los bienes y servicios, la adecuada capacitación del personal sanitario y el equilibrio de género entre los profesionales de la salud. Para cumplir esta obligación, los Estados “debe(n) dedicar el máximo de los recursos de que dispone(n) a la salud sexual y reproductiva” y adoptar un enfoque basado en los derechos humanos para determinar las necesidades y las asignaciones presupuestarias⁴⁶. Sin embargo, muchos Estados no dan prioridad, en sus presupuestos, a la atención de la salud de las mujeres. El hecho de que los Estados no destinen suficientes recursos a las necesidades específicas de salud de las mujeres es una violación del derecho de la mujer a no ser objeto de discriminación⁴⁷. Además, muchos Estados no garantizan que los trabajadores sanitarios reciban la capacitación adecuada en materia de ética médica y derechos humanos de los pacientes, ni la obligación de dichos trabajadores de prestar una atención respetuosa y no discriminatoria⁴⁸.

40. Junto con las limitaciones de recursos, las condiciones de trabajo en los sistemas de salud pueden desempeñar un papel importante como factor impulsor del maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto. Una encuesta mundial realizada por la OMS en 2016 a las matronas reveló que, con demasiada frecuencia, las matronas informan de que sus esfuerzos se ven limitados por las desiguales relaciones de poder existentes dentro del sistema de salud. Muchas de las matronas tienen también que afrontar problemas como el aislamiento cultural, un alojamiento inseguro y sueldos muy bajos⁴⁹. Además, los trabajadores sanitarios han explicado que los problemas del sistema de salud, como la insuficiencia de personal, el gran número de pacientes, los bajos salarios, las largas jornadas de trabajo y la falta de infraestructuras son factores importantes que crean un tenso entorno laboral que a

⁴⁵ International Federation of Gynecology and Obstetrics, *Guidelines regarding informed consent* (Directrices sobre el consentimiento informado, pág. 13), Londres, 2012.

⁴⁶ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), “Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad”, A/HRC/21/22, A/HRC/21/22/Corr.1 y A/HRC/21/22/Corr.2, págs. 4 a 8.

⁴⁷ Véanse, por ejemplo, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. el Brasil*, comunicación núm. 17/2008, CEDAW/C/49/D/17/2008, párr. 7.6; y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24: La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención) (1999);

⁴⁸ OMS, declaración, “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud”, WHO/RHR/14.23 (2015).

⁴⁹ OMS, Confederación Internacional de Matronas, White Ribbon Alliance, joint news release: “La OMS y otras organizaciones reclaman mejores condiciones laborales para las parteras” (13 de octubre de 2016) (<https://www.who.int/es/news-room/detail/13-10-2016-who-and-partners-call-for-better-working-conditions-for-midwives>).

su vez propicia una conducta poco profesional. La falta de apoyo y supervisión de los profesionales sanitarios ha demostrado contribuir a la moral baja y la actitud negativa de estos profesionales, lo que a su vez perpetúa el maltrato de las mujeres⁵⁰.

41. Además, los sistemas de salud deben reforzar su respuesta y asistencia, a las mujeres que han sufrido violencia de sus parejas o violencia sexual, en consonancia con los instrumentos de derechos humanos en materia de violencia de género contra la mujer y con el Manual de la OMS para los gerentes de los centros de salud⁵¹.

Leyes y prácticas discriminatorias y nocivos estereotipos de género

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

43. Algunas mujeres sufren formas interseccionales de discriminación que tienen un impacto negativo agravado, y la violencia de género puede afectar a las mujeres en distinta medida o de distintas formas, por lo que a este respecto se requieren respuestas jurídicas y normativas adecuadas⁵². Por ejemplo, como concluyó un estudio realizado en la India, son las mujeres rurales pobres que dan a luz en los centros públicos de salud mediante parto vaginal a manos de trabajadores sanitarios que no son médicos quienes corren mayor riesgo de sufrir faltas de respeto y maltrato. Estas son también las mujeres que corren mayor riesgo de mortalidad materna⁵³. En el estudio se constató que la probabilidad de sufrir faltas de respeto y maltrato es 3,6 veces mayor entre las mujeres de baja condición socioeconómica⁵³.

44. La esterilización forzada es un ejemplo de discriminación interseccional que suele afectar con mayor frecuencia a las mujeres pertenecientes a minorías y a las mujeres indígenas. Algunos hospitales de maternidad han adoptado prácticas discriminatorias de segregación de las mujeres en los centros de salud por motivos de raza u origen étnico. Por ejemplo, las mujeres romaníes de Eslovaquia son asignadas a salas “solo para romaníes”, que a menudo están abarrotadas, y el hospital puede obligar a dos mujeres romaníes a dormir en una sola cama o colocar la cama de una mujer romaní en pleno pasillo⁵⁴.

45. Las mujeres y las niñas con discapacidad sufren una discriminación basada en múltiples aspectos de su identidad, como el género y la discapacidad⁵⁵. Muy a menudo se las considera asexuales o sexualmente inactivas. La Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad ha señalado además que “es habitual que

⁵⁰ Bohren y otros (2015), págs. 14 y 20.

⁵¹ OMS, *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO clinical and policy guidelines*, Ginebra, 2013); OMS, *Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate violence or sexual violence: A manual for health managers*, Ginebra, 2017).

⁵² Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 28, párr. 12.

⁵³ T. Nawab, U. Erum, A. Amir, N. Khalique, M. A. Ansari, A. Chauhan. “Disrespect and abuse during facility-based childbirth and its sociodemographic determinants – A barrier to healthcare utilization in rural population”, *Journal of Family Medicine and Primary Care*, vol. 8, 2019, págs. 239 a 245.

⁵⁴ Centro de Derechos Reproductivos, *Vakeras Zorales – Speaking Out: Roma Women’s Experiences in Reproductive Health Care in Slovakia* (2017), pág. 13.

⁵⁵ Véase, por ejemplo, el informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad relativo a la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad, [A/72/133](#), párr. 21.

se presione a las niñas y las jóvenes con discapacidad para que interrumpen sus embarazos debido a los estereotipos negativos acerca de su capacidad para la crianza de los hijos y por la preocupación eugenésica de que den a luz a un niño con discapacidad”⁵⁶.

46. Los nocivos estereotipos de género en el ámbito de la salud reproductiva en lo concerniente a la competencia de las mujeres para adoptar decisiones, el papel natural de la mujer en la sociedad y la maternidad limitan la autonomía y la acción individual de la mujer. Estos estereotipos surgen de sólidas convicciones religiosas, sociales y culturales y de las ideas sobre la sexualidad, el embarazo y la maternidad⁵⁷. Estos estereotipos nocivos se justifican además con la creencia de que el parto es un acontecimiento que exige el sufrimiento de la mujer. A las mujeres se les dice que estén felices por tener un niño sano, sin valorar en ningún momento su salud física ni su equilibrio emocional.

47. El Comité de Derechos Humanos reconoció, en el caso *Mellet c. Irlanda*, que los estereotipos de género disponen que “las mujeres deben continuar la gestación con independencia de las circunstancias y de sus necesidades y deseos, ya que su función primordial es la de ser madres y cuidadoras”⁵⁸.

48. La International Federation of Gynecology and Obstetrics elaboró en 2011 unas directrices sobre los estereotipos de género en la atención de la salud de las mujeres en las que se toman en consideración la naturaleza y los efectos de dichos estereotipos en la atención de la salud y se ofrece orientación específica a los centros de salud de todo el mundo sobre cómo evitar los estereotipos nocivos en los servicios de atención de la salud⁵⁹.

La dinámica del poder y el abuso de la doctrina de la necesidad médica

49. La dinámica del poder en la relación entre el centro de salud y los pacientes es otra causa de maltrato y violencia que se ve agravada por los estereotipos de género sobre el papel de la mujer. El centro de salud tiene el poder del conocimiento médico acreditado y el privilegio social de la competencia médica reconocida⁶⁰, mientras que las mujeres dependen básicamente de la información y la atención del centro de salud. Además, las mujeres son especialmente vulnerables durante el parto. Aunque los profesionales sanitarios no necesariamente tienen intención de tratar mal a sus pacientes, la autoridad del servicio médico puede fomentar por ese motivo una cultura de impunidad cuando las violaciones de los derechos humanos no solo no se remedian, sino que pasan inadvertidas⁶⁰. Este desequilibrio de poder se hace especialmente evidente en los casos en que los profesionales sanitarios abusan de la doctrina de la necesidad médica para justificar el maltrato y los malos tratos durante la atención del parto.

⁵⁶ *Ibid.*, párr. 31.

⁵⁷ Rebecca J. Cook y Simone Cusack, *Gender Stereotyping: Transnational Legal Perspectives* (Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2010), pág. 34.

⁵⁸ Comité de Derechos Humanos, *Mellet c. Irlanda*, comunicación núm. 2324/2013, [CCPR/C/116/D/2324/2013](#), párr. 3.19.

⁵⁹ International Federation of Gynecology and Obstetrics, *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (Estereotipos nocivos de las mujeres en la atención sanitaria, pág. 28).

⁶⁰ Véase Joanna N. Erdman, “Commentary: Bioethics, Human Rights and Childbirth”, *Health and Human Rights Journal*, 17/1, junio de 2015.

E. Aplicación del marco regional e internacional de derechos humanos al maltrato y la violencia en los servicios de salud reproductiva

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

51. Además de estos instrumentos de derechos humanos, los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron en 2015 la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la que se comprometieron a lograr los objetivos de una vida sana y el bienestar de todos a todas las edades (Objetivo 3) y de igualdad de género y empoderamiento de todas las mujeres y las niñas (Objetivo 5) poniendo fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo (meta 5.1) y eliminando todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado (meta 5.2⁶¹), a fin de asegurar el acceso a servicios de salud materna de calidad y garantizar la autonomía reproductiva de las mujeres y las niñas.

52. En 2015 diversos expertos regionales y de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos, incluida la Relatora Especial, hicieron una declaración conjunta sobre la aplicación de la Agenda 2030 en la que instaron a los Estados a hacer frente a los actos de violencia obstétrica e institucional sufridos por las mujeres en los centros de salud y a adoptar todas las medidas legislativas y prácticas posibles para prevenir, prohibir y castigar esos actos y para garantizar su reparación⁶².

El derecho de las mujeres al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

53. El derecho a la salud está consagrado en la Constitución de la OMS, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otros instrumentos de derechos humanos, en particular la Plataforma de Acción de Beijing, que establece que entre los derechos de la mujer está su derecho a una salud sexual y reproductiva sin coacción, discriminación o violencia⁶³.

⁶¹ Resolución 70/1.

⁶² Declaración conjunta de expertos de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos sobre la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; Relator Especial sobre la situación de los defensores de los derechos humanos; Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias; y Presidenta del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica); expertos de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Relatora Especial sobre los defensores de los derechos humanos y coordinadora sobre las represalias en África; y Relatora Especial sobre los Derechos de la Mujer en África); y experta de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Relatora Especial sobre los Derechos de la Mujer)

(<https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16490&LangID=E>).

⁶³ *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.96.IV.13), cap. I, resolución 1, anexo II. 6.

54. Además, la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, leídas junto con sus recomendaciones generales núms. 19 y 35 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, defienden el derecho de la mujer al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El artículo 12 de la Convención recomienda que los Estados garanticen a las mujeres “servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario”, al tiempo que la recomendación general núm. 24 reconoce que solo las mujeres necesitan algunos procedimientos médicos y exige que “todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa”⁶⁴.

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

56. Por primera vez, en el caso *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. el Brasil*, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer consideró responsable al Gobierno por una muerte materna prevenible. El caso se refería a una mujer de ascendencia afrobrasileña que murió por complicaciones obstétricas tras habersele denegado un servicio de atención materna de calidad, tanto en un centro de salud público como en uno privado. El Comité reconoció que los hechos alcanzaron un nivel grave de abandono por parte del sistema, incluida la insuficiencia de recursos y la ineficacia en la aplicación de las políticas del Estado, y subrayó que el hecho de no atender las necesidades y los intereses específicos de las mujeres en materia de salud no solo constituye una violación del artículo 12, párrafo 2, de la Convención, sino también un acto de discriminación contra la mujer con arreglo a su artículo 12, párrafo 1, y su artículo 2⁶⁵.

57. En una comunicación que se refería a casos de violencia contra las mujeres durante la atención del parto y otros servicios de salud reproductiva en Croacia, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, junto con el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, exhortaron al Gobierno a realizar una investigación independiente de las denuncias, a publicar sus resultados y a elaborar un plan de acción nacional para la salud de la mujer a fin de garantizar la rendición de cuentas por los abusos sufridos por las mujeres⁶⁶.

58. En una investigación llevada a cabo sobre el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

⁶⁴ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24, la mujer y la salud (artículo 12) (1999), párr. 31 e).

⁶⁵ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. el Brasil*, comunicación núm. 4/2004, CEDAW/C/49/D/17/2008, párr. 7.6.

⁶⁶ Véase <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24198&LangID=E>. La anterior Relatora Especial, en su informe de 2013, expresó preocupación por la práctica de atar a las embarazadas durante el parto, A/68/340, párr. 57.

aclaró que una legislación penal que “obliga a las mujeres en los casos de malformación fetal grave, incluso de anomalías fetales incompatibles con la vida, y a las víctimas de violación o incesto, a llevar a término el embarazo someténdolas con ello a una angustia mental y física grave, constituye violencia de género contra la mujer”⁶⁷. Concluyó además que esa restricción de tomar decisiones reproductivas, que afectaba únicamente a las mujeres, las obligaba a llevar a término casi todos los embarazos, causaba un sufrimiento mental o físico, constituía un acto de violencia contra la mujer y equivalía a tortura o trato cruel, inhumano y degradante en violación de los artículos 2 y 5 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, leídos conjuntamente con su artículo 1.

59. En el caso *L.C. c. el Perú*, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer dictaminó que el Perú debía enmendar su legislación para permitir que las mujeres puedan abortar en caso de violación y agresión sexual, establecer un mecanismo que garantice la disponibilidad de esos servicios de aborto y garantizar el acceso a los servicios de aborto cuando la vida o la salud de la mujer está en peligro, circunstancias en las que el aborto es legal en el país⁶⁸. Una decisión similar adoptó el Comité de Derechos Humanos en el caso *K. L. c. el Perú*⁶⁹. Las conclusiones del Comité se reafirmaron, casi 15 años después, en el caso *Mellet c. Irlanda*⁵⁸.

60. En 2018 la Relatora Especial emitió una declaración conjunta con el Comité de Expertos del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará, en la que se instó al Gobierno de El Salvador a que liberara a Imelda Cortez, una mujer que estaba en prisión a la espera de juicio, debido a una emergencia obstétrica. En la declaración, ambas partes expresaron su profunda preocupación por las mujeres reclusas que necesitaban servicios obstétricos de emergencia, en particular por abortos espontáneos, y que no los recibían como consecuencia de las leyes que penalizan el aborto e impiden a los médicos proporcionarles ayuda médica⁷⁰.

61. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer también concluyó que denegar a las mujeres el acceso a métodos anticonceptivos modernos constituye discriminación contra la mujer, viola su derecho a los servicios sanitarios y a la información y su derecho a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos, y perpetúa los estereotipos de género nocivos que impiden la igualdad en el sector de la salud⁷¹.

62. Los órganos regionales de derechos humanos también han abordado las cuestiones relativas al maltrato durante la atención del parto. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha registrado violaciones del derecho de las mujeres a su vida privada y a no ser objeto de tortura o de un trato inhumano o degradante en las situaciones relacionadas con el parto⁷². Entre ellas, cabe mencionar los casos de esterilización forzada durante el parto⁷³, la separación del niño del cuidado de su

⁶⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Investigación sobre el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte en virtud del artículo 8 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer: Informe del Comité, [CEDAW/C/OP.8/GBR/1](#), párr. 83 a).

⁶⁸ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *L.C. c. el Perú*, Comunicación núm. 22/2009, [CEDAW/C/50/D/22/2009](#).

⁶⁹ *K.L. c. el Perú*, Comunicación núm. 1153/2003, [CCPR/C/85/D/1153/2003](#) (2005).

⁷⁰ https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/StatementMESECVI_EN.pdf.

⁷¹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Resumen de la investigación relativa a Filipinas en virtud del artículo 8 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, [CEDAW/C/OP.8/PHL/1](#) (2015) (denegación del acceso a la anticoncepción en Manila).

⁷² *Kononova c. Rusia*, núm. 37873/04, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2014).

⁷³ *V.C. c. Eslovaquia*, núm. 18968/07, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2012), *N.B. c. Eslovaquia*, núm. 29518/10, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2012) e *I.G. y otros c. Eslovaquia*, demanda núm. 15966/04, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2012).

madre sin el consentimiento de esta o sin una justificación relacionada con la salud⁷⁴ y las intervenciones médicas realizadas a mujeres embarazadas sin su consentimiento informado⁷⁵.

63. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos abordó específicamente el derecho de la mujer a su privacidad durante el parto en el caso *Konovalova c. Rusia*⁷². Durante el parto, a pesar de las objeciones de la Sra. Konovalova, un grupo de estudiantes de medicina observó el alumbramiento en la sala de partos y también la intervención posterior de la episiotomía, y estas personas recibieron también información sobre su salud y su tratamiento médico. La legislación nacional pertinente establecía que los estudiantes de medicina podían ayudar a practicar los tratamientos médicos bajo supervisión, pero no prevenía nada sobre la obtención del consentimiento informado de los pacientes. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos determinó que se había producido una violación del artículo 8, que afirma que todas las personas tienen derecho al respeto de su vida privada y familiar y que no podrá haber injerencias de las autoridades públicas en el ejercicio de este derecho salvo cuando ello esté previsto por ley y sea necesario en una sociedad democrática.

64. En 2010, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos reconoció, en el caso *Ternovsky c. Hungría*, que el hecho de que Hungría careciera de una regulación integral y eficaz sobre el parto en casa, lo que exponía a los profesionales sanitarios que realizan esta práctica al riesgo de ser enjuiciados, constituía una violación del derecho a la vida privada, porque se negaba a la solicitante la oportunidad de dar a luz en su domicilio. Observando que la mujer tiene derecho a un entorno jurídico e institucional que le permita elegir, el Tribunal concluyó que la falta de seguridad jurídica y la amenaza a los profesionales sanitarios limitaba las opciones de la solicitante para elegir dar a luz en casa⁷⁶, lo que constituye una violación de su vida privada, derecho amparado por el artículo 8 de la Convención Europea.

65. En cambio, en el caso de *Dubská y Krejzová c. la República Checa*⁷⁷, el Tribunal determinó que el hecho de que la legislación checa prohibiera la asistencia de matronas a partos en domicilios no constituía una injerencia en el derecho de la mujer a su vida privada amparado por el artículo 8. Del mismo modo, en el caso *Pojatina c. Croacia*⁷⁸, el Tribunal concluyó que la prohibición de parir en casa establecida en la legislación croata no infringía el artículo 8.

66. La Corte Interamericana de Derechos Humanos determinó que se habían violado los derechos a la integridad personal, a la libertad personal, a la vida privada y familiar, a la información y a no ser objeto de un trato cruel, inhumano o degradante en un caso relativo a la esterilización involuntaria de una mujer en un hospital público del Estado Plurinacional de Bolivia durante una cesárea⁷⁹. Además, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha emitido una declaración en la que insta a los Estados a documentar, investigar y sancionar las nuevas formas de violencia contra las mujeres, las niñas y las adolescentes, como, por ejemplo, la violencia obstétrica⁸⁰.

⁷⁴ *Hanzelkovi c. la República Checa*, núm. 43643/10, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2015).

⁷⁵ *Csoma c. Rumania*, núm. 8759/05, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2013).

⁷⁶ *Ternovszky c. Hungría*, núm. 67545/09, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2011), párr. 26.

⁷⁷ *Dubská y Krejzová c. la República Checa*, demandas núms. 28859/11 y 28473/12, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2016).

⁷⁸ *Pojatina c. Croacia*, demanda núm. 18558/12, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2018).

⁷⁹ *I.V. c. Bolivia*, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C) núm. 329 (2016).

⁸⁰ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, comunicado de prensa, “En el Día Internacional de la Mujer, la CIDH exhorta a los Estados a abstenerse de adoptar medidas que

67. La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos ha publicado una resolución sobre la esterilización involuntaria y la protección de los derechos humanos en el acceso a los servicios relacionados con el VIH⁸¹.

68. En un gran número de casos de derechos humanos que se ocupan de la violencia y la discriminación de las mujeres en los servicios de salud reproductiva, así como en las recomendaciones de los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos y de los procedimientos especiales, ya se han definido las normas de derechos humanos que los Estados deben cumplir. Muchas de las recomendaciones son aplicables a otros casos similares de maltrato y violencia obstétrica, y todos los Estados deberían aplicarlas para prevenir la violencia de género contra la mujer y para proteger el derecho de la mujer al nivel más alto posible de salud física, mental y reproductiva.

F. Medidas adoptadas a nivel nacional para hacer frente al maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto en los centros de salud

69. Algunos gobiernos han establecido leyes y otras iniciativas para hacer frente al maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto, como por ejemplo la capacitación de los profesionales sanitarios. En los últimos años, muchos Estados han promulgado leyes o formulado políticas y buenas prácticas que permiten expresamente a las mujeres estar acompañadas durante el parto por una persona de su elección, y han elaborado leyes generales que alientan a una “humanización” del parto. Sin embargo, incluso cuando existen esas leyes, las mujeres han informado de que, cuando lo solicitan, se les niega el derecho de estar acompañadas por una persona de su elección en la sala de partos⁸².

70. El Brasil y la Argentina también han aprobado leyes generales que alientan a una humanización del parto. La ley argentina hace hincapié, explícitamente, en los derechos de las mujeres, los recién nacidos, los acompañantes durante el parto y los familiares⁸³.

71. En 2015 el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte encargó un examen de los servicios de maternidad, en parte como consecuencia de una investigación de faltas graves cometidas en los servicios de maternidad, lo que arrojó una lección fundamental en beneficio del conjunto de los servicios de maternidad⁸⁴. El informe incluyó conclusiones y recomendaciones dirigidas a los diversos agentes para mejorar la calidad de los servicios de salud materna, en particular la creación de un procedimiento uniforme de investigación a

signifiquen un retroceso en el respeto y garantía de los derechos de las mujeres” (8 de marzo de 2018) (<http://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2018/044.asp>).

⁸¹ Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Resolution on Involuntary Sterilisation and the Protection of Human Rights in Access to HIV Services (2013) (<http://www.achpr.org/sessions/54th/resolutions/260/>).

⁸² Janka Debrecéniová, ed., *Women - Mothers – Bodies: Women’s Human Rights in Obstetric Care in Healthcare Facilities in Slovakia, Citizen, Democracy and Accountability* (2015); véase también Tamar Kabakian-Khasholian y otros, “Implementation of a labour companionship model in three public hospitals in Arab middle-income countries”, *Acta Paediatrica*, 20 de diciembre de 2018 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.14540>); véase también Bohren y otros (2015).

⁸³ Véase C.R. Williams, C. Jerez, K. Klein, M. Correa, J. M. Belizán, G. Cormick, “Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth”, *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2018.

⁸⁴ National Maternity Review, *Better Births: Improving outcomes of maternity services in England, A Five Year Forward View for maternity care* (2016), pág. 31.

nivel nacional para cuando surjan problemas y elaborar indicadores y puntos de referencia para mejorar la calidad de los servicios de maternidad⁸⁵.

72. En algunos países de América Latina, grupos y redes de mujeres, feministas, organizaciones profesionales, órganos internacionales y regionales y agentes e investigadores en materia de salud pública han liderado un movimiento en torno a la “violencia obstétrica” para mejorar la calidad de la atención que reciben las mujeres durante el embarazo, el parto y el período posterior al parto. Este nuevo movimiento vincula específicamente la “violencia obstétrica” a la violencia de género y a la mala práctica clínica y combina elementos de un trato respetuoso y una atención de calidad. La Argentina (2009), México (2014), Panamá (2013), Suriname (2014) y Venezuela (República Bolivariana de) (2007) han promulgado leyes que tipifican como delito la violencia obstétrica⁸³.

73. El Estado Plurinacional de Bolivia ha promulgado una ley sobre la violencia en los servicios de atención de la salud, con especial atención a las mujeres embarazadas. Además, la ley define un nuevo término, la “violencia contra los derechos reproductivos”, que va más allá de la definición de la violencia obstétrica que hacen la Argentina y la República Bolivariana de Venezuela e incluye también el aborto espontáneo y la lactancia materna⁸³.

74. Aunque algunos de los países mencionados han promulgado leyes progresistas sobre la violencia obstétrica, el acceso al aborto sin riesgo y otros servicios de salud reproductiva sigue siendo un desafío, y los progresos en la atención materna no han ido necesariamente acompañados de avances en otras esferas de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

IV. Conclusión y recomendaciones a los Estados y otras partes interesadas

75. **Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de las mujeres, incluido su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental durante los servicios de salud reproductiva y el parto sin ser objeto de maltrato o violencia de género, así como de aprobar leyes y políticas apropiadas para combatir y prevenir ese tipo de violencia, enjuiciar a los responsables y proporcionar reparación e indemnización a las víctimas.**

76. **Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud reproductiva y en la atención obstétrica sin ser objeto de discriminación o violencia, de sexismo o de cualquier otro tipo de violencia psicológica, tortura, trato inhumano o degradante o coacción. En el ámbito de la atención de la salud reproductiva y el parto, los sistemas de salud deben contar con los recursos presupuestarios necesarios para proporcionar una atención de la salud materna y reproductiva accesible y de calidad, a fin de velar por que se atiendan y se cumplan las necesidades y los derechos de salud reproductiva de las mujeres durante la atención del parto, los exámenes ginecológicos o los tratamientos de fecundidad, en caso de aborto espontáneo, aborto, anticoncepción y en otros contextos de la salud sexual y reproductiva.**

77. **Los Estados deben afrontar el problema del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y en la atención del parto desde una perspectiva de derechos humanos, y utilizarla para realizar una**

⁸⁵ *Ibid.* págs. 10 y 11.

investigación independiente sobre las denuncias del maltrato y la violencia de género que sufren las mujeres en los centros de salud, investigación que debería incluir las causas estructurales y sistémicas, en particular los estereotipos sobre el papel de la mujer en la sociedad, y deben además publicar los resultados y las recomendaciones, que deberían utilizarse para revisar las leyes, las políticas y los planes de acción nacionales en materia de salud reproductiva.

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

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

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

Consentimiento informado

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

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

b) Aprobar leyes y políticas en materia de salud que resulten eficaces para la aplicación del requisito de obtención del consentimiento informado en todos los servicios de salud reproductiva y garantizar el consentimiento libre, previo e informado en todas las cesáreas, las episiotomías y otros tratamientos invasivos durante la atención del parto;

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

Prevención de la violencia obstétrica

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

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

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

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

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

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

Rendición de cuentas

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

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

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

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

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

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

Leyes discriminatorias y nocivos estereotipos de género

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

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

r) Derogar las leyes que penalizan el aborto en todas las circunstancias, eliminar las medidas punitivas para las mujeres que se someten a un aborto, y como mínimo, legalizar el aborto en los casos de agresión sexual, violación, incesto y cuando seguir adelante con el embarazo suponga un riesgo para la salud

física y mental o para la vida de la mujer, y facilitar el acceso a una atención posterior al aborto segura y de calidad;

s) Retirar la acusación penal y el encarcelamiento de las mujeres que han solicitado servicios obstétricos de emergencia, en particular por abortos espontáneos, y eliminar las medidas punitivas contra los médicos, a fin de que puedan proporcionarles la asistencia médica necesaria;

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

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

Organizaciones internacionales

82. En consonancia con las declaraciones de la OMS y mediante la aplicación de las normas basadas en los derechos humanos, la OMS, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, el UNFPA y las organizaciones regionales deben reforzar su papel en la lucha y prevención del maltrato y la violencia en los servicios de salud reproductiva y en la atención del parto. A este respecto, deben cooperar en mayor medida entre sí y con los mecanismos independientes sobre los derechos humanos de la mujer, como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará, el Grupo de expertos en la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica del Consejo de Europa, la Relatora Especial sobre los Derechos de la Mujer en África de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, la Relatora Especial sobre los Derechos de la Mujer de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, así como con los Estados, las organizaciones no gubernamentales y las instituciones independientes, para prevenir esa violencia y defender el derecho humano de las mujeres al disfrute del nivel más alto posible de salud física, mental y reproductiva.