



**Defensoría
del Pueblo**



Violencia obstétrica en el Perú

ADJUNTÍA PARA LOS DERECHOS DE LA MUJER

Serie Igualdad y No Violencia N°013

Autonomía física

Informe de Adjuntía N°023-2020-DP/ADM



**Defensoría
del Pueblo**



Violencia obstétrica en el Perú

ADJUNTÍA PARA LOS DERECHOS DE LA MUJER

Serie Igualdad y No Violencia N°013

Autonomía física

Informe de Adjuntía N°023-2020-DP/ADM



Defensoría del Pueblo

Jirón Ucayali N°394-398 Lima-Perú

Teléfono: (511) 311-0300

Correo electrónico: consulta@defensoria.gob.pe

Página web: www.defensoria.gob.pe

Facebook: Defensoría del Pueblo - Oficial

Twitter: @Defensoria_Peru

Línea gratuita: 0800-15-170

Informe de Adjuntía N° 023-2020-DP/ADM Violencia obstétrica en el Perú

Primera Edición: Lima, Perú, noviembre de 2020

El presente documento fue realizado por las consultoras Gisela Fernández, Jessica Estrada y Luis Alberto López Espinoza. El proceso de elaboración, revisión y corrección del documento estuvo a cargo de la comisionada Patricia Verónica Sarmiento Rissi y de Melissa Bustamante, responsable de Género y Derechos Humanos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), bajo la dirección de la Adjunta para los Derechos de la Mujer, Eliana Revollar Añaños.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas en el Perú (UNFPA).

Cuidado de la edición: Jorge Alania Vera

Diseño y diagramación: Samir Valverde Espiritu

ÍNDICE

1.	MARCO GENERAL DE LA SITUACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL PERÚ	6
1.1.	VIOLENCIA OBSTÉTRICA	6
2.	MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL Y DECISIONES INTERNACIONALES SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	8
2.1.	MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL QUE REGULA LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	8
2.1.1.	SISTEMA UNIVERSAL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS	8
2.1.2.	SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS	11
2.2.	DECISIONES INTERNACIONALES SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	13
2.2.1.	SISTEMA UNIVERSAL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS	27
2.2.2.	SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS	33
3.	MARCO NORMATIVO NACIONAL SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	33
3.1.	CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ	34
3.2.	PLAN NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO 2016 - 2021	34
3.3.	POLÍTICA NACIONAL DE IGUALDAD DE GÉNERO	34
3.4.	PROGRAMA PRESUPUESTAL ORIENTADO A RESULTADOS DE REDUCCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER	35
3.5.	LEY N. ° 30364, LEY PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR Y SU REGLAMENTO.	36
3.6.	LEY N. ° 29414, LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y SU REGLAMENTO	37
3.7.	PROTOCOLOS QUE REGULAN LA ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINSA	40
3.7.1.	LAS GUÍAS NACIONALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	40
3.7.2.	LA NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA TRANSVERSALIZACIÓN DE LOS ENFOQUES DE DERECHOS HUMANOS, EQUIDAD DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD EN SALUD	42
3.7.3.	GUÍA TÉCNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS AFECTADAS POR LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO	42
3.8.	CÓDIGO PENAL	44
4.	LEGISLACIÓN COMPARADA EN AMERICA LATINA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	46
4.1.	ARGENTINA	46
4.2.	BOLIVIA	48
4.3.	COLOMBIA	49

4.4. ECUADOR	50
4.5. MÉXICO	51
4.6. PANAMÁ	53
4.7. VENEZUELA	54
5. ANÁLISIS DE ENTREVISTAS A ACTORES CLAVE	56
5.1. ALCANCE CONCEPTUAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	56
5.1.1. DEFINICIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	56
5.1.2. ESPECIFICIDAD DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA SOBRE OTRAS MODALIDADES DE VIOLENCIA CONTRA LAS Y LOS PACIENTES	59
5.1.3. EVALUACIÓN DE LA DEFINICIÓN FORMAL DEL ESTADO PERUANO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	62
5.2. MANIFESTACIONES	63
5.2.1. PERSONAS ENTREVISTADAS QUE ESTÁN “COMPLETAMENTE EN DESACUERDO”	70
5.2.2. PERSONAS ENTREVISTADAS QUE ESTÁN “EN DESACUERDO”	70
5.2.3. PERSONAS ENTREVISTADAS QUE ESTÁN “MEDIANAMENTE DE ACUERDO”	70
5.3. CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	70
5.4. CAUSAS Y CONSECUENCIAS	71
5.4.1. CAUSAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	71
5.4.2. LA DINÁMICA DEL PODER Y EL ABUSO DE LA DOCTRINA DE LA NECESIDAD MÉDICA	71
5.4.3. CONDICIONES Y LIMITACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD COMO CAUSAS ESTRUCTURALES DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	72
5.4.4. LEYES Y PRÁCTICAS DISCRIMINATORIAS Y NOCIVOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO	72
5.4.5. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	73
5.4.6. RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LA COVID-19	74
5.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO	75
5.5.1. ALCANCES SOBRE EL ENTENDIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	75
5.5.2. ENTENDIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PERSONAL DE SALUD	77
5.5.3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE MUJERES INDÍGENAS O CON DISCAPACIDAD POR EL PERSONAL DE SALUD	78
5.6. CONOCIMIENTO SOBRE LA ACTUACIÓN DEL ESTADO	78
5.6.1. LA ACTUACIÓN DEL ESTADO PARA AFRONTAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS.	78
5.6.2. PRINCIPALES DESAFÍOS DEL ESTADO PERUANO PARA AFRONTAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN NUESTRO PAÍS.	79

5.6.3. MECANISMOS DE SANCIÓN RECONOCIDOS POR EL ESTADO PERUANO PARA LOS CASOS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	81
5.6.4. LOS CENTROS EMERGENCIA MUJER (CEM) Y LA ATENCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	81
5.6.5. MEDIDAS QUE DEBE ADOPTAR EL ESTADO PERUANO PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	82
5.6.6. ACCIONES PARA INCORPORAR EL ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	83
5.6.7. PRINCIPALES AVANCES O LOGROS DEL ESTADO PERUANO EN MATERIA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, DE MANERA ESPECÍFICA EN EL MINSA Y EL MIMP	85
5.7. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA A NIVEL INTERNACIONAL	85
5.8. AGENDA DE INVESTIGACIÓN PENDIENTE	86
5.9. LA SANCIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA A NIVEL GREMIAL	86
6. CONCLUSIONES	88
6.1. ALCANCE CONCEPTUAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	88
6.2. MANIFESTACIONES	88
6.3. CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	90
6.4. CAUSAS Y CONSECUENCIAS	90
6.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO	92
6.6. CONOCIMIENTO SOBRE LA ACTUACIÓN DEL ESTADO	92
6.7. AGENDA DE INVESTIGACIÓN PENDIENTE	95
6.8. LA SANCIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA A NIVEL GREMIAL	95
7. RECOMENDACIONES	96
8. BIBLIOGRAFÍA	99

1. MARCO GENERAL DE LA SITUACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL PERÚ

La violencia contra las mujeres es una problemática que ha estado presente en la sociedad a lo largo de la historia y en diversas culturas, y ha sido utilizada como un mecanismo para situarlas en una posición de inferioridad con relación a los hombres. Asimismo, ha sido usada para limitar las actividades de las mujeres al ámbito privado, asignándoles roles de cuidado caracterizados por la sumisión y el sacrificio.¹

1.1. VIOLENCIA OBSTÉTRICA

En el Perú, la legislación nacional ha reconocido de manera explícita la violencia obstétrica como una de las manifestaciones de la violencia contra las mujeres, destacando tres instrumentos normativos: 1) el “Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 – 2021”², 2) la Ley N° 30364 y su Reglamento³ y, 3) el Programa Presupuestal orientado a Resultados (PPoR) de Reducción de la Violencia contra la Mujer.

La definición de violencia obstétrica en el Perú ha sido desarrollada únicamente en el Decreto Supremo N° 008-2016-MIMP, que aprueba el “Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 – 2021” de la siguiente manera:

“Comprende todos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos

naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.

De acuerdo al mencionado Plan, la violencia obstétrica se produce cuando se encuentran presentes los siguientes aspectos: i) existe un acto de violencia, ii) este acto es producido por personal de salud, iii) el acto se desarrolla en relación a los procesos reproductivos, y iv) el acto impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres. Asimismo, el Plan señala que la violencia obstétrica se expresaría en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

Por su parte, el Ministerio de Salud cuenta con diversas normas que regulan la atención de las víctimas de violencia, entre las que se encuentran 1) las Guías Nacionales para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, aprobadas mediante Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA; 2) la Norma Técnica de salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA; y 3) la Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 141-2007/MINSA. No obstante, ninguna de estas normas aborda de manera explícita la violencia obstétrica.

En este sentido, tampoco existiría un procedimiento específico para investigar y sancionar la violencia obstétrica en el sector salud. Sin embargo, sí se han establecido procedimientos administrativos a fin de atender cualquier denuncia relacionada a la

1 Defensoría del Pueblo. (2018). Informe Defensorial N° 179 – Centros Emergencia Mujer, supervisión a nivel nacional 2018. Lima: Defensoría del Pueblo, pp. 10 y Defensoría del Pueblo. (2017). La Ley N°30364, La administración de justicia y la visión de las víctimas. Informe de Adjuntía N°063-2017-DP-ADM. Lima: Defensoría del Pueblo, pp. 11.

2 Aprobado mediante el Decreto Supremo N° 08-2016-MIMP.

3 Modificados mediante Decreto Supremo N° 004-2019-MIMP.

vulneración de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29414, “Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud”, y su Reglamento⁴. Así, toda persona que se encuentre disconforme con la atención recibida tiene derecho a ser escuchada y recibir respuesta, debiendo presentar su reclamo ante las instancias competentes, sin perjuicio de acudir en vía de queja ante Susalud⁵ para el inicio del procedimiento administrativo que pudiere corresponder. En el ámbito penal, el Código Penal peruano no ha establecido la violencia obstétrica como delito, pero dicha conducta podría ser sancionada a través de otros tipos penales de acuerdo a las características de cada caso.

Sobre el tema de la violencia obstétrica en particular, en el Informe de Adjuntía N°001-2017-DP/ADM “Derecho a la salud materna” de la Defensoría del Pueblo del Perú, se recomendó al Minsa *“Implementar una norma específica que aborde la prevención y sanción de la violencia obstétrica, frente a los casos de maltrato de las usuarias en la atención durante el embarazo y el parto, en particular de las mujeres quechuahablantes”*. Asimismo, a fines del año 2019, con la aprobación del Programa Presupuestal orientado a Resultados (PPoR) de Reducción de la Violencia contra la Mujer, se ha considerado que el Minsa desarrolle un estudio sobre los “Factores que explican prevalencia y determinantes de la violencia obstétrica”.

4 Aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA

5 Superintendencia Nacional de Salud

2. MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL Y DECISIONES INTERNACIONALES SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

2.1. MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL QUE REGULA LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Los instrumentos internacionales del sistema universal e interamericano de protección de derechos humanos no han reconocido de manera explícita la violencia obstétrica. Sin embargo, sí han reconocido el derecho a una vida libre de violencia y el derecho al acceso a servicios de salud apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto. A continuación, mencionamos los principales instrumentos internacionales:

2.1.1. SISTEMA UNIVERSAL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

2.1.1.1. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer⁶

La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer define la “violencia contra la mujer” y sus alcances, en los artículos 1 y 2:

“Artículo 1

A los efectos de la presente Declaración, por “violencia contra la mujer” se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la

privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

Artículo 2

Se entenderá que la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos:

a) La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación;

b) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;

c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.”

Así, la violencia contra las mujeres comprende los siguientes elementos: i) todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, ii) que el acto de

⁶ <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx#:~:text=Los%20Estados%20deben%20condenar%20la,la%20violencia%20contra%20la%20mujer.>

violencia tenga o pueda tener como resultado: (a) un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, (b) amenazas de un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, (c) la coacción o (d) la privación arbitraria de la libertad; iii) puede producirse en la vida pública como en la vida privada. Si bien no se realiza una mención explícita sobre la violencia contra las mujeres en los establecimientos de salud, sí reconoce que la violencia puede ser perpetrada o tolerada por el Estado dondequiera que ocurra.

Asimismo, establece en el literal f) del artículo 3 que las mujeres tienen derecho al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar.

2.1.1.2. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)⁷

El PIDESC reconoce de manera específica el derecho que tienen todas las personas a la salud y el derecho a una especial protección a las madres antes y después del parto. Así, el inciso 2 del artículo 10 establece lo siguiente:

“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que: (...) 2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social. (...)”.

Asimismo, el inciso 1 del artículo 12 establece que los estados parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Complementariamente, el inciso 2 del mencionado artículo señala que, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, se deben adoptar medidas para:

“a) La reducción de la mortalidad y de la

mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus 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.”

Aunque no menciona de manera explícita la violencia contra las mujeres ni la violencia obstétrica, el PIDESC reconoce la necesidad de una especial protección a la madre antes y después del parto, así como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2.1.1.3. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)⁸

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)⁹ entró en vigor el 3 de setiembre de 1981. En su artículo 1, la CEDAW establece que la expresión “discriminación contra la mujer” es entendida como:

“[T]oda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”.

7 <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

8 <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>

9 Entró en vigor el 3 de setiembre de 1981.

Asimismo, respecto del derecho de las mujeres al acceso a servicios de salud apropiados, la CEDAW establece en el artículo 12 lo siguiente:

“Artículo 12

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.” (Subrayado nuestro).

Como podemos observar, la CEDAW establece que es una obligación de los Estados Parte garantizar a las mujeres el acceso a servicios de salud apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto. Asimismo, deben adoptar todas las medidas para eliminar la discriminación contra las mujeres en el ámbito de la atención médica.

Al respecto, cabe resaltar que la definición de discriminación contra las mujeres incluye *“la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada”*, de conformidad con la Recomendación general N. ° 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

2.1.1.4. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

El ODS número 6 denominado “Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas” establece dos metas

relacionadas con la violencia: “16.1 Reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo” y “16.2 Poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.”

2.1.1.5. La Declaración de la Organización Mundial de la Salud “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” 2014¹⁰

En este documento, la OMS¹¹ declara que, *“Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”*

La OMS señala de manera particular que las mujeres embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación y a obtener el más alto nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, la OMS ha reconocido que muchas mujeres sufren o han sufrido violencia en los establecimientos de salud durante el parto, la cual se expresa, entre otras, a través de las siguientes manifestaciones: 1) trato irrespetuoso, ofensivo o humillante, 2) maltrato físico o verbal, 3) procedimientos médicos sin consentimiento informado, consentimiento incompleto u obtenido de manera coercitiva, 4) esterilización sin su consentimiento, 5) negativa a administrar analgésicos, 6) violaciones flagrantes de la privacidad, 7) rechazo de la admisión en centros de salud, 8) negligencia hacia las mujeres durante el parto, 9) retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de

¹⁰ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=D164E0008016FD80232EA9899B67B090?sequence=1

¹¹ Organización Mundial de la Salud.

salud debido a su incapacidad de pago.

Asimismo, señala que son las adolescentes, así como las mujeres solteras, de nivel socioeconómico bajo, que pertenecen a una minoría étnica, inmigrantes y las que padecen VIH¹², entre otras; tienen un mayor riesgo a experimentar estas situaciones de violencia.

Estos hechos generan desconfianza por parte de las mujeres hacia los profesionales de la salud que las atienden y las desmotivan a buscar asistencia materna y utilizar los servicios existentes.

Asimismo, en el mismo año que emitió la Declaración, la OMS resaltó que no había consenso internacional sobre cómo definir y medir, científicamente, el maltrato ni la falta de respeto, ni cómo medir su prevalencia e impacto en la salud, el bienestar y elecciones de las mujeres. Por ello, señala que, para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto en los establecimientos de salud, es necesario adoptar las siguientes acciones:

- 1) Realizar investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.
- 2) Diseñar y fortalecer programas para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, enfocándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
- 3) Enfatizar en el personal de salud la necesidad de respetar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa durante el embarazo y el parto.
- 4) Generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.
- 5) Involucrar a las mujeres y otros actores claves en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e

12 Virus de inmunodeficiencia humana.

irrespetuosas.

2.1.2. SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

2.1.2.1. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém Do Pará”¹³

La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, conocida como la Convención “Belém do Pará”, reconoce expresamente la obligación de los Estados Parte de actuar con la **debida diligencia para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres**, sea que esta se produzca por la actuación de los agentes del Estado o de particulares.

El artículo 1 establece para los efectos de la Convención, que **la violencia contra las mujeres** debe entenderse 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”*. Además, el artículo 2¹⁴ señala que la violencia contra las mujeres incluye la violencia física, sexual y psicológica, que puede tener lugar en los establecimientos de salud y puede ser perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.

Asimismo, el artículo 7 establece que los **Estados parte deben adoptar**, por todos los medios

13 <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

14 Artículo 2. Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

- a. 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, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;
- b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y
- c. que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.

apropiados y sin dilaciones, **políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia contra la mujer**, para lo cual realizarán lo siguiente:

“a. abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación;

b. actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer;

c. incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso;

Si bien la Convención no menciona de manera explícita la violencia obstétrica, de acuerdo a lo establecido en el inciso a) del artículo 7 podemos señalar que los Estados parte tienen la obligación de adoptar todas las medidas para que el personal de salud se abstenga de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer, como lo es este tipo de violencia. Asimismo, de acuerdo al inciso c), los Estados partes tienen la obligación de adoptar medidas y normas administrativas apropiadas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, pudiendo incluirse aquí de manera específica la violencia obstétrica.

Por su parte, el artículo 8 de la Convención señala que los Estados parte deben adoptar, en forma progresiva, medidas específicas y programas para:

“a. fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, y el derecho de la mujer a que se respeten y protejan sus derechos humanos;

2. *modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, incluyendo el diseño de programas de educación formales y no formales apropiados a todo nivel del proceso educativo, para contrarrestar prejuicios y costumbres y todo otro tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los papeles estereotipados para el hombre y la mujer que legitiman o exacerban la violencia contra la mujer;*

(...)

h. garantizar la investigación y recopilación de estadísticas y demás información pertinente sobre las causas, consecuencias y frecuencia de la violencia contra la mujer, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra la mujer y de formular y aplicar los cambios que sean necesarios, y (...) (Subrayado nuestro).

Dichas obligaciones son aplicables a todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, motivo por el cual los Estados parte tendrían la obligación de adoptar las medidas necesarias para modificar los prejuicios, costumbres y prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los estereotipos de género que legitiman o exacerban la violencia contra la mujer; y la obligación de contar con estadísticas e información pertinente sobre las causas, consecuencias y frecuencia de la violencia contra la mujer, pudiendo incluirse aquí de manera específica la violencia obstétrica.

Finalmente, cabe destacar que el artículo 9 de la Convención establece que las medidas que adopten los Estados parte deben considerar *“la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En*

igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad". En ese sentido, la Convención considera importante tomar en cuenta la identidad de las mujeres, así como la situación en la que se encuentren al momento de sufrir violencia, tal como puede ser el encontrarse en estado de gestación.

2.1.2.2. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"¹⁵

El Protocolo de San Salvador reconoce en el inciso 1 del artículo 10 que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

Respecto del derecho de las mujeres antes, durante y después del parto, el literal a) del inciso 3 del artículo 15 del Protocolo de San Salvador establece que los Estados partes se comprometen a brindar una adecuada protección al grupo familiar y en especial a "conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto" (subrayado nuestro).

2.2. DECISIONES INTERNACIONALES SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Tanto en el sistema universal como en el sistema interamericano de protección de derechos humanos; diversos órganos de vigilancia, mecanismos o expertos/as se han pronunciado sobre el derecho a una vida libre de violencia, los derechos de las mujeres antes, durante y después del parto, y algunos han mencionado de manera explícita la violencia obstétrica como una expresión de violencia de género o violencia contra la mujer.

¹⁵ <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

2.2.1. SISTEMA UNIVERSAL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

2.2.1.1. Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias¹⁶

La Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, de conformidad con lo dispuesto en la resolución 71/170 de la Asamblea General, presentó a la Asamblea General el Informe **"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"** de fecha 11 de julio de 2019.

En su informe, la relatora presenta las principales 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, analiza las causas del maltrato y la violencia contra la mujer en estos servicios, presenta el marco normativo regional e internacional de derechos humanos relacionado al maltrato y la violencia relacionado y las 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, conclusiones y recomendaciones a los Estados miembro.

Respecto de la violencia obstétrica, la Relatora Especial utiliza en el informe el término **"violencia obstétrica"** para referirse a la **violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los establecimientos de salud**. Al respecto, señala que, si bien el término "violencia obstétrica" no es usado todavía en el derecho internacional de los derechos humanos, a nivel regional, el Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará ha sido el primer mecanismo en

¹⁶ <https://undocs.org/es/A/74/137>

reconocerla como una violación de los derechos humanos y ha recomendado que los Estados promulguen leyes que la penalicen.

Asimismo, la relatora precisó en su informe que existen formas de maltrato relacionadas con la atención del parto y otros servicios de salud reproductiva que, en determinadas circunstancias, no constituyen una forma de violencia contra las mujeres, pero sí pueden considerarse violaciones a los derechos humanos con base en las normas de derechos humanos y en la jurisprudencia en materia de derechos humanos.

La relatora también menciona que el consentimiento informado es un derecho humano y es considerado una garantía frente a la violencia obstétrica. Así, resalta que la falta de consentimiento constituye una violación de los derechos humanos que puede ser imputada a los Estados y a sus sistemas nacionales de salud. Asimismo, la Relatora recomienda a los Estados que a fin de prevenir la violencia obstétrica deben:

“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; (...).”

Con relación a las causas del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva, la relatora señala los siguientes:

- a. Condiciones y limitaciones de los sistemas de salud como causas estructurales de la violencia obstétrica.** - Estas se expresan mediante los siguientes factores:
 - Malas condiciones de trabajo de muchos profesionales de la salud.
 - Sobrerrepresentación de los hombres en la atención ginecológica y obstétrica.
 - Insuficiente presupuesto para la atención de la salud sexual y reproductiva.
 - Falta de capacitación de los trabajadores sanitarios en materia de ética médica y derechos humanos de los pacientes.
 - Falta de exigencia punible a los trabajadores sanitarios a prestar una atención respetuosa y no discriminatoria.
 - Desiguales relaciones de poder existentes dentro del sistema de salud.
 - Insuficiencia de personal de salud y el gran número de pacientes.
 - Bajos salarios, las largas jornadas de

trabajo y la falta de infraestructura.

- Falta de apoyo y supervisión de los profesionales sanitarios.

b. Leyes y prácticas discriminatorias y nocivos estereotipos de género.

- La relatora menciona varias formas discriminatorias que se han documentado, siendo algunas de ellas formas interseccionales de discriminación. A continuación, se detalla algunas normas y prácticas discriminatorias identificadas:

- El requisito de obtener el consentimiento del esposo o de un tercero para que la mujer sea sometida a tratamiento médico, no reconociendo así la capacidad de toma de decisiones de las mujeres.
- 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.
- La esterilización forzada, como ejemplo de discriminación interseccional, suele afectar con mayor frecuencia a las mujeres pertenecientes a minorías y a las mujeres indígenas.
- Segregación de las mujeres en los centros de salud por motivos de raza u origen étnico.
- Discriminación a las mujeres y las niñas con discapacidad basada en estereotipos tales como considerarlas asexuales o sexualmente inactivas, o incapaces para criar a sus hijos,

presionándoles así para que interrumpan sus embarazos.

- Otros estereotipos basados en convicciones religiosas, sociales y culturales sobre la sexualidad, el embarazo y la maternidad de las mujeres. Un ejemplo de ello es creer que el parto es un acontecimiento que exige el sufrimiento de la mujer.

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

- Al respecto, la relatora señala que existe una relación de poder desequilibrada donde la dinámica en la relación entre las pacientes y los establecimientos de salud se ve reforzada por los estereotipos de género que existen sobre la mujer. Así, los establecimientos de salud son percibidos como el espacio donde los médicos tienen el poder del conocimiento y son quienes cuentan con la competencia médica reconocida, mientras que las mujeres dependen de esa información y atención. Esto se agrava con la cultura de la impunidad cuando no se sanciona al personal de salud que ejerció violencia hacia las mujeres, o no es percibida como violencia y pasa inadvertida.

Asimismo, en su Informe la relatora recuerda y resalta las obligaciones internacionales que han asumido los Estados miembro de respetar, proteger y hacer efectivos los siguientes derechos de las mujeres:

- 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;

- 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 ese sentido, los Estados miembro 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, atendiendo lo siguiente:

- 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 calificado y el consiguiente gran volumen de trabajo que se genera en los centros de salud;
- d. La aprobación de leyes y políticas apropiadas para combatir y prevenir ese tipo de violencia;
- e. La elaboración de estrategias nacionales sobre los servicios de salud reproductiva y la atención del parto, a fin de garantizar 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;
- f. La falta o ausencia de procesos sancionatorios contra los responsables de violencia obstétrica y reparaciones e indemnizaciones adecuadas

para las víctimas;

- g. La falta de recursos presupuestarios 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;
- h. La falta de 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 rol que la sociedad les asigna;
- i. La falta de publicación y difusión de los resultados y las recomendaciones de las investigaciones que sirvan como insumos para la creación o modificación de leyes, políticas y planes de acción nacional en materia de salud reproductiva;
- j. La ausencia de 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;

Para combatir y prevenir el maltrato y la violencia contra la mujer, la relatora señala que los Estados miembro deben adoptar diversas acciones en materia de consentimiento informado, prevención de la violencia obstétrica, rendición de cuentas, leyes discriminatorias y nocivos estereotipos de género:

<p>Consentimiento informado</p>	<p><i>“a) Garantizar la aplicación adecuada y efectiva del requisito de obtención del consentimiento informado en consonancia con las normas de derechos humanos;</i></p> <p><i>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;</i></p> <p><i>c) Respetar la autonomía de la mujer, su integridad y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva;”</i></p>
<p>Prevención de la violencia obstétrica</p>	<p><i>“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;</i></p> <p><i>e) Considerar la posibilidad de permitir el parto en casa e impedir la penalización de dicha modalidad de parto;</i></p> <p><i>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;</i></p> <p><i>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;</i></p> <p><i>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></p> <p><i>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; “</i></p>
<p>Rendición de cuentas</p>	<p><i>“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;</i></p> <p><i>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;</i></p> <p><i>l) Garantizar la investigación exhaustiva e imparcial de las denuncias de maltrato y violencia contra las mujeres durante la atención del parto;</i></p> <p><i>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;</i></p> <p><i>n) Asegurarse de que los órganos reguladores, en particular las instituciones nacionales de derechos humanos, las comisiones de ética, los ombudsmen⁽¹⁾ 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;</i></p>

	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>“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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>u) Poner fin a la discriminación interseccional o a los estereotipos que de forma agravada sufren determinados subgrupos de personas.”</p>

(l) El ombudsman es el responsable de garantizar que los derechos de las personas no sean vulnerados por el Estado. Su función es La misión de este funcionario es asegurar el respeto en el ejercicio de los derechos de cada uno de los ciudadanos y ciudadanas. Su elección se realiza mediante una votación en el Congreso, después de un debate público. No obstante, el ejercicio de sus funciones es independiente de los poderes del Estado.

2.2.1.2. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

a. Recomendación General N.º 24 “La mujer y la salud”

En la presente recomendación, el comité analiza los alcances y elementos fundamentales del artículo 12 de la convención que dice lo siguiente:

“Artículo 12

1. Los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en

condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Parte garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.”

Al respecto, el comité señala que si bien existen

diferencias biológicas entre mujeres y hombres que pueden causar diferencias en el estado de salud, a ellos se suman factores sociales que influyen de manera distinta e importante en el estado de salud de las mujeres y los hombres, y que, incluso pueden variar entre las propias mujeres. Por ello, considera que debe prestarse especial atención a las necesidades y los derechos en materia de salud de las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables y desfavorecidos tales como las niñas, mujeres adultas mayores, las migrantes, las refugiadas y las desplazadas internas, las trabajadoras sexuales, las mujeres indígenas, las mujeres con discapacidad física o mental; entre otras.

En ese sentido, menciona que existen características y factores de las mujeres diferentes a las de los hombres, y que tienen un impacto en el ejercicio de sus derechos en materia de salud, como lo son:

- **Factores biológicos:** hacen referencia a las diferencias biológicas que existen entre la mujer y el hombre como la menstruación, la función reproductiva y la menopausia.
- **Factores socioeconómicos:** hacen referencia a los factores sociales y económicos que son diferentes para las mujeres y los hombres; e incluso para algunos grupos de mujeres en particular. Estos factores suelen estar asociados a las brechas de género como la desigualdad salarial, trabajo doméstico no remunerado, informalidad laboral, participación política, participación económica, desnutrición, pobreza, etc.
- **Factores psicosociales:** que se pueden asociar a factores biológicos y sociales, por ejemplo, la depresión posparto cuyo origen es biológico, pero que socialmente no ha recibido el reconocimiento adecuado como una etapa que puede producirse durante los primeros meses de vida del recién nacido o de la recién nacida porque se contradice con el rol de madre amorosa, feliz y abnegada

que se asume que la mujer debe ejercer luego de dar a luz. Situaciones similares se presentan con otros procesos biológicos que experimentan las mujeres, como el síndrome premenstrual o la menopausia, cuyas manifestaciones biológicas han sido estigmatizadas socialmente, percibidas como experiencias negativas.

- **La falta de respeto del carácter confidencial de la información:** si bien afecta tanto a hombres como a mujeres, su impacto es distinto para ambos grupos. Un claro ejemplo se puede dar en lo relacionado a los derechos sexuales y reproductivos, donde las conductas socialmente aceptables influyen en la búsqueda de atención médica (tratamiento de infecciones de transmisión sexual, prevención de embarazos no deseados, atención de abortos incompletos) o de acceso a la justicia (en casos relacionados a la violencia sexual, violencia física y/o psicológica).

Tomando en cuenta estos factores, el comité considera que la violencia por motivos de género tiene un impacto crítico en la vida de las mujeres, motivo por el cual los Estados parte deben garantizar, entre otros aspectos:

- La promulgación y aplicación eficaz de leyes, y la formulación de políticas que incluyen **protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios que aborden la violencia contra las mujeres** y la prestación de los servicios sanitarios apropiados.
- La **capacitación de los y las trabajadores de la salud** sobre cuestiones relacionadas con el género a fin que puedan detectar y tratar adecuadamente las consecuencias que tienen en la salud de las mujeres.
- **Procedimientos justos y seguros para atender las denuncias**, e imponer las sanciones correspondientes a los y las profesionales de la salud responsables de haber cometido abusos sexuales contra las pacientes.

Además, el comité señala que los Estados parte deben garantizar que los procesos relacionados al embarazo, parto y puerperio, cumplan con garantizar de manera adecuada el derecho de las mujeres a servicios de ginecología y obstetricia gratuitos y seguros, para lo cual debe asignar la mayor cantidad de recursos posibles.

b. Recomendación General N.º 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, que actualiza la recomendación general número 19

En esta recomendación general, el comité complementa y actualiza la orientación formulada a los Estados parte en la recomendación general N.º 19 y resalta que debe leerse dicha recomendación de manera conjunta con la N.º 35.

Así, el comité reconoce que la violencia de género puede afectar a algunas mujeres en distinta medida o en distintas formas, lo que significa que se requieren respuestas jurídicas y normativas adecuadas¹⁷. Esto se debe a que la discriminación contra la mujer se encuentra vinculada a otros factores que afectan a su vida, tales como *“el origen étnico o la raza de la mujer, la condición de minoría o indígena, el color, la situación socioeconómica y/o las castas, el idioma, la religión o las creencias, la opinión política, el origen nacional, el estado civil, la maternidad, la edad, la procedencia urbana o rural, el estado de salud, la discapacidad, los derechos de propiedad, la condición de lesbiana, bisexual, transgénero o intersexual, el analfabetismo, la solicitud de asilo, la condición de refugiada, desplazada interna o apátrida, la viudez, el estatus migratorio, la condición de cabeza de familia, la convivencia con el VIH/SIDA, la privación de libertad y la prostitución, así como la trata de mujeres, las situaciones de conflicto armado, la lejanía geográfica y la estigmatización de las mujeres que luchan por sus derechos, en particular las defensoras de los*

¹⁷ Recomendación general núm. 28, párr. 18; e informe de la investigación relativa al Canadá ([CEDAW/C/OP.8/CAN/1](#)), párr. 197.

derechos humanos^{18”}.

El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia por razón de género es indivisible e interdependiente respecto de otros derechos humanos, tales como el derecho a la vida, la salud, la libertad y la seguridad de la persona, la igualdad, entre otros.

Asimismo, reconoce que la violencia por razón de género contra las mujeres se produce en todos los espacios y esferas de la interacción humana, ya sean públicos o privados, siendo uno de ellos los servicios de salud, pudiendo producirse por los actos u omisiones de agentes estatales o no estatales. Al respecto, el comité considera que son actos atribuibles al propio Estado todos aquellos 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.

A fin de prevenir la violencia por razón de género contra las mujeres, el comité recomienda a los Estados parte **diversas medidas preventivas**, siendo una de ellas que los y las profesionales de la salud¹⁹ (en particular

¹⁸ Recomendación general núm. 33, párrs. 8 y 9. Otras recomendaciones generales pertinentes con respecto a las formas interrelacionadas de discriminación son la recomendación general núm. 15 (1990) sobre la necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el SIDA, la recomendación general núm. 18 (1991) sobre las mujeres discapacitadas, la recomendación general núm. 21 (1994) sobre la igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares, la recomendación general núm. 24 (1999) sobre la mujer y la salud, la recomendación general núm. 26 (2008) sobre las trabajadoras migratorias, la recomendación general núm. 27 (2010) sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos, la recomendación general núm. 30, la recomendación general núm. 31 y la observación general núm. 18, adoptadas de manera conjunta, la recomendación general núm. 32 y la recomendación general núm. 34. El Comité también ha abordado las formas interrelacionadas de discriminación en sus dictámenes sobre *Jallow c. Bulgaria*, *S. V. P. c. Bulgaria*, *Kell c. el Canadá*, *A. S. contra Hungría*, *R. P. B. c. Filipinas* y *M. W. c. Dinamarca*, entre otros, y en las investigaciones, en particular las relativas a México, de 2005, y el Canadá, de 2015 (véase la nota de pie de página 7, más arriba).

¹⁹ Véanse *Abramova c. Belarús*; la comunicación núm. 53/2013, *A. c. Dinamarca*, dictamen aprobado el 19 de noviembre de 2015; y la resolución [65/229](#) de la Asamblea General relativa a las Reglas de

en la esfera de la salud sexual y reproductiva) reciban capacitación, educación y formación obligatorias para prevenir y combatir debidamente esta forma de violencia. Dicha educación y capacitación, estima el comité, debe promover la comprensión de los siguientes aspectos:

- *“La forma en que los estereotipos y prejuicios de género conducen a la violencia por razón de género contra la mujer y las respuestas inadecuadas a la misma²⁰;*
- *El trauma y sus efectos, la dinámica de poder que caracteriza la violencia contra la pareja y las diversas situaciones en que las mujeres experimentan diversas formas de violencia por razón de género, lo que debería incluir las formas interrelacionadas de discriminación que afectan a grupos específicos de mujeres y a los medios adecuados de interacción con las mujeres en el contexto de su trabajo y a la eliminación de los factores que conducen a su revictimización y debilitan su confianza en las instituciones y agentes estatales²¹;*
- *Las disposiciones jurídicas nacionales y las instituciones nacionales sobre la violencia por razón de género contra la mujer, los derechos de las víctimas y supervivientes, las normas internacionales y los mecanismos asociados y sus responsabilidades en ese contexto, lo que debería incluir la debida coordinación y remisión entre diversos órganos y la documentación adecuada de dicha violencia, prestando el debido respeto a la privacidad y al derecho a la confidencialidad de la mujer y con el consentimiento libre e informado de las víctimas y supervivientes.”*

las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes (Reglas de Bangkok).

²⁰ Véanse, entre otras, *Belousova c. Kazajstán, R. P. B. c. Filipinas, Jallow c. Bulgaria y L. R. c. la República de Moldova.*

²¹ Véanse *M. W. c. Dinamarca, R. P. B. c. Filipinas, Jallow c. Bulgaria y Kell c. el Canadá.*

c. Dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer respecto de la comunicación N.º 138/2018²², adoptado el 28 de febrero del 2020.

S. F. M. presenta el 30 de octubre del 2018 una comunicación ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer señalando que el estado de España ha violado los derechos que la asisten con arreglo a los artículos 2, 3, 5 y 12 de la convención, por la violencia obstétrica de la cual fue víctima en un hospital durante su parto.

Respecto a los hechos del caso, S. F. M. sostuvo que fue víctima de patologización de su parto, a través de un ingreso precoz, tactos vaginales innecesarios, administración de oxitocina sin información ni consentimiento, obligación de dar a luz en posición de litotomía, extracción instrumental y episiotomía sin información ni consentimiento, y finalmente separación de su hija por una infección probablemente causada por las intervenciones médicas con ocasión de los diez tactos vaginales que le realizaron. De acuerdo a su argumentación, esta situación se debe a una discriminación estructural que se basa en estereotipos de género con respecto a la sexualidad, la maternidad y el parto. Asimismo, S. F. M. sostuvo que dichos estereotipos se perpetuaron en las instancias administrativas y judiciales. Por ello, esta situación constituiría una violación de sus derechos a servicios de salud de calidad y libres de violencia y discriminación, a la autonomía personal e integridad física y moral.

A fin de evaluar el caso, el comité tomó en consideración lo presentado por peticionaria y el Estado español, así como la normativa y decisiones internacionales; en especial el informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias; presentado ante la Asamblea General de las Naciones Unidas, sobre los derechos

²² https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/75/D/138/2018&Lang=en

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.

Por ello, el comité concluyó lo siguiente:

- El embarazo de S. F. M. se desarrolló normalmente y sin complicaciones, motivo por el cual no había una situación de emergencia cuando llegó al hospital. Sin embargo, desde su ingreso fue sometida a numerosas intervenciones, sin que haya recibido explicaciones al respecto y sin que se le haya permitido opinar sobre las mismas.
- Las autoridades administrativas y judiciales del Estado español aplicaron nociones estereotipadas y, por lo tanto, discriminatorias, al asumir que: es el médico quien decide realizar o no la episiotomía, al afirmar sin proporcionar explicación alguna al respecto que era “perfectamente comprensible” que el padre no pudiera estar presente en el parto instrumental, al asumir que las lesiones psicológicas sufridas por la autora eran una cuestión de “mera percepción”. No obstante, sí mostraron empatía hacia el padre cuando declaró haberse visto privado de relaciones sexuales coitales durante dos años.

Por todo lo anterior, el comité dictaminó que se habían vulnerado los siguientes derechos reconocidos en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: los incisos b), c),

d), f) de los artículos 2²³, 3²⁴, 5²⁵ y 12²⁶.

Finalmente, el comité emitió las siguientes recomendaciones al estado de España:

23 “Artículo 2

Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto, se comprometen a: (...)

b) Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer;

c) Establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer sobre una base de igualdad con los del hombre y garantizar, por conducto de los tribunales nacionales competentes y de otras instituciones públicas, la protección efectiva de la mujer contra todo acto de discriminación;

d) Abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación; (...)

f) Adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer; (...).”

24 “Artículo 3

Los Estados Partes tomarán en todas las esferas, y en particular en las esferas política, social, económica y cultural, todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre.”

25 “Artículo 5

Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para:

a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres;

b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos.”

26 “Artículo 12

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.”

- Respecto de la víctima: El Estado debe proporcionar una reparación apropiada a la misma, que incluya una indemnización financiera adecuada a los daños de salud física y psicológica sufridos.
- De manera general, el estado debe asegurar los derechos de las mujeres a una maternidad segura y acceso a servicios adecuados, realizar investigaciones sobre violencia obstétrica, capacitar a los profesionales de la salud, personal judicial y encargado del cumplimiento de la ley, así como asignar recursos para reparar a las víctimas:
 - *“Asegurar los derechos de las mujeres a una maternidad sin riesgo y el acceso de todas las mujeres a una atención obstétrica adecuada, (...) en particular, proporcionar a la mujer información adecuada en cada etapa del parto y requerir su consentimiento libre, previo e informado en todos los tratamientos invasivos durante la atención del parto, excepto en situaciones en las cuales la vida de la madre y/o del bebé esté en riesgo, respetando la autonomía de la mujer y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva”*
 - *“Realizar estudios sobre la violencia obstétrica en el Estado parte que permitan visibilizar la situación y así orientar las políticas públicas de lucha contra dicha violencia”;*
 - *“Proporcionar capacitación profesional adecuada a los trabajadores obstétricos y otros trabajadores de la salud en materia de derechos de salud reproductiva de la mujer”;*
 - *“Asegurar el acceso a recursos eficaces en los casos en que los derechos de salud*

reproductiva de la mujer hayan sido violados, incluido en casos de violencia obstétrica, y proporcionar capacitación al personal judicial y al personal encargado de velar por el cumplimiento de la ley.”

2.2.1.3. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC)

El Comité de derechos económicos, sociales y culturales no desarrolla de manera explícita la violencia obstétrica, pero si menciona algunos aspectos referidos a la protección de las mujeres durante el parto.

a. Observación General N. ° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12)²⁷

El comité DESC señala que las obligaciones de proteger de los Estados parte comprenden, entre otras, *“la obligación de velar por que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia; impedir que terceros induzcan a la mujer a someterse a prácticas tradicionales, (...) y de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad”*

b. Observación General N.º 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del PIDESC)

El comité DESC ha señalado que el derecho a la salud sexual y reproductiva *“implica un conjunto de libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva. Entre los derechos cabe mencionar el acceso sin trabas a toda una serie de establecimientos, bienes, servicios e información relativos a la salud, que*

²⁷ <https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12>

asegure a todas las personas el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva en virtud del artículo 12 del Pacto”.

Asimismo, señala que la salud sexual y la salud reproductiva son diferentes, siendo la salud sexual, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *“un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad”*. Mientras que *“la salud reproductiva”*, de conformidad con lo establecido en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, es *“la capacidad de reproducirse y la libertad de adoptar decisiones informadas, libres y responsables. También incluye el acceso a una serie de información, bienes, establecimientos y servicios de salud reproductiva que permitan a las personas adoptar decisiones informadas, libres y responsables sobre su comportamiento reproductivo.”*

Respecto a la necesidad de erradicar las barreras que impiden el ejercicio autónomo del derecho a la salud sexual y reproductiva, el comité DESC ha señalado que los estados deben adoptar *“medidas afirmativas para erradicar las barreras sociales en función de las normas o creencias que impiden a las personas de diferente edad y género, las mujeres, las niñas y los adolescentes el ejercicio autónomo de su derecho a la salud sexual y reproductiva”*. En ese sentido, el comité señala que los malentendidos, los prejuicios y los tabúes sociales sobre el embarazo, el parto y la fecundidad se deben modificar a fin de que no obstaculicen el disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva.

Además, sostiene el comité que *“los estereotipos, las suposiciones y las expectativas basados en el género sobre la subordinación de las mujeres respecto de los hombres y su función exclusiva como cuidadoras y madres (...) son obstáculos a la igualdad sustantiva entre los géneros, incluido el derecho en condiciones de igualdad a la salud sexual y reproductiva”*. Estos obstáculos deben eliminarse y modificarse y necesitan

“medidas especiales, temporales y permanentes, para acelerar la igualdad de facto de las mujeres y proteger la maternidad”.

Asimismo, en relación con la violencia, considera que los Estados parte tienen la obligación de: *“d) Promulgar y aplicar una ley por la que se prohíban las prácticas nocivas y la violencia de género (...) y asegure al mismo tiempo la intimidad, la confidencialidad y la adopción libre, informada y responsable de decisiones, sin coacción, discriminación o miedo a la violencia, en relación con las necesidades y los comportamientos sexuales y reproductivos de las personas”*.

2.2.1.4. Comité de Derechos Humanos

Si bien el Comité de Derechos Humanos no ha reconocido la violencia obstétrica de manera explícita, nos parece importante mencionar, a modo de ejemplo, algunos casos donde establece que los derechos de las mujeres se han visto vulnerados durante su proceso de gestación.

a. Comunicación N° 1153/2003²⁸

Este caso es presentado por K. N. L. H. quien alegó la vulneración por parte del Estado peruano de sus derechos reconocidos en los artículos 2, 3, 6, 7, 17, 24 y 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP).

K. N. L. H. señaló que quedó embarazada en marzo de 2001, cuando tenía 17 años de edad. Al realizarse una ecografía en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, dependiente del Ministerio de Salud, se diagnosticó que se trataba de un feto anencefálico²⁹. Su médico gineco-obstetra le informó sobre la anomalía

²⁸ <https://www.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2014/08/Dictamen-Caso-Llantoy.pdf>

²⁹ De acuerdo al Centro de Control de Prevención y Control de Enfermedades, la anencefalia es *“un defecto de nacimiento grave en el cual el bebé nace sin partes del encéfalo y el cráneo. Es un tipo de defecto del tubo neural (DTN). A medida que el tubo neural se forma y se cierra, ayuda con la formación del encéfalo y el cráneo del bebé (la parte superior del tubo neural), la médula espinal y los huesos del*

que sufría el feto y los riesgos contra su vida en caso de continuar con el embarazo. Por ello, le señaló que tenía dos opciones: continuar con el embarazo o interrumpir la gestación; recomendándole la segunda opción mediante un legrado uterino³⁰. K. N. L. H. decidió interrumpir el embarazo, para lo cual se le practicaron los estudios clínicos necesarios, los cuales confirmaron el padecimiento del feto. Cuando se iba a realizar el procedimiento recomendado, el doctor le indicó que debía pedir la autorización por escrito del director del hospital, quien le respondió que no era posible interrumpir dicha gestación, por cuanto hacerlo sería contravenir las normas legales.

El 13 de enero de 2002 K. N. L. H. dio a luz una niña anencefálica que vivió cuatro días; periodo durante el cual debió amamantarla. Después de la muerte de su hija, la denunciante padeció de una profunda depresión.

Al respecto, el comité dictaminó que en este caso el Estado peruano violó los artículos 2, 7, 17 y 24 del PIDCP. De manera específica, estimó que la omisión del Estado de no conceder a la víctima el aborto terapéutico fue la causa del sufrimiento que ella debió sobrellevar. En consecuencia, el comité consideró que los hechos constituían una violación

espinaza (parte inferior del tubo neural).

La anencefalia se produce cuando la parte superior del tubo neural no se cierra por completo. Esto a menudo resulta en el nacimiento de un bebé sin la parte frontal del encéfalo (prosencefalo) ni la parte encargada del pensamiento y la coordinación (cerebro). Las otras partes del encéfalo a menudo no están cubiertas por hueso o piel.” En: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/anencephaly.html> Consulta: 3 de noviembre de 2020.

30 “La dilatación y legrado es un procedimiento para extraer tejido de adentro del útero. Los médicos realizan la dilatación y legrado para diagnosticar y tratar ciertas enfermedades del útero, como sangrado intenso, o bien para limpiar el revestimiento del útero después de un aborto espontáneo o programado.

En la dilatación y legrado, el médico usa pequeños instrumentos o un medicamento para abrir (dilatarse) el cuello uterino (la parte más baja y angosta del útero). El médico luego usa un instrumento quirúrgico llamado «legra» para retirar el tejido uterino. Las legras que se usan en una dilatación y legrado pueden ser filosas o usar succión”. En: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/dilation-and-curettage/about/pac-20384910> Consulta: 3 de noviembre de 2020.

del artículo 7 del PIDCP. Asimismo, el comité estimó que la negativa de actuar conforme a la decisión de K. N. L. H. de poner fin a su embarazo no estuvo justificada y revela una violación del artículo 17 del mismo pacto.

b. Comunicación N.º 2324/2013. “Caso Amanda Jane Mellet. Irlanda”³¹

El 31 de marzo de 2016, el Comité de Derechos Humanos emite el dictamen correspondiente al caso Amanda Jane Mellet contra el Estado de Irlanda.

Amanda se encontraba embarazada en el 2011. En la semana 21 de su gestación, se practicó una ecografía en el hospital público Rotunda de Dublín, luego de la cual le informaron que el feto presentaba una cardiopatía congénita³² que, a pesar de ser incompatible con la vida, no le permitía someterse a un aborto en Irlanda, motivo por el que debía viajar al extranjero a fin de realizarse dicho procedimiento.

Posteriormente, se realizó otro examen en el mismo hospital y le comunicaron que el feto presentaba trisomía 18³³ y moriría en el útero o poco después del

³¹ <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRICAqhKb7yhsukPtYsnxNH1DBeueuCbK4iM7L-fcZ49JWRwflq07QFTX3yW0YS8VLYGR0RQhww5RZ89fncjzOC4Slwck-jpt%2FU1IYLnf8VgQjdSQ3SxqxnwvBU3X9DJxTibYJd6dYt9tug%3D%3D>
³² *Las cardiopatías congénitas son un grupo de enfermedades caracterizado por la presencia de alteraciones estructurales del corazón producidas por defectos en la formación del mismo durante el periodo embrionario. En: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatias-congenitas.html> Consulta: 3 de noviembre de 2020.*

³³ *“La trisomía 18 y la trisomía 13 son trastornos genéticos que presentan una combinación de anomalías congénitas. Esto incluye retraso mental grave, así como problemas de salud que comprometen a casi todos los sistemas orgánicos del cuerpo. Desafortunadamente, la mayoría de los bebés nacidos con trisomía 18 o 13 mueren al año de edad. Es importante destacar que algunos bebés con trisomía 18 o 13 sobreviven al primer año de vida. Por lo tanto, estos trastornos no son fatales en todos los casos. Ante la ausencia de problemas inmediatos que pongan en peligro la vida, es difícil hacer predicciones precisas respecto de la expectativa de vida. Existen algunos informes sobre bebés con trisomía 18 o 13 que sobrevivieron hasta la adolescencia. Sin embargo, estos casos son poco frecuentes.*

La trisomía 18 se denomina también “síndrome de Edwards”, llamada así por el primer médico que describió el trastorno. La trisomía 13

parto. Según indica Amanda, la matrona le dijo que podía llevar el embarazo a término, sabiendo que lo más probable era que el feto muriese dentro de ella, o que podía “viajar”, y le aconsejó que se pusiera en contacto con una organización de planificación familiar de Irlanda para pedir información y orientación.

El hospital no remitió a Amanda a ningún centro en el extranjero donde pudiera realizarse en legrado de manera segura. Antes de su viaje, regresó al hospital para verificar si todavía estaba embarazada dado que la legislación de Irlanda permite la atención médica por profesionales de la salud calificados en caso de aborto espontáneo. El médico le practicó un examen y le comunicó que el feto tenía latidos e intentó disuadirla de abortar en el extranjero e insistió en

se denomina “síndrome de Patau”, en honor al primer médico que describió el trastorno.

Los bebés con trisomía 18 son delgados y frágiles. No pueden desarrollarse y padecen problemas de alimentación. La trisomía 18 provoca microcefalia, con la parte posterior de la cabeza (occipucio) prominente. Las orejas suelen encontrarse más abajo de lo normal en la cabeza. La boca y la mandíbula suelen ser pequeñas y el esternón (hueso del tórax) es más corto.

Cuando nacen, estos bebés son pequeños para su edad, aun cuando hayan nacido en término, y poseen un llanto débil. Presentan una disminución en la respuesta al sonido y suelen existir antecedentes de actividad fetal poco frecuente durante la gestación. La mayoría de los bebés con trisomía 18 padecen anomalías cardíacas. Aprietan los puños de una manera característica y les resulta dificultoso extender los dedos por completo. Suelen presentar contracturas en las articulaciones, donde los brazos y las piernas se encuentran flexionados en lugar de extendidos. Los pies pueden llamarse “de base redondeada” debido a su forma curva.

Los bebés con trisomía 18 también pueden presentar espina bífida, problemas oculares, labio leporino y paladar hendido y pérdida de la audición. También son frecuentes los problemas para alimentarse, el crecimiento lento, las convulsiones, presión sanguínea alta, problemas renales y escoliosis (curvatura de la columna vertebral). En los varones, los testículos a veces no descienden al escroto.

La mayoría de los bebés con trisomía 18 presenta problemas que afectan a todas las partes del cuerpo en algún grado. La mayoría de los niños con trisomía 18 presentará la mayoría de los problemas de salud, pero no todos, mencionados anteriormente. Los problemas cardíacos, las dificultades en la alimentación y la mayor susceptibilidad a contraer infecciones son factores que, con frecuencia, contribuyen a la muerte de estos niños.” En: <https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/90,P05528> Consulta: 5 de noviembre de 2020.

que “era posible que su hijo no sufriera” aunque continuara con el embarazo. Sin embargo, el principal motivo de la denunciante para optar por el legrado, era precisamente evitar un mayor sufrimiento a su hijo.

Amanda viaja al Reino Unido donde se realiza el legrado necesario. Al regresar a Dublín, no recibió atención posoperatoria en el Hospital Rotunda. Tampoco recibió apoyo psicológico para superar la pérdida de su bebé y el trauma de viajar al extranjero para abortar, porque el hospital solo ofrecía ese tipo de apoyo a las parejas que habían sufrido una muerte fetal intrauterina espontánea.

Al respecto, el comité considera que el hecho de que una conducta o acción concreta sea legal con arreglo al derecho interno no significa que no pueda infringir el artículo 7 del PIDCP. Por ello, consideró que el Estado parte sometió a la autora a situaciones de intenso sufrimiento físico y psíquico. Asimismo, el comité considera que el sufrimiento de Amanda se vio agravado aún más por los obstáculos que enfrentó para recibir información necesaria sobre las opciones médicas adecuadas de los profesionales de la salud que conocía y en quienes confiaba. Por ello, el comité considera que, en su conjunto, los hechos descritos constituyeron un trato cruel y degradante en violación del artículo 7 del PIDCP.

Respecto de la decisión de una mujer de solicitar la interrupción del embarazo, el comité señaló que en el marco del PIDCP, puede evaluar si la injerencia del Estado en la decisión de la autora de no continuar con un embarazo no viable fue ilícita o arbitraria.

Para ello, el comité recordó que en su observación general N.º 16 (1998) sobre el derecho a la intimidad, estableció que mediante el concepto de arbitrariedad se pretende garantizar que, incluso cualquier injerencia prevista en la ley debe ser acorde con las disposiciones, los propósitos y los objetivos del PIDCP y sea, en todo caso, razonable con las circunstancias

particulares del caso.

Por lo anterior, el comité considera que la injerencia en la decisión de Amanda sobre la mejor manera de afrontar su embarazo no fue razonable, sino arbitraria y en vulneración del artículo 17 del PIDCP.

Asimismo, el comité observa que, conforme a lo establecido en el ordenamiento jurídico de Irlanda, las mujeres embarazadas que deciden interrumpir un embarazo no viable deben asumir con sus propios recursos económicos el costo de la interrupción, realizándola al margen del sistema público de salud. Al negarse la cobertura del seguro médico para ese fin, deben viajar al extranjero para que se les practique el aborto y asumir las cargas financieras, psicológicas y físicas derivadas del viaje, negándoseles además la atención médica tras la interrupción del embarazo y el apoyo psicológico para hacer frente al duelo. Por lo anterior, el comité considera que la diferenciación de trato de la que fue objeto la autora en relación con otras mujeres en situaciones similares, no tuvo en cuenta sus necesidades médicas y sus circunstancias socioeconómicas, ni cumplió los requisitos de razonabilidad, objetividad y legitimidad del propósito de tal diferenciación. En consecuencia, el comité dictaminó que la negativa del Estado parte a prestar a la autora los servicios que necesitaba constituyó una discriminación y vulneró los derechos que la amparan en virtud del artículo 26 del Pacto.

El comité declaró que en este caso el Estado de Irlanda violó los artículos 7, 17 y 26 del PIDCP por lo cual debía:

- brindar indemnización adecuada a la víctima y poner a su disposición el tratamiento psicológico que requiera.
- adoptar medidas para evitar violaciones semejantes en el futuro, para lo cual necesitaba:
 - revisar la Constitución y legislación sobre la interrupción voluntaria del embarazo a fin de

garantizar el cumplimiento del PIDCP, dotándose de procedimientos eficaces, oportunos y accesibles para la interrupción del embarazo en Irlanda, y

- adoptar medidas para que el personal sanitario pueda proporcionar información completa sobre servicios de aborto sin riesgo, sin temor a ser objeto de sanciones penales.

2.2.2. SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

2.2.2.1. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)

a. Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos” (2010)³⁴

El informe tuvo como objetivo analizar los deberes de los Estados para garantizar los derechos humanos de las mujeres sin discriminación en el acceso a servicios de salud materna y formular recomendaciones generales a los Estados sobre esta temática. Asimismo, la CIDH resalta que hay ciertas obligaciones fundamentales que requieren medidas prioritarias inmediatas, tales como:

- *“La identificación y asignación de recursos humanos y materiales para trabajar hacia la eliminación de las barreras en el acceso a los servicios.”*
- *La aplicación de medidas para reducir la muerte prevenible por causa de embarazo o parto, en especial que las mujeres tengan un acceso eficaz a servicios obstétricos de emergencia, y a la atención previa y durante el parto.*
- *La incorporación de la perspectiva de género y la eliminación de formas de discriminación de hecho y de derecho que impiden el acceso de las*

³⁴ <http://www.cidh.oas.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaterna2010.pdf>

mujeres a servicios de salud materna.

- *La priorización de esfuerzos y recursos para garantizar el acceso a servicios de salud materna a las mujeres que pueden encontrarse en mayor situación de riesgo por haber sido sujeto de varias formas de discriminación como las mujeres indígenas, afrodescendientes y adolescentes, las mujeres en situación de pobreza y las que habitan en zonas rurales.*
- *La educación a las usuarias sobre los servicios de salud, así como de servicios de información sobre sus derechos como pacientes y sobre su salud, incluyendo la planificación familiar.*
- *El diseño e implementación de políticas, planes y programas de salud materna en forma participativa.*
- *El acceso oportuno a recursos judiciales efectivos para asegurar que las mujeres que consideren que el Estado no ha observado sus obligaciones en esta materia tengan acceso a recursos judiciales efectivos”.*

Si bien el informe de la CIDH no menciona de manera explícita la violencia obstétrica, sí desarrolla varios apartados sobre la violencia que sufre la mujer y su relación con la salud reproductiva. Al respecto, señala que constituye una barrera en el acceso a los servicios de salud reproductiva, la indiferencia, el maltrato y la discriminación de parte del personal de salud, lo que perjudica a las mujeres víctimas de violencia y/o abusos sexuales.

Con relación al vínculo que existe entre discriminación, violencia y salud materna, la CIDH recuerda que la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer reconoce la vinculación crucial entre el derecho de ser libre de discriminación y el reconocimiento de otros derechos fundamentales, especialmente el derecho a una vida libre de violencia basada en el género. En

ese sentido, la CIDH señala que *“la violencia contra las mujeres es una forma de discriminación que impide gravemente que las mujeres puedan disfrutar de derechos y libertades en pie de igualdad con los hombres”*. Además, la violencia tiene un impacto directo en el disfrute del derecho a la integridad personal de las mujeres.

En el ámbito del acceso a servicios de salud materna, la CIDH menciona que son formas de violencia contra la mujer: la negativa de brindarle atención médica a las mujeres cuando no cuentan con el consentimiento de la pareja o la esterilización realizada por personal de salud sin el consentimiento informado de la mujer.

Asimismo, la CIDH subraya que los Estados tienen la obligación de garantizar que los servicios de salud materna sean proporcionados mediante una atención respetuosa a las mujeres. Cuando se trata de mujeres indígenas y afrodescendientes, los Estados deben adecuar sus servicios de salud para la prevención, atención y tratamiento, respetando sus culturas, por ejemplo, a través de la elección informada del tipo de parto.

b. Informe “Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas” (2017)

En el Informe “Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas” (2017), la CIDH interpreta el artículo 2 de la Convención de Belém do Pará, que desarrolla los alcances de la violencia contra mujer, y concluye que este artículo incluye la violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer, dada su prevalencia en el hemisferio. Asimismo, la CIDH indica que la violencia obstétrica comprende:

“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 postparto, en centros de salud públicos o privados. Esta violencia se puede

manifestar en cualquier momento durante la prestación de servicios de salud materna de una mujer, mediante acciones como la denegación de información completa sobre su salud y los tratamientos aplicables; la indiferencia al dolor; humillaciones verbales; intervenciones médicas forzadas o coaccionadas; formas de violencia física, psicológica y sexual; prácticas invasivas; y el uso innecesario de medicamentos, entre otras manifestaciones.”³⁵

Como se puede apreciar, la CIDH señala que violencia obstétrica puede producirse en la etapa previa del embarazo, durante el embarazo, durante el parto y el posparto.

Además, en este informe la CIDH menciona que en la audiencia sobre “Salud materna y denuncias de violencia obstétrica en México” se informó que la violencia obstétrica afectaba de forma desproporcionada a las mujeres indígenas y a las mujeres en situación de pobreza.³⁶

c. Informe “Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe” (2019)³⁷

En este informe la CIDH busca identificar y analizar los avances más significativos de los países de América Latina y el Caribe, sus principales desafíos pendientes y las buenas prácticas existentes en el cumplimiento de las recomendaciones de la comisión en materia de violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes, desde un enfoque interseccional y especialmente focalizado en las causas y consecuencias de estas violaciones a los derechos humanos de esta población³⁸.

35 CIDH 2017, pág. 60.

36 CIDH 2017, pág. 84.

37 <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>.

ViolenciaMujeresNNA.pdf.

38 CIDH 2019, pág. 10.

Asimismo, recoge la definición de violencia obstétrica establecido en el informe sobre los derechos de las mujeres indígenas e indica que la misma se configura por: acciones u omisiones del personal de salud (médicos y personal de apoyo), cuando se realiza en los servicios de salud tanto públicos como privados. Asimismo, señala que la misma se puede efectuar durante la atención en el proceso de gestación, parto y posparto, y se caracteriza por un trato deshumanizador o discriminatorio hacia las mujeres que les causa un daño físico, psicológico y/o moral.³⁹

La CIDH ejemplifica estas manifestaciones mediante algunos ejemplos⁴⁰ :

- *Trato deshumanizado: dejar a mujeres parturientas esperando por largas horas, inmovilización del cuerpo, partos sin anestesia*
- *Abuso de medicalización y patologización de los procesos fisiológicos: prácticas invasivas, medicalización injustificada.*
 - *Maltrato psicológico: burlas, humillaciones, omisión de información, infantilización.*
 - *Procedimientos no urgentes realizados sin el consentimiento de las mujeres: esterilizaciones, el llamado “punto del marido”⁴¹, entre otros.*

Además, la CIDH subraya que la violencia obstétrica atenta contra el derecho de las mujeres a la integridad personal, a la igualdad y no discriminación, a la salud, a la vida privada y respeto a su autonomía y, en muchas ocasiones, involucra el incumplimiento del deber de obtener un consentimiento previo, libre,

39 CIDH 2019, pág. 92.

40 *Ibid.*

41 El “punto del marido” es el nombre dado a una práctica quirúrgica en la que, en el momento de la episiotomía tras el parto, algunos especialistas cosían la vagina realizando un punto más de lo necesario, sin consentimiento de la mujer, para dejar la apertura vaginal más cerrada, pensando que esto supondría un mayor disfrute para la pareja masculina.

pleno e informado⁴².

En relación a los aspectos que producen o en los que se basa la violencia obstétrica, la CIDH ha resaltado que esta forma de violencia tiene relación con *“concepciones machistas y estereotipadas sobre el rol de las mujeres, su experiencia de la maternidad y sobre sus cuerpos, y por tanto, representa una forma de discriminación contra ellas”*. Así, algunas concepciones machistas y estereotipadas son: considerar que el sufrimiento es parte de la experiencia del embarazo, que las mujeres son inferiores a los hombres, la presunción de que las mujeres son incapaces de tomar decisiones adecuadas sobre sus procesos reproductivos, y considerar que los cuerpos de las mujeres son objetos de placer sexual para los hombres, entre otras.⁴³

Respecto de lo anterior, la CIDH indica que se adiciona la relación asimétrica, que hasta hoy existe en varios países, entre el personal de salud y las mujeres, y de la situación de vulnerabilidad acentuada en la que ellas se encuentran. Todo ello genera que la violencia obstétrica sea una práctica normalizada e invisibilizada.

Además, la CIDH menciona que en el denominado “Consenso de Montevideo” -acuerdo que adoptaron los representantes de los países participantes en la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe en 2013 - se acordó, entre otras medidas: “Mejorar la atención humanizada del parto y el nacimiento y los cuidados perinatales integrales, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres, los niños, las niñas y las familias”. Al respecto, la CIDH señaló que aún existen desafíos para el cumplimiento de dicha medida.⁴⁴

De otro lado, la CIDH resalta que el Perú y otros países han reconocido expresamente la violencia obstétrica

42 Ibid.

43 Ibid.

44 CIDH 2019, pág. 93.

como forma de violencia de género, sin embargo, advierte que aún existen problemas para su efectiva aplicación.⁴⁵

Finalmente, la CIDH en materia de violencia obstétrica recomienda a los Estados lo siguiente:

“Analizar formas emergentes de violencia y discriminación, como (...) la violencia obstétrica u otras formas de violencia. Analizar su incidencia a nivel regional y local, proceder a su abordaje conceptual y, de ser necesario, adoptar respuestas acordes en materia de prevención, protección, sanción y reparación”.⁴⁶

2.2.2.2. Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará

El Comité de expertas del Mecanismo de seguimiento de la Convención de Belém do Pará ha sido el primer mecanismo en reconocer la violencia obstétrica como una violación a los derechos humanos, recomendando a los Estados la promulgación de leyes que la penalicen⁴⁷. Como resultado de ello, varios países han promulgado leyes que tipifican como delito la violencia obstétrica.⁴⁸

a. Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará (MESECVI, abril 2012)⁴⁹

El Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do

45 CIDH 2019, pág. 94.

46 CIDH 2019, pág. 149.

47 Así lo ha señalado La Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, en su Informe “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” de fecha 11 de julio de 2019.

48 Tales como la Ley venezolana de protección integral de la mujer (núm. 26.485/2009), República Bolivariana de Venezuela.

49 <https://www.oas.org/es/mese cvi/docs/mese cvi-segundoinformehemisferico-es.pdf>

Pará, correspondiente a la fase de evaluación de la Segunda Ronda de Evaluación Multilateral (II REM) iniciada en abril de 2010, analiza el cumplimiento de las obligaciones asumidas por los Estados parte al ratificar la Convención de Belém do Pará.

En este informe se presentaron 42 recomendaciones agrupadas en seis ámbitos: legislación, planes nacionales, acceso a la justicia, servicios especializados, presupuesto, e información y estadísticas.

Respecto de la violencia obstétrica, el MESECVI usó la definición consagrada en el artículo 15 inciso 13 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela, que fue la primera en definir esta modalidad de violencia como: “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.

El Comité de Expertas/os resalta que en la mayoría de los Estados no se cuenta o no se había reportado disposiciones que prevengan y sancionen la violencia obstétrica. Al respecto, señala que el Estado de Argentina define, en su ley integral de violencia, la violencia obstétrica como una modalidad de violencia, pero no indica cuales han sido las medidas adoptadas para implementarla en la legislación nacional, ya sea con sanciones en el Código Penal o lineamientos en la Ley General de Salud.

Asimismo, el Comité de Expertas/os señala que si bien varios Estados no se refieren de manera expresa a la “violencia obstétrica”, sí reconocen mediante diversas disposiciones el respeto de los procesos naturales antes, durante y después del parto. En ese sentido, resalta: *“(…) el caso de Ecuador, donde*

su Ley Orgánica de Salud enfoca el tema con una perspectiva multicultural, afirmando que respetará el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto y puerperio, siempre y cuando no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona”.

Por lo anterior, el Comité de Expertas/os recomendó a los Estados a:

- Adoptar disposiciones que penalicen la violencia obstétrica
- Establecer por los medios apropiados el desarrollo de los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos en la medicación, apropiadamente informado a las mujeres y adolescentes, que garantice la manifestación del consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual y reproductiva.
- Adoptar una perspectiva intercultural que respete las costumbres y pautas culturales de las mujeres indígenas y afrodescendientes en los centros de salud.

b. Segundo Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas del MESECVI⁵⁰

En este informe publicado en abril de 2015, el Comité de Expertas del MESECVI recordó las recomendaciones realizadas en el informe previamente mencionado, solicitando a su vez información a los estados respecto de la penalización de la violencia obstétrica,

⁵⁰ El Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará es un sistema de evaluación entre pares consensuado e independiente para examinar los avances realizados por los Estados Parte en el cumplimiento de los objetivos de la Convención. El Mecanismo está financiado por contribuciones voluntarias de los Estados Parte de la Convención y otros donantes, y la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la OEA actúa como su Secretaria Técnica

así como el número de sentencias judiciales por este tipo de violencia.

Al respecto, sólo Argentina, Suriname y Venezuela informaron que tipifican la violencia obstétrica, lo cual ya se había constatado en el segundo informe del 2012 por lo que no se evidencia avance alguno desde la emisión de la recomendación.

Con relación a la aplicación de la ley que sanciona la violencia obstétrica, el Comité de expertas no recibió información sobre el número de sentencias judiciales o dictámenes por violencia obstétrica, lo que sugiere -según indican- que existe una brecha entre las disposiciones normativas y su efectiva aplicación.

El Comité de expertas incluyó en este informe, el “Caso Irma” de México:

“Caso Irma. Mujer de origen mazateco, quien parió y tuvo a su bebé en el jardín anexo a un hospital en Oaxaca (México). Se le negó la atención médica adecuada y hubo una carencia de infraestructura necesaria para la prestación de los servicios de salud atentando contra sus derechos a la salud, a la integridad y seguridad personal, al trato digno al derecho a una vida libre de violencia, a la igualdad y no discriminación. En noviembre de 2013, se presentó una queja ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y ésta emitió medidas de no repetición. Sin embargo, dejó al total arbitrio de la autoridad responsable la reparación del daño a como mejor le parezca, sin establecer los parámetros objetivos para determinar el monto de la indemnización⁵¹”.

Tomando en cuenta este caso, el Comité instó a que los Estados *“brinden información oportuna y veraz a las mujeres embarazadas, incluyendo información adaptada para mujeres indígenas, analfabetas y*

rurales, entre otras, para que estas puedan tomar decisiones libres e informadas que sean respetadas”. Asimismo, recomendó que los estados incorporen la perspectiva intercultural a fin de incluir a las poblaciones indígenas a los servicios de salud, con pleno respeto a sus costumbres y pautas culturales.

Además, reiteró la recomendación a los Estados de *“no sólo incluir disposiciones que sancionen la violencia obstétrica, sino también de respetar un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos en la medicación”.*

51 Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2014). Caso Irma. 01/2014. <http://www.scribd.com/doc/204637333/CNDH-01-2014-Caso-Irma>

3. MARCO NORMATIVO SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

3.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ

La Constitución Política del Perú de 1993 no realiza ninguna mención expresa de alguna de las manifestaciones de la violencia contra las mujeres. No obstante, conforme a lo señalado por la Relatora Especial, consideramos que la violencia obstétrica vulneraría derechos fundamentales reconocidos en la Constitución, tales como: la dignidad de las personas como fin supremo de la sociedad y del Estado (artículo 1); así como los derechos fundamentales a la vida y la integridad (inciso 1 del artículo 2), a la intimidad (incisos 5, 6, 7 del artículo 2), a no ser discriminado (inciso 2 del artículo 2) y el derecho a la salud (artículos 6 y 7).

Respecto del derecho a la vida y la integridad, la Constitución Política del Perú establece en el inciso 1 del artículo 2 que toda persona tiene derecho *“a la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar (...)”*. Asimismo, con relación al mandato de no discriminación, el inciso 2 del artículo 2 de la Constitución Política del Perú establece que toda persona tiene derecho *“a la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole”*.

Respecto del derecho a la intimidad y autonomía, establece en el inciso 7 del artículo 2 que toda persona tiene derecho a la intimidad personal y familiar, así como a la voz e imagen propias. Asimismo, conforme a lo establecido en el inciso 6 del artículo 2, en el caso de los servicios informáticos, computarizados o no, públicos o privados, las personas tienen derecho a que

no se suministre información que afecte su intimidad personal y familiar. Además, la Constitución señala que si bien todas las personas tenemos derecho a solicitar sin excepción de causa la información que requiera y a recibirla de cualquier entidad pública, en el plazo legal, con el costo que suponga el pedido, se exceptúa la información que afecte la intimidad personal y las que expresamente se excluyan por ley o por razones de seguridad nacional.

Con relación al derecho a la salud, y de manera específica el derecho a la salud materna, en el artículo 6 se establece que la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables, y reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. Por otro lado, el artículo 7 reconoce que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud. Además, en los artículos 9, 10 y 11 se señalan las obligaciones que orientan la labor del Estado para asegurar la efectividad del derecho a la salud.⁵²

Respecto del derecho a una vida libre de violencia, como se ha señalado anteriormente en el Informe de Adjuntía N° 063-2017-DP-ADM, si bien no ha sido reconocida expresamente en la Constitución Política del Perú, este derecho es considerado un derecho fundamental en tanto –conforme a lo establecido en el artículo 3 de la Constitución– se funda en el principio de dignidad humana y es reconocido como un derecho en diversos instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos ratificados por el Perú.

⁵² Informes de Adjuntía – Informe N° 001-2017-DP/ADM, pág. 33.

3.2. PLAN NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO 2016 - 2021⁵³

Mediante el Decreto Supremo N. ° 08-2016-MIMP, publicado en el diario oficial El Peruano el 26 de julio de 2016, se aprobó el “Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 – 2021” que entiende la violencia de género como:

“Violencia de género: Cualquier acción o conducta, basada en el género⁵⁴ y agravada por la discriminación proveniente de la coexistencia de diversas identidades (raza, clase, edad, pertenencia étnica, entre otras), que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a una persona, tanto en el ámbito público como en el privado. Se trata de aquella violencia que ocurre en un contexto de desigualdad sistemática que remite a una situación estructural y a un fenómeno social y cultural enraizado en las costumbres y mentalidades de todas las sociedades y que se apoya en concepciones referentes a la inferioridad y subordinación basadas en la discriminación por sexo-género⁵⁵”.

Asimismo, en el apartado denominado “Modelo conceptual” del Plan se señala como tipos de violencia de género a la violencia física, psicológica, sexual y económica o patrimonial. Además, el Plan señala que existen diversas modalidades de violencia

53 https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/procesos/DS-008-2016-mimp-PlanNacionalContraViolenciaGenero.pdf

54 Se ha definido como violencia de género a aquella violencia ejercida contra una persona en función de su género, sea hombre o mujer, tanto en el ámbito público como el privado” (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Guía sobre la violencia de género para funcionarias y funcionarios del Estado, Dirección General de la Mujer del MIMP, Lima, mayo de 2012, p. 9).

55 El sistema sexo-género fue definido por vez primera por Gayle Rubinen en 1975 como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo, se cita por la versión aparecida en la revista Nueva Antropología, Noviembre, Año VII, Número 30, México D.F. 1986, p. 97).

de género, siendo una de ellas la violencia obstétrica. Al respecto, se define la violencia obstétrica de la siguiente manera:

a) “Violencia obstétrica. - Comprende todos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres⁵⁶”.

Cabe resaltar que la violencia obstétrica se produce cuando se encuentran presentes los siguientes aspectos: 1) existe un acto de violencia, 2) este acto es producido por personal de salud, 3) el acto se desarrolla en relación a los procesos reproductivos, 4) el acto impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres. Asimismo, el plan señala que la violencia obstétrica se expresaría en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

3.3. POLÍTICA NACIONAL DE IGUALDAD DE GÉNERO⁵⁷

Mediante el Decreto Supremo N° 008-2019-MIMP, publicado en el diario oficial El Peruano el 4 de abril de 2019, se aprobó la Política Nacional de Igualdad de Género. El modelo del problema público de esta política plantea que: *“la discriminación estructural contra las mujeres tiene en su base un conjunto de patrones socioculturales discriminatorios — que privilegian lo masculino sobre lo femenino— reforzando la asignación desigual de roles (productivos a los hombres y reproductivos a las mujeres) que infravalora lo femenino en comparación con lo masculino. A su vez, dichos patrones se reproducen y perpetúan por la acción de las normas*

56 Cuestionario Segunda Ronda de Evaluación Multilateral (Aprobado por el Comité de Expertas/os (CEVI) el 20 de marzo de 2010) MESECVI/CEVI/doc.93/09 rev. 2.

57 https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/305292/ds_008_2019_mimp.pdf

y cultura institucional que refuerzan la situación de inferioridad o subordinación de las mujeres en la sociedad”.

Respecto de la violencia obstétrica, el plan hace mención expresa de esta en el servicio 2.1.1 del lineamiento 2.1 del objetivo prioritario 2:

Objetivo prioritario	Lineamiento	Servicios	Persona	Proveedor
OP2: Garantizar el ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.	2.1. Mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres.	2.1.1 Producción y difusión de información a nivel nacional y con enfoque intercultural, sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva y el derecho a una vida libre de violencia, incluyendo métodos anticonceptivos, beneficios y riesgos, parto vertical, aborto terapéutico, consentimiento informado, libre y voluntario, violencia obstétrica y derecho de los y las usuarias de los servicios de salud.	Público en general, incluyendo adolescentes	MINSA

De esta manera, el Minsa tiene la obligación de brindar el servicio de producción y difusión de información a nivel nacional con enfoque intercultural sobre la violencia obstétrica. Este servicio, junto a otros, contribuirá a garantizar el ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres (objetivo prioritario 2).

3.4. PROGRAMA PRESUPUESTAL ORIENTADO A RESULTADOS DE REDUCCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Mediante la Resolución Suprema N.º 024-2019-EF, publicada en el diario oficial El Peruano el 30 de diciembre de 2019, se aprobó el Programa Presupuestal orientado a Resultados (PPoR) de Reducción de la Violencia contra la Mujer⁵⁸. Este PPoR fue elaborado por el “Grupo de Trabajo Multisectorial encargado de desarrollar los contenidos técnicos del Programa Presupuestal orientado a Resultados para la Reducción de la Violencia contra la Mujer”.

58 <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-el-programa-presupuestal-orientado-a-resultados-de-resolucion-suprema-n-024-2019-ef-1841817-6>

De acuerdo a lo establecido para este PPoR, “la violencia contra las mujeres” es entendida como “(...) 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 libertades⁵⁹”. Asimismo, en el apartado I sobre condición de interés, se señala que la violencia obstétrica es una de las modalidades de violencia contra las mujeres.

Sin embargo, pese a ser mencionada de manera explícita la violencia obstétrica como expresión de la violencia contra las mujeres, ésta no fue desarrollada de manera concreta en el modelo explicativo, ni el modelo prescriptivo y tampoco en la teoría de cambio. Ello se debe a que, durante el proceso de elaboración la metodología de trabajo planteaba la necesidad de contar con factores causales, intervenciones y las condiciones de interés en determinadas poblaciones que debían encontrarse debidamente documentados, lo cual no se logró

59 Preámbulo. Convención para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Convención de Belem do Pará.

en este caso en particular. No obstante, al existir convicción respecto de su pertinencia, se incluyó en una agenda de investigación que debe ser ejecutada durante los años previos a la actualización del PPOr bajo la responsabilidad de diversas entidades.

En el caso de la violencia obstétrica, se ha establecido la siguiente agenda de investigación:

Sección de PPOr	Tema de investigación	Entidad responsable
Modelo Explicativo	Factores que explican, prevalencia y determinantes de la violencia obstétrica.	Ministerio de Salud

3.5. LEY N° 30364, LEY PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR Y SU REGLAMENTO.

La Ley N.º 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, publicada en el diario oficial El Peruano el 23 de noviembre de 2015, y sus respectivas modificatorias, no reconoce de manera explícita la violencia obstétrica. No obstante, ello, ha reconocido la violencia contra la mujer como:

“Artículo 5. Definición de violencia contra las mujeres

La violencia contra las mujeres es cualquier acción o conducta que les causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico por su condición de tales, tanto en el ámbito público como en el privado.

Se entiende por violencia contra las mujeres:

- a) *La 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. Comprende, entre otros, violación, maltrato físico o psicológico y abuso sexual.

- b) *La que tenga lugar en la comunidad, sea perpetrada por cualquier persona y comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, **establecimientos de salud** o cualquier otro lugar.*
- c) *La que sea perpetrada o tolerada por los agentes del estado, donde quiera que ocurra”. (subrayado nuestro).*

En ese sentido, si bien la Ley N.º 30364 no menciona de manera explícita la violencia obstétrica, sí señala en el artículo 5 que la violencia contra la mujer puede ser la que tenga lugar en los establecimientos de salud.

Posteriormente, mediante el Decreto Supremo N.º 009-2016-MIMP, publicado en el diario oficial El Peruano el 27 de julio de 2016, se aprobó el Reglamento de la Ley N.º 30364. Dicho Reglamento estableció en su artículo 8 las siguientes modalidades de violencia:

“Artículo 8.- Modalidades de violencia

Para los efectos del Reglamento, las modalidades de violencia son:

- 1. Los actos de violencia contra las mujeres señalados en el artículo 5 de la Ley.**
- 2. Los actos de violencia contra los integrantes del grupo familiar señalados en el artículo 6 de la Ley.*
- 3. Los tipos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar señalados*

en el artículo 8 de la Ley, los cuales son:

- a. *Violencia física.*
- b. *Violencia psicológica.*
- c. *Violencia sexual.*
- d. *Violencia económica patrimonial”* (subrayado nuestro).

El Reglamento no realiza un reconocimiento explícito de la violencia obstétrica, pero si hace alusión a los actos de violencia reconocidos en el artículo 5 de la ley, ya detallado en los párrafos precedentes.

Posteriormente, mediante el Decreto Supremo N° 004-2019-MIMP, publicado en el diario oficial El Peruano el 7 de marzo de 2019, se modificaron diversos artículos del Reglamento de la Ley N° 30364, entre ellos el artículo 8, haciendo explícita la mención de la violencia obstétrica como modalidad de violencia:

“Artículo 8: Modalidades y tipos de violencia

1.1 Para los efectos del Reglamento, las modalidades de violencia son:

- a) ***Los actos de violencia contra las mujeres señalados en el artículo 5 de la Ley. Estas modalidades incluyen aquellas que se manifiestan a través de violencia en relación de pareja, feminicidio, trata de personas con fines de explotación sexual, acoso sexual, **violencia obstétrica**, esterilizaciones forzadas, hostigamiento sexual, acoso político, violencia en conflictos sociales, violencia en conflicto armado, violencia a través de las tecnologías de la información y comunicación, violencia por orientación sexual, violencia contra mujeres indígenas u originarias, violencia contra mujeres afroperuanas, violencia contra***

mujeres migrantes, violencia contra mujeres con virus de inmunodeficiencia humana, violencia en mujeres privadas de libertad, violencia contra las mujeres con discapacidad, entre otras.

- b) *Los actos de violencia contra los integrantes del grupo familiar señalados en el artículo 6 de la Ley.*

8.2 Los tipos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar señalados en el artículo 8 de la Ley, los cuales son:

- b) *Violencia física.*
- c) *Violencia psicológica.*
- d) *Violencia sexual.*
- e) *Violencia económica o patrimonial”.* (subrayado nuestro).

3.6. LEY N. ° 29414⁶⁰, LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y SU REGLAMENTO

La Ley N. ° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud⁶¹, establece en su artículo 1 la modificación de los artículos 15, 23, 29 y el segundo párrafo del artículo 37 de la Ley N.° 26842, Ley General de Salud.

Por su parte, el artículo 1 del reglamento⁶² de esta norma señala que la norma tiene por objeto precisar los alcances de los derechos al acceso a los servicios de salud, a la atención integral de la salud que comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud; así como, al acceso a la información y consentimiento informado.

⁶⁰ <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29414.pdf>

⁶¹ Publicada en El Peruano el 2 de octubre de 2009

⁶² El Reglamento de la Ley N. ° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, fue aprobado mediante Decreto Supremo N.° 027-2015-SA y publicado en El Peruano el 13 de agosto de 2015.

Asimismo, encarga a la Superintendencia Nacional de Salud a velar por la aplicación del reglamento y plantea la lista de derechos de las personas usuarias contenidos en la Ley N.º 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias y conexas, junto con los mecanismos para su divulgación en las Instituciones

Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, privadas y mixtas.

Así, en el reglamento se señala los siguientes derechos de las personas usuarias de los servicios de salud:

Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud	Alcance
<p>Derecho al acceso a los servicios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Derecho a la atención de emergencia, sin condicionamiento a la presencia de documento alguno (artículo 6). - Derecho a la libre elección del médico o IPRESS⁽ⁱ⁾ (artículo 7). - Derecho a recibir atención con libertad de juicio clínico (artículo 8). - Derecho a una segunda opinión técnica (artículo 9). - Derecho al acceso a servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios (artículo 10).
<p>Derecho al acceso a la información</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Derecho a ser informado adecuada y oportunamente de sus derechos en calidad de persona usuaria (artículo 11). - Derecho a conocer el nombre de los responsables de su tratamiento: médico responsable de su atención, así como de los profesionales a cargo de los procedimientos (artículo 12). - Derecho a recibir información necesaria y suficiente, sobre las condiciones para el uso de los servicios de salud, previo a recibir la atención. (artículo 13). - Derecho a recibir información necesaria y suficiente sobre su traslado dentro o fuera de la IPRESS⁽ⁱⁱ⁾, así como otorgar o negar su consentimiento, salvo justificación del representante de la IPRESS⁽ⁱⁱⁱ⁾. (artículo 14). - Derecho a acceder y recibir de la IPRESS^(iv) información necesaria y suficiente sobre las normas, reglamentos y/o condiciones administrativas de la IPRESS^(v) vinculadas a su atención (artículo 15). - Derecho a recibir información sobre su propia enfermedad y a decidir su retiro voluntario de la IPRESS^(vi) (artículo 16). De manera específica, derecho a recibir de su médico tratante y en términos comprensibles, información completa, oportuna y continuada sobre su propia enfermedad y sobre las alternativas de tratamiento; y derecho a decidir su retiro voluntario de la IPRESS^(vii) expresando esta decisión a su médico tratante. - Derecho a negarse a recibir o continuar un tratamiento (artículo 17). - Derecho a ser informada sobre la condición experimental de productos o procedimientos en investigación, así como de sus riesgos y efectos secundarios (artículo 18).

<p>Derecho a la atención y recuperación de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Derecho a ser atendido por personal de salud autorizado por la normatividad vigente (artículo 19). - Derecho a ser atendido con pleno respeto a su dignidad e intimidad, buen trato y sin discriminación (artículo 19). - Derecho a recibir tratamientos científicamente comprobados o con reacciones adversas y efectos colaterales advertidos (artículo 20). - Derecho a la seguridad personal, a no ser perturbada o expuesta al peligro por personas ajenas al establecimiento (artículo 21). - Derecho a autorizar la presencia de terceros en el examen médico o cirugía, previa conformidad del médico tratante (artículo 22). - Derecho al respeto del proceso natural de la muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad (artículo 23).
<p>Derecho al consentimiento informado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Derecho al consentimiento informado (artículo 24) en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> • Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar su integridad, salvo caso de emergencia. • Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes. • Antes de ser incluido en un estudio de investigación científica. • Cuando reciba la aplicación de productos o procedimientos en investigación. • Cuando haya tomado la decisión de negarse a recibir o continuar el tratamiento, salvo cuando se ponga en riesgo su vida o la salud pública. • Cuando el paciente reciba cuidados paliativos.
<p>Derecho a la protección de derechos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Derecho a acceder a copia de su historia clínica y epicrisis (artículo 25). - Derecho a información mínima de la historia clínica (artículo 26). - Derecho a ser escuchado y recibir respuesta de su queja o reclamo en la instancia correspondiente, cuando se encuentre disconforme con la atención recibida (artículo 28). - Derecho a recibir tratamiento inmediato y solicitar reparación en la vía correspondiente, por los daños ocasionados en la IPRESS (artículo 30). - Derecho al carácter reservado de la información contenido en su historia clínica (artículo 27).

(I) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

(II) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

(III) Ídem.

(IV) Ídem.

(V) Ídem.

(VI) Ídem.

(VII) Ídem.

Toda persona que se encuentre disconforme con la atención recibida tiene derecho a ser escuchada y recibir respuesta, debiendo presentar su reclamo ante las instancias competentes de las IAFAS⁶³ o IPRESS⁶⁴, sin perjuicio de acudir en vía de queja ante SUSALUD⁶⁵ para el inicio del procedimiento administrativo correspondiente; según las normas emitidas por SUSALUD⁶⁶. Asimismo, las IPRESS⁶⁷ deben exhibir, de manera visible y de fácil acceso, el procedimiento para la atención de reclamos de las personas usuarias, así como la posibilidad de acudir a SUSALUD⁶⁸ en instancia de queja.

Conforme a lo establecido en el artículo 30 del reglamento, las infracciones referidas a la protección de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud y las sanciones aplicables a las IAFAS⁶⁹, IPRESS⁷⁰ o UGIPRESS⁷¹, están establecidas en el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 031-2014-SA.

Para efecto de la restitución de los derechos de las personas usuarias y con el objeto de corregir o revertir los efectos que la conducta infractora hubiere ocasionado, SUSALUD⁷², de acuerdo a las facultades conferidas, deberá disponer las medidas de seguridad que correspondan; así como las medidas provisionales y correctivas en el marco del procedimiento administrativo sancionador a que hubiere lugar.

63 Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.

64 Instituciones Prestadoras de Salud.

65 Superintendencia Nacional de Salud.

66 Ídem

67 Instituciones Prestadoras de Salud.

68 Superintendencia Nacional de Salud.

69 Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud

70 Instituciones Prestadoras de Salud.

71 Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Salud.

72 Superintendencia Nacional de Salud.

Para las pretensiones indemnizatorias, la persona usuaria de los servicios de salud podrá acudir a la vía judicial o medios alternativos de solución de controversias de acuerdo a la normativa vigente. En el caso de los profesionales de la salud, dicha responsabilidad se rige por las normas laborales administrativas, civiles, penales, Código de Ética y Deontología y demás normas estatutarias de los colegios profesionales correspondientes.

3.7. PROTOCOLOS QUE REGULAN LA ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINSA

El Ministerio de Salud cuenta con diversas normas que regulan la atención de las víctimas de violencia, entre las que se puede mencionar:

- 1) Las Guías Nacionales para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, aprobadas mediante Resolución Ministerial N. ° 668-2004/MINSA.
- 2) La Norma Técnica de salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA.
- 3) La Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género, aprobada mediante Resolución Ministerial N. ° 141-2007/MINSA.

3.7.1. LAS GUÍAS NACIONALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las guías nacionales para la atención integral de la salud sexual y reproductiva fueron aprobadas mediante Resolución Ministerial N. ° 668-2004/MINSA⁷³.

73 Publicado en El Peruano el 28 de junio de 2004.

Las guías son orientaciones para realizar el manejo en base a información científica basada en evidencias y tecnología actualizada, para resolver problemas en la atención obstétrica en condiciones normales y de emergencia, atención neonatal en condiciones normales y de emergencia, ITSs⁷⁴, bioseguridad, cáncer ginecológico, planificación familiar y otros aspectos relevantes de la salud reproductiva. Cada uno de estos temas se ha desarrollado en su respectivo módulo, conteniendo la información a ser aplicada principalmente en los establecimientos de

74 Infecciones de transmisión sexual.

salud.⁷⁵

El módulo I, denominado “la atención integral de la salud reproductiva”, desarrolla de manera específica el manejo de los casos de violencia contra la mujer durante la atención a las personas que acuden al servicio de atención reproductiva. Para ello, plantean el “Protocolo sobre violencia contra la mujer” que establece las definiciones de violencia, violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y los tipos de violencia (física, psicológica o emocional, económica y sexual):

75 https://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/varios/2017/Informe-de-Adjuntia-N-001-2017-DP-ADM_Derecho-a-la-Salud-Materna-.pdf

Violencia	<i>“Es un acto, conducta o hecho que ocasiona daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico, o muerte. La violencia es un acto social y en la mayoría de los casos un comportamiento aprendido en un contexto de inequidades sociales, basadas en el género, la edad y la raza y con imágenes violentas y de fuerza física, como la manera prevalente de resolver conflictos.”</i>
Violencia contra la mujer, llamada también Violencia Basada en Género (VBG)	<i>“Es cualquier acto de fuerza física o verbal, coerción o privación que atente contra la vida de una mujer o niña, causando daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación de la mujer. En muchas oportunidades, la mujer también llega a ser agredida a través de los hijos e hijas, cuando el hombre los ataca físicamente, los usa sexualmente, los fuerza a observar el abuso y los hace partícipes del atropello. De esta manera, el hombre controla a la mujer negándole su papel como madre defensora del bienestar de su descendencia”.</i>
Violencia Física	<i>“Cuando una persona se encuentra en situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física. La violencia física es generalmente recurrente y aumenta en frecuencia y severidad a medida que pasa el tiempo, pudiendo causar la muerte de una persona. Las manifestaciones de este tipo de violencia pueden incluir: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, estrangulamiento, heridas por armas, sujetar, amarrar, paralizar, abandono en lugares peligrosos, negación de ayuda cuando la persona está enferma o herida”.</i>
Violencia Psicológica o Emocional	<i>“Puede darse antes y después de la violencia física o acompañarla. Sin embargo, no siempre que hay violencia psicológica o emocional hay violencia física. Aunque la violencia verbal llega a usarse y/o aceptarse como algo natural, es parte de la violencia psicológica. La violencia psicológica puede incluir gritos, amenazas de daño, aislamiento social y físico (no poder salir, no hablar con otros, etc.), celos, posesividad extrema, intimidación, degradación y humillación, insultos y críticas constantes. Otras manifestaciones de la violencia psicológica son las acusaciones sin fundamento, la atribución de culpas por todo lo que pasa, ignorar o no dar importancia o ridiculizar las necesidades de la víctima, las mentiras, el rompimiento de promesas, manejar rápida y descuidadamente para asustar e intimidar, llevar a cabo acciones destructivas como romper muebles, platos y, en general, pertenencias de la persona y lastimar mascotas.”</i>

Violencia Sexual

“Por lo general, a las personas les cuesta más hablar sobre este tipo de violencia. Incluye sexo forzado o degradación sexual como: intentar que la persona tenga relaciones sexuales o practique ciertos actos sexuales contra su voluntad, llevar a cabo actos sexuales cuando la persona no está consciente, o tiene miedo de negarse, lastimar físicamente a la persona durante el acto sexual o atacar sus genitales, incluyendo el uso de objetos penetrantes o armas, forzar a la persona a tener relaciones sexuales sin protección de un embarazo y/o de ITS y VIH/SIDA, criticar e insultar a la persona con nombres sexualmente degradantes, acusar falsamente de actividades sexuales con otras personas, obligar a ver películas o revistas pornográficas, forzar a observar a la pareja mientras ésta tiene relaciones sexuales con otra persona.”

Si bien el protocolo no menciona de manera explícita la violencia obstétrica, la misma estaría incluida en la definición de violencia contra las mujeres al señalar que es cualquier acto de fuerza, coerción o privación que atenta contra la vida o integridad de la mujer, la humilla o priva de manera arbitraria su libertad y que perpetúa la subordinación hacia ella.

Asimismo, el protocolo establece que es necesario que el personal de salud pueda detectar la violencia basada en género en todas las usuarias de los servicios de salud reproductiva. En ese sentido, la usuaria puede acudir por otras razones al establecimiento de salud, pero el personal de salud debe identificar si ha sido víctima de violencia de género, y de manera específica de violencia obstétrica, debiendo aplicar los lineamientos establecidos en el protocolo en todos los casos detectados.

3.7.2. LA NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA TRANSVERSALIZACIÓN DE LOS ENFOQUES DE DERECHOS HUMANOS, EQUIDAD DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD EN SALUD

La norma técnica de salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud fue aprobada mediante Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA.

Esta norma tiene como objetivo general *“establecer criterios y procedimientos que permitan diseñar, implementar y evaluar políticas, planes, programas,*

proyectos y presupuestos que incorporen de manera efectiva y eficaz los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, en la organización y gestión del sector salud y en todas las acciones de las Unidades Orgánicas, Órganos Desconcentrados, Organismos Públicos Descentralizados, Direcciones Regionales de Salud, Direcciones de Salud, establecimientos del sector y los miembro del Sistema Coordinado y Descentralizado de Salud”.

Respecto a la violencia, de manera específica en el artículo 6 inciso 6 se establece que las instancias del sector salud deberán *“elaborar guías para la detección y atención en salud sexual reproductiva, cáncer de próstata, violencia de género, síndrome depresivo, alcoholismo y actos violentos”.*

3.7.3. GUÍA TÉCNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS AFECTADAS POR LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO⁷⁶

La Guía Técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género fue aprobada mediante Resolución Ministerial N° 141-2007/MINSA⁷⁷, y tiene como objetivo general *“[e]stablecer los procedimientos básicos para la atención integral de las personas en materia de violencia basada en género en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA)”.*

⁷⁶ http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1253_PROM47.pdf

⁷⁷ Publicada en El Peruano el 16 de febrero de 2007.

Asimismo, son objetivos específicos de la Guía Técnica: a) Integrar los marcos conceptuales para el desarrollo de las acciones de atención integral de la persona afectada por la violencia basada en género, b) Plantear un conjunto de procedimientos para la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud física y mental de las personas usuarias de los establecimientos de salud del Minsa afectadas por la violencia basada en género, y c) Fortalecer capacidades en el personal de salud de los diferentes niveles de atención en el abordaje integral de la violencia basada en género.

Además, la guía técnica señala que ésta es de aplicación obligatoria a nivel nacional por parte del personal de los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención del Ministerio de Salud.

Respecto de los alcances de la definición de violencia basada en género, la guía técnica señala que utilizará la definición planteada por la Recomendación General N. ° 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer que declara que la violencia basada en género es una forma de discriminación que seriamente inhibe la capacidad de las mujeres para disfrutar sus derechos y libertades sobre la base de la igualdad con el varón. Asimismo, señala que el artículo 10 de la convención define a la violencia basada en el género como aquella violencia dirigida contra las mujeres por el hecho de ser tales y que las afecta desproporcionadamente. De este modo, la guía señala que la violencia basada en género incluye aquellos actos que infligen daño o sufrimiento físico, mental o sexual, las amenazas de tales actos, coerción y la privación de la libertad.

Asimismo, la guía señala que la violencia basada en género trasciende el escenario familiar, en este sentido la violencia familiar se incluye en la violencia basada en género (VBG), que es un fenómeno más complejo que abarca una amplia gama de

modalidades y comportamientos violentos que afectan sobre todo a las mujeres. Así, señala que la violencia basa en género tiene las siguientes manifestaciones: violencia física, violencia psicológica o emocional, violencia por abandono o negligencia, violencia sexual, hostigamiento sexual, abuso sexual y violación.

Además, la guía técnica señala que, desde el modelo ecológico, la violencia es el resultado de la interacción compleja de un conjunto de factores que actúan en distintas dimensiones individuales, relacionales, sociales, institucionales, culturales y ambientales. En el nivel de la comunidad, desde este modelo, se examinan diversos escenarios en donde se establecen relaciones sociales que pueden posibilitar las relaciones de violencia.

De otro lado, en el apartado “Conclusiones y Recomendaciones” de la guía técnica, se establece que el personal de los establecimientos de salud cuenta con los marcos normativos y procedimentales para promover una cultura de paz y del buen trato, detectar situaciones de violencia basada en género en sus usuarios y brindarle atención integral que incluye la rehabilitación y recuperación de las víctimas y personas asociadas indirectamente a la violencia basada en género. Asimismo, la guía brinda los instrumentos para que el personal de salud pueda registrar, identificar, atender y dar referencia de la violencia basada en género y que deben ser entregados oportunamente a las instancias correspondientes.

Respecto de la violencia obstétrica, podemos señalar que en la guía técnica no se hace referencia expresa a ella. No obstante, la definición de violencia de género la incluiría dado que es una modalidad de violencia contra las mujeres. En ese sentido, el personal de salud, en cumplimiento de esta guía, estaría obligado a identificar, atender y dar referencia sobre la

violencia obstétrica.

3.8. CÓDIGO PENAL

El Código penal peruano no ha establecido la violencia obstétrica como delito. No obstante ello, dicha conducta podría ser sancionada a través de los siguientes tipos penales:

“Artículo 121-B.- Lesiones graves por violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar

En los supuestos previstos en el primer párrafo del artículo 121 se aplica pena privativa de libertad no menor de seis ni mayor de doce años e inhabilitación conforme a los numerales 5 y 11 del artículo 36 del presente Código y los artículos 75 y 77 del Código de los Niños y Adolescentes, según corresponda, cuando:

- 1. La víctima es mujer y es lesionada por su condición de tal en cualquiera de los contextos previstos en el primer párrafo del artículo 108-B.*
- 2. La víctima se encuentra en estado de gestación.*
- 3. La víctima es cónyuge; ex cónyuge; conviviente; ex conviviente; padrastro; madrastra; ascendiente o descendente por consanguinidad, adopción o afinidad; pariente colateral del cónyuge y conviviente hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad; habita en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales; o es con quien se ha procreado hijos en común, independientemente de que se conviva o no al momento de producirse los actos de violencia, o la violencia se da en cualquiera de los contextos de los numerales*

1, 2 y 3 del primer párrafo del artículo 108-B.

- 4. La víctima mantiene cualquier tipo de relación de dependencia o subordinación sea de autoridad, económica, cuidado, laboral o contractual y el agente se hubiera aprovechado de esta situación.*
- 5. Para cometer el delito se hubiera utilizado cualquier tipo de arma, objeto contundente o instrumento que ponga en riesgo la vida de la víctima.*
- 6. El delito se hubiera realizado en cualquiera de las circunstancias del artículo 108.*
- 7. La afectación psicológica a la que se hace referencia en el numeral 4 del primer párrafo del artículo 121, se causa a cualquier niña, niño o adolescente en contextos de violencia familiar o de violación sexual.*
- 8. Si el agente actúa en estado de ebriedad, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.25 gramos-litro, o bajo efecto de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o sintéticas.*

La pena será no menor de doce ni mayor de quince años cuando concurren dos o más circunstancias agravantes.

Cuando la víctima muere a consecuencia de cualquiera de las agravantes y el agente pudo prever ese resultado, la pena será no menor de quince ni mayor de veinte años.”

Artículo 122-B.- Agresiones en contra de las mujeres o integrantes del grupo familiar

El que de cualquier modo cause lesiones corporales que requieran menos de diez días de asistencia o descanso según prescripción facultativa, o

algún tipo de afectación psicológica, cognitiva o conductual que no califique como daño psíquico a una mujer por su condición de tal o a integrantes del grupo familiar en cualquiera de los contextos previstos en el primer párrafo del artículo 108-B, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de tres años e inhabilitación conforme a los numerales 5 y 11 del artículo 36 del presente Código y los artículos 75 y 77 del Código de los Niños y Adolescentes, según corresponda.

La pena será no menor de dos ni mayor de tres años, cuando en los supuestos del primer párrafo se presenten las siguientes agravantes:

- 1. Se utiliza cualquier tipo de arma, objeto contundente o instrumento que ponga en riesgo la vida de la víctima.*
- 2. El hecho se comete con ensañamiento o alevosía.*
- 3. La víctima se encuentra en estado de gestación.*
- 4. La víctima es menor de edad, adulta mayor o tiene discapacidad o si padeciera de enfermedad en estado terminal y el agente se aprovecha de dicha condición.*
- 5. Si en la agresión participan dos o más personas.*
- 6. Si se contraviene una medida de protección emitida por la autoridad competente.*
- 7. Si los actos se realizan en presencia de cualquier niña, niño o adolescente.”*

4. LEGISLACIÓN COMPARADA EN AMÉRICA LATINA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

4.1. ARGENTINA

En el 2004 se promulgó en Argentina la Ley N. ° 25.929, “Parto Humanizado”, que establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al

Programa Médico Obligatorio.

De esta manera, la norma legal establece los derechos que tienen todas las mujeres en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto (artículo 2); los derechos de la persona recién nacida (artículo 3); y los derechos del padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo (artículo 4):

Derechos de toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto

“Artículo 2º - Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

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

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

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

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

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

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

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

<p>Derechos de la persona recién nacida</p>	<p>“Artículo 3º - Toda persona recién nacida tiene derecho:</p> <p>a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.</p> <p>b) A su inequívoca identificación.</p> <p>c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.</p> <p>d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.</p> <p>e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.”</p>
<p>Derechos del padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo</p>	<p>“Artículo 4º - El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:</p> <p>a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.</p> <p>b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.</p> <p>c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.</p> <p>d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.</p> <p>e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.”</p>

La Ley N. ° 25.929 no hace referencia explícita a la violencia contra la mujer ni a la violencia obstétrica.

Posteriormente, en el 2015 se aprobó, mediante el Decreto N. ° 2035/2015, el Reglamento de la Ley N. ° 25.929. Dicho reglamento tampoco menciona de manera explícita la violencia obstétrica, pero sí hace mención a la violencia contra las mujeres en el inciso b) del artículo 2 de la siguiente manera:

“b) Toda persona, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, parto y posparto o puerperio tiene derecho a ser tratada con respeto, amabilidad, dignidad y a no ser discriminada por su cultura, etnia, religión, nivel socioeconómico, preferencias

y/o elecciones de cualquier otra índole, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 26.485 de Protección Integral Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.”

En este punto, cabe señalar que en el 2009 se aprobó la Ley N° 26.485⁷⁸, Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones. Al respecto, entiende la violencia contra las mujeres como:

78 https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf

“toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.”

Asimismo, la Ley N. ° 26.485 reconoce de manera expresa en su artículo 6, la violencia obstétrica:

“e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.”

El artículo 11 de la misma norma establece que el Estado nacional debe desarrollar las acciones prioritarias, promoviendo su articulación y coordinación con los distintos Ministerios y Secretarías del Poder Ejecutivo nacional, jurisdicciones provinciales y municipales, universidades y organizaciones de la sociedad civil con competencia en la materia. De manera específica en el inciso c), numeral 4 del artículo 11 establece que el Ministerio de Salud debe:

“Diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, y salud mental, que especifiquen el procedimiento a seguir para la atención de las mujeres que padecen violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una práctica médica no sexista. El procedimiento deberá asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios.”

4.2. BOLIVIA

El Estado Plurinacional de Bolivia promulgó en el 2013 la “Ley N. ° 348, Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia”⁷⁹ que, de conformidad con lo establecido en su artículo 2, tiene por objeto “establecer mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia, así como la persecución y sanción a los agresores, con el fin de garantizar a las mujeres una vida digna y el ejercicio pleno de sus derechos para vivir bien”.

La norma no hace una mención explícita a la violencia obstétrica. Sin embargo, en el artículo 6 se desarrollan diversos conceptos que comprenderían a la violencia obstétrica, tales como la violencia contra las mujeres, violencia contra los derechos reproductivos y violencia en servicios de salud:

Violencia

(Inciso 1 del artículo 6)

“Constituye cualquier acción u omisión, abierta o encubierta, que cause la muerte, sufrimiento o daño físico, sexual o psicológico a una mujer u otra persona, le genere perjuicio en su patrimonio, en su economía, en su fuente laboral o en otro ámbito cualquiera, por el sólo hecho de ser mujer.”

79 https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_bol_ley348.pdf

<p>Violencia contra los derechos reproductivos</p> <p>(Inciso 8 del artículo 6)</p>	<p><i>“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.”</i></p>
<p>Violencia en servicios de salud</p> <p>(Inciso 9 del artículo 6)</p>	<p><i>“Es toda acción discriminadora, humillante y deshumanizada y que omite, niega o restringe el acceso a la atención eficaz e inmediata y a la información oportuna por parte del personal de salud, poniendo en riesgo la vida y la salud de las mujeres.”</i></p>

Como podemos observar, la definición de “violencia contra los derechos reproductivos” comprendería la definición de violencia obstétrica que utiliza la legislación peruana que es la violencia ejercida por el personal de salud con relación a los procesos reproductivos. Así, la violencia contra los derechos reproductivos establecida en esta Ley es más amplia y alcanza a cualquier acción u omisión que impide, limita o vulnera el derecho de las mujeres al tratamiento durante la 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.

4.3. COLOMBIA

Colombia no cuenta a la fecha con una regulación específica sobre la violencia obstétrica pero sí con una normativa relacionada con la violencia hacia las mujeres.

En el 2008 se aprobó la Ley N. ° 1257 por la cual se dicta normas de sensibilización, prevención y sanción de diversas formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman el código penal, el código de procedimiento penal y la Ley N. ° 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. En su artículo 2, la norma define la violencia contra la mujer de la siguiente manera:

“Por violencia contra la mujer se entiende cualquier acción u omisión, que le cause

muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado.

Para efectos de la presente ley, y de conformidad con lo estipulado en los Planes de Acción de las Conferencias de Viena, Cairo y Beijing, por violencia económica, se entiende cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política. Esta forma de violencia puede consolidarse en las relaciones de pareja, familiares, en las laborales o en las económicas.”

Esta definición es amplia y no hace referencia explícita a la violencia que sufren las mujeres durante el parto por los profesionales de la salud. No obstante, cabe señalar que Colombia cuenta con la “Guía de Práctica Clínica” del Ministerio de Salud de 2013, en la que se recomienda la adopción de los principios del parto humanizado, incluyendo el derecho de la mujer a elegir una persona que la acompañe durante todo el proceso, basada en la evidencia científica que se presenta en la Guía.

4.4. ECUADOR

En el 2018 se aprobó en Ecuador la Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres⁸⁰, cuyo inciso 1 del artículo 4 establece lo siguiente:

“1. 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.”

Con relación a la violencia obstétrica, el inciso g) del artículo 10 establece para efectos de su aplicación y sin perjuicio de lo establecido en los instrumentos internacionales de derechos humanos y en el Código Orgánico Integral Penal y la Ley, que se considerará la violencia obstétrica como un tipo de violencia, definiéndola de la siguiente manera:

g) 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.”

De esta manera, la ley define de manera general la

⁸⁰ https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf

violencia gineco-obstétrica como cualquier acción u omisión que limite o niegue el derecho de las mujeres embarazadas a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Cabe destacar, que dicha definición omite señalar de manera expresa que la limitación del derecho deba ser injustificada o arbitraria a fin de configurarse un acto de violencia gineco-obstétrica.

No obstante lo anterior, la ley menciona que son expresiones de la violencia gineco-obstétrica, situaciones que expresan actos injustificados o arbitrarios tales como: el maltrato, 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, y la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad. Como podemos notar, a diferencia de la legislación peruana, esta ley considera la esterilización forzada como una expresión de violencia gineco-obstétrica.

Respecto de la violencia de género contra las mujeres, niñas, adolescentes, jóvenes, adultas y adultas mayores se pueden producir en los centros e instituciones de salud, tal como lo establece el inciso 9 del artículo 12:

“9. Centros e instituciones de salud.- Comprende el contexto donde la violencia se ejerce en los centros de salud pública y privada, en contra de las usuarias del Sistema Nacional de Salud, ejecutada por el personal administrativo, auxiliares y profesionales de la salud”

En ese sentido, esta norma establece que la violencia ejercida en centros e instituciones de salud puede ser ejercida no solo por el profesional médico sino también por el personal administrativo, auxiliar o cualquier profesional de la salud.

4.5. MÉXICO

En México existen dos órdenes de regulaciones, una de carácter federal y otra de carácter estatal.⁸¹

A nivel federal, no existe una regulación explícita sobre la violencia obstétrica y tampoco se encuentra regulada en el Código Penal Federal. Sin embargo, sí se encontraría comprendida en la definición y tipos de violencia contra las mujeres establecidas en la “Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia” aprobada en el 2007 y sus respectivas modificatorias⁸².

Al respecto, en el inciso IV del artículo 5 de la Ley se señala que la violencia contra las mujeres es entendida como: “Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.”: Asimismo, el artículo 6 establece que son tipos de violencia contra la mujer la violencia psicológica, la violencia física, la violencia patrimonial, la violencia económica, la violencia sexual y cualquier otra forma análoga que lesione o sea susceptible de dañar la

dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

Además, el Título II de la Ley establece que son modalidad de la violencia: 1) violencia familiar, 2) violencia laboral y docente, 3) violencia en la comunidad, y 4) violencia institucional.

A nivel estatal, sí se ha desarrollado una regulación específica sobre la violencia obstétrica, aunque son sólo diez de las 31 unidades que constituyen el Estado federal quienes han definido dicha violencia en sus respectivas normativas. Dichos Estados son: Chiapas, Veracruz, Chihuahua, Colima, San Luis Potosí, Durango, Guanajuato, Quintana Roo, Tamaulipas e Hidalgo.⁸³

Asimismo, conforme a lo establecido en el “Reporte de monitoreo legislativo en torno a la igualdad, la no discriminación y la no violencia contra las mujeres – Veracruz”⁸⁴ de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México, estados como el de Chiapas, México, Guerrero, Quintana Roo y Veracruz han tipificado la violencia obstétrica como delito, entre los que resaltan:

81 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-68512018000200123&script=sci_arttext

82 <http://armonizacion.cndh.org.mx/Content/Files/DMVLV/AMVLV/FED-LGAMVLV.pdf>

83 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-68512018000200123&script=sci_arttext

84 <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Monitoreo/7-Veracruz.pdf>

Estado de Chiapas	<p>Código Penal para el Estado de Chiapas⁽¹⁾</p> <p><i>“Artículo 183 Ter.- Comete el delito de violencia obstétrica el que se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizador, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales, generando como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad.</i></p> <p><i>Con independencia de las lesiones causadas, al responsable del delito de violencia obstétrica, se le impondrá la sanción de uno a tres años de prisión y hasta doscientos días de multa, así como suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual al de la pena privativa de libertad impuesta, y el pago de la reparación integral del daño.”</i></p> <p><i>“Artículo 183 Quater.- Se equipara a la violencia obstétrica y se sancionará con las mismas penas a quien:</i></p> <p><i>I. Omita la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.</i></p> <p><i>II. Obstaculice el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.</i></p>
--------------------------	--

	<p>III. <i>Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.</i></p> <p>IV. <i>Practique una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.”</i></p>
Estado de Guerrero	<p>Código Penal del Estado de Guerrero^(II)</p> <p>“Artículo 202. <i>Violencia de género</i></p> <p><i>Se le impondrán de dos a ocho años de prisión y multa de doscientos a quinientos días de salario mínimo a quien por razones de género, cause a persona de otro sexo, daño o sufrimiento económico, físico, obstétrico, patrimonial, psicológico, sexual o laboral tanto en el ámbito privado como en el público, afectando los derechos humanos o la dignidad de las personas.”</i></p> <p>“Artículo 203. <i>Definiciones</i></p> <p><i>Para los efectos de este delito se entenderá por: (...)</i></p> <p>III. <i>Violencia obstétrica: Acto u omisión que impida u obstaculice la atención oportuna y eficaz en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas o Altere sus procesos reproductivos sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (...)</i>”</p>
Estado de Veracruz	<p>Código penal para el Estado libre y soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave^(III)</p> <p>“VIOLENCIA OBSTÉTRICA</p> <p>Artículo 363. <i>Comete este delito el personal de salud que:</i></p> <p>I. <i>No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;</i></p> <p>II. <i>Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;</i></p> <p>III. <i>No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;</i></p> <p>IV. <i>Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad;</i></p> <p>V. <i>Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarle inmediatamente después de nacer; y</i></p> <p>VI. <i>Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.</i></p> <p><i>A quien realice las conductas señaladas en las fracciones I, II, III y IV, se le impondrán de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario; y quien incurra en los supuestos descritos en las fracciones IV y V será sancionado con prisión de seis meses a tres años y multa de hasta doscientos días de salario.</i></p> <p><i>Si el sujeto activo del delito fuere servidor público, además de las penas señaladas se le impondrá destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.”</i></p>

(I) https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/LEY_0012.pdf?v=MjQ=

(II) https://leyes-mx.com/codigo_penal_guerrero.htm

(III) <https://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/PENAL190515.pdf>

4.6. PANAMÁ

En Panamá se promulgó el 24 de octubre del 2013 la Ley N. ° 82⁸⁵, que adopta medidas de prevención contra la violencia en las mujeres y reforma el Código Penal para tipificar el feminicidio y sancionar los hechos de violencia contra las mujeres.

Al respecto, el artículo 3 señala que se entenderá por este tipo de violencia a *“cualquier acción, omisión o práctica discriminatoria basada en la pertenencia al sexo femenino en el ámbito público o privado, que ponga a las mujeres en desventaja con respecto a los hombres, les cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, que incluye las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.”*

Asimismo, mediante los incisos 16 y 22 del artículo 4, la ley define la violencia obstétrica y la violencia en los servicios de salud públicos y privados de la siguiente manera:

“16. Violencia en los servicios de salud públicos y privados. Trato desigual en contra de las mujeres por parte del personal de salud. Incluye negarse a prestar atención médica a una mujer, la cual por ley tiene este derecho, no brindar atención integral de urgencia en los casos de violencia contra las mujeres, negligencia en el registro en los formularios de sospecha, violar la confidencialidad, no tomar en cuenta los riesgos que enfrenta la afectada y no cumplir con la obligación de denunciar.”

“22. Violencia obstétrica. Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato abusivo, deshumanizado, humillante o grosero.”

Mediante estas definiciones se puede advertir que la violencia obstétrica es una, entre otras formas de violencia hacia las mujeres que se pueden producir en los servicios de salud públicos y privados. La definición de violencia obstétrica no señala de manera explícita que sea una acción, omisión o práctica discriminatoria realizada por el personal de salud. En ese sentido, se tendría que entender la violencia obstétrica en concordancia con la definición de violencia contra las mujeres para entenderla de manera completa. Asimismo, se puede resaltar que la definición menciona que la violencia obstétrica se puede expresar en: un trato abusivo, un trato deshumanizado, un trato humillante o un trato grosero.

Respecto de la detección y atención de este y otros tipos y modalidades de violencia, en el inciso 3 del artículo 27 de la ley se establece que el Ministerio de Salud es responsable de realizar acciones para detectar y atender la violencia obstétrica, tal como se señala a continuación:

“3. Detectar precozmente y atender todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría y salud mental, que especificando el procedimiento que se va a seguir para la atención de las mujeres víctimas de violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una práctica médica no sexista. Dicho procedimiento debe asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios.”

Asimismo, conforme a lo establecido en el inciso 10 del artículo 27, el Ministerio de Salud debe “promover el deber de denunciar que tiene el personal de salud, explorando los riesgos que enfrenta la afectada, de guardar confidencialidad, de asegurarse del llenado

85 https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_pan_ley82.pdf

correcto los formularios de sospecha y de garantizar el respeto y cuidado de la dignidad de las mujeres víctimas de violencia.” Así, podemos observar que no solo se debe detectar y atender la violencia obstétrica sino también el personal de salud debe denunciarla. De no realizar la denuncia, el personal de salud puede ser sometido a un proceso disciplinario, conforme lo establece el artículo 51 de la Ley:

“Artículo 51. El funcionario público o personal al servicio del Estado que a sabiendas de la comisión de un delito no lo denuncie será sometido a un proceso disciplinario.

En caso de denunciarse y no acreditarse la comisión del delito, quedará exento de cualquier responsabilidad legal por razón de la denuncia de que trata este artículo, excepto cuando se configuren los delitos de calumnia o injuria.”

4.7. VENEZUELA

Venezuela fue uno de los primeros países en reconocer la violencia obstétrica como una forma de violencia de género en contra de las mujeres. Así, en el inciso 13 del artículo 15 de la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”⁸⁶ aprobada en 2007 define la “violencia obstétrica” como:

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

vida de las mujeres.”

Asimismo, mediante el artículo 51 de la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” se tipifica la violencia obstétrica como un delito:

“Artículo 51. Violencia obstétrica. Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

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

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento

⁸⁶ https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf

disciplinario que corresponda.”

Sobre el particular, podemos advertir que las conductas que constituyen delito de violencia obstétrica son referidas a la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligación a la mujer a un tipo de parto, obstaculización del apego precoz del niño o niña con su madre sin justificación médica, alteración del proceso natural del parto de bajo riesgo, práctica del parto por vía de cesárea sin consentimiento y existiendo condiciones para el parto natural.

También es importante resaltar que esta normativa si bien reconoce la violencia obstétrica como un delito, la pena no es de privación de la libertad sino es pecuniaria mediante una multa.

5. ANÁLISIS DE ENTREVISTAS A ACTORES CLAVE

La metodología utilizada para el presente informe implicó entrevistar a once (11) actores/actrices claves representantes del Estado peruano (Ministerio de Salud y Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables), de la sociedad civil y de la academia⁸⁷.

En los siguientes párrafos, se analizará las respuestas a las entrevistas realizadas a los once (11) actores claves, para lo cual se han agrupado en nueve temáticas: (1) Alcance conceptual de la violencia obstétrica, (2) Manifestaciones, (3) Casos de violencia obstétrica, (4) Causas y consecuencias, (5) Consentimiento informado, (6) Conocimiento sobre la actuación del Estado, (7) Violencia obstétrica a nivel internacional, (8) Agenda de investigación pendiente, y (9) La sanción de la violencia obstétrica a nivel gremial.

Cabe mencionar que la inclusión de extractos de las entrevistas a los 11 actores clave corresponde a la extracción de las ideas principales de sus respuestas, no tratándose necesariamente de la transcripción textual de sus declaraciones

5.1. ALCANCE CONCEPTUAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

5.1.1. DEFINICIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La definición de la violencia obstétrica por parte de los 11 actores/actrices clave entrevistados resulta central en aras de establecer el marco de referencia desde donde comprenden dicha problemática. Debido a que su discusión es un tema relativamente nuevo (por ejemplo, recién en el año 2016 se cuenta

⁸⁷ Entiéndase por academia al conjunto personas que conforman una sociedad dedicada al estudio de temas científicos y/o sociales. Para el presente estudio, se utiliza el término academia para referirnos al grupo de personas dedicadas al estudio del tema materia del presente informe.

con una definición de violencia obstétrica establecida en el “Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 – 2021”⁸⁸), resulta necesario detenerse en los puntos de encuentro y en las particularidades que, de acuerdo a las entrevistas aplicadas, se aprecian en el entendimiento conceptual de esta problemática.

De esta manera, respecto de la pregunta *De acuerdo a sus conocimientos, ¿cómo definiría (entiende) usted la violencia obstétrica?*, y otras preguntas asociadas, las once personas entrevistadas coinciden en entenderla como una modalidad multidimensional de violencia que afecta a las mujeres. De manera tácita o explícita, las personas entrevistadas indican que cualquier mujer puede estar expuesta a ella; sin embargo, resaltan que existen grupos de mujeres que pueden estar en una posición de mayor vulnerabilidad. Esta condición de mayor riesgo estaría determinada por distintas variables, entre las que resaltan el nivel socioeconómico, la pertenencia a un pueblo indígena o el uso de una lengua indígena, la manera de ejercer o vivir la sexualidad por parte de las mujeres, el ámbito de residencia (urbano o rural) y la edad.

Para ilustrar lo expuesto, a continuación, se presenta una de las opiniones de una representante de la sociedad civil respecto a la violencia obstétrica:

[Se trata de] la falta de respeto al cuerpo, la forma como son tratadas por su etnia, su idioma, su forma de vestir, por tener una situación económica distinta, tiene que ver con la forma como nos trata, tiene que ver con las decisiones de las mujeres, termina influyendo en su proyecto de vida (entrevista a representante de la sociedad civil).

Asimismo, otra coincidencia se relaciona a como la

⁸⁸ Aprobado mediante Decreto Supremo N° 08-2016-MIMP.

violencia obstétrica no sólo se limita a procedimientos médicos, ampliando su definición a maltratos de índole psicológico, físico o, de manera general, a un trato no digno. Así, las expresiones humillantes, muestras de racismo, censuras al momento en que la mujer expresa su opinión o demuestra dolencias, así como sanciones verbales que atribuyen a la mujer la responsabilidad en los sucesos que ocurren en el parto, serían manifestaciones de violencia obstétrica.

Respecto al momento en el que las mujeres pueden ser víctimas de esta violencia, las personas entrevistadas señalaron que el parto y el puerperio son momentos claves, indicando asimismo que son los establecimientos de salud, y por ende, el personal médico involucrado, los principales lugares y responsables del ejercicio de esta violencia.

Al respecto, la siguiente opinión de un grupo de entrevistadas de la sociedad civil evidencia lo expuesto:

[La violencia obstétrica] es una modalidad de violencia, ejercida por el personal de salud en las instituciones de salud, ya sean públicas o privadas, y que se evidencia de manera más intensa en el embarazo, parto y puerperio (entrevista a representantes de la sociedad civil).

De manera complementaria, las personas entrevistadas remarcaron el aspecto central del consentimiento informado y su relación con la patologización y sobremedicalización del parto. Hubo un consenso en torno a la necesidad de contar con este consentimiento. Sin embargo, respecto al proceso para su obtención, así como a prácticas ligadas a la patologización del parto, hubo precisiones importantes que serán tratadas más adelante (estas discrepancias o aspectos específicos muestran justamente las distintas consideraciones o marcos interpretativos desde donde se entiende a la violencia obstétrica).

A partir de lo expuesto, la totalidad de las personas entrevistadas coincidieron en que la violencia obstétrica atenta contra el ejercicio de los derechos de las mujeres a decidir sobre su sexualidad y su cuerpo, así como a recibir un trato digno en la prestación de los servicios de salud basado en un proceso informado y enfocado en la mujer.

La opinión de una representante del MIMP resume adecuadamente los principales puntos de acuerdo:

La violencia obstétrica implica la pérdida de la autonomía de las mujeres y su capacidad de decidir sobre sus cuerpos y sexualidad; es una transgresión a los derechos de las mujeres a una atención digna y respetuosa, a la salud, a la intimidad, a su integridad física, a la información y a la no discriminación (representante del sector público).

A partir de lo expuesto, resulta importante traer a colación algunos de los desarrollos o precisiones establecidas por las personas entrevistadas para observar que, a la fecha, existen ciertos puntos discrepantes al momento de entender en detalle esta problemática.

En este sentido, **el primer aspecto a resaltar se centra en el momento en que la mujer podría ser víctima de violencia obstétrica**, desprendiéndose distintas implicancias a partir del marco de referencia temporal que se adopte. Al respecto, existen tres marcadas posiciones: una referida a que en cualquier momento del ejercicio de sus derechos reproductivos la mujer puede ser víctima de violencia obstétrica, otra la circunscribe al embarazo, parto y puerperio, y otra la limita exclusivamente al parto.

Para expresar la primera posición existente, a continuación, se presenta dos comentarios:

Es importante enfocarla [a la violencia obstétrica] en términos de la salud sexual y reproductiva, de manera global, porque el

proceso de embarazo y parto no son aislados, sino que son la culminación de un proceso mayor que inicia desde la relación sexual. Es muy relevante vincularlo a todo el proceso reproductivo (representante de la academia).

La violencia obstétrica puede darse durante todo el proceso reproductivo, y aún antes del embarazo, también es violencia obstétrica. Quien normalmente nos mira cuando vamos por un método anticonceptivo es el personal de salud, hay que tomar en cuenta todas estas situaciones, no circunscribirnos a un solo momento [el embarazo] (representante de la sociedad civil).

Esta posición, que amplía el entendimiento de la violencia obstétrica y la aborda desde una perspectiva de la salud sexual y reproductiva supera los momentos específicos del parto, embarazo o puerperio, y difiere de otra concepción que circunscribe la violencia obstétrica al embarazo, parto y puerperio. A continuación, se ilustra esta segunda posición con una intervención de una representante de la sociedad civil:

[La violencia obstétrica] es aquella que se ejerce sobre las mujeres en torno a procesos de reproducción, específicamente el embarazo, parto y puerperio (representante de la sociedad civil).

Dicha entrevistada subraya la particular situación de vulnerabilidad de la mujer. Es decir, indica que la violencia obstétrica es distinta a otro tipo de violencias o maltratos que se pueden dar en el marco de la salud sexual y reproductiva debido al periodo en el que se ejerce y a las condiciones específicas de vulnerabilidad de la mujer en dicho momento.

Una tercera posición sobre la violencia obstétrica la limita al momento del parto, la cual es expuesta por un representante de la sociedad civil:

Dirigida básicamente a un tema que es la atención del parto, se refiere a todas aquellas acciones, médicas y no médicas, que de alguna manera alteran o cambian el curso natural de un trabajo de parto (entrevista a representante de la sociedad civil).

Se puede observar un entendimiento distinto sobre el alcance o momentos de la violencia obstétrica, lo cual ilustra que efectivamente se trata de una problemática que puede ser abordada de distintas maneras.

Ligado al punto anterior, **un segundo tema**, que evidenció distintos entendimientos sobre la violencia obstétrica, **se relaciona al lugar desde donde quiera entenderse esta problemática (perspectiva)**, que puede ser desde una mirada médica, desde la mirada de la mujer, el enfoque de derechos, entre otros. Así, con relación a la perspectiva médica algunos mencionan que existen determinadas complicaciones médicas durante el proceso de parto que podrían llevar a justificar, en ciertos contextos, la práctica de determinadas manifestaciones que pueden ser calificadas como violencia obstétrica.

Por un lado, en esta pregunta, la mayoría de personas entrevistadas no destacó, de manera explícita, matices relevantes al momento de entender la violencia obstétrica, pudiéndose deducir que no cabría tomar en cuenta determinados contextos o situaciones particulares tales como la salud o la vida de la mujer y/o niño o niña. Frente a dicho entendimiento, existen posiciones, como la expuesta por un representante de la sociedad civil, que reconoce ciertas circunstancias a tener en cuenta de manera particular:

El parto debe estar institucionalizado y garantizar que tanto la madre y el niño salgan en buenas condiciones. Diferenciación en parto normal y otros, no se puede definir porque puede cambiar en segundos, poniendo

en riesgo a la mujer y al niño. Si por violencia obstétrica se entiende la utilización que toda la tecnología pone en tus manos para disminuir riesgos, entonces no es violencia obstétrica (entrevista a representante de la sociedad civil).

Esta persona señaló que comprender la violencia obstétrica sin la perspectiva médica podría desvirtualizar el parto y negar que se trata de un acto médico (no necesariamente personal), lo cual suma argumentos para la patologización de la gestación.

De otro lado, es relevante traer a colación la importancia dada al consentimiento informado para prevenir la violencia obstétrica. De acuerdo a lo expuesto por las personas entrevistadas en ésta y otras preguntas, el entendimiento de la violencia obstétrica va de la mano de la obtención del consentimiento informado. Así, dependiendo de cómo se defina esta problemática, se podrá generar una mayor consciencia sobre la necesidad de entender este consentimiento como un proceso informativo en el que la mujer ocupa un lugar central.

Otro aspecto en el que hubo ciertas precisiones por parte de las personas entrevistadas se relaciona al entendimiento de la violencia obstétrica como un ejercicio de violencia institucional a cargo del personal de salud involucrado en un establecimiento de salud determinado. De manera específica, una de las personas entrevistada señaló que tanto las parteras como el personal de salud no calificado no podrían ejercer violencia obstétrica al no cumplir con los requisitos establecidos para el sujeto activo.

Finalmente, un aspecto importante sobre el cual las y los obstetras entrevistadas llamaron la atención es cómo el término “violencia obstétrica” es asociado directamente al ejercicio de su profesión y generaría prejuicios negativos hacia este personal de salud. Dicha asociación directa entre un tipo de violencia y un agresor específico, lejos de fortalecer

la relación entre la mujer embarazada y el personal de salud, contribuiría a aumentar las distancias y la desconfianza mutua.

5.1.2. ESPECIFICIDAD DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA SOBRE OTRAS MODALIDADES DE VIOLENCIA CONTRA LAS Y LOS PACIENTES

Respecto de la pregunta *En términos conceptuales, ¿considera usted necesario diferenciar la violencia obstétrica de la violencia que podría ejercer el personal de salud hacia los pacientes?*, la totalidad de personas entrevistadas coincide en indicar que sí es necesario realizar dicha diferencia.

Las razones que sustentan dicha posición son diversas y complementarias entre sí, destacando cinco argumentos centrales para su distinción:

- El hecho de que la violencia obstétrica es ejercida sobre las mujeres desde los servicios de salud que operan siguiendo una lógica patriarcal.
- El momento o contexto de especial vulnerabilidad de las mujeres, específicamente durante el embarazo, parto o puerperio.
- El hecho de que atente contra la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo, sexualidad y sus derechos reproductivos.
- La necesidad de evidenciar y asumir a la violencia obstétrica como un problema público, hecho que posibilitaría establecer un sistema de prevención y de sanciones adecuados.
- El darse durante un proceso natural en el que la mujer no está enferma, ni necesariamente frente a una emergencia ni en riesgo de morir.

5.1.2.1. La mujer como sujeto de agresión desde una institucionalidad patriarcal

Una particularidad de la violencia obstétrica se centra en el hecho de que es ejercida contra las mujeres por su condición de tales. Sobre esta base, como se expuso

en el acápite anterior, podrán existir condiciones que incrementen o agraven su incidencia. Sin embargo, todas las mujeres están sometidas a la posibilidad de ser víctimas de esta modalidad de violencia.

Las entrevistadas representantes de la academia enfatizaron que este tipo de violencia está asociada a la posición desde la que se suele ubicar a las mujeres en sociedades como la peruana y que ese hecho posibilitaba su diferenciación de otro tipo de maltratos o violencias.

Para ilustrar lo expuesto, a continuación, se presentan algunas de las ideas de las personas entrevistadas de la academia:

Existe una actitud y expectativa de lo que debe ser y hacer la mujer: la mujer debe ser buena, a la mujer se le infantiliza, se le trata como a una niña que “debe portarse bien cuando va al doctor”, “debe hacer lo que se le diga”, cualquier cosa que salga de esa expectativa va a ser cuestionada, cualquier queja, pregunta o cuestionamiento va a ser invalidado (entrevista a representante de la academia).

Cuando la mujer visibiliza una molestia se activa toda esta capacidad de ejercer la violencia desde la interiorización de la misoginia y machismo. “Ahora vienes a gritar cuando no gritaste cuando ibas a tener este hijo”. “Tú sabías cómo era, para qué abriste las piernas” (entrevista a representante de la academia).

A esta posición de subordinación en la que se ubica a las mujeres se ha de adicionar la manera en la que varios servicios de salud, y su personal, suelen tratar a sus usuarios y usuarias. La formación, el trato y la atención del personal de salud es brindado desde una posición de poder desequilibrada que concentra el poder en el conocimiento y el saber médico, hecho que vuelve a la paciente en un agente pasivo de su

propio proceso de consulta.

Si bien este comportamiento o actitud del personal de salud se daría frente a cualquier usuario o usuaria de los servicios de salud, la condición en la que se ubica a las mujeres agravaría su sometimiento.

Una de las entrevistadas de la academia ilustró el punto anterior de la siguiente manera:

Aunque la actitud cambie y la formación cambie, hay un protocolo establecido que asume sin mala intención, sin conciencia, que debe de cumplirse. La actitud podría chocar un poco, por ejemplo, con “no quiero recibir tal medicamento”, pero no importa su opinión, debes de recibir dicho medicamento porque eso dice el protocolo y si no lo hiciera se responsabilizará a la mujer de la potencial muerte de su hijo. Por más que una obstetra pueda tener una perspectiva más abierta del parto, en tanto proceso que no es curar una herida, que es un proceso que hay que respetar, lamentablemente no podrá llevarlo a cabo porque choca con el sistema (entrevista a representante de la academia).

De acuerdo al punto de vista expuesto, es el sistema de salud, expresado puntualmente en los protocolos de atención, los que posibilitarían la violencia obstétrica dado que reproducen mecanismos estandarizados de atención del parto que deben ser cumplidos por el personal de salud sin cuestionamiento de éstos ni de la mujer que lo recibe.

5.1.2.2. Condición de especial vulnerabilidad de las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio

Esta consideración, ligada a la vulnerabilidad de la mujer en determinados momentos de su ciclo de vida, contribuiría a distinguir la violencia obstétrica de otras manifestaciones de violencia.

Al respecto, una de las representantes de la sociedad civil indicó que:

[La violencia obstétrica] aborda un periodo de vulnerabilidad demasiado alto, donde hay una condición, donde la disponibilidad del servicio es vital, hay una especie de dependencia tan fuerte, como en los procesos reproductivos (entrevista a representante de la sociedad civil).

Delos señalados desprende que la violencia obstétrica, enfocada en el embarazo, parto y puerperio, sucede en momentos en los que las mujeres están expuestas no solo a condiciones fisiológicas particulares, sino también a los estereotipos y prejuicios sociales que remarcan su rol reproductivo en la sociedad.

5.1.2.3. Vulneración al cuerpo, la sexualidad y a los derechos reproductivos

Otra consideración expuesta para diferenciar a la violencia obstétrica de otras manifestaciones de violencia se relaciona con los derechos que están involucrados, ubicando al cuerpo de la mujer como un espacio central en materia de ejercicio y/o vulneración de estos derechos. De esta manera, la violencia obstétrica atentaría contra el ejercicio de determinados derechos de las mujeres, aquéllos que le permitirían vivir o practicar su sexualidad de manera libre.

Esta consideración se apoya en una concepción más amplia de lo que es la violencia obstétrica, asociándola al ejercicio de la sexualidad y a los derechos reproductivos. Asimismo, ubica a la mujer en el centro del proceso de cualquier toma de decisiones con respecto a su cuerpo.

5.1.2.4. Visibilización de la violencia obstétrica como un problema público

Un argumento que sostiene su diferenciación pasa por la necesidad de evidenciar/visibilizar la ocurrencia de

esta manifestación específica de violencia contra las mujeres, hecho que estaría asociado a la posibilidad de discutir su prevención y sanción de manera pública y bajo consideraciones específicas.

Para ilustrar este punto, una de las representantes entrevistadas de la sociedad civil indicó:

La violencia obstétrica tiene que ver con las implicancias legales que puede generar su actuación; por ejemplo, ¿cómo se maneja un tema de maltrato médico y cómo se maneja un tema de violencia obstétrica institucionalizado elaborado como tal? Cosas que podrías decir que no caben como violencia obstétrica porque no lo puedo judicializar, no significa que dejen de ser actos violentos y que se dan (entrevista a representante de la sociedad civil).

5.1.2.5. Patologización de un proceso natural

Finalmente, a partir de las respuestas de una de las entrevistadas de la academia, se desprendería que una de las particularidades de la violencia obstétrica radica en que una de sus expresiones se articula a la patologización de un proceso natural.

Al respecto, la entrevistada mencionada indicó:

El discurso de la medicalización del parto se ha encargado de quitarnos ese conocimiento, de hacernos sentir que no sabemos nada, cuando las mujeres han parido durante toda la historia (entrevista a representante de la academia).

Es decir, la diferencia de este tipo de violencia sobre otras estaría asociada a la posibilidad de evidenciar cómo se patologizan determinados procesos naturales.

5.1.3. EVALUACIÓN DE LA DEFINICIÓN FORMAL DEL ESTADO PERUANO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Con relación a la pregunta referente a la definición de violencia obstétrica establecida en el “Plan Nacional contra la violencia de género 2016 – 2021”,⁸⁹ las 11 personas entrevistadas asignaron la siguiente valoración en una escala del 1 al 5 con respecto a su nivel de acuerdo:

N. °	Categorías	Número de votos	Distribución de votos
1	Completamente en desacuerdo	0	Ninguna persona entrevistada estuvo completamente en desacuerdo.
2	En desacuerdo	3	<ul style="list-style-type: none"> Dos actores clave de la sociedad civil. Un actor clave del Estado.
3	Medianamente de acuerdo	4	<ul style="list-style-type: none"> Tres actores clave de la sociedad civil. Un actor clave del Estado.
4	De acuerdo	2	<ul style="list-style-type: none"> Dos actores clave de la Academia.
5	Completamente de acuerdo	2	<ul style="list-style-type: none"> Un actor clave de la sociedad civil. Un actor clave del Estado.

⁸⁹ El “Plan Nacional contra la violencia de género 2016 – 2021” define la violencia obstétrica como: “[T]odos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.

Como se puede observar, la mayoría de personas entrevistadas manifestó encontrarse en algún grado de acuerdo con la definición (8 de 11, estando 2 completamente de acuerdo, 2 de acuerdo y 4 medianamente de acuerdo). Menos de la tercera parte de las personas entrevistadas se encuentra en desacuerdo con la misma (3 de 11).

A continuación, se exponen las principales razones expuestas por las personas entrevistadas según el nivel de acuerdo asignado, destacando que ninguna de ellas manifestó estar “completamente desacuerdo”.

5.1.3.1. Personas entrevistadas que están “en desacuerdo”

Con respecto a las tres personas entrevistadas que están “en desacuerdo” con la definición de violencia obstétrica que figura en el “Pan Nacional contra la violencia de género 2016 – 2021”, entre sus principales razones destaca que se trataría de una definición con conceptos que “son muy relativos”.

A continuación, se presenta la opinión de una de las personas entrevistadas del sector público:

La definición general a mí me parece correcta, pero hay términos que son muy relativos. Por ejemplo, ¿qué es deshumanizar? La definición de humanizar tiene que ver con conceptos éticos. Igual que el tema del exceso de medicalización. ¿Quién lo determina? ¿Quién determina la patologización? (persona entrevistada del sector público).

Esta persona entrevistada agregó que la violencia obstétrica también estaría relacionada con la forma según la cual el personal de salud ve a los pacientes. De acuerdo a su opinión, el tema de las relaciones de poder está ausente en la definición de violencia obstétrica que figura en el “Pan Nacional contra la violencia de género 2016 – 2021”.

Adicionalmente, una de las personas entrevistadas

de la sociedad civil indicó que la violencia obstétrica también podría ser cometida por la familia, señalando de manera tácita que no debería circunscribirse al accionar del personal de salud.

5.1.3.2. Personas entrevistadas que están “medianamente de acuerdo”

Cuatro personas entrevistadas indicaron estar “medianamente de acuerdo” con la definición de violencia obstétrica establecida en el “Plan Nacional contra la violencia de género 2016 – 2021”. Si bien este grupo de personas entrevistadas resaltó que se trataba de una definición pertinente, mencionó también que requería de una mayor precisión.

De acuerdo a su opinión, el punto principal que requiere un mayor desarrollo se relaciona al momento en el que la mujer puede ser víctima de violencia obstétrica, dado que la mención a procesos reproductivos podría ser ambigua. Así, entre este grupo de personas entrevistadas habría dos concepciones distintas sobre el momento en el que las mujeres podrían ser víctimas de violencia obstétrica: 1) durante el embarazo, parto y puerperio, y 2) durante el ejercicio de sus derechos reproductivos.

5.1.3.3. Personas entrevistadas que están “de acuerdo”

Si bien dos personas entrevistadas indicaron estar “de acuerdo” con la mencionada definición de violencia obstétrica, también indicaron que encuentran algunas oportunidades de mejora.

La primera de ellas corresponde nuevamente a mejorar y/o precisar cierta ambigüedad en el uso de algunos conceptos en la definición, por ejemplo, en relación a lo que “calidad de vida” implica y a su medición. La segunda hace referencia a la puesta en práctica de la definición de violencia obstétrica y a las posibilidades de modificar determinadas prácticas y discursos que la fundamentarían. Al respecto, una de las personas entrevistadas de la academia enfatizó

en la necesidad de adecuar y modificar el discurso, conocimiento y formación que se impartiría en las escuelas de medicina. Expuso que el problema con la patologización del parto se centra en que los protocolos de atención lo asumen como una emergencia, ocurriendo lo mismo con el embarazo, el cual sería tratado como una enfermedad.

5.1.3.4. Personas entrevistadas que están “completamente de acuerdo”

Con respecto a las dos personas entrevistadas que indicaron estar “completamente de acuerdo” con la definición de violencia obstétrica establecida en el “Plan Nacional contra la violencia de género 2016 – 2021”, solo una de ellas, perteneciente a la sociedad civil, expuso sus razones, destacando principalmente el hecho de que se hable del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres. De acuerdo a su opinión, la definición era lo suficientemente amplia, abarcando también el tema de salud sexual.

Como se puede ver, a pesar de que se asignó distinta valoración al nivel de acuerdo con la definición de violencia obstétrica establecida en el “Plan Nacional contra la violencia de género 2016 - 2021”, las personas entrevistadas remarcan que ésta necesitaría mayor precisión.

5.2. MANIFESTACIONES

Para conocer la opinión y valoración de las personas entrevistadas sobre ciertas manifestaciones o prácticas calificadas como violencia obstétrica, se procedió a sistematizar aquellas expresiones señaladas en el “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” (2019). Producto de dicha sistematización se consideraron 15 prácticas o expresiones de violencia obstétrica, las cuales fueron presentadas a las 11 personas

entrevistadas para que indiquen si están o no de acuerdo con dicha categorización.

De esta manera, respecto de la pregunta: *Con base en su experiencia y conocimiento, indique por favor si las siguientes acciones son expresiones*

o manifestaciones de violencia obstétrica, en la siguiente tabla se presenta las respuestas brindadas por las personas entrevistadas, así como sus principales consideraciones o temas de interés:

N	Expresión de violencia obstétrica ⁽ⁱ⁾	Principales consideraciones de las respuestas de las personas entrevistadas
1	Tacto vaginal ⁽ⁱⁱⁱ⁾ sin consentimiento	<ul style="list-style-type: none"> Diez personas entrevistadas indicaron que se trataba de una manifestación de violencia obstétrica, y sólo una persona consultada de la sociedad civil señaló que no estaba de acuerdo con calificarla de tal manera debido a que existen motivos médicos que sí justificarían el tacto vaginal sin consentimiento. De las 10 personas entrevistadas que la calificaron como manifestación de violencia obstétrica, 4 de ellas señalaron que existen matices para entenderla como violencia obstétrica. Así, indicaron que dependerá de quién brinda el consentimiento, solo si es la mujer no será violencia obstétrica. Asimismo, una de las personas entrevistadas de la sociedad civil indicó que a veces el personal de salud es sancionado cuando no realiza el tacto vaginal, precisando que debe hacerse cuando sea necesario y cada cuatro horas.
2	Tacto vaginal sin justificación razonable	<ul style="list-style-type: none"> Diez personas entrevistadas indicaron que se trataba de una manifestación de violencia obstétrica, y sólo una persona consultada de la sociedad civil señaló que no, debido a que se requiere monitorear el proceso del parto (razón justificable de acuerdo a la persona entrevistada). Asimismo, varias de las personas que indicaron que se trataba de una manifestación de violencia obstétrica precisaron lo siguiente: dependerá de si se cuenta con el consentimiento informado de la mujer, de lo contrario, estaríamos frente a un trato deshumanizador; y dependerá de quién valora lo “razonable”. Algunos indican que debe ser la mujer, y otros que debería ser el punto de vista médico. Además, una de las personas entrevistadas de la sociedad civil indicó que anteriormente los y las docentes y estudiantes de medicina realizaban el tacto vaginal con propósitos pedagógicos sin necesidad de que exista una justificación razonable, indicando además que se procedía de igual manera para realizar exámenes de próstata o de quistes ováricos.
3	Sinfisiotomía ⁽ⁱⁱⁱ⁾	<ul style="list-style-type: none"> Nueve personas entrevistadas indicaron que se trataba de una manifestación de violencia obstétrica, de las cuales una mencionó explícitamente que era preciso contar con el consentimiento informado de la madre. Dos personas entrevistadas no respondieron directamente a la pregunta, pero sí indicaron lo siguiente: depende del consentimiento y del contexto, y en la actualidad ya no se hacía uso de la sinfisiotomía.
4	Medicalización excesiva durante el parto	<ul style="list-style-type: none"> Ocho personas entrevistadas indicaron que se trataba de una manifestación de violencia obstétrica, de las cuales algunas precisaron lo siguiente: la ausencia de la medicalización también es una forma de violencia obstétrica, siempre que la mujer no participe activamente en su parto será violencia obstétrica; y no se debe usar oxitocina si no es necesario.

		<ul style="list-style-type: none"> Tres personas entrevistadas no respondieron directamente a la pregunta, señalando lo siguiente: una persona entrevistada de la sociedad civil indicó que previamente habría que determinar qué significa medicalización excesiva y toda paciente tiene derecho a ser informada, una persona entrevistada de la academia indicó que dependerá de cada parto, pero que en todos ellos debe contarse previamente con el consentimiento informado de la mujer; y una persona entrevistada de la sociedad civil indicó que, más allá de la medicalización excesiva, debería incluirse la medicina tradicional en la atención de los procesos de parto.
5	Omitir obtener adecuadamente el consentimiento informado ^(IV)	<ul style="list-style-type: none"> Las 11 personas entrevistadas coincidieron en que se trataba de una manifestación de violencia obstétrica. Al respecto, una persona entrevistada de la sociedad civil precisó que es importante que se supervise la adecuada obtención del consentimiento informado.
6	Uso excesivo del parto por cesárea	<ul style="list-style-type: none"> Las 11 personas entrevistadas coincidieron en que se trata de una manifestación de violencia obstétrica y algunas de ellas hicieron las siguientes precisiones: depende de si hubo consentimiento informado, es un tema crítico en los establecimientos de salud privados, si no hay motivo justificado amerita una auditoría, en promedio una de cada tres mujeres tuvo un parto por cesárea; y que el problema no es el número de cesáreas que haya realizado el establecimiento de salud, sino que éstas se hayan llevado a cabo sin contar con la decisión de la mujer y/o sin el consentimiento informado.
7	Uso innecesario o sin el consentimiento de la mujer de la episiotomía ^(V)	<ul style="list-style-type: none"> Las 11 personas entrevistadas coincidieron en que se trata de una manifestación de violencia obstétrica. Una persona entrevistada de la sociedad civil precisó que en caso ésta deba realizarse por motivos que realmente lo ameriten no sería violencia obstétrica, siempre que se cuente con el consentimiento informado de la mujer. Señaló, asimismo, que debe ser realizada por personal médico especializado o con la supervisión de éste.
8	Uso excesivo de la oxitocina sintética ^(VI)	<ul style="list-style-type: none"> Diez personas entrevistadas indicaron que se trataba de una manifestación de violencia obstétrica, precisando algunos lo siguiente: habría que preguntarse si debe o no usarse la oxitocina sintética, se debe evaluar desde una perspectiva médica la necesidad de su uso, y tendría implicancias en la salud de la mujer. Sólo una persona consultada del Estado no respondió de manera directa a la pregunta porque mencionó que habría que determinar con mayor precisión a qué hacía referencia el término “uso excesivo”. Asimismo, mencionó que el uso de la oxitocina debe evaluarse en cada caso. Señaló además que, tratándose el parto de un procedimiento médico, a la mujer le resultaría muy complicado determinar cuándo se estaría haciendo un uso excesivo de la oxitocina. Este señalamiento apuntaría a establecer determinados límites a la capacidad de la mujer de tomar ciertas decisiones sobre su cuerpo y salud en el proceso de parto.
9	Uso de la maniobra de kristeller ^(VII)	<ul style="list-style-type: none"> Diez personas entrevistadas indicaron que se trataba de una manifestación de violencia obstétrica. Una persona consultada de la sociedad civil no respondió directamente la pregunta, pero indicó que podría favorecer el parto.
10	Presencia de terceros ajenos al parto sin el consentimiento de la madre	<ul style="list-style-type: none"> Las 11 personas entrevistadas indicaron que se trata de una manifestación de violencia obstétrica.

11	Sutura excesiva por motivos ajenos a la salud de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> Ocho personas entrevistadas indicaron que se trataba de una manifestación de violencia obstétrica y tres manifestaron desconocer dicha práctica o que, en general, las suturas siempre deben realizarse de manera adecuada. Cabe señalar que, de manera explícita o tácita, las personas entrevistadas indicaron que todo procedimiento llevado a cabo de manera excesiva constituye una forma de violencia.
12	Imposibilidad de elegir la posición de parto	<ul style="list-style-type: none"> Las 11 personas entrevistadas indicaron que se trata de una manifestación de violencia obstétrica, precisando algunas lo siguiente: 1) dos personas entrevistadas de la sociedad civil agregaron que la mujer, en tanto punto central de la atención, es quien debe decidir (sin embargo, en términos prácticos esto no se daría), y 2) una persona consulta del Estado indicó que, aunque consideraba esta práctica como violencia obstétrica, debía establecerse algunos límites en caso existan motivos médicos específicos a considerar en el parto.
13	Reproducción de expresiones humillantes y sexistas durante la atención del parto	<ul style="list-style-type: none"> Las 11 personas entrevistadas indicaron que se trata de una manifestación de violencia obstétrica, precisando algunas lo siguiente: 1) una persona entrevistada del Estado señaló que muchas veces estas expresiones se reproducen debido a que la maternidad, como experiencia de la mujer, se encuentra “idealizada” (es decir, ciertas expresiones humillantes y sexistas se darían cuando la mujer no se comporta de una manera sumisa o no soporta el dolor sin mayores quejas o reclamos), y 2) una persona de la sociedad civil manifestó que estas expresiones a veces tienen lugar, sobre todo cuando el personal de salud se encuentra a solas con la mujer embarazada. Cuando está presente un familiar de la mujer, estas expresiones no se reproducirían.
14	Realización de enemas para inducir el parto	<ul style="list-style-type: none"> Diez personas entrevistadas indicaron que se trataba de una manifestación de violencia obstétrica y sólo una persona consultada de la sociedad civil indicó que podía ayudar en el trabajo de parto. Se indicó que, en caso se estime necesario realizar un enema, se debía contar con el consentimiento informado de la mujer y responder a una necesidad médica.
15	Rasurado púbico o perineal antes del parto	<ul style="list-style-type: none"> Las 11 personas entrevistadas indicaron que se trata de una manifestación de violencia obstétrica. De manera específica, una persona de la sociedad civil indicó que esta práctica se recomendaba que sea realizada directamente por la mujer.

Elaboración propia, 2020.

(I) Expresiones o manifestaciones extraídas del “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” (2019).

(II) “El tacto vaginal en el embarazo es un examen que tiene como objetivo evaluar la evolución del parto y verificar si existe riesgo de parto prematuro, cuando se realiza después de la semana 34 del embarazo, o verificar la dilatación del cuello uterino durante el parto. El examen se realiza colocando dos dedos del obstetra en el canal vaginal para evaluar el cuello uterino. Este examen puede causar molestias en algunas mujeres, sin embargo, algunas informan que no sienten dolor durante este procedimiento.” En: <https://www.tuasaude.com/es/tacto-vaginal/> Consulta: 6 de noviembre de 2020.

(III) “La sinfisiotomía es la separación quirúrgica de las fibras de la sínfisis pubiana. Se realiza durante el trabajo de parto (bajo anestesia local o general) para facilitar el parto del bebé a través de la vagina. La sinfisiotomía se indica en casos de desproporción cefalopélvica con presentación cefálica, incluidos partos asistidos fracasados y retención de la cabeza última en partos en podálica, y sirve como una alternativa a la cesárea. Generalmente, se lleva a cabo en casos en que la madre se niega a someterse a una cesárea, si la cesárea no está disponible o si la madre no es una candidata adecuada para la cesárea. La sinfisiotomía resulta en un aumento permanente en el diámetro pélvico de hasta 1 cm debido a que los ligamentos de la sínfisis quedan divididos.” En: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage-2> Consulta: 6 de noviembre de 2020.

“La sinfisiotomía es una operación para aumentar la capacidad de la pelvis de la madre al cortar parcialmente las fibras que unen los huesos pubianos en la parte anterior

de la pelvis.” En: https://www.cochrane.org/es/CD005299/PREG_sinfisiotomia-para-la-desproporcion-fetopelviana En: 6 de noviembre de 2020.

(IV) “El consentimiento informado es la aceptación voluntaria para recibir un tratamiento, procedimiento o intervención. Este consentimiento garantiza que has sido informado sobre la atención, incluyendo los riesgos, los efectos, así como los beneficios y otras alternativas de tratamiento.

El médico, debe pedirlo por escrito siempre que se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona.

También, cuando se pretenda utilizar la enfermedad del paciente con fines docentes.

Cuando la persona se encuentre impedida de firmar el formato de consentimiento informado, colocará su huella digital.” En: <https://www.defensoria.gob.pe/blog/consentimiento-informado-comparte-tus-derechos/> Consulta: 6 de noviembre de 2020

(V) “Es una cirugía menor que ensancha la abertura de la vagina durante el parto. Es un corte en el perineo (la piel y los músculos entre la abertura vaginal y el ano).” En: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000482.htm> Consulta: 10 de noviembre de 2020.

(VI) “La oxitocina es el fármaco más prescrito en la práctica de la Obstetricia para inducción o conducción del trabajo de parto(...) La oxitocina se produce en los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo, se libera sobre todo de la neurohi-pófisis y de terminaciones nerviosas. Viaja del cerebro al corazón y de ahí a todo el cuerpo, activa o modula una amplia gama de funciones y emociones. Su efecto principal son las contracciones del miometrio y de las células mioepiteliales de la mama para la eyección de leche. Sus efectos adversos se relacionan con la dosis. En la actualidad no se conocen con exactitud las dosis mínimas y máximas en que debe administrarse. Se necesita más investigación de receptores centrales y periféricos, del uso que se le da actualmente a los agonistas y antago-nistas de oxitocina y su receptor. Sus efectos adversos documentados han sido subvalorados.” LOPEZ RAMIREZ, Cinthia Elizabeth, ARÁMBULA ALMANZA, Jacqueline y CAMARENA PULIDO, Eva Elizabeth. “Oxitocina, la hormona que todos utilizan y que pocos conocen”. Artículo de revisión de Ginecol Obstet Mex 2014;82:472-482. En: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom147f.pdf> Consulta: 10 de noviembre de 2020

(VII) “Esta maniobra de Kristeller consiste en apretar de forma controlada con los puños o bien el antebrazo el fondo uterino, de forma que se ayuda al descenso de la cabeza por el canal de parto.

La presión que debe ejercerse ha de tener una duración de entre cinco y ocho segundos y estar sincronizada con la contracción uterina y con el pujo de la madre. Es importante que esta maniobra esté realizada por un especialista, matrona o ginecólogo, que sabrá identificar correctamente el fondo uterino, la parte más distal del feto y así saber dónde ejercer la presión sin causar daño.” En: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/maniobra-de-kristeller/> Consulta: 10 de noviembre de 2020

Adicionalmente a las 15 manifestaciones de violencia obstétrica listadas en la tabla anterior, se consultó a las 11 personas entrevistadas si consideraban que existían otras expresiones de esta modalidad de violencia.

Frente a dicha pregunta, diez personas entrevistadas indicaron que sí existían otras expresiones de

violencia obstétrica; y solo una persona consultada de la sociedad civil indicó que no existen otras más allá de las mencionadas en la tabla anterior.

A continuación, se listan las manifestaciones de violencia obstétrica adicionales que fueron indicadas por las diez personas entrevistadas del Estado, sociedad civil y Academia:

N°	Actor clave	Manifestaciones de violencia obstétrica
1	Estado	<ul style="list-style-type: none"> • Dejar esperando injustificadamente a la paciente. • Priorizar, de manera interesada, determinado medicamento disponible en la farmacia sobre otro que la paciente necesita (lo cual sería, según la persona entrevistada, un ejemplo de ir en contra de la voluntad de la mujer). • Dificultar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica que lo justifique, impidiendo que cargue a su niño o niña y lo/la amamante inmediatamente. • Realizar revisiones uterinas reiteradas e innecesarias para verificar o prevenir que no haya quedado algún resto de la placenta que pueda generar problemas posparto. • Tomar registros fotográficos del proceso del parto, de la madre y del/la hijo/a sin el consentimiento de la madre. • Realizar abortos forzados. • Amenazar a la madre durante el parto con retirar el tratamiento y/o negarle la atención.
2	Sociedad civil	<ul style="list-style-type: none"> • Demorar o retrasar la sutura a mujeres a quienes se les practicó la episiotomía. Si bien la persona entrevistada indicó que esta práctica ya no era recurrente, mencionó que en décadas anteriores había un estándar que establecía que cada estudiante de obstetricia debía atender aproximadamente 200 partos en un periodo de dos meses. Por dicha razón, priorizaban las atenciones de parto y dejaban esperando a las mujeres después de practicarles la episiotomía (la tarea importante era el parto en sí mismo y las otras intervenciones asociadas se volvían secundarias).

		<ul style="list-style-type: none"> • Reproducir tratos, discursos y actitudes racistas o discriminatorias. • Dejar de lado a las parteras y comadronas que conocen las costumbres y prácticas relacionadas al parto entre población indígena u originaria. • No brindar acceso a las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva a cargo de profesionales calificados (atención preconcepcional, atención diferenciada de adolescentes, planificación familiar, atención prenatal, entre otros). • Interrumpir brusca e innecesariamente la atención continuada del parto. • Separar innecesariamente a la madre del/la recién nacido/a, impidiendo el apego y la lactancia materna precoz. • Negar el acompañamiento del familiar durante el parto. • No atender oportunamente las emergencias obstétricas. • Alterar el proceso natural del parto mediante el uso de técnicas de aceleración. • No incluir el enfoque de interculturalidad con población culturalmente diversa. • No respetar la privacidad, dignidad y la confidencialidad de las mujeres. • Usar de manera excesiva la tecnología o aplicar mecanismos sofisticados o complejos de manera innecesaria. • No considerar las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños/as y familias, enfocándose solamente en el cuidado biológico. • No tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres. • No contar con un adecuado sistema de referencias. • Durante el embarazo, parto y puerperio, la mujer está expuesta a diversas expresiones de violencia, entre ellas el aborto como una práctica médica donde también se puede ejercer violencia obstétrica sobre la mujer.
3	Academia	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar prácticas médicas pensadas en la comodidad del personal de salud sobre el bienestar de la mujer. • Practicar la maniobra de Hamilton. • Usar fórceps. • Privar de agua y comida a la mujer. • No explicar los procedimientos médicos a seguir. • Separar a la madre del/la recién nacido/a. • Emitir frases y expresiones, malos tratos, golpes, cachetadas y sacudones a las mujeres.

Fuente: Entrevistas aplicadas a actores claves, 2020

Elaboración propia, 2020.

De manera complementaria, es importante resaltar un aspecto mencionado directa o indirectamente por las personas entrevistadas de la academia, cuyo alcance es transversal a la reproducción de la violencia obstétrica.

De acuerdo a su opinión, el problema con la violencia obstétrica es que varias de sus expresiones forman parte o se encuentran dentro de los protocolos

médicos (“esto hay que hacer y punto; si no quieres, lo siento, igual se hará”).

Como resultado de lo mencionado, para una de las entrevistadas sería el personal de salud quien calificaría cuándo, o en qué casos, determinado procedimiento o medicamento debe ser aplicado o si su uso es razonable. La opinión, necesidades o el punto de vista de las mujeres serían en consecuencia

dejados de lado, “invisibilizados” o su poder de enunciación sería menor al del médico, quien contaría con el respaldo de la institucionalidad médica para hacer prevalecer su posición.

Una de las entrevistadas de la academia precisó que lo que estaría en juego es la dignidad de la mujer, su autonomía y el control de su propio cuerpo y de sus procesos. Agregó además que varias de las prácticas calificadas como violencia obstétrica tienen justificación científica (“desde la medicina occidental, desde las cifras, las políticas de salud”), pero no se contempla necesariamente lo que sería mejor para la madre.

Finalmente, la entrevistada reconoce que se trata del sistema de salud como tal, el cual se basa en un conjunto de conocimientos aprendidos, transmitidos e interiorizados desde la formación en las escuelas de medicina que reproducirían la violencia obstétrica.

De esta manera, se estaría frente a relaciones de poder desiguales entre el personal de salud y las pacientes, siendo estas últimas atemorizadas o amenazadas con argumentos científicos que medicalizarían el proceso de parto y volverían a las mujeres sujetos pasivos de su propio parto.

Respecto de la pregunta: ¿Está usted de acuerdo con que algunas instituciones indican que, en ocasiones, el personal de salud justifica su actuación (calificada como violencia obstétrica) señalando que se encontraba frente a un caso de parto espontáneo?, la mayoría de personas entrevistadas manifestó encontrarse en algún grado en desacuerdo (10 de 11 personas entrevistadas, estando 7 “completamente en desacuerdo” y 3 en “desacuerdo”). Solamente una persona entrevistada de la sociedad civil manifestó estar “medianamente de acuerdo” (1 de 11).

A continuación, se presenta la valoración asignada a la pregunta por parte de las personas entrevistadas:

N°	Categorías	Número de votos	Distribución de votos
1	Completamente en desacuerdo	7	<ul style="list-style-type: none"> Dos actores clave del Estado. Tres actores clave de la sociedad civil. Dos actores clave de la academia.
2	En desacuerdo	3	<ul style="list-style-type: none"> Dos actores clave de la sociedad civil. Un actor clave del Estado.
3	Medianamente de acuerdo	1	<ul style="list-style-type: none"> Un actor clave de la sociedad civil
4	De acuerdo	0	Ninguna persona entrevistada estuvo de acuerdo.
5	Completamente de acuerdo	0	Ninguna persona entrevistada estuvo completamente de acuerdo.

Fuente: Entrevistas semi-estructuras aplicadas (2020).
Elaboración propia, 2020.

Adicionalmente, cabe precisar que una de las entrevistadas de la academia señaló que, si bien está “completamente en desacuerdo” cuando se hace referencia a contextos urbanos, su valoración cambia a “medianamente de acuerdo” cuando se trata de contextos rurales.

A continuación, se presentan las principales razones expuestas por las personas entrevistadas según el nivel de desacuerdo asignado, destacando que ninguna de ellas manifestó estar “de acuerdo” ni “completamente de acuerdo”.

5.2.1. PERSONAS ENTREVISTADAS QUE ESTÁN “COMPLETAMENTE EN DESACUERDO”

Con respecto a las siete personas entrevistadas que están “completamente en desacuerdo”, entre sus principales razones o consideraciones destaca que: 1) la violencia obstétrica nunca debe ser aceptada ni justificada, 2) el parto espontáneo sería evitable si a las mujeres se les informa adecuadamente a lo largo del proceso de embarazo sobre los signos de alarma de un parto, y 3) el protocolo médico para la atención del parto en sí mismo legitimaría varias expresiones o manifestaciones de violencia obstétrica.

5.2.2. PERSONAS ENTREVISTADAS QUE ESTÁN “EN DESACUERDO”

Las tres personas entrevistadas que indicaron estar en desacuerdo con justificar expresiones de violencia obstétrica frente a un parto espontáneo coincidieron en que la violencia no debe ser aceptada en ningún caso. Una de las personas entrevistadas del Estado indicó que dichas prácticas podrían tener una explicación, pero no una justificación.

5.2.3. PERSONAS ENTREVISTADAS QUE ESTÁN “MEDIANAMENTE DE ACUERDO”

La persona entrevistada de la sociedad civil que manifestó estar medianamente de acuerdo indicó expresamente que sólo justificaría expresiones de violencia obstétrica del personal de salud frente a un parto espontáneo si se trata de una emergencia y si con ello se salva una vida.

Asimismo, la persona entrevistada de la academia que para contextos rurales indicó estar medianamente de acuerdo, señaló lo siguiente: 1) muchas veces las mujeres esperan el último momento para acudir al establecimiento de salud y 2) más allá de que las mujeres asistan a los controles prenatales, uno de los principales problemas en áreas rurales es la inadecuada capacidad de atención y de referencia de los establecimientos de salud.

5.3. CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Se preguntó a las personas entrevistadas de la academia y sociedad civil, específicamente a las representantes de PROMSEX, Manuela Ramos y FENMUCARINAP, lo siguiente: ¿Conoce usted algún caso de violencia obstétrica que se haya denunciado internamente o que se haya planteado a nivel internacional?

Respecto de las personas entrevistadas de la academia, indicaron de manera general tener conocimiento de casos de violencia obstétrica a nivel nacional e internacional. Sin embargo, no precisaron mayores detalles.

Una de las personas entrevistadas mencionó explícitamente el caso K. N. L. H. y su relación con el aborto terapéutico; no obstante, manifestó no haber tenido acceso a información detallada.

Respecto de las personas entrevistadas de la sociedad civil, las representantes de Manuela Ramos y de PROMSEX indicaron tener conocimiento de casos de violencia obstétrica, resaltando aquéllos ocurridos en el Perú. Los casos, específicos y generales, mencionados y detallados por estas entrevistadas son:

- El caso Eulogia, a quien le negaron atención médica produciendo daños cerebrales en el niño, falleciendo a los 8 años.
- El caso K. N. L. H., a quien se le obligó a dar a luz a un bebé con problemas congénitos.
- El caso de una joven embarazada producto de una violación, a quien se le negó la opción del aborto terapéutico y, para no tener al bebé, la joven decidió quitarse la vida (de acuerdo a la persona entrevistada, el desenlace de este caso fue que el parto se produjo cuando ella se encontraba en estado parapléjico).

De manera complementaria, si bien la representante de FENMUCARINAP no mencionó un caso específico de violencia obstétrica, manifestó su preocupación

sobre los casos de niñas embarazadas que reciben un trato de mujeres adultas durante la atención médica. Indicó que, a pesar de que vayan a ser madres, éstas deberían recibir un trato acorde a su edad y tomando en consideración que pueden ser embarazos a consecuencia de una violación sexual.

Adicionalmente, la representante de Manuela Ramos resaltó que el interés por la violencia obstétrica se debería a la preocupación que vienen manifestando los organismos internacionales sobre esta materia, solicitando información o avances en su tratamiento. De acuerdo a la entrevistada, es gracias al interés de estas instituciones sobre temas como la mortalidad materna y las condiciones de vida de las mujeres, que estas problemáticas estarían adquiriendo mayor relevancia. De esta manera, la posibilidad de evidenciar un problema, y posteriormente incluirlo en la agenda de discusión pública, requiere en ciertas ocasiones de la necesaria intervención de instancias supranacionales.

Asimismo, la entrevistada representante de PROMSEX manifestó que, a nivel nacional, no existiría mayor interés por casos de violencia obstétrica debido a que, en los casos más extremos, sus víctimas son de estratos socioeconómicos bajos. Precisó asimismo que, a través de PROMSEX, vienen llevando el caso Eulogia, solicitando una reparación mediante un análisis de costos de lo que ha significado el daño sufrido para esta mujer.

De acuerdo a las opiniones e información proporcionada por las personas entrevistadas, se ha de subrayar que son las ONG que trabajan el tema quienes cuentan con información detallada sobre casos específicos de violencia obstétrica denunciados en el ámbito nacional. Es decir, esta problemática, expresada en determinados casos específicos, aún no es conocida a profundidad por otros actores de la sociedad peruana.

Otro aspecto de interés que se desprende de las

entrevistas realizadas está ligado al hecho de que, si bien todas las mujeres pueden ser víctimas de violencia obstétrica, existiría un grupo de ellas que son más vulnerables a esta violencia. Una de las variables que destaca en el aumento de probabilidades es la condición socioeconómica de la mujer, la cual para el caso peruano puede ir acompañada de la pertenencia a un pueblo indígena u originario. En dicho caso, no sólo estarían expuestas a mayores probabilidades de ser víctimas de violencia obstétrica, sino también de sufrir manifestaciones más severas de la misma. De manera complementaria, debido a su procedencia, contarían además con menos posibilidades de ser oídas por las instancias de justicia nacionales correspondientes.

5.4. CAUSAS Y CONSECUENCIAS

5.4.1. CAUSAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Respecto de la pregunta: ¿Cuáles son las principales causas de la violencia obstétrica en el país?, la información y opiniones expuestas por las personas entrevistadas consideraron diversos temas o problemáticas articuladas entre sí. A continuación, se presentan las opiniones de las personas consultadas, para lo cual se toma como referencia la estructura establecida en el Informe “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” (2019), específicamente en la sección “Causas profundas del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva”.

5.4.2. LA DINÁMICA DEL PODER Y EL ABUSO DE LA DOCTRINA DE LA NECESIDAD MÉDICA

En este eje se incorporó las siguientes causas de la violencia obstétrica, las cuales fueron expuestas, directa o indirectamente, por las personas entrevistadas del Estado, sociedad civil y la academia:

- La posición subalterna de las mujeres con

respecto a los hombres en la sociedad.

- Las relaciones de poder desiguales entre el personal de salud y la paciente, asimetría que se apoyaría en el conocimiento e institucionalidad de salud que relega la posición de la mujer en el proceso de parto y haría de su cuerpo un bien sobre el que otros dispondrían.

5.4.3. CONDICIONES Y LIMITACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD COMO CAUSAS ESTRUCTURALES DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

En este eje se incluyó las siguientes causas de la violencia obstétrica, las cuales fueron mencionadas por las personas entrevistadas del Estado, sociedad civil y la academia:

- La inadecuada formación del personal de salud que tiende a patologizar los procesos de parto.
- La insuficiente formación del personal de salud en temas relacionados a los enfoques de interculturalidad, derechos y de género.
- El deficiente equipamiento, infraestructura y recursos humanos, lo cual dificultaría los procesos de atención médica.

5.4.4. LEYES Y PRÁCTICAS DISCRIMINATORIAS Y NOCIVOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

En este eje se incorporó a las siguientes causas de la violencia obstétrica, existiendo puntos en común en torno a ellas entre las personas entrevistadas del Estado, sociedad civil y la academia:

- Los estereotipos de género relacionados a la sexualidad y a los procesos reproductivos, los cuales se expresan, por ejemplo, en la idealización del parto. De acuerdo a una de las personas entrevistadas del Estado, estos estereotipos harían que la mujer acepte, de manera estoica, el proceso de parto, asumido como el devenir natural en el ciclo de su vida.
- La visión de la mujer que la asocia a la indefensión o a la incapacidad de asumir un rol activo en la

toma de decisiones sobre aspectos relacionados a su vida o a su cuerpo.

- La discriminación existente en el país, específicamente aquella motivada por factores socioeconómicos y étnico-raciales. Al respecto, la mayoría de personas entrevistadas de la sociedad civil y de la academia coincidieron en reconocer que estos prejuicios aumentan la vulnerabilidad de las mujeres, quienes ya cuentan con mayores obstáculos para el ejercicio de sus derechos.
- La ausencia de normatividad específica para prevenir, sancionar y erradicar la violencia obstétrica.
- El temor y miedo de las mujeres, principalmente indígenas, frente al sistema de salud, hecho que representaría un problema a la hora de acudir a atenderse (se expresaría en la desconfianza frente al sistema de salud y el personal que lo representa).
- La falta de educación sexual integral en el país basada en un enfoque de derechos, la cual impide un real conocimiento y ejercicio de los derechos de las mujeres.

De acuerdo a lo expuesto, se aprecia que las personas entrevistadas han identificado causas propias de un sistema estructural y sistemático de violencia contra las mujeres, el cual se apoyaría en: la violencia ejercida contra ellas por el solo hecho de ser tales, y el sistema e institucionalidad de salud que reducen a la paciente a una posición pasiva en las atenciones médicas. Una de las entrevistadas de la academia empleó el término “patriarcado” para definir estas dos razones sobre las que se apoyaría la violencia obstétrica.

Asimismo, cabe indicar que las causas más numerosas se encuentran agrupadas en el eje “Leyes y prácticas discriminatorias y nocivos estereotipos de género”. Estos estereotipos serían la manifestación concreta de aquel sistema de discriminación y violencia estructural contra la mujer, el cual se articula con

prácticas y discursos racistas y/o de discriminación socioeconómica.

Finalmente, también se identificaron causas de la violencia obstétrica ligadas a las inadecuadas condiciones del sistema de salud y de su personal. Estas condiciones, si bien no justifican dicha modalidad de violencia, permitirían comprender el contexto en el cual se presta atención médica a las mujeres, evidenciando la necesidad de destinar mayores recursos para prevenir distintas modalidades de violencia, entre ellas, la obstétrica.

A partir de lo expuesto, y con el propósito de indagar con mayor profundidad entre los estereotipos de género existentes en la sociedad peruana, se preguntó lo siguiente: ¿Considera usted que existe una vinculación entre la violencia obstétrica y la concepción que tiene la sociedad sobre el rol de la mujer como madre y el ejercicio de su sexualidad? Las 11 personas entrevistadas respondieron afirmativamente, existiendo un alto nivel de acuerdo entre los argumentos expuestos.

Así, las entrevistadas de la academia señalaron, explícita y tácitamente, que se castiga o sanciona el ejercicio por parte de las mujeres de su sexualidad. Una de las entrevistadas indicó que, al ser el embarazo la “evidencia” de que la mujer sostuvo relaciones sexuales, ésta podría estar sujeta a sanciones de diferente índole, como por ejemplo las verbales a través de comentarios o ideas como: “estuviste disfrutando ¿no? ahora pues”.

De manera complementaria a lo anterior, una de las entrevistadas de la academia indicó que, si la salud sexual y reproductiva se ve de manera integral, la violencia comienza desde que la mujer ejerce su sexualidad. El embarazo sería entonces uno de los momentos principales, pero no el único, en los que otra persona creería poder disponer del cuerpo de la mujer.

Con respecto a las personas entrevistadas del Estado,

una de ellas mencionó que existen consideraciones que agravarían la condición de la mujer al momento de ejercer su sexualidad o de ser madre, por ejemplo: si provienen del área rural, si son quechua hablantes (o indígenas de manera general), si son adolescentes, si tienen alguna condición de discapacidad, o si son portadoras de VIH.

Las personas entrevistadas de la sociedad civil también enfatizaron las sanciones, explícitas o tácitas, sobre las mujeres al momento de ejercer su sexualidad; así como los estereotipos de género ligados a la maternidad. Complementariamente, de manera similar a la persona entrevistada del Estado referida en el párrafo anterior, señalaron que existen determinadas variables que agravan la violencia contra las mujeres. Así, las trabajadoras sexuales serían vistas como responsables de cualquier incidente que les ocurra, justificando su sufrimiento por dedicarse a determinada actividad.

Finalmente, una de las representantes de la sociedad civil indicó la marginación y exclusión de la cual son víctimas las mujeres en ámbitos rurales e indígenas en caso de que no lleguen a ser madres. Según la entrevistada, dichas actitudes reflejarían cierto “ideal” que legitimaría el ejercicio de violencia contra las mujeres, llamándolas “barrigas secas”, “estómagos secos” o “tierra seca”. Producto de dicha violencia, la entrevistada indicó que hay mujeres que se ven forzadas a huir de sus comunidades

5.4.5. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Respecto de la pregunta: ¿Cuáles son las principales consecuencias de la violencia obstétrica?, las 11 personas entrevistadas señalaron diversos efectos, de los cuales se desprende que existen dos tipos de consecuencias: aquéllas que son directas y que son padecidas por la víctima, y las indirectas, que están relacionadas a la reproducción de prácticas y modelos a nivel social.

Con respecto a las consecuencias directas, éstas a su vez se expresarían de dos maneras: consecuencias físicas, y consecuencias emocionales y psicológicas en la mujer víctima de violencia obstétrica. Con respecto a las primeras, las personas entrevistadas coincidieron en mencionar que, como producto de determinadas expresiones de violencia obstétrica, el cuerpo de la mujer es físicamente lastimado, pudiendo generarle cicatrices físicas o incluso causar su muerte. Sobre este aspecto, una de las entrevistadas del Estado mencionó que existen diferentes riesgos para la mujer después de ser sometida a prácticas como la sinfisiotomía, la episiotomía, entre otras. Dicha opinión es complementada por una entrevistada de la sociedad civil, quien resalta que, además de que las consecuencias pueden ser mortales, éstas también pueden afectar al propio recién nacido/a.

Con respecto a las consecuencias directas de tipo emocionales y psicológicas, éstas podrían afectar a la mujer de manera temporal o permanentemente, pudiendo incluso causar un problema de salud mental. Para ilustrar lo señalado, una de las personas entrevistadas del Estado indicó que, producto de la violencia obstétrica, la mujer puede sufrir de depresión, baja autoestima, inestabilidad emocional o ansiedad.

Asimismo, una de las entrevistadas de la sociedad civil agregó que incluso puede generar desapego del/la bebé y de la pareja. Mencionó, además, que los juicios o comentarios del personal de salud sobre el ejercicio que hacen las mujeres de su sexualidad también pueden generar afectaciones que alteren la autoestima.

Respecto de las consecuencias indirectas ligadas a la reproducción de prácticas y discursos sociales, de acuerdo a las entrevistas realizadas, destaca la reproducción de la sumisión de la mujer frente al hombre, la continuidad de un saber que excluye a la mujer del proceso de parto y de la toma de decisiones sobre su cuerpo, y el rechazo y desconfianza que las

mujeres pueden sentir respecto del sistema de salud.

De manera complementaria, debido a su especificidad, cabe resaltar la opinión de una entrevistada de la sociedad civil, quien evidenció un tema que, de acuerdo a ella, suele ser invisibilizado. Entre las mujeres indígenas, la práctica de la cesárea o de otro procedimiento que lesione su cuerpo generaría que dicha mujer no pueda trabajar durante el tiempo que le tome recuperarse de la intervención quirúrgica. Este hecho afectaría directamente su economía y hasta su supervivencia, debido a que, en sociedades campesinas o indígenas, las mujeres tienen actividades preestablecidas o que necesariamente deben desempeñar para su subsistencia y de la familia, incluso poco tiempo después del parto.

Finalmente, una de las representantes de la sociedad civil mencionó que una consecuencia de la violencia obstétrica se relaciona a la estigmatización de un grupo de profesionales de la salud. Debido al uso del término “obstétrica”, la entrevistada indicó que se podría pensar que los/las únicos/as que podrían cometerla serían los/las obstetras. Esta entrevistada recomienda enfatizar que, aunque debe aspirarse a su erradicación, la violencia obstétrica a la fecha puede ser cometida por cualquier personal de salud involucrado en la atención a mujeres embarazadas.

5.4.6. RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LA COVID-19

Respecto de la pregunta: ¿Considera usted que la violencia obstétrica se ha agravado o incrementado en el contexto actual del COVID-19?, ésta fue formulada a una persona de la academia y a cinco de la sociedad civil. Las seis personas consultadas coincidieron en que, de acuerdo a su parecer, la violencia obstétrica se habría agravado o aumentado en el actual contexto de la pandemia de la COVID-19.

Al respecto, la entrevistada de la academia resaltó que la pandemia ha generado un aumento en el estrés, presión y exigencia al personal de salud

durante el desempeño de sus funciones. Manifestó que sería posible que las expresiones de violencia obstétrica en este contexto representen una manera de desfogar dichas tensiones. Asimismo, agregó que, debido a consideraciones de edad, riesgos de contagio u otras, el personal de salud que atendía determinado proceso de embarazo puede haber cambiado. Este aspecto podría incrementar cierta desconfianza en la relación entre la paciente y este personal.

De manera complementaria, las personas entrevistadas de la sociedad civil indicaron las siguientes razones que explicarían el incremento o agravamiento de la violencia obstétrica en el contexto de la COVID-19:

- Concentración de los esfuerzos del sistema de salud en atender prioritariamente a los y las pacientes con la COVID-19, destinando para dicho fin, recursos y áreas de hospitales donde se atendían a las gestantes.
- Estrategias seguidas por una parte del personal de salud para desalentar la asistencia de las pacientes a los establecimientos de salud, las cuales se basaban en el uso de frases intimidantes relacionadas a la COVID-19 (por ejemplo, “te vas a contagiar”).
- Escaso desarrollo de la telemedicina relacionada al proceso de parto, haciendo que las mujeres gestantes no reciban servicios rutinarios.
- En caso de que la gestante haya contraído la COVID-19, se le derivaba a su domicilio, pudiéndose descuidar el proceso de parto.
- El estrés laboral del personal de salud podría propiciar la reproducción de manifestaciones de violencia obstétrica.
- El temor de ser contagiado por parte del personal de salud.
- La disminución de recursos humanos en los equipos de salud que incrementan su carga

laboral.

- El aumento en la programación de los partos, a través de cesáreas, para poder organizar y distribuir los recursos médicos disponibles.

Debido al temor de contagiarse por parte de las mujeres gestantes, una de las entrevistadas de la sociedad civil indicó que las comadronas y parteras habrían aumentado sus atenciones en el contexto de la COVID-19.

De lo expuesto se aprecia que, efectivamente, habría una relación directa entre el aumento o agravamiento de la violencia obstétrica y la COVID-19. En este escenario, caracterizado por el alto temor al contagio, el aumento de los factores de estrés en el personal de salud y las pacientes, y por la priorización de los recursos humanos, económicos y logísticos a la atención de la pandemia; las mujeres estarían más expuestas a sufrir violencia obstétrica.

A estos factores, se deben sumar otras características que hacen a las mujeres más vulnerables, como aquellas que habitan en áreas rurales, cuyas localidades pueden estar ubicadas a considerable distancia de los establecimientos de salud o a quienes, por temas de salud pública o de prohibición de desplazamientos, se les dificulta o impide ser acompañadas por otras personas.

5.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

5.5.1. ALCANCES SOBRE EL ENTENDIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se preguntó ¿Qué entiende usted por consentimiento informado? a diez personas entrevistadas pertenecientes a la academia, al Estado (de manera específica al Mimp) y a la sociedad civil. Cabe mencionar que a la persona entrevistada del Minsa se le realizó una pregunta específica sobre su entendimiento del consentimiento informado, cuya respuesta se presenta más adelante (ver acápite 5.2 de la presente sección).

En respuesta a la pregunta, las personas entrevistadas coincidieron en indicar que el consentimiento informado podría tener los siguientes elementos: se encuentran involucradas dos personas como mínimo: la paciente y el personal de salud, es un acto o acción de comunicar o informar de las acciones y/o procedimientos que se le realizarán a la paciente, y la paciente tiene la opción de aceptar y/o dar su autorización para que le realicen las acciones y/o procedimientos que le han informado.

Asimismo, de manera indistinta, las personas entrevistadas han calificado el consentimiento informado como un procedimiento, un derecho, una expresión del ejercicio de la autonomía de la mujer, un proceso continuo, una autorización, un documento legal o un acto formal.

Respecto de entender el consentimiento informado como un derecho, las personas entrevistadas del MIMP señalaron, de manera indistinta, que es un derecho humano que se fundamenta en el derecho a la libertad de una persona para decidir sobre su propia salud.

Asimismo, indicaron que es el derecho que tiene toda paciente o usuaria a recibir la información completa, fidedigna, clara y comprensible respecto al tratamiento o la atención que recibirá, y lo que implica para la persona en términos de riesgos y beneficios. Esta información podría ser brindada en su lengua materna, cuando sea necesario, y esta debe poder decidir libremente si acepta o no atenderse o brindar su autorización, la cual debe reflejarse en una manifestación de voluntad indubitable.

Respecto de comprender el consentimiento informado como un proceso, una de las personas entrevistadas de la sociedad civil indicó que se le debe presentar todas las posibilidades de procedimientos a la mujer desde el control prenatal, para que pueda tomar las decisiones que considere correctas para su persona.

Asimismo, otra de las personas entrevistadas de la sociedad civil precisó que el acto podría denominarse “acta de consentimiento informado”, porque, en base a su opinión, su objetivo sería dejar constancia de que todos -tanto la paciente como el personal de salud- asumen que hay un riesgo y una acción médica que se necesita realizar.

De manera complementaria e indistinta, cabe señalar que las personas entrevistadas han mencionado que el consentimiento tiene otros elementos, tales como: la necesidad de contar con una firma o huella digital; en el caso de personas menores de 18 años o con discapacidad, puede ser avalado por un/a tutor/a, e implica asumir los riesgos de la intervención.

Asimismo, por lo menos tres personas entrevistadas señalaron cuestionamientos al actual concepto o denominación del “consentimiento informado”.

Para algunas entrevistadas no existe claridad de cuándo, cómo, ni sobre qué aspectos debe hacerse. Para otras personas consultadas, tal como es entendido el procedimiento de consentimiento informado, no cabría la posibilidad de que la paciente pueda emitir opinión, dialogar o negociar los pasos que se seguirán durante el proceso de parto.

Para ilustrar lo expuesto, a continuación, se presenta la opinión de una persona entrevistada de la sociedad civil:

Cuestionar lo que se considera desde el discurso médico lo mejor, justificado y validado, no solo es percibido como un atrevimiento, sino también vendrá una actitud para que la violencia obstétrica continúe y se exacerbe.

Respecto de cómo se viene implementando el consentimiento informado, una de las personas entrevistadas de la academia señaló que, en el ámbito institucional, dicho consentimiento puede encontrarse en un documento donde se consignen toda la información relacionada al proceso de parto,

el cual se pide firmar a las pacientes sin asegurarse que hayan entendido la información que dicho documento contiene.

Así, a las mujeres solo les quedaría “confiar” al encontrarse en desventaja dentro de una relación jerárquica donde se percibe al personal de salud como la autoridad.

Finalmente, una persona de la sociedad civil indicó que en nuestro país no siempre se firma el consentimiento informado antes del procedimiento, mientras que otra entrevistada de la sociedad civil, indicó que más allá de que se firme, lo más importante es que realmente las mujeres brinden sus consentimientos informados de manera adecuada, en especial en el caso de las mujeres indígenas.

5.5.2. ENTENDIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PERSONAL DE SALUD

Del conjunto de entrevistas que se realizaron para la elaboración del presente informe, se preguntó de manera específica al representante del Ministerio de Salud (Minsa) lo siguiente: *En el proceso del parto, ¿qué entiende el personal de salud por consentimiento informado?* Sobre el particular, señaló que existen principalmente dos posturas.

Por un lado, aquella que consideraría que todas las personas tienen derecho a la toma de decisiones con relación a su salud y, por lo tanto, tienen derecho a brindar su consentimiento informado. Por otro, una postura la cual considera que, si bien las personas tienen derecho a brindar su consentimiento informado, en el ámbito obstétrico existen límites dado que se podría encontrar en riesgo la vida de las personas.

Respecto de esta última postura, la persona entrevistada del Minsa aclara que el grupo de profesionales de la salud que la sostendría no se opone a la obtención de los consentimientos informados, sino que tiene el temor de que éstos puedan implicar

la poca posibilidad de tomar decisiones médicas que son necesarias.

Asimismo, resalta que, si bien administrativamente ya se ha determinado que se aplique el consentimiento informado, en algunos casos el personal de salud que apoyaría esta postura no quiere solicitarlo porque considera que no va a ayudar al proceso del parto y, además, es percibido como una carga.

A partir de lo expuesto, se aprecia que, en principio, ambas posturas están a favor de la obtención del consentimiento informado. Sin embargo, una de ellas tomaría cierta distancia argumentando el temor de perder la posibilidad de tomar decisiones médicas necesarias y su poca utilidad para el proceso de parto.

Esta información guardaría relación con la expuesta en el acápite 2 de la presente sección, en la cual las 11 personas entrevistadas indicaron que la no obtención del consentimiento informado es una manifestación de violencia obstétrica. No obstante, también se evidenció la preocupación de algunas personas consultadas debido a la poca claridad sobre ciertos conceptos utilizados para definir la violencia obstétrica (por ejemplo, los parámetros para determinar calidad de vida, el uso excesivo de determinados medicamentos o procedimientos, entre otros).

Asimismo, resulta importante resaltar que la persona entrevistada señala que, administrativamente, la obtención del consentimiento informado ya se encuentra regulada. Consideramos que esta situación mostraría que existe un marco normativo que obligaría al personal de salud a solicitar el consentimiento informado de las pacientes, quedando pendiente fortalecer el proceso de entendimiento de este mecanismo, su utilidad, los derechos de la mujer antes, durante y después del parto, y cómo su obtención no implica necesariamente el cuestionamiento o rechazo de las decisiones médicas.

5.5.3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE MUJERES INDÍGENAS O CON DISCAPACIDAD POR EL PERSONAL DE SALUD

Del conjunto de entrevistas que se realizaron para la elaboración del presente informe, de manera específica se preguntó a la persona entrevistada del Ministerio de Salud (Minsa) lo siguiente: *para los partos de mujeres indígenas o de mujeres con discapacidad, ¿cuál es el procedimiento para la obtención del consentimiento informado?*

Al respecto, de manera general subrayó que no puede existir ni empezar cualquier atención sin el consentimiento informado de las mujeres, ésta es una condicional. Sin embargo, en muchos casos el consentimiento informado se habría convertido en un trámite administrativo y en la actualidad no existiría un mecanismo que observe su implementación.

Respecto del consentimiento informado de las mujeres indígenas o con discapacidad, la persona entrevistada del Minsa señaló lo siguiente:

Lo que se ha garantizado o pedido es que todas las personas sin excepción tengan consentimiento informado. Si no tiene entendimiento debe contar con un traductor o una persona que la apoye.

Cabe señalar que la persona entrevistada no brindó mayor detalle del procedimiento para la obtención del consentimiento informado en los partos de mujeres indígenas o de mujeres con discapacidad.

Respecto del trato diferenciado brindado a las mujeres indígenas, podemos notar que la persona entrevistada lo circunscribiría a contar con un traductor o persona que la apoye, resaltando de manera exclusiva el uso de la lengua indígena. De este modo, no se evidencia una mención explícita a otras variables culturales, propias de la incorporación del enfoque intercultural que contribuirían a generar un mejor entendimiento de los procedimientos médicos

a seguir y que podría fortalecer la confianza entre la paciente y el personal de salud.

Este aspecto estaría relacionado a lo expuesto principalmente por personas entrevistadas de la sociedad civil, quienes mencionaron que, durante el proceso de formación del personal médico es preciso incorporar con mayor profundidad el enfoque intercultural. La adecuada comprensión de la diversidad cultural posibilitaría que el personal de salud cuente, al menos de manera teórica o conceptual, con mejores aptitudes para la interacción con mujeres indígenas, posibilitando en este caso un mejor proceso para la obtención del consentimiento informado.

Por otro lado, tampoco figura una mención explícita a la necesidad de asegurar un uso sencillo y comprensible del lenguaje médico al momento de comunicarse con las mujeres, ya sea directamente o mediante un intérprete. De igual modo, con respecto al caso de mujeres con discapacidad, se omite la mención a cualquier consideración relacionada a la adecuación de las explicaciones a la realidad específica de la paciente.

5.6. CONOCIMIENTO SOBRE LA ACTUACIÓN DEL ESTADO

5.6.1. LA ACTUACIÓN DEL ESTADO PARA AFRONTAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS.

Se les planteó a las 11 personas entrevistadas la siguiente pregunta: *En una escala del 1 al 5, ¿cómo calificaría usted la actuación del Estado para afrontar la violencia obstétrica en los últimos 5 años? ¿Por qué?*, calificándola la mayoría como mala (5 personas entrevistadas le asignaron la valoración de “mala” y 2 personas consultadas de “muy mala”) y 4 personas entrevistadas la calificaron como “regular”.

Respecto de las cinco personas que calificaron la actuación del estado como “mala”, entre las que

encontramos a entrevistadas de la academia, del propio Estado y la sociedad civil, se puede señalar que su opinión se basa en que consideran que no ha existido preocupación por parte del Estado en este campo, siendo su actuación inexistente, sin intervenciones ni avances concretos, sin lograr diseñar e implementar políticas públicas adecuadas para abordar esta problemática. Asimismo, tampoco se ha asignado un presupuesto para el tratamiento de la misma.

Asimismo, aunque consideran que la actuación del Estado es “mala”, reconocen algunas iniciativas incipientes, insuficientes o trucas, tales como:

- Desde el Congreso se presentaron dos proyectos de ley relacionados al “Parto Humanizado” pero se archivaron.
- El MIMP creó el “Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los integrantes de la familia”, pero no cuenta con estadísticas sobre violencia obstétrica porque, según indican, el Minsa no las ha reportado.
- Desde el Minsa no se ha creado un protocolo y tampoco se cuenta con una normativa específica para intervenir en su prevención, sanción y erradicación, así como en la reparación de las víctimas.
- La Defensoría del Pueblo publicó un informe que recoge algunos datos sobre violencia obstétrica.
- No hay presupuesto para afrontar la problemática a nivel nacional y existe insuficiente incidencia con las autoridades para la asignación de recursos.
- Es insuficiente el fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos para prevenir la violencia obstétrica.

Respecto de las dos personas entrevistadas que respondieron que la actuación del Estado para afrontar la violencia obstétrica es “muy mala”, explicaron que la califican así porque consideran que se emiten normas técnicas y protocolos de atención,

pero no se da seguimiento para ver o evaluar si se cumplen.

Asimismo, señalaron que desde el Estado se deben realizar diversas acciones hasta asegurar un cambio en la actitud del personal de salud orientado a la incorporación del buen trato y el respeto a las mujeres, entendiendo que son ellas quienes deciden sobre sus cuerpos. Además, una de las personas entrevistadas de la sociedad civil indicó que la califica de “muy mala” debido a la siguiente razón:

Porque no hay servicios cercanos, hablando como mujer indígena. Por eso, es importante que se respete a las parteras, capacitarlas junto con las obstetras.

Con relación a las cuatro personas entrevistadas que calificaron la actuación del Estado como “regular”, éstas coinciden en que todavía faltan muchas acciones que se deben adoptar, entre ellas, atender la inadecuada capacidad resolutoria que tiene sobre todas las áreas de la salud, incluida la obstétrica; así como monitorear y hacer seguimiento a sus normas a fin de asegurar su implementación.

Además, dentro del grupo de personas entrevistadas que calificaron la atención del Estado como “regular”, algunas de ellas resaltan que éste ha realizado ciertas acciones relevantes relacionadas a la prevención de la violencia obstétrica, tales como: la adecuación cultural del parto y el reconocimiento a nivel estatal de la existencia de la violencia obstétrica.

5.6.2. PRINCIPALES DESAFÍOS DEL ESTADO PERUANO PARA AFRONTAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN NUESTRO PAÍS.

Se planteó solo a las personas entrevistadas de la academia la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los principales desafíos que tiene el Estado peruano para afrontar la violencia obstétrica en nuestro país? Entre los principales mencionaron la necesidad de fortalecer la educación sexual integral, fortalecer a las

escuelas de medicina y acercarlas a las necesidades del país, visibilizar la violencia obstétrica como problema dentro de la salud pública, y contar con mecanismos de prevención de la violencia obstétrica que no se basen en la amenaza.

Respecto del desafío de generar un cambio en la educación sexual integral, una de las entrevistadas resaltó que era necesario expandir y ampliar el entendimiento del proceso de parto desde todas las miradas, no solo la médica, resaltando especialmente el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo.

En relación a que el estado trabaje más en las escuelas de medicina, aproximándolas a las necesidades de nuestro país, se destacó su importancia para prevenir o reducir la ocurrencia de “choques culturales”. Asimismo, una de las entrevistadas considera que:

Siempre se capacita en temas relacionados a la calidad de la atención, dejándose de lado otros temas que se encuentran arraigados, por ejemplo: no hay la obligación de que las personas que van a trabajar al área rural hablen la lengua del lugar (persona entrevistada de la academia).

Un aspecto relacionado a lo anterior, es la necesidad de discutir y visibilizar la violencia obstétrica dentro de la salud pública. Así, el trabajo con los profesionales de salud es primordial a fin de que tomen conciencia de que la medicalización y el uso de determinados instrumentos médicos pueden significar un acto de violencia. Constituiría aún un reto que los profesionales de salud no trabajen de manera automatizada, aplicando protocolos sin cuestionamiento. Sobre este punto, una de las personas entrevistadas de la academia menciona lo siguiente:

Ellos [el personal de salud] trabajan de manera automatizada, siguen el protocolo. ¿Cómo incorporas en el sector salud la necesidad de protocolos y también la necesidad de enfatizar

la atención humanizada de la salud? Se debería entender que las personas no pierden sus derechos al entrar al establecimiento de salud (persona entrevistada de la academia).

Además, se menciona como reto diseñar mecanismos de prevención y concientización que no se basen en la amenaza y/o sanción, sino mecanismos que sean entendidos como incentivos que fortalezcan el desempeño del personal de salud. En ese sentido, hoy en día, resultaría un desafío buscar alternativas no punitivas para mejorar la atención de las mujeres en los establecimientos de salud antes, durante y después del parto.

De otro lado, respecto de los desafíos institucionales, se preguntó a las personas entrevistadas del Estado (Minsa y Mimp): ¿Cuáles son los principales desafíos de su institución en materia de violencia obstétrica?

Sobre el particular, la persona entrevistada del Minsa mencionó varios desafíos de su institución, destacando los siguientes:

- Implementación del enfoque de género.
- Horizontalidad en la atención.
- Rectoría en la materia porque se deben dar las líneas políticas institucionales.
- Desarrollo de una mirada intersectorial sobre la violencia obstétrica.

Las personas entrevistadas del Mimp indicaron que el principal desafío institucional es promover el registro de casos de violencia obstétrica y su caracterización. Asimismo, de manera complementaria, indicaron que también son desafíos institucionales:

- La elaboración de una propuesta de ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia obstétrica que involucre al sector salud.
- El seguimiento a la implementación de la ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia obstétrica.

- La articulación intersectorial.

Cabe destacar la complementariedad entre las respuestas de las personas entrevistadas del Minsa y del Mimp. De esta manera, desde el sector salud se reconoce la necesidad de implementar el enfoque de género, cuya competencia está a cargo del Ministerio de la Mujer, así como la necesidad de abordar intersectorialmente la violencia obstétrica.

5.6.3. MECANISMOS DE SANCIÓN RECONOCIDOS POR EL ESTADO PERUANO PARA LOS CASOS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Respecto de los mecanismos de sanción, se les preguntó a las personas entrevistadas del Mimp y de la sociedad civil lo siguiente: ¿Existe algún mecanismo de sanción específico para el caso de la violencia obstétrica?, respondiendo cinco personas entrevistadas que no, dos personas entrevistadas que sí y una persona del Estado no contestó de manera afirmativa o negativa, indicando solamente que la violencia obstétrica está reconocida en el “Plan Nacional contra la violencia de género 2016–2021”.

Las personas entrevistadas que respondieron que no existe un mecanismo de sanción específico para el caso de la violencia obstétrica, indicaron de manera adicional lo siguiente:

Solo en el Decreto Supremo N° 004-2019-MIMP que modifica el Reglamento de la Ley N. ° 30364, “Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar”, aprobado por Decreto Supremo N. ° 009-2016-MIMP, se ha reconocido a la violencia obstétrica como una de las modalidades de violencia contra las mujeres, no obstante, solo la nombra.

- No se sanciona este tipo de violencia porque, aunque se han puesto quejas en el libro de reclamaciones nunca se da respuesta pasados los 30 días.
- Estas acciones son calificadas principalmente

como daños a la salud.

- La violencia obstétrica puede ser atendida como queja, la cual ingresa a la oficina de calidad para comenzar con la investigación y determinar si hubo o no responsabilidad por parte del personal de salud.
- El registro de las quejas es necesario a fin recoger información relacionada a la violencia obstétrica, investigar y sancionar con el propósito de que no se repita.

Finalmente, las dos personas que manifestaron que sí existe algún mecanismo de sanción específico para el caso de violencia obstétrica, coincidieron en indicar que aunque existe normativamente, éste no se cumple.

Una de las personas entrevistadas de la sociedad civil señaló que si una mujer siente que no ha sido tratada adecuadamente tiene como recurso presentar su denuncia ante el Colegio Médico del Perú (CMP), donde se abrirá el proceso ético disciplinario correspondiente y se establecerá si ha incurrido en una infracción al Código de Ética de esta institución.

De manera específica, a la persona entrevistada del Minsa se le realizó la siguiente pregunta: ¿Existe algún mecanismo de sanción específico en el MINSA para el caso de la violencia obstétrica?, siendo su respuesta afirmativa. Sin embargo, precisó que si bien se ha avanzado en la estandarización de los procesos, a la fecha no existe un mecanismo específico para violencia obstétrica. Señaló que la persona afectada puede ir a SUSALUD, entidad que, de manera general, supervisa y monitorea los procesos de quejas y denuncias presentados.

5.6.4. LOS CENTROS EMERGENCIA MUJER (CEM) Y LA ATENCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Respecto de los casos recibidos por los CEM, se realizó la siguiente pregunta a las personas entrevistadas del

Mimp: ¿Los Centros Emergencia Mujer (CEM) han recibido casos o consultas de violencia obstétrica durante los últimos 5 años?

Sobre el particular, las personas entrevistadas coincidieron en señalar que no tienen conocimiento si los CEM han recibido casos o consultas de violencia obstétrica durante los últimos 5 años. Una de las entrevistadas indicó no contar con dicha información y resaltó que en el Observatorio Nacional de Violencia de Género de la propia institución no existía dicha información. De manera complementaria, la otra persona entrevistada del Mimp sugirió que, en otro momento, esta pregunta se realice a la representante del Programa Nacional Aurora.

5.6.5. MEDIDAS QUE DEBE ADOPTAR EL ESTADO PERUANO PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Respecto de la prevención de la violencia obstétrica, se preguntó a las personas entrevistadas del Mimp lo siguiente: ¿Qué medidas debería adoptar el Estado peruano para prevenir la violencia obstétrica?

Las respuestas brindadas coincidieron en algunas medidas que el Estado peruano debería adoptar al respecto.

Así, consideraron importante contar con una ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia obstétrica en los establecimientos de salud públicos y privados a nivel nacional, que establezca líneas de acción claras y que respondan a las particularidades de dicha problemática.

Otra coincidencia de las personas entrevistadas fue la necesidad de que el Estado establezca medidas que garanticen la rehabilitación de las mujeres víctimas de violencia obstétrica.

Relacionado a la víctima, una de las personas entrevistadas señaló que se deben establecer medidas para su reparación, así como fortalecer su

empoderamiento respecto a los derechos sexuales y reproductivos, a recibir una atención digna y no sufrir ningún tipo de discriminación; y el derecho a no ser víctima de ningún hecho de violencia, incluida la violencia obstétrica.

Asimismo, manifestaron la importancia y urgencia de que el personal de salud sea sensibilizado y capacitado en diversas materias, tales como: violencia obstétrica (manifestaciones, causas, consecuencias, etc.), enfoques de género, y derechos e interculturalidad. Además, una de las entrevistadas resaltó que se debe trabajar en la deconstrucción de los estereotipos de género vinculados a la mujer como madre y el ejercicio de su sexualidad.

Respecto de la sociedad en general, una de las entrevistadas del MIMP señaló que se debe generar campañas de información sobre los derechos reproductivos de las mujeres, no sólo desde que está embarazada, sino como parte de la educación sexual que debe recibir toda persona a lo largo de su ciclo de vida.

Otras medidas mencionadas hacen referencia a la necesidad de fortalecer el trabajo articulado intersectorial, principalmente entre el Minsa y Mimp, y la importancia de realizar estudios que evidencien las manifestaciones de esta modalidad de violencia de género, sus causas y consecuencias.

Así, a modo de resumen, podemos señalar que las personas entrevistadas del MIMP destacaron las siguientes medidas para la prevención de la violencia obstétrica:

- Contar con una ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia obstétrica en los establecimientos de salud públicos y privados del ámbito nacional.
- Contar con medidas que garanticen la rehabilitación y reparación de las mujeres víctimas de violencia obstétrica.

- Fortalecer el empoderamiento de las mujeres sobre sus derechos y la necesidad de eliminar los estereotipos de género.
- Sensibilizar y capacitar al personal de salud en materias tales como: violencia obstétrica, enfoques de género, y derechos e interculturalidad.
- Fortalecer el trabajo articulado intersectorial, principalmente entre el Minsa y Mimp.
- Realizar estudios sobre violencia obstétrica.

5.6.6. ACCIONES PARA INCORPORAR EL ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Respecto del enfoque intercultural, se les preguntó a todas las personas entrevistadas lo siguiente: ¿Cómo considera usted que se podría incorporar el enfoque intercultural en el tratamiento de la violencia obstétrica? ¿Cuáles son los principales retos?

Todas las personas entrevistadas, de manera indistinta, consideraron que se podría incorporar el enfoque intercultural en el tratamiento de la violencia obstétrica mediante diversas medidas, entre las que resaltan:

- a. Comprender y tener flexibilidad respecto de las prácticas culturales de la comunidad vinculadas con cosmovisiones indígenas, expresadas en el uso de diversas plantas y utensilios, el consumo de infusiones tradicionales, celebración de ceremonias espirituales sobre el parto, entre otras.
- b. Permitir que durante el parto asistan familiares cercanos y/o la partera tradicional de la comunidad.
- c. Respetar e informar sobre los derechos de las mujeres, de manera específica los derechos de las mujeres indígenas, con especial énfasis en: (i) el derecho a decidir libremente cómo,

dónde y con quién dar a luz; (ii) el derecho a ser atendidas según los sistemas de salud de su comunidad; (iii) el derecho a la atención con pertinencia cultural en los servicios de salud que ofrece el Estado; (iv) el derecho a contar con un plan de parto; y (v) los derechos en salud sexual, salud reproductiva y salud materna.

- d. Capacitar y sensibilizar al personal de salud sobre derechos e interculturalidad y atención de partos verticales.
- e. Implementar acciones relacionadas al personal de salud: (i) contar con personal de salud que domine la lengua de la mujer indígena que va a atender, (ii) realizar trabajo interdisciplinario entre profesionales de las ciencias sociales, de la medicina, así como desde el derecho, (iii) contar con personal que sea de las regiones en los centros de salud para que puedan ayudar a las mujeres en el proceso de educación, (iv) contar en las regiones con personal de salud más humanizado para que, en el caso de pueblos indígenas, pueda capacitar a las parteras para que ellas informen a la paciente.
- f. Implementar acciones relacionadas con recursos físicos (infraestructura y materiales): (i) recuperar las casas maternas (casas de espera) y renovar su equipamiento y adecuación con pertinencia cultural, (ii) trabajar espacios donde las mujeres puedan tener parto vertical en Lima, (iii) colocar material impreso bilingüe y culturalmente pertinente, como afiches, dípticos o trípticos en los servicios de salud, y (iv) implementar y/o adecuar los establecimientos de salud para la atención con enfoque intercultural de acuerdo a la normatividad vigente.
- g. Respetar las culturas y las costumbres

ancestrales de las usuarias para acercarlas más al establecimiento de salud. Por ejemplo, de acuerdo a la opinión de una de las personas entrevistadas, la aprobación de la adecuación intercultural de la atención del parto habría aumentado el porcentaje de partos atendidos de manera institucional de 50% en el año 2000 a 92% actualmente a nivel nacional.

- h. Promover y fortalecer la voluntad política y social mediante el diálogo. Así, por ejemplo, una de las entrevistadas de la sociedad civil recomendó que el Minsa cuente con un espacio o una mesa de diálogo semejante al Grupo de Trabajo de Políticas Indígena – GTPI.

Con relación a los principales retos para la incorporación del enfoque intercultural, algunas personas entrevistadas indicaron lo siguiente: a) superar el centralismo y que las políticas públicas no sean construidas solo desde Lima, b) contrarrestar el racismo, clasismo y los rezagos coloniales que se encuentran enraizados en la sociedad peruana, c) mejorar la formación de los profesionales de la salud incluyendo el enfoque intercultural, y que no se refuerce la idea errada según la cual a través de este enfoque las usuarias harán lo que indique la salud occidental, y d) replantear y/o comprender cuáles deberían ser los alcances del enfoque de interculturalidad.

Respecto de este último punto, al menos tres personas entrevistadas resaltaron que era importante replantear y/o comprender cuáles deberían ser los alcances del enfoque de interculturalidad para poder incorporarlo adecuadamente.

Al respecto, de acuerdo a una persona entrevistada del Estado, el enfoque de interculturalidad se asocia al enfoque de integración cuyo objetivo es que las personas usuarias se integren al sistema de salud.

Así precisa que el enfoque de interculturalidad es más que aceptar o respetar, implica una integración. Para

ilustrar su punto de vista, manifestó que las personas pueden por costumbre dar a luz en el río, pero la evidencia indicaría que tendrían altas posibilidades de infección. Para esta persona, es importante que la evidencia guíe la toma de decisiones y para ello se requiere hacer más estudios de las prácticas maternas de las mujeres indígenas.

Otra entrevistada, esta vez de la sociedad civil, indicó que es importante diferenciar el enfoque de interculturalidad del proceso de interculturalización, para lo cual expuso lo siguiente:

Se plantea que, culturalmente, un grupo social ha tenido sus hijos de una manera y ésta debería mantenerse. Con lo cual no estoy de acuerdo, esto solo refleja la incapacidad del Estado de interiorizar en estos grupos sociales los adelantos de la tecnología.

Esta persona entrevistada manifestó que se ha tratado de salvar estas brechas existentes al interior del país implementando el parto vertical y las casas de espera. No obstante, estos procedimientos no resultarían reales si, por ejemplo, el parto se complica y el puesto de salud más cercano puede encontrarse a dos horas de camino.

En ese sentido, la forma como se viene incorporando el enfoque de interculturalidad reflejaría la incapacidad del Estado de “llevar la modernidad y el avance” de la atención y desarrollo de la salud a todas las personas. Asimismo, resaltó que existe una concepción inadecuada del parto que lo entiende solo como un hecho fisiológico y no exento de riesgo.

Asimismo, otra representante de la sociedad civil indicó que existen aún tareas pendientes en torno a la interculturalidad. Así, manifestó que suele ser asociada con frecuencia a las comunidades indígenas, reduciéndola principalmente al habla o la vestimenta, en vez de incorporar elementos de su propia cultura. Por ejemplo, señaló que en algunas culturas, el concepto de menopausia no está asociado al término

de la menstruación, sino al declive de la vida.

5.6.7. PRINCIPALES AVANCES O LOGROS DEL ESTADO PERUANO EN MATERIA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, DE MANERA ESPECÍFICA EN EL MINSA Y EL MIMP

Se preguntó a las personas entrevistadas del Estado (Minsa y Mimp) sobre los principales avances o logros de su institución en materia de violencia obstétrica.

La persona entrevistada del Minsa señaló que un avance muy importante es que el sector ha reconocido la existencia de la violencia obstétrica. Frente a este reconocimiento, se habría buscado estandarizar sus procesos.

Este entrevistado indicó que en un momento se consideró la posibilidad de contar con una norma específica sobre violencia obstétrica. Sin embargo, se habría priorizando abordar esta problemática desde el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Por ello, se encontrarían elaborando un plan para erradicar la violencia en la salud sexual y reproductiva.

Este plan buscaría fortalecer la importancia de horizontalizar la relación entre el personal de salud y las pacientes. Asimismo, el entrevistado indicó que no necesariamente todas las personas que trabajan en este sector, conocen los alcances de los derechos sexuales y reproductivos.

Respecto de las personas entrevistadas del Mimp, cabe señalar que solo una de ellas señaló como un logro del sector, la incorporación de la definición de la violencia obstétrica de manera oficial en los siguientes instrumentos normativos: Resolución Ministerial N. ° 151-2016-MIMP “Violencia basada en género. Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del Estado”, Decreto Supremo N. ° 008-2016-MIMP que aprueba el “Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 - 2021”; y el Decreto Supremo N. ° 004-2019-MIMP, que modifica

el Reglamento de la Ley N. ° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.

5.7. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA A NIVEL INTERNACIONAL

Se realizó la siguiente pregunta a dos personas entrevistadas de la academia y a cuatro personas de la sociedad civil: *De acuerdo a sus conocimientos sobre violencia obstétrica, ¿qué país ha abordado de manera más adecuada esta problemática?*

La mayoría de personas entrevistadas manifestó conocer de manera muy general algunas experiencias internacionales, coincidiendo solo dos entrevistadas con la mención de dos países: Argentina y México, indicando una de ellas que en esos Estados se había regulado la violencia obstétrica.

Asimismo, de manera indistinta y general, sin profundizar ni precisar las normativas y sus contenidos, y relacionando la violencia obstétrica con los derechos reproductivos de las mujeres, mencionaron los siguientes países: República Dominicana, Cuba, Venezuela, Colombia, Bolivia, Guatemala, Chile y países de Europa.

Así, resaltaron de algunos de esos países lo siguiente:

- República Dominicana cuenta con investigaciones sobre la materia.
- Cuba cuenta con personal médico que brinda un trato humano.
- Venezuela desarrolló su legislación contra la violencia obstétrica en el 2007.
- Bolivia tiene una buena relación entre las obstetras y las comadronas.
- Guatemala cuenta con casas de descanso y espera para mujeres embarazadas que viven lejos de la capital.
- Chile ha adecuado salas de parto vertical y han

creado casas para partos con el propósito de acercar a las mujeres.

- Ciertos países de Europa cuentan con experiencias importantes de participación y reconocimiento de las obstetras, parteras o “comadronas”.

Asimismo, de acuerdo a las entrevistas realizadas, es relevante subrayar que las opiniones brindadas durante las entrevistas, coinciden en que en dichos países existiría mayor ciudadanía y conciencia sobre los derechos en la atención obstétrica y sobre cuándo se produce la violencia obstétrica.

5.8. AGENDA DE INVESTIGACIÓN PENDIENTE

En el presente acápite se desarrollan dos preguntas que se aplicaron únicamente a las personas entrevistadas de la academia. La primera pregunta se relaciona con las principales investigaciones sobre violencia obstétrica: *En los últimos 3 años, ¿cuáles son las principales investigaciones sobre violencia obstétrica a nivel nacional e internacional?*

Las entrevistadas mencionaron los nombres de algunas personas investigadoras, tales como: Carmen Yon, Jeanine Anderson, Alejandro Diez, Lucía Guerra Reyes, Luz Velarde, Alejandro Barreda, Esperanza Reyes, la Dra. Castro, entre otras. Con los aportes recibidos, quedaría pendiente realizar un estudio adicional que considere entrevistar a estos investigadores e investigadoras.

Con relación a la agenda de investigación pendiente en materia de violencia obstétrica, las entrevistadas de la academia plantearon los siguientes aspectos o temas a investigar:

- a. La formación en las escuelas de medicina, su malla curricular y el impacto de esta formación en las relaciones entre colegas y con los y las pacientes.
- b. Los mecanismos de las mujeres para exigir sus derechos, tema relacionado a la construcción

de su ciudadanía y a la toma de conciencia de sus derechos en el ámbito de la sexualidad y la reproducción.

- c. La profundización del problema, identificar cuáles son las particularidades de los contextos en los que se desarrolla la violencia obstétrica, los factores que generan que ciertas mujeres sean más vulnerables a ser víctimas de violencia obstétrica y a qué se deben estas prácticas.

5.9. LA SANCIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA A NIVEL GREMIAL

De manera específica se preguntó a las personas entrevistadas del Colegio Médico del Perú, Colegio de Obstetras del Perú y de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología lo siguiente: *¿Su institución ha regulado algún tipo de sanción para los miembros que hayan realizado algún acto de violencia obstétrica?*

Al respecto, las personas entrevistadas del Colegio Médico del Perú y de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología indicaron, con algunos matices, que sus instituciones sí habrían regulado algún tipo de sanción para los miembros que hayan realizado algún acto de violencia obstétrica. Mientras que las personas entrevistadas del Colegio de Obstetras del Perú indicaron que su institución no ha regulado algún tipo de sanción explícita para estos casos, pero sí considera necesario que se regule para contribuir a la prevención de esta modalidad de violencia contra la mujer y por ende a su reducción.

En el caso de la persona entrevistada del Colegio Médico del Perú, precisó que el Código de Ética institucional está dirigido a aquellas acciones que van contra el buen hacer de los médicos y en ese sentido consideraría que se encuentra incluida la violencia obstétrica, aunque no se haya redactado un capítulo específico sobre ella en dicho código.

Por su parte, las personas entrevistadas de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología indicaron que, si su institución detecta que transgreden las normas institucionales, se da inicio a un proceso administrativo. Sin embargo, no tienen información sobre el procedimiento.

Asimismo, señalaron que al año atienden 18,000 partos y de ellos los casos de presunto maltrato son alrededor de 180 casos, representando un porcentaje bajo del total de atenciones. También señalaron que en algunas ocasiones el personal de la institución intenta solucionar el hecho y por ello las pacientes ya no presentan quejas.

De lo anteriormente expuesto se desprende que al menos dos instituciones consultadas no cuentan con una normativa específica que sancione la violencia obstétrica. No obstante, disponen de otras normativas que podrían aplicarse para dichos casos.

6. CONCLUSIONES

6.1. ALCANCE CONCEPTUAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

De acuerdo a sus conocimientos, ¿cómo definiría (entiende) usted la violencia obstétrica?, las once personas entrevistadas coinciden en entenderla como una modalidad multidimensional de violencia que afecta a las mujeres. De manera tácita o explícita, indican que cualquier mujer puede estar expuesta a ella; sin embargo, resaltan que existen grupos de mujeres que podrían estar en una posición de mayor vulnerabilidad debido a variables como: nivel socioeconómico, pertenencia a un pueblo indígena o uso de una lengua indígena, la manera de ejercer o vivir la sexualidad por parte de las mujeres, el ámbito de residencia (urbano o rural) y la edad.

La violencia obstétrica no sólo se limitaría a procedimientos médicos, ampliando su definición a maltratos de índole psicológico, físico o, de manera general, a un trato no digno. Así, expresiones humillantes, muestras de racismo, censuras al momento en que la mujer expresa su opinión o demuestra dolencias, así como sanciones verbales que atribuyen a la mujer la responsabilidad en los sucesos que ocurren en el parto, serían expresiones de violencia obstétrica.

Respecto al momento en el que las mujeres pueden ser víctimas de esta violencia, las personas entrevistadas señalaron que el parto y el puerperio son momentos claves.

En términos conceptuales, a la pregunta: ¿considera usted necesario diferenciar la violencia obstétrica de la violencia que podría ejercer el personal de salud hacia los pacientes?, la totalidad de personas entrevistadas coincide en indicar que sí es necesario realizar dicha diferencia.

En relación a la pregunta: *Indique usted, en una escala del 1 al 5 indique por favor su nivel de acuerdo respecto de la definición de violencia obstétrica establecida en el Plan Nacional contra la violencia de género 2016 - 2021.* Al respecto, la mayoría de personas entrevistadas indicó estar de acuerdo en algún nivel con la definición de violencia obstétrica establecida en el mencionado documento: dos personas completamente de acuerdo, dos personas de acuerdo y cuatro personas medianamente de acuerdo. Asimismo, tres personas entrevistadas se encuentran en desacuerdo con la definición.

6.2. MANIFESTACIONES

La totalidad de las personas entrevistadas (11) manifestó que son formas de violencia obstétrica:

- a) Omisión del consentimiento informado.
- b) Uso excesivo del parto por cesárea.
- c) Uso innecesario o sin el consentimiento de la mujer de la episiotomía.
- d) Presencia de terceros ajenos al parto sin el consentimiento de la madre.
- f) Imposibilidad de elegir posición de parto.
- g) Reproducción de expresiones humillantes y sexistas durante la atención del parto.
- h) Rasurado púbico o perineal antes del parto.

Asimismo, diez personas entrevistadas manifestaron que son expresiones de violencia obstétrica: a) Tacto vaginal sin consentimiento.

- b) Tacto vaginal sin justificación razonable.
- c) Uso excesivo de la oxitocina sintética.

- d) Uso de la maniobra de Kristeller.
- e) Realización de enemas para inducir el parto.

Nueve de las personas entrevistadas manifestaron que la sinfisiotomía es una expresión de violencia obstétrica; mientras que ocho personas entrevistadas también indicaron que son expresiones de violencia obstétrica:

- a) La medicalización excesiva durante el parto, y la
- b) Sutura excesiva por motivos ajenos a la salud de la paciente.

Respecto de otras manifestaciones de violencia obstétrica, diez personas entrevistadas indicaron que sí existían otras expresiones de violencia obstétrica; y solo una persona consultada de la sociedad civil indicó que no existen otras más allá de las mencionadas en la tabla anterior. Entre las otras expresiones de violencia obstétrica, se destacan las siguientes:

- a) Dificultar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica que lo justifique, impidiendo que cargue a su niño o niña y lo/la amamante inmediatamente.
- b) Realizar revisiones uterinas reiteradas e innecesarias para verificar o prevenir que no haya quedado algún resto de la placenta que pueda generar problemas posparto.
- c) Amenazar a la madre durante el parto con retirar el tratamiento y/o negarle la atención.
- d) Privar de agua y comida a la mujer.
- h) Dejar de lado a las parteras y comadronas que conocen las costumbres y prácticas relacionadas al parto entre población indígena u originaria.
- i) Negar el acompañamiento del familiar durante el parto.
- j) No incluir el enfoque de interculturalidad con población culturalmente diversa.

k) No considerar las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños/as y familias, enfocándose solamente en el cuidado biológico.

l) No tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.

De manera complementaria, es importante subrayar la reflexión que realizan las entrevistadas del sector de la academia sobre la violencia obstétrica y su relación con los protocolos médicos. Así, indican que varias de las prácticas calificadas como violencia obstétrica tienen justificación científica y se encuentran dentro de dichos documentos. Como resultado de lo mencionado, la opinión o necesidades de las mujeres serían “invisibilizados”.

Respecto de la pregunta: ¿Está usted de acuerdo con que algunas instituciones indican que, en ocasiones, el personal de salud justifica su actuación (calificada como violencia obstétrica) señalando que se encontraba frente a un caso de parto espontáneo?, la mayoría de personas entrevistadas manifestó encontrarse en algún grado en desacuerdo (10 de 11, estando 7 completamente en desacuerdo y 3 en desacuerdo).

Solamente una persona entrevistada de la sociedad civil manifestó estar medianamente de acuerdo (1 de 11).

Adicionalmente, cabe precisar que, si bien una de las entrevistadas de la academia señaló que si bien está “completamente en desacuerdo” cuando se hace referencia a contexto urbanos, su valoración cambia a “medianamente de acuerdo” cuando se trata de contexto rurales.

Con respecto a las 7 personas entrevistadas que están “completamente en desacuerdo” y las 3 personas entrevistadas que están “en desacuerdo”, entre sus principales razones o consideraciones destacan:

- a) La violencia obstétrica nunca debe ser aceptada ni justificada.
- b) El parto espontáneo sería evitable si a las mujeres se les informa adecuadamente a lo largo del proceso de embarazo sobre los signos de alarma de un parto.
- c) El protocolo médico para la atención del parto en sí mismo legitimaría varias expresiones o manifestaciones de violencia obstétrica.

6.3. CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Respecto de casos de violencia obstétrica que se hayan denunciado internamente o a nivel internacional, las representantes de Manuela Ramos y PROMSEX, resaltaron los siguientes casos ocurridos en el Perú:

- a) El caso Eulogia, a quien le negaron atención médica produciendo daños cerebrales en el niño, falleciendo a los 8 años.
- b) El caso K.L., a quien se le obligó a dar a luz a un bebé con problemas congénitos, y
- c) El caso de una joven embarazada producto de una violación, a quien se le negó la opción del aborto terapéutico y, para no tener al bebé, la mujer decidió quitarse la vida (de acuerdo a la persona entrevistada, el desenlace de este caso fue que la mujer tuvo a su hijo estando en estado parapléjico).

Estos ejemplos demuestran que la posibilidad de evidenciar un problema, y posteriormente incluirlo en la agenda de discusión pública, requiere en ciertas ocasiones de la necesaria intervención de instancias supranacionales en casos emblemáticos.

6.4. CAUSAS Y CONSECUENCIAS

Respecto de la pregunta: ¿Cuáles son las principales causas de la violencia obstétrica en el país?, las respuestas de las personas entrevistadas se agruparon en tres ejes:

- a) Dinámica del poder y el abuso de la doctrina de la necesidad médica: La posición subalterna de las mujeres con respecto a los hombres en la sociedad y las relaciones de poder desiguales entre el personal de salud y la paciente.
- b) Condiciones y limitaciones de los sistemas de salud como causas estructurales de la violencia obstétrica: La inadecuada formación del personal de salud y el deficiente equipamiento, infraestructura y recursos humanos.
- c) Leyes y prácticas discriminatorias y nocivos estereotipos de género: Los relacionados a la sexualidad y a los procesos reproductivos, la discriminación existente en el país, específicamente aquella motivada por factores socioeconómicos y étnico-raciales, la ausencia de normatividad específica para prevenir, sancionar y erradicar la violencia obstétrica, el temor y miedo de las mujeres, principalmente indígenas, frente al sistema de salud, la falta de educación sexual integral en el país basada en un enfoque de derechos.

Respecto de la pregunta ¿Considera usted que existe una vinculación entre la violencia obstétrica y la concepción que tiene la sociedad sobre el rol de la mujer como madre y el ejercicio de su sexualidad?, la totalidad de personas entrevistadas respondió de manera afirmativa, existiendo una alta similitud entre sus argumentos. De esta manera, destacan las siguientes opiniones:

- a) Se castiga o sanciona a las mujeres por ejercer su sexualidad, y/o
- b) Existen consideraciones que agravan la condición de la mujer al momento de ejercer su sexualidad o de ser madre, por ejemplo: si provienen del área rural, son indígenas, ejercen la prostitución, entre otras.

Respecto de la pregunta: ¿Cuáles son las principales consecuencias de la violencia obstétrica?, las 11 personas entrevistadas señalaron diversas consecuencias de la violencia obstétrica, de las cuales se desprende que existen dos tipos:

a) Aquellas que son directas y que son padecidas por la víctima, y

b) Las indirectas, las cuales están relacionadas a la reproducción de prácticas y modelos a nivel social.

Respecto de las consecuencias directas, éstas a su vez se expresarían de dos maneras:

a) Consecuencias físicas, entre las que resaltan: dejar cicatrices en el cuerpo o incluso causar la muerte de la mujer víctima de violencia obstétrica, y afectar físicamente al propio recién nacido/a, y

b) Consecuencias emocionales y psicológicas, entre las que resaltan: afectaciones temporales o permanentes de la salud mental de la mujer y el desapego del/la bebé y de la pareja.

Respecto de las consecuencias indirectas estas se encontrarían ligadas a la reproducción de prácticas y discursos sociales, tales como la reproducción de la sumisión de la mujer frente al hombre, la continuidad de un saber que excluye a la mujer del proceso de parto y de la toma de decisiones sobre su cuerpo, y el rechazo y desconfianza que las mujeres pueden sentir respecto del sistema de salud.

De manera específica, cabe indicar que, entre las mujeres indígenas, la práctica de la cesárea o de otro procedimiento que lesione su cuerpo sin su consentimiento generaría que dicha mujer no pueda trabajar por determinado periodo de tiempo, afectando directamente su economía e incluso la supervivencia de su familia.

Adicionalmente, una de las representantes de la sociedad civil mencionó que una consecuencia de la violencia obstétrica se relaciona a la estigmatización

de un grupo de profesionales de la salud. Debido al uso del término “obstétrica”, la entrevistada indicó que se podría pensar que los/las únicos/as que podrían cometerla serían los/las obstetras.

Respecto de la pregunta: ¿Considera usted que la violencia obstétrica se ha agravado o incrementado en el contexto actual del COVID-19?, ésta fue formulada a una persona de la academia y a cinco de la sociedad civil. Las seis personas consultadas coincidieron en que, de acuerdo a su parecer, la violencia obstétrica se habría agravado o aumentado en el actual contexto de la pandemia de la COVID-19.

A partir de las opiniones de las personas entrevistadas, a continuación se listan las principales razones que explicarían el incremento o agravamiento de la violencia obstétrica en el contexto del COVID-19:

- La concentración de los esfuerzos del sistema de salud en atender prioritariamente a los y las pacientes con COVID-19.
- El desaliento a la asistencia de las pacientes a los establecimientos de salud por temor al contagio.
- El escaso desarrollo de la telemedicina relacionada al proceso de parto.
- El descuido del proceso de parto, en caso de que la gestante haya contraído el COVID-19, y es derivada a su domicilio.
- El estrés laboral del personal de salud podría propiciar la reproducción de manifestaciones de violencia obstétrica.
- El temor de ser contagiado por parte del personal de salud.
- La disminución de recursos humanos en los equipos de salud que incrementan la carga laboral.
- El aumento en la programación de los partos, a través de cesáreas, para poder organizar y distribuir los recursos médicos disponibles.

6.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se preguntó a diez personas entrevistadas pertenecientes a la academia, el estado (de manera específica al Mimp) y a la sociedad civil lo siguiente: ¿Qué entiende usted por consentimiento informado?

Las personas entrevistadas han coincidido en indicar que el consentimiento informado podría tener los siguientes elementos:

- a) Se encuentran involucradas dos personas como mínimo: la paciente y alguien del personal de salud.
- b) Es un acto o acción de comunicar o informar de las acciones y/o procedimientos que se le realizarán a la paciente.
- c) La paciente tiene la opción de aceptar y/o dar su autorización para que le realicen las acciones y/o procedimientos que le han informado.

Asimismo, las personas entrevistadas han calificado el consentimiento informado como un procedimiento, un derecho, una expresión del ejercicio de la autonomía de la mujer, un proceso continuo, una autorización, un documento legal o un acto formal.

Además, mencionaron que el consentimiento tiene otros elementos, tales como:

- a) La necesidad de contar con una firma o huella digital.
- b) La necesidad de ser avalado por un/a tutor/a, en el caso de personas menores de 18 años o con discapacidad.
- c) Implica asumir los riesgos de la intervención.

De manera específica, se le preguntó a la persona entrevistada del MINSa ¿qué entiende el personal de salud por consentimiento informado en el proceso de parto? Esta persona señaló que en general el personal de salud considera importante la obtención del consentimiento informado; sin embargo, precisó que un grupo de ellos manifestaría que su obtención

disminuiría la posibilidad de tomar decisiones médicas que son necesarias en el proceso de parto, percibiéndolo como una carga.

Respecto del procedimiento para la obtención del consentimiento informado en los partos de mujeres indígenas o de mujeres con discapacidad, la persona entrevistada del Minsa señaló que su obtención era necesaria y precisó que si no tiene entendimiento tiene que tener un traductor o una persona que la apoye.

Podemos notar que la persona entrevistada reduce el enfoque intercultural a la variable lingüística, no haciendo una mención explícita a otras variables que contribuirían a generar un mejor entendimiento de los procedimientos médicos a seguir y que podría fortalecer la confianza entre la paciente y el personal de salud. De igual modo, con respecto al caso de mujeres con discapacidad, se omite la mención a cualquier consideración relacionada a la realidad específica de la paciente.

6.6. CONOCIMIENTO SOBRE LA ACTUACIÓN DEL ESTADO

Se planteó a las 11 personas entrevistadas la siguiente pregunta: En una escala del 1 al 5, ¿cómo calificaría usted la actuación del Estado para afrontar la violencia obstétrica en los últimos 5 años? ¿Por qué?, calificándola la mayoría como mala (5 personas entrevistadas le asignaron la valoración de “mala” y 2 personas consultadas de “muy mala”) y 4 personas entrevistadas la calificaron como “regular”.

Respecto de las cinco personas que calificaron la actuación del Estado como “mala” indicaron que no ha existido preocupación por parte del Estado, siendo su actuación inexistente, sin intervenciones ni avances concretos, no se ha generado políticas públicas ni se ha asignado presupuesto para el tratamiento de dicha problemática.

Sin embargo, reconocen algunas iniciativas

incipientes, insuficientes o trucas, tales como:

- a) La presentación de dos proyectos de ley relacionados al “Parto Humanizado” que fueron archivados.
- b) Contar con el “Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los integrantes de la familia”, pero que no contiene estadísticas sobre violencia obstétrica.
- c) La ausencia de protocolos y de normativa específica para intervenir en su prevención, sanción y erradicación, así como en la reparación de las víctimas.
- d) La inclusión de algunos datos sobre violencia obstétrica en un informe de la Defensoría del Pueblo,
- e) Insuficiente presupuesto e incidencia para afrontar la problemática a nivel nacional.

Las dos personas entrevistadas que respondieron que la actuación del Estado para afrontar la violencia obstétrica es “muy mala”, resaltaron lo siguiente:

- a) La emisión de normas técnicas y protocolos de atención sin vigilar su cumplimiento.
- b) La falta de capacitación y sensibilización del personal de salud para comprender que las mujeres son quienes deciden sobre sus cuerpos.
- c) La ausencia de servicios de salud cercanos a localidades donde reside población indígena y el no reconocimiento del papel desempeñado por las parteras.

Con relación a las cuatro personas entrevistadas que calificaron la actuación del Estado como “regular”, éstas señalaron que coinciden en que aún están pendientes la implementación de diversas acciones, entre ellas, atender la inadecuada capacidad resolutoria que tiene el Estado en todas las áreas de la salud, incluida la obstétrica; así como monitorear y hacer seguimiento a sus normas a fin de asegurar su implementación. Asimismo, reconocieron que

el Estado ha realizado ciertas acciones relevantes relacionadas a la prevención de la violencia obstétrica, tales como la adecuación cultural del parto y el reconocimiento a nivel estatal de la existencia de la violencia obstétrica.

Con respecto a los desafíos, las personas entrevistadas mencionaron la necesidad de fortalecer la educación sexual integral, fortalecer a las escuelas de medicina y acercarlas a las necesidades del país, visibilizar la violencia obstétrica como problema dentro de la salud pública y contar con mecanismos de prevención de la violencia obstétrica que no se basen en la amenaza.

Respecto de los desafíos institucionales en materia de violencia obstétrica, tanto la persona entrevistada del Minsa como las personas entrevistadas del Mimp coincidieron en que uno de los principales desafíos es el trabajo intersectorial.

De manera particular, la persona representante del Minsa destacó los siguientes desafíos:

- a) La implementación del enfoque de género.
- b) La horizontalidad en la atención.
- c) La rectoría en esta materia porque se deben dar las líneas políticas institucionales.

Respecto del Mimp, las personas entrevistadas mencionaron los siguientes desafíos:

- a) La promoción del registro de casos de violencia obstétrica y su caracterización.
- b) La elaboración de una propuesta de ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia obstétrica, con el involucramiento del sector salud, y su posterior implementación y seguimiento.

Con relación a los mecanismos de sanción, se les preguntó a las personas entrevistadas del Mimp y de la sociedad civil lo siguiente: ¿Existe algún mecanismo de sanción específico para el caso de la violencia obstétrica?, respondiendo cinco personas entrevistadas que no, dos personas entrevistadas que

sí y una persona del Estado no contestó de manera afirmativa o negativa, indicando solamente que la violencia obstétrica está considerada en el “Plan Nacional contra la violencia de género 2016–2021”.

Las personas entrevistadas que respondieron que no existe un mecanismo de sanción específico para el caso de la violencia obstétrica, indicaron, entre otras consideraciones, lo siguiente:

- a) La violencia obstétrica es reconocida en el Decreto Supremo N. ° 004-2019-MIMP como una modalidad de violencia contra la mujer. Sin embargo, sólo es nombrada y carece de mecanismo de sanción específico.
- b) Algunas personas expresarían sus quejas sobre violencia obstétrica en el libro de reclamaciones.

Las dos personas que manifestaron que sí existe algún mecanismo de sanción específico para el caso de violencia obstétrica, coincidieron en indicar que, aunque existe normativamente, éste no se cumple. De manera particular, una de las entrevistadas de la sociedad civil señaló que si una mujer siente que no ha sido tratada adecuadamente tiene como recurso el denunciar al médico ante el Colegio Médico del Perú (CMP).

La persona entrevistada del Minsa indicó que a la fecha no existe un mecanismo específico para sancionar la violencia obstétrica, indicando de manera general, que la persona afectada puede presentar su denuncia ante SUSALUD (entidad que supervisa y monitorea los procesos de quejas y denuncias presentados).

Respecto a la atención de casos y/o consultas relativas a la violencia obstétrica por parte de los Centros Emergencia Mujer (CEM), las personas representantes del Mimp señalaron que no se cuenta con información al respecto, resaltando asimismo que tampoco figuraría en el Observatorio Nacional de Violencia de Género de la misma institución.

Sobre las medidas de prevención que debe adoptar el Estado, las personas entrevistadas del Mimp destacaron las siguientes:

- Contar con una ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia obstétrica en los establecimientos de salud públicos y privados del ámbito nacional.
- Garantizar la rehabilitación y reparación de las mujeres víctimas de violencia obstétrica.
- Fortalecer el empoderamiento de las mujeres sobre sus derechos y la necesidad de eliminar los estereotipos de género.
- Sensibilizar y capacitar al personal de salud en materias, tales como: violencia obstétrica, enfoques de género, y derechos e interculturalidad.
- Fortalecer el trabajo articulado intersectorial, principalmente entre el Minsa y Mimp.
- Realizar estudios sobre violencia obstétrica.

En el tema de los avances y logros del Estado en materia de violencia obstétrica, desde el Minsa se reconoció como un avance muy importante la inclusión de este tipo de violencia en las políticas nacionales, estandarizando sus procesos.

Una de las entrevistadas del Mimp mencionó como logro de la institución la incorporación de la definición de la violencia obstétrica en tres instrumentos normativos: Resolución Ministerial N. ° 151-2016-MIMP, Decreto Supremo N. ° 008-2016-MIMP y Decreto Supremo N. ° 004-2019-MIMP.

Respecto del enfoque intercultural se les preguntó a todas las personas entrevistadas lo siguiente: ¿Cómo considera usted que se podría incorporar el enfoque intercultural en el tratamiento de la violencia obstétrica? ¿Cuáles son los principales retos? Al respecto, las personas entrevistadas propusieron las siguientes acciones:

- Comprender y tener flexibilidad respecto de las

prácticas culturales de la comunidad.

- Permitir que durante el parto asistan familiares cercanos y/o la partera tradicional de la comunidad.
- Respetar e informar a las mujeres sobre sus derechos con especial énfasis en la salud materna.
- Capacitar y sensibilizar al personal de salud sobre derechos e interculturalidad y atención de partos verticales.
- Fortalecer las capacidades del personal de salud y contar con personal de las regiones y que dominen la lengua de las mujeres indígenas que va a atender.
- Fortalecer los recursos físicos (infraestructura y materiales) con pertinencia cultural.
- Contar con un espacio o mesa de diálogo semejante al Grupo de Trabajo de Políticas Indígena – GTPI.

Sobre los principales retos para la incorporación del enfoque intercultural, algunas personas entrevistadas propusieron lo siguiente:

a) Superar el centralismo y que las políticas públicas no sean construidas solo desde Lima. b) Contrarrestar el racismo, clasismo y los rezagos coloniales que se encuentran enraizados en la sociedad peruana.

c) Mejorar la formación de los profesionales de la salud incluyendo el enfoque intercultural, y que no se refuerce la idea errada según la cual a través de este enfoque las usuarias harán lo que indique la salud occidental.

d) Replantear y/o comprender cuáles deberían ser los alcances del enfoque de interculturalidad.

6.7. AGENDA DE INVESTIGACIÓN PENDIENTE

De la información proporcionada por las entrevistadas

de la academia, se desprenden cuatro temas o aspectos de investigación prioritarios:

- Formación del personal de salud.
- Mecanismos de las mujeres para exigir sus derechos.
- Profundización sobre las dimensiones, factores, causas y particularidades relacionadas a la violencia obstétrica.
- Evaluación de la importancia de incorporar el aborto como procedimiento para hablar de la violencia obstétrica.

6.8. LA SANCIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA A NIVEL GREMIAL

Respecto de pregunta ¿Su institución ha regulado algún tipo de sanción para los miembros que hayan realizado algún acto de violencia obstétrica? las personas entrevistadas del Colegio Médico del Perú y de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología indicaron que sus instituciones sí han regulado algún tipo de sanción. Sin embargo, una de ellas precisó que el Código de Ética institucional está dirigido a aquellas acciones que van contra el buen hacer de los médicos y en ese sentido consideraría que se encuentra incluida la violencia obstétrica, aunque no se haya redactado un capítulo específico sobre ella en dicho Código.

Mientras que las personas entrevistadas del Colegio de Obstetras del Perú indicaron que su institución no ha regulado algún tipo de sanción explícita, pero sí consideran necesario que se haga para contribuir a la prevención de la violencia obstétrica y por ende a la reducción de la misma.

7. RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD

RESPECTO DE LA GENERACIÓN DE CAPACIDADES EN EL PERSONAL DE SALUD

1. Diseñar y/o fortalecer programas de capacitación obligatoria sobre:
 - a) La calidad de la atención de la salud materna, enfocándose en la atención respetuosa y humanizada como componentes esenciales de la atención de calidad.
 - b) Los enfoques de derechos, interculturalidad, interseccionalidad y de género tomando en cuenta la realidad sociocultural y económica del país.
 - c) Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, de manera específica los derechos de las mujeres indígenas.
 - d) Los alcances del consentimiento libre, previo e informado como un derecho humano.
 - e) Las obligaciones del personal de salud que enfatice el respeto al derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo, parto y puerperio.

RESPECTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

1. Involucrar a las mujeres y otros actores claves en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las manifestaciones de violencia obstétrica (prácticas ofensivas e irrespetuosas)

2. 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.
3. Garantizar el acceso a servicios de atención médica de calidad que sean aceptables para la mujer.
4. Brindar información oportuna y veraz a las mujeres embarazadas, incluyendo información adaptada para mujeres indígenas, analfabetas y rurales, entre otras, para que éstas puedan tomar decisiones libres e informadas que sean respetadas.

RESPECTO DE LA TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL

1. Garantizar que los establecimientos de salud adecuen sus servicios y brinden una atención culturalmente pertinente, especialmente cuando se trate de mujeres pertenecientes a pueblos indígenas u originarios.
2. Adoptar medidas para que el personal de salud no reproduzca estereotipos ni prácticas sociales o tradicionales nocivas que afecten o impidan el acceso de las mujeres a la atención del embarazo, parto y puerperio en el establecimiento de salud; así como no inducir a las mujeres a someterse a prácticas tradicionales ajenas a su voluntad.

RESPECTO DEL MARCO NORMATIVO

1. Actualizar y/o aprobar protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios que:
 - a) Aborden la violencia contra la mujer,

de manera específica la violencia obstétrica.

- b) Reconozcan que las mujeres tienen derecho a ser acompañadas por una persona de su elección durante el parto.
- c) Aseguren que la prestación de servicios sanitarios sea apropiada, adecuada, pertinente culturalmente y que responda a las necesidades de las mujeres.
- d) Reevaluar la denominación de la violencia obstétrica a fin de evitar la estigmatización de un grupo específico de personal médico como las y los obstetras.

RESPECTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Contar con normativa y políticas en materia de salud eficaces para la aplicación del requisito de obtención del consentimiento informado en todos los servicios de salud reproductiva.
2. Garantizar el consentimiento libre, previo e informado en la atención médica a las mujeres, especialmente cuando sea necesario realizar cesáreas, episiotomías u otros tratamientos invasivos durante la atención del parto.
3. Respetar la autonomía de la mujer, su integridad y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva.
4. Diseñar un sistema de registro, seguimiento y cumplimiento de la adecuada implementación del consentimiento informado en los establecimientos de salud a nivel nacional.

RESPECTO DE LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Realizar investigaciones relacionadas a los

siguientes temas:

- a) La violencia obstétrica, específicamente sobre los factores que la producen y sus consecuencias desde un enfoque intercultural y de género.
 - b) La concepción y el ejercicio de la salud materna en pueblos indígenas u originarios para la incorporación de prácticas culturales al sistema de salud acorde con la normativa internacional y nacional de los derechos de las mujeres.
 - c) El entendimiento del ejercicio del derecho al consentimiento informado desde un enfoque intercultural y de género para su adecuada implementación y cumplimiento.
 - d) Buenas prácticas en la atención respetuosa y humanizada de las mujeres en su embarazo, parto y puerperio.
2. Recopilar y publicar anualmente datos a nivel de establecimiento de salud, según corresponda, sobre:
 - a) El número y porcentaje de cesáreas, partos vaginales, partos verticales, episiotomías, atención obstétrica, y otros tratamientos relacionados con el parto y otros servicios de salud reproductiva.
 - b) El número de médicos, obstetras y alumnos involucrados en la atención de embarazos y procesos de parto.
 - c) Los casos de violencia obstétrica y otras formas de violencia.
 3. La elaboración del explicativo de la violencia obstétrica, de conformidad con lo establecido en el Programa Presupuestal orientado a Resultados (PPoR) de Reducción de la Violencia contra la Mujer, a fin de identificar, de manera específica, los múltiples factores que la producen (a nivel individual, relacional,

social y comunitario).

RESPECTO DE LA SANCIÓN, REPARACIÓN E INDEMNIZACIÓN

1. Garantizar a las víctimas de violencia obstétrica una reparación suficiente, que puede adoptar la forma de resarcimiento, indemnización económica, compensación o garantía de no repetición, el reconocimiento de la conducta inapropiada y/o una disculpa formal.
2. Garantizar la investigación exhaustiva e imparcial de las denuncias de maltrato y violencia contra las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio.
3. Aprobar y aplicar normativas que prevengan, prohíban y sancionen las prácticas nocivas, violencia de género y violencia obstétrica; y aseguren al mismo tiempo la intimidad, la confidencialidad y la adopción libre, informada y responsable de decisiones, sin coacción, discriminación o miedo a la violencia, en relación con las necesidades y los comportamientos sexuales y reproductivos de las personas.

obstetras).

3. REALIZAR nuevas investigaciones sobre la actualmente denominada violencia obstétrica, considerando, entre otros temas, lo siguientes: el abordaje conceptual, factores que la reproducen, su incidencia y transversalización del enfoque de género en la atención médica.
4. REGISTRAR los casos de violencia obstétrica de los que se haya tomado conocimiento a través de los distintos servicios que brinda el Programa Aurora, integrando posteriormente dicha información al Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar respetando el anonimato de las víctimas.

AL MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES

1. REEVALUAR y/o ACTUALIZAR el alcance de la definición de violencia obstétrica establecida en el “Plan nacional contra la violencia de género 2016 - 2021”, de manera específica en relación a determinados conceptos, tales como “calidad de vida”, “deshumanización”, “medicalización excesiva”, “patologización”, entre otros.
2. REEVALUAR la denominación de “violencia obstétrica” a fin de evitar la estigmatización de un grupo del personal médico (los y las

8. BIBLIOGRAFÍA

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2018). Informe Defensorial N° 179 – Centros Emergencia Mujer, supervisión a nivel nacional 2018. Lima: Defensoría del Pueblo.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2017). La Ley N°30364, La administración de justicia y la visión de las víctimas. Informe de Adjuntía N°063-2017-DP-ADM. Lima: Defensoría del Pueblo

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2017) Informes de Adjuntía – Informe N° 001-2017-DP/ADM.

DÍAZ GARCÍA, Luis Iván y FERNÁNDEZ, Yasna (2018) Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. En: Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso N°51 Valparaíso, dic. 2018

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA-INEI. (2019) Perú: Indicadores de violencia familiar y sexual, 2012-2019.

Instrumentos normativos internacionales

- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación
- contra la mujer (CEDAW)
- Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)
- Declaración de la Organización Mundial de la Salud “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”

- Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém Do Pará”
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”

Decisiones internacionales

- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) Observación General N° 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12)
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) Observación General N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del PIDESC)
- Comité de Derechos Humanos. Comunicación N° 1153/2003
- Comité de Derechos Humanos. Comunicación N° 2324/2013. “Caso Amanda Jane Mellet. Irlanda”
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Informe “Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas”
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Informe “Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe”
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Informe de Admisibilidad N° 35/14 del Caso 12.945 “Eulogia y su hijo Sergio. Perú”

- Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará. Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará (MESECVI, abril 2012)
- Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará. Segundo Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas del MESECVI

Legislación comparada

- Argentina. Ley N° 25.929: Ley Nacional de Parto Respetado (2004)
- Argentina. Decreto 2035/2015 mediante el cual se aprueba el Reglamento de la Ley N° 25.929: Ley Nacional de Parto Respetado (2015)
- Argentina. Ley N° 26.485: Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009)
- Bolivia. Ley N° 348: Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia (2013)
- Colombia. Ley 1257 por la cual se dicta normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman el código penal, código de procedimiento penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones (2008)
- Ecuador. Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. (2018)
- México. Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. (2007)
- México. Código Penal para el Estado de Chiapas (2014)
- México. Código Penal del Estado de Guerrero (2008)
- México. Código penal para el Estado libre y soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave (2015)
- Panamá. Ley 82, que adopta medidas de prevención contra la violencia en las mujeres y reforma el Código Penal para tipificar el feminicidio y sancionar los hechos de violencia contra la mujer (2013)
- Venezuela. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (2007)

Instrumentos normativos nacionales

- Constitución Política del Perú
- Código Penal del Perú
- Ley N° 30364: Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar
- Decreto Supremo N° 009-2016-MIMP mediante el cual se aprueba el Reglamento de la Ley N° 30364: Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar
- Decreto Supremo N° 004-2019-MIMP mediante el cual se modifica diversos artículos del Reglamento de la Ley N° 30364: Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar
- Decreto Supremo N° 08-2016-MIMP mediante el cual se aprueba el Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 – 2021
- Decreto Supremo N° 008-2019-MIMP mediante el cual se aprueba la Política Nacional de Igualdad de Género
- Resolución Suprema N° 024-2019-EF mediante la cual se aprueba el Programa Presupuestal orientado a Resultados de Reducción de la Violencia contra la Mujer
- Ley N° 29414: Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA mediante el cual se aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414: Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud

- Resolución Ministerial N° 141-2007/MINSA mediante la cual se aprueba la Guía Técnica de Atención Integral de Personas afectadas por la Violencia basada en género
- Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA mediante la cual se aprueba la Norma Técnica de salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud
- Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA mediante la cual se aprueba las Guías Nacionales para la atención integral de la salud sexual y reproductiva



**Defensoría
del Pueblo**

