CENTRO *de*
DERECHOS
REPRODUCTIVOS

Amicus curiae del
Centro de Derechos Reproductivos

Britez Arce y otros Vs. Argentina

3 de junio de 2022

Bogotá, 3 de junio de 2022

Honorable
Corte Interamericana de Derechos Humanos Avenida
10, Calles 45 y 47 Los Yoses, San Pedro
San José, Costa Rica

El Centro de Derechos Reproductivos, representado en esta ocasión por Catalina Martínez Coral, Carmen Cecilia Martínez, Edward Pérez, Maria Fernanda Perico y Stephanie López, se dirige respetuosamente a la Ilustre Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, "Corte IDH" o "la Corte") con el fin de presentar este documento en calidad de *amicus curiae* y solicitar que el mismo sea tenido en cuenta al momento de analizar los hechos sometidos a su conocimiento y determinar la responsabilidad internacional del Estado en el caso *Britez Arce y otros Vs. Argentina,* de conformidad con el artículo 44.1 del Reglamento de la Corte[1].

I. Interés y objeto del *amicus curiae*

El Centro de Derechos Reproductivos (en adelante, "el Centro") es una organización global no-gubernamental cuya misión es utilizar herramientas legales para promover los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos que todos los Estados están legalmente obligados a proteger, respetar y cumplir. El Centro ha impulsado y fortalecido leyes y políticas públicas que protegen estos derechos en más de 50 países, incluyendo políticas relacionadas con la prevención de la mortalidad materna y el acceso a servicios de salud durante el embarazo, el parto y el postparto.

El caso *Britez Arce y otros Vs. Argentina* es de interés para el Centro porque da cuenta de las múltiples violaciones de derechos humanos de las que pueden ser víctimas las mujeres que necesitan atención en salud materna. Este caso constituye una oportunidad única para que la Corte desarrolle el alcance de los derechos de las mujeres[2] y, como correlato, de las obligaciones de los Estados parte de la Convención Americana de Derechos Humanos (en adelante, "CADH") y de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (en adelante, "Convención de Belém do Pará") de garantizar a las mujeres el acceso a la salud libre de violencia y discriminación durante el embarazo, el parto y el postparto. En particular, el caso brinda una oportunidad crucial a la Corte IDH para sentar un precedente sobre la obligación positiva en cabeza de los Estados y de las instituciones de salud de tomar medidas para prevenir, investigar y erradicar los hechos de violencia obstétrica que se cometen de forma sistemática contra las niñas y mujeres en la región.

Es fundamental que la Honorable Corte IDH reconozca expresamente a la violencia obstétrica como una forma de violencia por razones de género que se ejerce contra las mujeres durante el acceso a servicios de salud reproductiva, y que establezca las obligaciones específicas en materia de derechos humanos que se derivan de este término. Sostener que hechos como los del presente caso representan violencia de género

[1] Corte IDH. Reglamento de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Aprobado por la Corte en su LXXXV Período Ordinario de Sesiones celebrado del 16 al 28 de noviembre de 2009, art. 44.1: "El escrito de quien desee actuar como *amicus curiae* podrá ser presentado al Tribunal, junto con sus anexos, a través de cualquiera de los medios establecidos en el artículo 28.1 del presente Reglamento, en el idioma de trabajo del caso, y con el nombre del autor o autores y la firma de todos ellos".

[2] Tradicionalmente, los órganos del SIDH se han referido a las mujeres como titulares del derecho a la salud materna. Este escrito acoge este lenguaje, pero entiende que el derecho a la salud reproductiva debe ser garantizado a las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que no se reconocen como mujeres, como los hombres trans y personas no binarias.

es insuficiente, dados los deberes reforzados que tienen los Estados de prevenir la violencia contra las mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto, así como por la naturaleza de los derechos involucrados durante el acceso a servicios de salud materna, la especial sujeción que enfrentan las mujeres en este contexto médico y los estereotipos de género sobre la maternidad y la reproducción que permean las relaciones médico-paciente.

En este sentido, el presente escrito se estructura de la siguiente forma: 1) en primer lugar, se hará referencia al reconocimiento en el derecho internacional de los derechos humanos en torno a que la violencia que se ejerce contra las mujeres durante el embarazo, el trabajo parto y después del parto constituye violencia obstétrica; 2) en segundo lugar, se hará referencia a la relación entre la discriminación y la violencia obstétrica; 3) en tercer lugar, se abordarán algunas medidas que recomiendan órganos y mecanismos internacionales de derechos humanos para prevenir, investigar y sancionar hechos de violencia obstétrica; y 4) finalmente, se analizarála aplicabilidad de los estándares expuestos en el caso sometido a conocimiento de la Honorable Corte.

1. La violencia durante el embarazo, parto y postparto constituye violencia de género, específicamente, violencia obstétrica

El objetivo de este apartado es justificar que existe un derecho de la mujer a vivir libre de violencia obstétrica. El derecho internacional de los derechos humanos reconoce que la violencia que se ejerce contra las mujeres durante el embarazo, el parto y después del parto en las institucionesde salud constituye una forma de violencia basada en el género, denominada violencia obstétrica.

En el marco del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos (en adelante, "SIDH"), la Convención de Belém do Pará reconoce el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia de género.De acuerdo con su artículo 1° "debe entenderse por violencia contra la mujer, 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"[3]. Por su parte, la Corte IDH ha afirmado en su jurisprudencia que la violencia basada en el sexo o género, "abarca actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formasde privación de la libertad"[4].

Los literales que incluye el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará generan obligaciones específicas y complementan las obligaciones que tiene el Estado con respecto al cumplimiento de los derechos consagrados en la Convención Americana. Específicamente, el artículo 7.a) señala que los Estados deben "abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad conesta obligación"[5]. Para hacer efectiva esta protección, la Corte IDH ha considerado que "no basta con que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función

[3] Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, art. 1.
[4] Corte IDH. *Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160, párr. 303; *Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010, párr. 108; *Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Serie C No. 289, párr. 223; *Caso I.V. vs Bolivia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 30 de noviembre de 2016, párr. 251; *Caso Favela Nova Brasília Vs. Brasil*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de febrero de 2017. Serie C No. 333, párr. 246; *Caso mujeres víctimas de violencia sexual enAtenco Vs. México*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 28 de noviembre de 2018. Serie C No. 371, párr. 181; *Guzmán Albarracín y otras Vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de junio de 2020, párr. 111; *Caso Bedoya Lima y otra Vs. Colombia.* Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de agosto de 2021, párr. 90; *Caso Manuela y otros Vs. El Salvador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021, párr. 258.
[5] Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, art. 7.a).

de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho,ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre”[6].

Además, es importante tener en cuenta que el artículo 9 de la Convención de Belém do Pará estableceque los Estados deben tener “especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad Estados deben tener “especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad […] de la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada”[7]. La Corte IDH, a su vez, ha reconocido que el estado de embarazo de las mujeres constituye una “condición de particular vulnerabilidad por la cual se d[a] una afectación diferenciada”[8] de sus derechos. Además, el Alto Tribunal ha determinado que “durante o inmediatamente después del parto o de una cesárea”[9] las mujeres se encuentran en una situación de vulnerabilidad y, en ese sentido, ha reconocido que “las mujeres tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en la atención obstétrica sin ser objeto de discriminación o violencia”[10]. Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, “CIDH”) ha indicado que “los factores de riesgo enfrentados por las mujeres adquieren una dimensión particular en cuanto se trata demujeres embarazadas, parturientas o puérperas, atención y protección que solo ellas requieren por su capacidad biológica de embarazo y parto”[11].

De los artículos 1 y 7.a) de la Convención de Belém do Pará se desprende que este tratado no busca generar una definición cerrada y exhaustiva de la violencia de género, sino que se trata de cláusulas abiertas que permiten incorporar distintas formas y modalidades de violencia que se adecúen a las realidades de las mujeres en la región. Adicionalmente, del artículo 9 de la Convención y de la interpretación que han realizado los distintos órganos del SIDH al respecto, se desprende que cualquieracto de violencia cometido durante el embarazo, el parto o el postparto por razones de género es una forma de violencia de género, específicamente, violencia obstétrica.

Al respecto, la CIDH ha indicado que la violencia obstétrica es una “forma de violencia contra la mujer, prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención Belém do Pará”[12] que “abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o posparto, en centros de salud públicos o privados”[13]. En criterio de la CIDH, esta forma de violencia se manifiesta

> “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;

---

[6] Corte IDH. *Caso I.V. vs Bolivia*. Sentencia 30 de noviembre de 2016. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párr.250; *Caso López Soto y otros Vs. Venezuela*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 26 de septiembre de 2018, Serie C No. 362, párr 131.
[7] Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, artículo 9.
[8] Corte IDH. *Caso Gelman Vs. Uruguay.* Fondo y Reparaciones. Sentencia del 24 de febrero de 2011, párr. 97; *Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú.* Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160, párr. 298; *Asunto Centro Penitenciario de la Región Andina respecto de Venezuela.* Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos del 6 de septiembre de 2012, párr. 14.
[9] Corte IDH. *Caso I.V. Vs. Bolivia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016, Serie C No. 329, párr. 183.
[10] Corte IDH. *Caso Manuela y otros Vs. El Salvador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021, párr. 252.
[11] CIDH. *Principales estándares y recomendaciones en materia de violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes.* Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. Anexo 1. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233. 2019, pág. 6.
[12] CIDH. *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe.* OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233. 2019, párr. 182.
[13] CIDH. *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe.* OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233. 14 noviembre 2019, párr. 181; *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas.* OEA/Ser.L/V/II. Doc. 44/17. 17 abril 2017, párr. 80; *7 mujeres embarazadas de la etnia Wichí respecto de Argentina*. Medidas cautelares No. 216-21. 16 de abril de 2021, párr. 62.

la indiferencia al dolor; humillaciones verbales; intervenciones médicasforzadas o coaccionadas; formas de violencia física, psicológica y sexual; prácticas invasivas; y el uso innecesario de medicamentos, entre otras manifestaciones”[14].

El Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), por su parte, ha considerado que la violencia obstétrica es “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”[15]. En ese sentido, el MESECVI ha recomendado a los Estados de la región que reconozcan la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y, además, que “desarrollen los elementos de lo que constituye un proceso naturalantes, durante y después del parto, sin excesos en la medicación, apropiadamente informado a las mujeres y adolescentes, así como las garantías para asegurar el consentimiento libre y voluntario de lasmujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual [y reproductiva]”[16].

En el ámbito del Sistema Universal de Derechos Humanos, varios mecanismos se han pronunciado para señalar las responsabilidades de los Estados frente a distintas expresiones de violencia contra a la mujer durante la atención prenatal, el parto y del puerperio. Así, la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de las Naciones Unidas sostuvo recientemente que “las vejaciones y la violencia contra las mujeres durante el embarazo, el parto en establecimientos sanitarios y el posparto —cometidas por profesionales de la medicina y por el personal de partería, enfermería y otras personas integrantes del personal hospitalario-” constituyen violencia obstétrica[17].

Igualmente, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias de las Naciones Unidas ha considerado que de la definición de violencia contra la mujer es aplicable a “todas las formas de maltrato y violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto”[18]. Con respecto a la terminología, “la Relatora Especial utiliza el término violencia obstétrica para referirse a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud”[19]. De acuerdo con la Relatora, una de las formas en las que esta se manifiesta es “la falta de autonomía y capacidad de toma de decisiones”[20], que solamente puede prevenirse si las mujeres reciben “toda la información sobre los tratamientos recomendados a fin de quepuedan pensar y adoptar decisiones bien informadas”[21] sobre el proceso del embarazo y el parto. Asimismo, las “prácticas profundamente humillantes, agresiones verbales y observaciones sexistas durante la atención del parto, que tienen lugar tras las puertas cerradas de los centros de salud”[22], constituyen violencia obstétrica.

---

[14] CIDH. *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 44/17. 17 abril 2017, párr. 80; Ver también: Comunicado de prensa No. 024/15. *En el Día Internacional de la Mujer, CIDH urge a los Estados a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*. 2015. Disponible en: http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2015/024.asp

[15] MESECVI. *Derechos sexuales y reproductivos: violencia obstétrica*. Disponible en: https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/Infografia-Derechos-ES.pdf

[16] MESECVI. *Segundo Informe de seguimiento a la Implementación de Recomendaciones del Comité de Expertas del MESECVI.* 2015, párr.124*; Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará*. 12 de abril de 2012, pág. 39

[17] ONU. *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng. La violencia y su impacto en el derecho a la salud*. A/HRC/50/28. 14 de abril de 2022, párr. 44.

[18] ONU. *Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.* A/74/137. 11 de julio de 2019, párr. 11.

[19] *Ibídem*, párr. 12.

[20] *Ibídem*, párr. 30.

[21] *Ibídem*, párr. 32.

[22] *Ibídem*, párr. 12.

En 2020 en el caso *S.F.M. vs. España*, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contrala Mujer (en adelante "Comité CEDAW") acogió la definición de violencia obstétrica desarrollada por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias y consideró que las intervenciones médicas ejercidas contra una mujer en proceso de parto sin su consentimiento informado - como los tactos vaginales innecesarios, la administración de oxitocina y la episiotomía – constituyeron violencia obstétrica[23]. Específicamente, el Comité sostuvo que:

> "En el presente caso, el Comité observa que existía una alternativa a la situación vivida por la autora, dado que su embarazo se desarrolló normalmente y sin complicaciones, que no había emergencia cuando llegó al hospital, pero que, 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 al respecto"[24].

En la misma línea, el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica de Naciones Unidas ha considerado que la violencia obstétrica es una forma de "instrumentalización de la mujer en el proceso del parto"[25] que incluye prácticas como "cesáreas abusivas, negarse a dar a las mujeres analgésicos durante el parto o a realizar una interrupción quirúrgica del embarazo, y practicar episiotomías innecesarias"[26].

Adicionalmente, un grupo de expertos en derechos humanos de Naciones Unidas emitió una Declaración conjunta en la cual se determinó que la violencia obstétrica en centros de salud incluye "los procedimientos de esterilización forzada o coaccionada, la denegación de tratamientos o medicamentos para aliviar el dolor, las faltas de respeto y abusos de las mujeres que buscan atención en salud y los golpes durante el parto"[27].

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), por su parte, ha considerado que la violencia obstétrica imprime un mensaje poderoso de subordinación de las mujeres en razón de su maternidad en el sistema de salud. Sin embargo, en su criterio, esta forma de violencia "no solo se relaciona con la experiencia del parto: incluye otros aspectos vinculados con los derechos sexuales y reproductivos, como la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto y la menopausia"[28]. El Consenso de Montevideo, adoptado por los Estados participantes en la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, también sostuvo que la violencia obstétrica constituye "una expresión grave de la violencia de género"[29].

En el contexto europeo, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa ha sostenido que la violencia obstétrica:

---

[23] Comité CEDAW. *Caso S.F.M vs. España.* CEDAW/C/75/D/138/2018. 2020, párrs 7.3. y 7.5.
[24] *Ibídem,* párrs. 7.5 y 7.6.
[25] ONU. Asamblea General. *Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica.* A/HRC/32/44. 8 de abril de 2016, párr. 106, lit. h. Disponible en: https://undocs.org/es/A/HRC/32/44
[26] *Ibídem*.
[27] ONU*. Declaración conjunta de expertos de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos sobre la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.* 2015. Disponible en: https://www.ohchr.org/en/statements/2015/09/joint-statement-un-human-rights-experts-rapporteur-rights-women-inter-american?LangID=E&NewsID=16490
[28] ONU. CEPAL. *Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible*. ONU: Santiago. 2016, pág. 107. Disponibleen: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40633/4/S1601248_es.pdf
[29] CEPAL. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. 12 al 15 de agosto de 2013. Medida prioritaria 45.

> "es una forma de violencia que ha estado escondida por mucho tiempo y que es frecuentemente ignorada. En la privacidad de la consulta médica o durante el parto, las mujeres son víctima de prácticas violentas o que son percibidas como tales. Ello incluye actos inapropiados o sin consentimiento, como episiotomías, tactos vaginales no consentidos, la práctica de la presión manual del fondo o intervenciones dolorosas sin anestesia"[30].

En América Latina, además, varios Estados de la región han reconocido progresivamente la existencia de la violencia obstétrica en sus legislaciones nacionales[31]. Específicamente, en el 2009 Argentina la incluyó en la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia a las Mujeres, entendiéndola como "aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales"[32].

En conclusión, existe un consenso en la comunidad internacional sobre la denominación de la "violencia obstétrica" a aquella que hace referencia a la violencia basada en el género que ocurre en la atención en salud durante el embarazo, parto y puerperio. Esta forma de violencia es ejercida por el personal de salud sobre los procesos reproductivos de las mujeres y se manifiesta en actos como: i) la denegación de información completa a la persona embarazada sobre su salud y tratamientos aplicables y la automatización de procesos médicos sin obtener su debido consentimiento; ii) intervenciones médicas forzadas o coaccionadas; iii) el trato abusivo, deshumanizado, humillante o grosero; y iv) el abuso de la medicalización y patologización de los procesos; entre otras. A raíz de lo anterior, distintos organismosinternacionales de derechos humanos han reconocido el derecho exigible y justiciable de las mujeres auna vida libre de violencia obstétrica.

2. La violencia obstétrica es una forma de discriminación contra las mujeres basada en estereotipos de género

El derecho internacional de los derechos humanos reconoce que la violencia de género es una forma de discriminación contra la mujer. En el ámbito del SIDH, tanto la Convención de Belém do Pará[33], como la Corte IDH[34] y la CIDH[35] han reconocido el vínculo existente entre la violencia contra las mujeres y la discriminación.

---

[30] Consejo de Europa. Asamblea Parlamentaria. Violencia obstétrica y ginecológica. Doc. 14965. 2019, par. 3. Disponible en: http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28108&lang=en

[31] Ver: Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Ley 38668 de 2007. Art 15, No. 13; Asamblea Nacional de Panamá. Ley No. 82 de 2013 que adopta medidas de prevención contra la violencia en las mujeres y reforma el Código Penal para tipificar el delito de femicidio y sancionar los hechos de violencia contra la mujer, art. 4, núm. 22. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/95689/112753/F-2046343888/PAN95689.pdf; Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú. Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 – 2021. Aprobado medianteel Decreto Supremo N° 08-2016-MIMP, pág. 7. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/empresasegura/decreto-supremo-que-aprueba-el-plan-nacional-contra-la-viol-DS-008-2016-mimp.pdf ; Código Penal del Estado de México, artículo 276. Disponible en: http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/cod/vig/codvig006.pdf

[32] Congreso de la Nación Argentina. Ley 26485 de 2009. Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia a las Mujeres, art. 6, lit. e). Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_argentina_0859.pdf

[33] Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, art. 6.a.

[34] Corte IDH. *Caso López Soto y otros Vs. Venezuela*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 26 de septiembre de 2018, Serie CNo. 362, párr. 131; *Caso mujeres víctimas de violencia sexual en Atenco Vs. México*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 28 de noviembre de 2018. Serie C No. 371, párr. 211

[35] CIDH. *Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas*. OEA/Ser.L/V/II. 2007, párr. 12; *Estándares jurídicos vinculados a la igualdad de género y a los derechos de las mujeres en el sistema interamericano de derechos humanos: desarrollo y aplicación.* OEA/Ser.L/V/II.143. 2015, párr. 22.

En el marco del Sistema Universal, la CEDAW[36], el Comité CEDAW[37], la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer sus causas y consecuencias[38], entre otros, han reafirmado la existencia de un estrecho vínculo entre la violencia contra la mujer y la discriminación, y que ambas seven agravadas debido a las deficiencias sociales estructurales.

La violencia obstétrica, como manifestación de la violencia de género, también constituye una forma de discriminación. Así lo reconoció la CIDH al afirmar que:

> "este tipo de violencia encierra 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**, basándose en el supuesto que el sufrimiento hace parte de la experiencia del embarazo; en la supuesta inferioridad de las mujeres; en su pretendida incapacidad para tomar decisiones adecuadas sobre sus procesos reproductivos; y en nociones machistas relativas a los cuerpos de las mujeres como objetos de placer sexual para los hombres" (énfasis añadido)[39].

Para prevenir la violencia y discriminación de género y, en particular la violencia obstétrica, los Estados deben adoptar medidas para erradicar la utilización de estereotipos por parte de autoridades estatales[40]. La Corte IDH ha determinado que el estereotipo de género se refiere a una preconcepción de atributos, conductas o características poseídas o papeles que deberían ser ejecutados por hombres y mujeres respectivamente. Asimismo, la Corte ha señalado que es posible asociar la subordinación de la mujer a prácticas basadas en estereotipos de género socialmente dominantes persistentes. En este sentido, su creación y uso se convierte en una de las causas y consecuencias de la violencia de género en contra de la mujer en todos los ámbitos[41], incluyendo en el acceso a servicios de salud durante el embarazo, el parto y el postparto.

Distintos organismos internacionales de derechos humanos han reconocido que los Estados y funcionarios del sistema de salud incurren en estereotipos de género cuando ejercen violencia obstétrica. Así, el Comité CEDAW determinó en el caso *S.F.M. vs. España* que "la aplicación de estereotipos afecta el derecho de la mujer a ser protegida contra la violencia de género, en el caso presente la violencia obstétrica, y que las autoridades encargadas de analizar la responsabilidad por tales actos deben ejercer especial cautela para no reproducir estereotipos"[42]. Adicionalmente, en el caso *Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. Brasil* el Comité determinó que la falta de servicios de salud materna apropiados en un Estado, que claramente no satisfacen

---

[36] CEDAW, art. 1: "Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anularel 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".

[37] Comité CEDAW, *Recomendación General N° 19: La Violencia contra la Mujer,* UN Doc. A/47/38, 29 de enero de 1992, párr. 1*; Recomendación General N° 35: sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la Recomendación General N° 19*, 26 de julio 2017, UN Doc. CEDAW/C/GC/35, párr. 21.

[38] ONU. *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Sra. Rashida Manjoo*, U.N. DOC. A/HRC/23/49. 2013. párr. 20. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session23/A_HRC_23_49_English.pdf.

[39] CIDH. *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe.* OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233. 2019, párr. 182.

[40] Corte IDH. *Caso Manuela y otros Vs. El Salvador.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021, párr. 145; *Caso Gutiérrez Hernández y otros Vs. Guatemala*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2017. Serie C No. 339, párr. 184.

[41]Corte IDH. *Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párr. 401; *Caso Guzmán Albarracín y otras Vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de junio de 2020. Serie C No. 405, párr. 188; *Caso Manuela y otros Vs. El Salvador.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021, párr. 133.

[42] Comité CEDAW. *Caso S.F.M vs. España.* CEDAW/C/75/D/138/2018. 2020, párr. 7.5.

las necesidades de salud y los intereses específicos y diferentes de las mujeres, es una forma de discriminación contra la mujer[43].

Específicamente en materia de salud reproductiva, la Corte IDH y otros organismos internacionales de derechos humanos han reconocido que la libertad y autonomía de las mujeres ha sido históricamente limitada, restringida o anulada con base en estereotipos de género negativos y perjudiciales[44]. Por ejemplo, en el caso *I.V. Vs. Bolivia* la Corte visibilizó algunos estereotipos de género frecuentemente aplicados a mujeres cuando acceden a servicios de salud reproductiva, que generan efectos discriminatorios sobre su capacidad de tomar decisiones en torno al embarazo, parto y postparto. En esa oportunidad, la Corte señaló que:

> "i) las mujeres son identificadas como seres vulnerables e incapaces de tomar decisiones confiables o consistentes, lo que conlleva a que profesionales de la salud nieguen la información necesaria para que las mujeres puedan dar su consentimiento informado; ii) las mujeres son consideradas como seres impulsivos y volubles, por lo que requieren de la dirección de una persona más estable y con mejor criterio […]"[45].

Además, en el caso *Manuela y otros Vs. El Salvador* la Corte IDH reconoció que las mujeres también son sometidas a estereotipos de género en torno a la maternidad. Particularmente, estos estereotipos "condicionan el valor de una mujer a ser madre y, por tanto, asumen que las mujeres que deciden no ser madres tienen menos valía que otras, o son personas indeseables. En este sentido, además, se impone a las mujeres la responsabilidad de, sin importar las circunstancias, priorizar el bienestar de sus hijos, incluso sobre su bienestar propio"[46].

En el mismo sentido, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuenciasha reconocido que "los nocivos estereotipos de género en el ámbito de la salud reproductiva en lo concerniente a la competencia de las mujeres para adoptar decisiones, el papel natural de la mujer en la sociedad y la maternidad limitan la autonomía y la acción individual de la mujer […]. Estos estereotipos nocivos se justifican además con la creencia de que el parto es un acontecimiento que exige el sufrimiento de la mujer" [47].

Adicionalmente, en el caso *Mellet vs. Irlanda* el Comité de Derechos Humanos consideró que reducir la función reproductiva de la mujer a la de ser madre constituye un estereotipo basado en el género, y que estereotipar a las mujeres como "instrumentos reproductivos" es una forma de discriminación[48]. Asimismo, en el caso *L.C. vs. Perú* el Comité determinó que la idea según la cual "la protección del feto debe prevalecer sobre la salud de la mujer embarazada" es un estereotipo de género[49].

---

[43] Comité CEDAW. *Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. Brasil.* Comunicación No. 17/2008. CEDAW/C/49/D/17/2008, 10 de agosto de 2011, párrr. 7.6.
[44] Corte IDH. *Caso Manuela y otros Vs. El Salvador.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021, párrs. 144 y 252; *Caso I.V. Vs. Bolivia.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 30 de noviembre de 2016, párr. 243; ONU, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, A/64/272, 10 de agosto de 2009, párrs. 54 y 55
[45] Corte IDH, *Caso I.V. Vs. Bolivia.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016, Serie C No. 329, párr. 187.
[46] Corte IDH. *Caso Manuela y otros Vs. El Salvador.* Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021, párr. 144.
[47] ONU. *Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. A/74/137. 11 de julio de 2019, párr. 46.
[48] Comité de Derechos Humanos. *Caso Mellet vs. Irlanda*. CCPR/C/116/D/2324/2013. 17 de noviembre de 2016, párr. 7.11.
[49] Comité CEDAW. *L.C. Vs. Perú*, Comunicación No. 22/2009, Doc. de la ONU CEDAW/C/50/D/22/2009. 2011, párr. 8.15

En conclusión, la violencia obstétrica es una forma de discriminación contra las mujeres basada en estereotipos de género que parten de las siguientes ideas o preconcepciones que permean los actos y omisiones del personal de salud: i) las mujeres son el "ente reproductivo por excelencia" por su capacidad biológica de embarazo y parto; ii) las mujeres son incapaces de tomar decisiones sobre su cuerpo y sus procesos reproductivos de forma responsable; iii) el parto es un acontecimiento que exigeel sufrimiento de la mujer; y iv) sin importar las circunstancias, siempre deben sacrificarse por el producto del embarazo o priorizar el bienestar de sus hijos, incluso sobre su bienestar propio.

3. Medidas recomendadas por órganos y mecanismos internacionales de derechos humanos para prevenir, investigar ysancionar hechos de violencia obstétrica

Los Estados tienen la obligación de tomar medidas adecuadas para la erradicar la violencia obstétrica yla discriminación de género, lo cual incluye la adopción de medidas para prevenir, investigar y sancionar esta forma de violencia de género en el ámbito de la salud reproductiva por todos los medios apropiados y sin dilaciones. Se trata de una obligación de carácter inmediato y las demoras no pueden justificarse por ningún motivo, ni siquiera por razones económicas, culturales o religiosas[50].

Al respecto, el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará señala que los Estados deben:

> "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 mujery adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso; […]
>
> e. tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer; […]
>
> g. establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces"[51].

Distintos organismos internacionales de derechos humanos se han referido a la obligación particular delos Estados de tomar medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia obstétrica. Por ejemplo, la CIDH ha indicado que los Estados deben adoptar todas:

> "las medidas necesarias para reconocer la violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer, reglamentar su sanción, establecer mecanismos de denuncia y entablar campañas de concientización con el fin que las mujeres puedan conocer sus derechos, identificaresta forma de violencia y acceder a la justicia. Asimismo, la Comisión recomienda adoptar las medidas necesarias para garantizar la participación de la mujer, dándole acceso a información adecuada y multidisciplinaria sobre su cuerpo y su situación, con el fin de promover su libre elección sobre las

[50] ONU. *Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.* A/74/137. 11 de julio de 2019, párr. 10.
[51] Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, art. 7, lits. c), e) y g).

formas de tratar su embarazo, respetando su consentimiento y su autonomía. Además, la CIDH recomienda establecer mecanismos de capacitación regular para profesionales de la salud sobre la protección de los derechos de las mujeres en sus procesos reproductivos"[52].

En la misma línea, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias ha considerado que los Estados tienen la obligación de "aprobar leyes y políticas apropiadas para combatir y prevenir ese tipo de violencia, enjuiciar a los responsables y proporcionar reparación e indemnización a las víctimas"[53]. Ello implica, entre otras cosas, que los Estados establezcan "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"[54].

Asimismo, la Relatora ha señalado que los Estados deben asignar "los recursos presupuestarios necesarios para proporcionar una atención de la salud materna y reproductiva accesible y de calidad, a fin de velar por que se atiendan y se cumplan las necesidades y los derechos de salud reproductiva delas mujeres durante la atención del parto"[55]. En criterio de la Relatora, además, es fundamental que los Estados aprueben "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"[56] y apliquen "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"[57].

El Comité CEDAW, por su parte, ha recomendado a los Estados adoptar las siguientes medidas para prevenir hechos de violencia obstétrica dentro del sistema de salud: i) "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 […] respetando la autonomía de la mujer y su capacidad paratomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva"[58]; ii) capacitar a "los trabajadores obstétricos y otros trabajadores de la salud en materia de derechos de salud reproductiva de la mujer"[59], "incluido el tratamiento médico de calidad durante el embarazo y el parto, así como la atención obstétrica de emergencia oportuna"[60]; y iii) "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"[61].

El Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna también ha recomendado a los Estados fortalecer sus sistemas nacionales de estadísticas vitales, la información oportuna y de mejor calidad disminuye la mortalidad materna y mejora el acceso a la información[62]. Esta medida implica, entre

---

[52] CIDH. *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe.* OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233. 14 noviembre 2019, párr. 188.

[53] ONU. *Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.* A/74/137. 11 de julio de 2019, párr. 75.

[54] *Ibídem*, párr. 81, lit. j).

[55] *Ibídem*, párr. 76.

[56] *Ibídem*, párr. 81, lit. b)

[57] *Ibídem*, párr. 81, lit. g).

[58] Comité CEDAW. *Caso S.F.M vs. España.* CEDAW/C/75/D/138/2018. 2020, párr. 8, lit. b), núm. i).

[59] *Ibídem*, párr. 8, lit. b), núm. iii).

[60] Comité CEDAW. *Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. Brasil.* Comunicación No. 17/2008. CEDAW/C/49/D/17/2008, 10 de agosto de 2011, párrr. 8., núm. 2, lit. b).

[61] Comité CEDAW. *Caso S.F.M vs. España.* CEDAW/C/75/D/138/2018. 2020, párr. 8, lit. b), núm. iv).

[62] Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. *Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe*, 2018, pág. 15. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report- Esp.pdf

otras, la implementación de mecanismos que permitan recolectar denuncias de casos de violencia obstétrica, y un protocolo de atención que tenga en cuenta indicadores de violencia obstétrica y mortalidad materna con datos desagregados por edad, sexo, etnicidad, lugar de residencia y factores socioeconómicos para así determinar las causas en cada caso, y, la inversión pública que se requiere en cada territorio. Igualmente, el Grupo de Trabajo ha instado a los Estados a capacitar, formar y contratar personal calificado en la prestación de servicios de salud materna. Al respecto, ha considerado que "la formación y contratación de parteras o parteros profesionales es una estrategia probada y costo-efectiva para suplir la falta de personal calificado y mejorar la calidad de la atención"[63].

Adicionalmente, desde la sociedad civil se han formulado varias recomendaciones a los Estados para prevenir la violencia obstétrica. Así, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) indicó que los Estados deben identificar la violencia obstétrica como una forma de violencia de género; promover que las mujeres embarazadas y en trabajo de parto conozcan sus derechos, se reconozca su voluntad y se garantice que la prestación de los servicios de salud se provea con su consentimiento informado; y fortalecer los sistemas de quejas en los hospitales que atienden partos, para favorecer el acceso a la justicia en casos de violencia obstétrica[64]. La academia, por su parte, ha resaltado que es beneficioso enmarcar la violencia obstétrica en las regulaciones civiles o administrativas que especifican los derechos de las mujeres en relación con el embarazo, parto y posparto, en tanto otorgan "la flexibilidad necesaria para que la legislación no se cierre a un número determinado de conductas que luego puede resultar limitativo de otras situaciones, con consecuencias adversas a lograr reparación integral para las mujeres y mejoras concretas en las formas de atención"[65].

En conclusión, los Estados parte de la Convención Belém do Pará tienen la obligación de tomar medidaspara prevenir, investigar y sancionar la violencia obstétrica. Estas medidas legislativas y de política pública incluyen, pero no se limitan a: i) el reconocimiento explícito de la violencia obstétrica como una forma de violencia de género en regulaciones de carácter civil o administrativo; ii) la implementación de protocolos que garanticen la provisión de información a las mujeres sobre sus procesos reproductivos para que puedan tomar decisiones libres e informadas sobre el embarazo, el parto y el postparto; iii) la capacitación y contratación de personal de salud – incluyendo a parteras- y a estudiantes de medicina para prevenir esta forma de violencia; y iv) consagrar e implementar leyes que permitan proporcionar reparación e indemnización a las víctimas de violencia obstétrica.

4. Análisis del caso: la señora Cristina Britez Arce fue víctima de violencia obstétrica y de discriminación de género

En 1992, la señora Cristina Britez Arce se encontraba en estado de embarazo. Durante sus controles prenatales, el personal de salud que la entendió no le proporcionó información o recomendaciones específicas de cuidado durante su embarazo con el fin de prevenir un cuadro de hipertensión, a pesar de que tenían conocimiento de su historial de preeclampsia en un embarazo anterior[66]. Cuando tenía nueve meses de gestación, la señora Cristina Britez Arce se presentó al Hospital Público Sardá aduciendo

[63] *Ibídem*, pág. 17

[64] GIRE. *Violencia obstétrica: un enfoque de derechos humanos*. 2015, págs. 101 y 102. Disponible en: https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/informeviolenciaobstetrica2015.pdf

[65] Gherardi, N. *Otras formas de violencias contra las mujeres que reconocer, nombra y visibilizar.* Serie Asuntos de Género. ONU, CEPAL & Cooperación Española. 2016, págs. 23 y 25. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170_es.pdf ; Valverde, M. & Perico, M. *Criminalizar la violencia obstétrica ¿una forma más de populismo punitivo?* 2022. Disponible en: https://fes-minismos.com/criminalizar-la-violencia-obstetrica- una-forma-mas-de-populismo-punitivo/#_ftnref8

[66] CIDH. Informe No. 236/19. Caso 13.002. Fondo. Cristina Britez Arce y familia. Argentina. 6 de diciembre de 2019, párr. 77.

molestias lumbares, fiebre y escasa pérdida de líquido por genitales. Se le practicó una ecografía que resultó indicativa de feto muerto, por lo que se le internó para inducirle el parto de feto muerto. Según el certificado de defunción, la señora Cristina Britez Arce murió ese mismo día por "paro cardio respiratorio no traumático"[67].

La Corte IDH ha establecido que "una mujer que no tiene conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos puede ser propensa a adoptar una actitud menos asertiva respecto a sus derechos. Esto puede conllevar a que deposite mayor confianza en el criterio de su médico, o que profesionales de la salud adopten una posición paternalista respecto a su paciente"[68]. Igualmente, la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias ha sostenido que los profesionales de la salud ostentan "el poder del conocimiento médico acreditado y el privilegio social dela competencia médica reconocida, mientras que las mujeres dependen básicamente de la información y la atención del centro de salud"[69].

En el caso concreto, la falta de información sobre el estado de salud y los cuidados que requería la señora Cristina Britez Arce durante su embarazo constituyeron una forma de violencia de género, particularmente violencia obstétrica. Tal y como se indicó previamente (*supra*, núm. I.1), existe un consenso en la comunidad internacional que denomina a la violencia obstétrica como aquella violencia basada en el género que ocurre en la atención en salud durante el embarazo, parto y puerperio por parte del personal de salud y que se manifiesta, entre otros, en actos **como la omisión o denegación de información completa a la mujer sobre su salud y los tratamientos aplicables[70]**.

Sumado a ello, la falta de provisión de información a la señora Cristina Britez Arce constituyó un acto discriminatorio basado en estereotipos de género. Particularmente, los profesionales de la salud que la atendieron durante los controles prenatales actuaron influenciados por la idea de que las mujeres son el "ente reproductivo por excelencia" y que, por tanto, durante los eventos relacionados con su capacidad reproductiva pierden la agencia y la capacidad de tomar decisiones razonables sobre su integridad personal, salud y el proceso de embarazo. El hecho de que a la señora Cristina Britez Arce no se le haya brindado toda la información sobre su estado de salud es una muestra clara de los estereotipos de género con los que fue tratada. La víctima fue instrumentalizada por el personal de salud como vehículo de reproducción, pues no se consideró siquiera explicarle qué posibles complicaciones podía tener su embarazo por su historial de preeclampsia ni cómo podía cuidarse, lo cual tuvo un impacto en el desenlace fatal sobre su vida el día del parto. En efecto, de haber accedido a información completa sobre su estado de salud, probablemente se hubiera podido prevenir el cuadro de hipertensión y las complicaciones de salud que se presentaron el día de su muerte[71]. Lo anterior es una muestra del trato diferenciado y perjudicial que se le brindó a la señora

---

[67] *Ibídem*, párr. 23.

[68] Corte IDH, *Caso I.V. Vs. Bolivia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016, Serie C No. 329, párr. 187.

[69] ONU. *Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. A/74/137. 11 de julio de 2019, párr. 49.

[70] CIDH. *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe.* OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233. 14 noviembre 2019, párr. 181; *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas.* OEA/Ser.L/V/II. Doc. 44/17. 17 abril 2017, párr. 80; *7 mujeres embarazadas de la etnia Wichí respecto de Argentina*. Medidas cautelares No. 216-21. 16 de abril de 2021, párr. 62ñ ONU. *Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.* A/74/137. 11 de julio de 2019, párr. 30.

[71] Este criterio se desprende de la información disponible en el Informe de Fondo y el sometimiento del caso a la Corte IDH. Ver: CIDH. Sometimiento del caso Cristina Britez Arce y familia (Argentina) a la Corte IDH. 25 de febrero de 2021, pág. 1; CIDH. Informe No. 236/19. Caso 13.002. Fondo. Cristina Britez Arce y familia. Argentina. 6 de diciembre de 2019, párrs. 77-78.

Cristina Brítez Arce en el ámbito de la salud materna debido a su género y capacidad de gestar, lo cual constituyó discriminación.

Así pues, es de esperar que la Honorable Corte IDH determine que el Estado argentino incumplió su obligación internacional de abstenerse de cometer actos de violencia género, particularmente de violencia obstétrica, en perjuicio de la señora Cristina Britez Arce. Asimismo, debe determinar que el Estado incurrió en responsabilidad internacional por la discriminación ejercida contra la señora Cristina Britez Arce por su sexo y género durante la prestación de servicios de salud materna. Ello constituyó una violación de sus derechos a la vida, integridad personal, autonomía, vida privada, acceso a la información y salud reproductiva, establecidos en los artículos 4, 5, 7, 11, 13 y 26 de la CADH, en relación con las obligaciones establecidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento, y el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará.

Para reparar integralmente estas violaciones de derechos humanos y prevenir la ocurrencia de actos de violencia obstétrica en el sistema de salud argentino, la Honorable Corte puede disponer que el Estado adopte, entre otras, las siguientes medidas de no repetición: i) la implementación de protocolos que garanticen la provisión de información a las mujeres sobre sus procesos reproductivos para que puedantomar decisiones libres e informadas sobre el embarazo, el parto y el postparto[72]; ii) la capacitación y contratación de personal de salud – incluyendo a parteras- y a estudiantes de medicina para prevenir la violencia obstétrica[73]; y iiii) garantizar la implementación efectiva de las leyes que permiten proporcionar reparación e indemnización a las víctimas de violencia obstétrica[74].

II. Conclusión y petitorio

De conformidad con los estándares expuestos en el presente *amicus curiae*, se solicita a la Honorable Corte IDH que reconozca explícitamente que la violencia obstétrica es una forma de violencia y de discriminación basada en el género que ocurre en la atención en salud durante el embarazo, parto y postparto, y que es ejercida por el personal de salud sobre los procesos reproductivos de las mujeres. En particular, se solicita a la Corte que reconozca que la señora Cristina Britez Arce fue víctima de violencia obstétrica por la omisión de información sobre su estado de salud, cuidados y tratamientos aplicables

[72] Aunque en Argentina está vigente la Ley de Parto Humanizado y su Decreto Reglamentario que reconocen el derecho de las mujeres embarazadas a recibir asesoramiento e información sobre sus cuidados, en la práctica, los profesionales de la salud obstaculizan el acceso de las mujeres a información previa, completa y sencilla sobre su estado de salud y cuidados durante el embarazo. Igualmente, se ha resaltado que "las iniciativas normativas y de políticas públicas tendientes a erradicar la violencia obstétrica no han logrado fisurar y hacer tambalear una cultura organizacional que violenta los derechos de las mujeres, su hijos/as y sus familias, ni han cambiado las rutinas mecanizadas, a-criticas, medicalizadas y centradas" del personal de salud. Ver: Congreso de la Nación de Argentina. Ley 25.929: Parto Humanizado, art. 2, lit. j). Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm; Presidenta de la Nación. Decreto 2033/15, art. 2, lit. e). Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf; Rufino, J. *¿Es suficiente la ley de parto respetado? Una investigación sobre el parto respetado y la intervención médica, a partir de las opiniones de los profesionales de la salud y una organizacion de la sociedad civil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Independent Study Project (ISP) Collection. 33. 2020, pág. 49. Disponible en: https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4329&context=isp_collection; Díaz, L. & Fernández, Y. *Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile*. Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso Nº 51. 2018. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512018000200123#fn38

[73] Se ha demostrado que en Argentina la formación de estudiantes de medicina se enfoca en la medicalización en vez de temas fundamentales como la comunicación con la mujer y los valores necesarios durante el proceso del embarazo. Ver: Rufino, J. *¿Es suficiente la ley de parto respetado? Una investigación sobre el parto respetado y la intervención médica, a partir de las opiniones de los profesionales de la salud y una organizacion de la sociedad civil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Independent Study Project (ISP) Collection. 33. 2020, pág. 49. Disponible en: https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4329&context=isp_collection

[74] Debido a la falta de implementación efectiva en la jurisdicción interna de sanciones en casos de violencia obstétrica, se han registrado casos de mujeres en Argentina que acuden al Sistema Internacional para acceder a la justicia. Ver: Molina, S. *La primera argentina víctima de violencia obstétrica que llega a la ONU busca una reparación*. 2020. Disponible en: https://www.telam.com.ar/notas/202011/536788-primera-argentina-victima-de-violencia-obstetrica-que-llega-a-la-onu-en-busca-de-una-reparacion.html

durante su embarazo y, en consecuencia, declare la responsabilidad internacional del Estadoargentino por la violación de los artículos 4, 5, 7, 11, 13 y 26 de la CADH, en relación con las obligaciones establecidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento, y el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará.

Asimismo, y teniendo en cuenta que la resolución del presente caso brinda una oportunidad crucial a la Corte IDH para sentar un precedente sobre la obligación positiva en cabeza de los Estados de tomar medidas para prevenir, investigar y erradicar los hechos de violencia obstétrica que se cometen de forma sistemática contra mujeres en la región, se solicita a la Corte que ordene al Estado argentino que adopte las medidas de no repetición sugeridas en este escrito.

Sin más por el momento le manifestamos las muestras de nuestra mayor estima y consideración.

Atentamente,

Catalina Martínez Coral
Directora Regional
Centro de Derechos Reproductivos

Carmen Cecilia Martínez
Directora Asociada de Estrategias Legales
Centro de Derechos Reproductivos

Edward Pérez
Asesor Legal Senior
Centro de Derechos Reproductivos

Maria Fernanda Perico
Asesora Legal
Centro de Derechos Reproductivos

Stephanie López
Voluntaria
Centro de Derechos Reproductivos