

ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COLOMBIA

A PARTIR DE LA LEY 2244 DE 2022



CARLOS SANTIAGO PINILLA ENRIQUEZ

C.c. 1061754771

Email. carlos.pinilla@usantoto.edu.co

TRABAJO DIRIGIDO POR: CESAR ALBERTO CORREA MARTINEZ



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

FACULTAD DE DERECHO

MAESTRÍA EN DERECHO ADMINISTRATIVO

TUNJA

2023

ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COLOMBIA

A PARTIR DE LA LEY 2244 DE 2022



CARLOS SANTIAGO PINILLA ENRIQUEZ¹

Tesis o trabajo de investigación presentada como requisito para obtener el título de:

Magister en Derecho Administrativo

TRABAJO DIRIGIDO POR: CESAR ALBERTO CORREA MARTINEZ²

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

FACULTAD DE DERECHO

MAESTRÍA EN DERECHO ADMINISTRATIVO

TUNJA

2023

¹ Abogado- Universidad del Cauca. Especialista en Derecho Administrativo- Universidad Santo Tomas

² Abogado- Universidad Santo Tomas. Especialista en Derecho Médico Sanitario- Universidad Santo Tomas.
Magíster en Derecho Público. Doctor en Derecho

Tabla de contenido

Tabla de contenido	3
Índice de Tablas	3
Índice de Figuras	5
Resumen.....	6
Abstract.....	6
Introducción	7
Justificación	10
Planteamiento del Problema	13
Pregunta de Investigación	14
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos.....	15
Metodología	16
Capítulo 1: La violencia, La violencia de Género y Violencia Obstétrica en Colombia.....	17
La Violencia	18
Violencia de Género.....	19
Violencia Contra la Mujer	21
Violencia Obstétrica.....	27
Violencia Obstétrica en Colombia.....	29
Capítulo 2. Examen de las Prácticas Constitutivas de Violencia Obstétrica.	40
Responsabilidad Médica en Colombia.....	40
Tabla 1.	53
Prácticas constitutivas de violencia obstétrica	55
Capítulo 3. Mecanismos de Protección a la Mujer Contra la Violencia Obstétrica	79
Conclusiones.....	86
Referencias Bibliográficas	88

Índice de Tablas

Tabla 1. Derechos que especialmente se vulneran, destacados por el alto tribunal enfocado desde la perspectiva de género.....53

Índice de Figuras

Figura 1.	
Porcentaje de nacidos vivos según tipo de parto en Colombia en el periodo 2015-2021.....	57
Figura 2.	
Porcentaje de nacimientos atendidos mediante cesárea por departamento en Colombia en el periodo 2015-2021.	58
Figura 3.	
Nacimientos en Colombia según persona que atendió el parto.	72
Figura 4.	
Porcentaje de nacimientos atendidos por parteras, según departamento de residencia de la madre.....	73
Figura 5.	
Proyección de la escasez de matronas en el mundo en los periodos 2019, 2025 y 2030.	78

Resumen

Esta monografía tiene como finalidad realizar un análisis de la violencia obstétrica, como forma de violencia hacia la mujer, determinando el desarrollo y alcance dentro del sistema jurídico colombiano, mediante una metodología de análisis cualitativo de tipo descriptivo, que permite explorar de los avances jurisprudenciales y legales, especialmente los consagrados en la ley 2244 de 2022. Este trabajo logra determinar las principales conductas o prácticas que se inscriben dentro de esta categoría, así mismo describe los mecanismos de protección frente a esta forma de violencia, para finalmente reconocer la necesidad del fortalecimiento las estructuras existentes en el sistema de salud y una mayor divulgación de las rutas de atención, que permitan aumentar la rigurosidad en la exigencia la capacitación del personal de salud, dónde la autonomía de la mujer sea el pilar fundamental, que permita la construcción de una sociedad que resignifique el valor de maternidad, en condiciones de dignidad.

Palabras claves: violencia obstétrica, parto humanizado, responsabilidad médica.

Abstract

The purpose of this monograph is to carry out an analysis of obstetric violence, as a form of violence against women, determining the development and scope within the Colombian legal system, through a qualitative analysis methodology of a descriptive type, which allows exploring jurisprudential advances and laws, especially those enshrined in Law 2244 of 2022. This work manages to determine the main behaviors or practices that fall within this category, likewise describes the protection mechanisms against this form of violence, to finally recognize the need to strengthen the existing structures in the health system and a greater dissemination of the care routes, which allow increasing the rigor in the demand for the training of health personnel, where the autonomy of women is the fundamental pillar, which allows the construction of a society that redefines the value of motherhood, in conditions of dignity.

Keywords: obstetric violence, humanized childbirth, medical responsibility.

Introducción

En nuestra sociedad, existen situaciones de conflicto permanentes provocadas por actos de violencia, que dificultan la convivencia y afectan los bienes jurídicos tutelados por nuestro ordenamiento. Lamentablemente, estos actos han ocupado un lugar protagónico en la historia; inclusive muchos de nuestros hechos históricos han estado enmarcados por la violencia, generando una cultura normalizadora, que lleva a una discriminación permanente a grupos específicos, convirtiéndolos en víctimas de una violencia estructural que impide la construcción de una sociedad basada en el respeto y la otredad, que atienda a las voces de grupos minoritarios de diferente índole.

Teniendo en cuenta que nuestro país tiene un fuerte carácter multicultural y rico en tradiciones, con minorías en prácticamente todas las regiones, se requiere un fuerte apoyo de los organismos de protección de los derechos, debido a que estos grupos poblacionales han sido golpeados por el abandono estatal y social, ocupando los primeros renglones de las páginas sanguinolentas de nuestra historia. Por ello, la reivindicación y reconocimiento de la violencia estructural que han sufrido estos grupos constituye un primer paso para alcanzar una sociedad más justa, en donde se respete la individualidad y a su vez se consideren las tradiciones orales y la cosmovisión de esas comunidades, para lograr que esas prácticas violatorias antes normalizadas sean revaluadas y puestas bajo la lupa del derecho internacional.

Dentro de aquellos grupos se destacan algunos por características como la raza o la condición económica o física, pero son las mujeres las que, en conjunto, históricamente se han visto abocadas a ocupar un renglón secundario en la vida pública, cerrándoles las oportunidades de crecimiento en diferentes esferas y sufriendo violencia en diferentes momentos de su vida, entre estos, en el evento de ser madre, en donde los actos violentos se encontraban presentes.

Es así como las mujeres embarazadas sufrían actos de violencia durante su proceso de embarazo y esto había sido prácticamente normalizado, hasta que desde construcciones normativas y doctrinales se reconoció la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género, pasando a jugar un papel fundamental para la obtención de la protección integral de la mujer durante su embarazo (Belli, 2013).

Lo anterior, ha llevado a convocar a las autoridades judiciales a revisar bajo una perspectiva de género sus fallos y reivindicar estas conductas, mediante fallos que envíen un mensaje de eliminación o erradicación de cualquier forma de violencia hacia la mujer. Es así como la Rama Judicial, mediante el desarrollo jurisprudencial, ha comenzado a visibilizar la violencia obstétrica, partiendo de planteamientos internacionales y con el reconocimiento de la realidad de nuestra sociedad, generando una postura garantista de los derechos de las mujeres y acercándose con ello a dar cumplimiento de las recomendaciones de organismos como la Organización Mundial de la Salud [OMS] y la Organización Panamericana de la Salud [OPS], indicando que el camino está en construcción.

De esta forma, el presente trabajo pretende hacer un análisis cualitativo, mediante un enfoque de investigación dogmático teórico jurídico, describiendo el panorama en la que se encuentran las mujeres embarazadas cuando sus derechos son violentados dentro de las Instituciones Prestadoras de Salud [IPS], indagando sobre las posibles rutas que se pueden tomar para que se prevengan o se indemnicen los daños causados, así como identificar las posibles conductas asociadas a la violencia obstétrica.

Sumado a lo anterior, nuestro propósito es contribuir a la erradicación de prácticas que se han arraigado en el quehacer del personal hospitalario. Estas prácticas, si se encuentran responsables y bajo las premisas adecuadas, podrían llegar a ser onerosas para el Estado,

generando la posibilidad de que este participe en el proceso mediante el llamamiento en garantía o un proceso de repetición.

Lo que nos lleva a hacer un análisis de los mecanismos de protección contra la violencia gineco-obstétrica en el ordenamiento jurídico colombiano a partir de la Ley 2244 del 2022, para de esta forma, hacer un llamado de atención a la ampliación de rutas de atención y el acceso a la información clara y veraz sobre los derechos que cuentan las mujeres durante su embarazo y poder identificar actos que violentan sus derechos y que no deben asumirse como una carga normal u obligatoria por el sólo hecho de ser mujeres.

Este enfoque nos lleva a realizar un análisis de los mecanismos de protección contra la violencia gineco-obstétrica en el ordenamiento jurídico colombiano, centrándonos en la Ley 2244 de 2022. El objetivo es llamar la atención sobre la necesidad de ampliar las rutas de atención y facilitar el acceso a información clara y veraz acerca de los derechos de las mujeres durante el embarazo. Asimismo, buscamos identificar aquellos actos que vulneran sus derechos y que no deben ser asumidos como una carga normal u obligatoria simplemente por el hecho de ser mujeres.

Justificación

Dada la situación en Colombia, donde la vulneración de derechos es una realidad, la violencia de género emerge como una problemática apremiante que requiere ser abordada. Una serie de actos vulneran los derechos de las mujeres, afectándolas en diversos aspectos de sus vidas. Es imperativo realizar un análisis exhaustivo de las diferentes prácticas de esta forma de violencia, cada una con sus propias características y mecanismos. En la actualidad, la violencia gineco-obstétrica ha sido visibilizada como un tema central en esta investigación. Esta forma de violencia afecta a las mujeres durante el embarazo o el posparto, impactándolas en una de las etapas más significativas de sus vidas, cuando se convierten en generadoras de vida.

Jurídicamente las mujeres en estado de embarazo son consideradas sujetos de especial protección constitucional, conforme el artículo 43 de la Constitución Nacional de Colombia, que establece la igualdad entre los hombres y mujeres, sin ningún tipo de discriminación. Pese a esto, son diversas las técnicas y procedimientos médicos que se practican durante el ingreso y ejecución de la labor de parto e incluso una vez terminada, afectan negativamente la salud física y mental, debido a los procedimientos que son llevados a cabo por las personas que intervienen durante su atención, que en muchos casos, ya sea por desconocimiento de los protocolos o por sus preconcepciones, terminan ejecutando actividades que someten a la mujer a situaciones donde ven disminuida su autonomía.

El personal hospitalario, al valerse de su posición dominante sobre las pacientes, lleva a cabo acciones que vulneran derechos fundamentales, sin considerar las recomendaciones emitidas por organismos como la OMS. Estas acciones pueden generar un alto grado de afectación y abarcar un amplio espectro, desde comentarios humillantes hasta violencia física, relegando a la mujer en muchos casos a un lugar secundario y silenciando su voz y sus sentimientos (Jojoa-Tobar et al., 2019).

De esta manera, es apropiado indagar sobre las acciones o mecanismos con los que cuenta la mujer que ha padecido esta forma de violencia, siendo relevante para nuestro sistema jurídico ahondar en estos temas, que nos permitan el reconocimiento y protección de la mujer frente a estos actos de violencia gineco- obstétrica. Además, es importante determinar las herramientas jurídicas que la víctima debe poner en marcha cuando es objeto de violencia gineco-obstétrica, tanto por parte de instituciones públicas como privadas, y también reconocer el grado de responsabilidad del personal o de la institución involucrada.

Al reconocer las acciones que pueden desplegarse, las mujeres víctimas de esta violencia pueden acudir, a través de un apoderado, ante instancias judiciales, tanto en el ámbito administrativo para seleccionar el medio de control idóneo que satisfaga sus exigencias, como en el ámbito jurídico para generar un diagnóstico o radiografía de esta situación que afecta a miles de mujeres en nuestro país. Es fundamental partir del reconocimiento de la evolución histórica de la violencia obstétrica y buscar en la jurisprudencia de las altas cortes el procedimiento a seguir frente a estos actos, lo que permitirá concientizar a las mujeres sobre su afectación.

En este entorno de violencia dentro de instituciones de salud que cuentan con una infraestructura y un personal idóneo cabe cuestionarse si es imprescindible que estos procedimientos sólo puedan ser ejecutados por profesionales de este ramo, o se acoja a lo establecido en la Ley 2244 del 2022, normatividad reciente, que dentro de sus cambios abre la posibilidad de partos en el hogar, asistido por las matronas o parteras, mujeres que mediante sus saberes, acompañan de manera más humanizada los partos y que prescinden en muchos de los casos del uso de fármacos, permitiendo a la mujer dar a luz en espacios más familiares, sin que con ello desconozcan los avances de la ciencia, pero que los integran a sus prácticas y saberes.

Así mismo, se pretende aportar a la búsqueda de la equidad y la reivindicación de los derechos de las mujeres en la sociedad, entregar un diagnóstico que visibilice esta práctica recurrente en Colombia y establecer las diferentes posibilidades con las que cuenta la mujer por vía administrativa o judicial para lograr prevenir o reparar el daño, si este ya se ha materializado.

Planteamiento del Problema

Colombia es un país que históricamente se ha visto involucrado en diversas situaciones de violencia, siendo los miembros de poblaciones minoritarias y los sujetos de especial protección constitucional quienes en muchas ocasiones se convierten en sujetos pasivos de estas agresiones (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR], 2018).

Dentro de este abanico emerge la violencia de género, puntualmente la violencia hacia la mujer, conceptualizada 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” (Organización de los Estados Americanos [OEA], 1994, art.1); de esta definición se evidencia la existencia de prácticas que afectan la integridad de la mujer, siendo recurrentes en esta sociedad y que al ser analizadas a profundidad, tienen el rasgo distintivo de configurarse como tipos autónomos de violencia, con características y sujetos activos que las perpetúan. En particular, podemos mencionar la violencia obstétrica, que afecta directamente a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. Aunque es reconocida a nivel internacional, su concepto aún no se encuentra completamente estandarizado.

Desde la Corte Constitucional se han proferido algunos fallos de tutela, especialmente en los cuáles se ha hecho un reconocimiento de este tipo de violencia, estableciendo pautas y situaciones constitutivas de esta. Son destacables sentencias como la T- 878 de 2014 y T- 357 del 2021, en la cuales se ahonda en este tipo de la violencia de género, delimitando su alcance, identificando las diferentes prácticas que vulneran los derechos de las mujeres durante estado de gravidez y el posparto y que abarcan desde procedimientos médicos reconocidos y avalados pero carentes de consentimiento, hasta otros que son contrarios a las recomendaciones de

organismos internacionales como la OMS (2019), configurándose como violencia directa hacia la mujer (Instituto Colombiano de bienestar Familiar [ICBF], 2019).

Con la expedición de la Ley 2244 de 2022 sobre el parto humanizado, surge la imperativa necesidad de reflexionar sobre la violencia obstétrica en Colombia. Esta reflexión es crucial para comprender el alcance de la norma y su suficiencia frente a las prácticas constitutivas de violencia obstétrica, que han sido abordadas en sentencias previas, incluyendo la sentencia SU 048 de 2022 de la Corte Constitucional. Mediante este análisis, buscamos examinar las prácticas que afectan a las mujeres durante el estado de embarazo y puerperio. El objetivo es reconocer, tanto desde la normativa colombiana como internacional, los mecanismos de protección, prevención, promoción y reparación integral de los derechos de las mujeres. Además, se busca determinar si estos mecanismos alcanzan un grado de suficiencia para proteger adecuadamente a la mujer embarazada frente a los procedimientos llevados a cabo en un entorno hospitalario.

En este sentido, el presente trabajo surge de la investigación llamada “Análisis de la violencia obstétrica en Colombia con la ley 2244 de 2022”, estudio que se erigió del problema concreto:

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los mecanismos de protección contra la violencia obstétrica en el ordenamiento jurídico colombiano con la ley 2244 de 2022?

Objetivo General

Analizar los mecanismos de protección contra la violencia obstétrica en el ordenamiento jurídico colombiano a partir de la Ley 2244 del 2022.

Objetivos Específicos

Identificar los conceptos de violencia, violencia de género y violencia obstétrica en Colombia.

Examinar las prácticas y actos constitutivos de violencia obstétrica en Colombia.

Describir los mecanismos de protección contra la violencia obstétrica en Colombia.

Metodología

Se realizó una investigación dogmática teórico-jurídica. Este tipo de investigación se enfoca en el estudio de la norma jurídica, centrándose en las fuentes formales del derecho objetivo. Aunque no todos los estudios basados en normas jurídicas son necesariamente dogmáticos, se utiliza esta denominación de manera extensiva para referirse a cualquier tipo de estudio que tenga como base las normas jurídicas y que las analice de forma abstracta o teórica (Reynaldo, 2016). Por lo tanto, las normas jurídicas pueden proceder formalmente de diversas fuentes, tales como la legislación (normas jurídicas legislativas), la jurisprudencia (normas jurídicas jurisprudenciales), la costumbre (normas jurídicas consuetudinarias), la doctrina (normas jurídicas doctrinarias), los negocios jurídicos (normas jurídicas negociales) y los principios generales del derecho (normas jurídicas principiales).

En este tipo de investigación se estudian con detalle las normas jurídicas derivadas de fuentes formales. Los estudios de dogmática jurídica investigan lo que las personas dicen que hacen con el derecho y se les considera dogmáticos debido a que la disciplina de la norma jurídica es considerada un dogma. Estos estudios se vinculan con el tema de la validez de las normas jurídicas (Reynaldo, 2016).

En esta investigación se trabajó también con una metodología de análisis cualitativo de tipo descriptivo, ya que se exploraron fuentes indirectas como los pronunciamientos de las altas cortes y la doctrina nacional e internacional, usando técnicas de estudio de fuentes formales y de una investigación teórico documental. Asimismo, se acudieron a las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS y la OPS, que permitió realizar un análisis de la violencia obstétrica en Colombia y la suficiencia de los mecanismos con los que cuenta la mujer víctima de actos que se erigen como violencia obstétrica.

Capítulo 1: La violencia, La violencia de Género y Violencia Obstétrica en Colombia.

La violencia obstétrica es un tema que requiere ser estudiado a fondo desde la academia, comenzando con un amplio reconocimiento del panorama general para identificar sus orígenes históricos o la fuente de su denominación. Es fundamental conceptualizar la violencia en sí misma, entender su génesis y trazar un camino a través del cual se desprenden diferentes categorías y subtipos. Es determinante ofrecer una definición precisa de este fenómeno, ya que forma parte de las dinámicas sociales que históricamente han estado presentes de manera diversa en la sociedad colombiana.

En este sentido, la violencia se ha manifestado en diversas formas y con la participación de distintos agentes activos y pasivos. Estos agentes se encuentran enfrentados por imaginarios o parámetros establecidos por los miembros de la sociedad, quienes juzgan como correctos ciertos actos o condiciones y, de este modo, terminan generando factores que justifican la violencia hacia aquellos que no se ajustan a estos estándares (Trujillo, 2009).

Nuestro país no es ajeno esta situación debido a que confluyen una diversidad de grupos, muchos de ellos en estado de vulnerabilidad, y una serie de actores públicos y privados que con su actuar pueden llegar a vulnerar derechos fundamentales. Dentro de este espectro de acciones que configuran violencia, las provenientes del Estado a través de sus funcionarios son las más censurables. Esto se debe a que el Estado tiene el deber de proteger los bienes y derechos de sus ciudadanos, por lo que resulta inadmisibles que sea el propio Estado quien vulnere los bienes tutelados. Esta situación es aún más preocupante cuando el sujeto pasivo que sufre la violencia es un individuo que goza de especial protección constitucional. Estos actos pueden incluso llevar a la responsabilidad internacional del Estado (Ardila, 2009).

La Violencia

Para conceptualizar la violencia es necesario acudir a organismos de carácter internacional, como la OMS (2002), que ha definido a la violencia como “uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo” (p.1).

Además, la violencia se manifiesta a través de diversos sujetos y acciones, y su definición se basa en las concepciones sociales que hemos establecido como violencia. Estos actores llevan a cabo acciones dentro de un espacio y tiempo determinados, los cuales son recopilados con fines estadísticos. Estas estadísticas, en teoría, deberían permitir a los Estados vislumbrar el panorama real sobre la violencia.

Sin embargo, la omisión de algún tipo de violencia crea lagunas que impiden un análisis completo de la situación real de la violencia hacia un grupo específico de la sociedad. Por esta razón, es crucial lograr que los países utilicen los mismos códigos y preceptos, e incluso que establezcan parámetros o estándares que sean cumplidos por todos los miembros (ONU, 2005)

Teniendo en cuenta la amplitud que la violencia enmarca, es preciso conocer las variantes en las que se desprende, ya que, de cada una de ellas se despliega, no sólo una importante cantidad de reflexiones, sino sus consecuencias. La OMS establece la existencia de tres categorías importantes de manifestaciones de violencia ya sea física, sexual, psicológica, privaciones o desatenciones: la primera es la autoinfligida; la segunda es la interpersonal y la última es la colectiva. A su vez, éstas se dividen en subcategorías. Por ejemplo, la interpersonal está dividida en intrafamiliar y comunitaria (OMS, 2002).

Sin embargo, el reconocimiento de estas categorías no es suficiente, ya que es necesario establecer los límites conceptuales de la violencia, para con esto, determinar cuáles son los

sujetos pasivos o víctimas que de ella se puedan generar y excluir de esta forma procedimientos que se enmarcan en la legalidad. Estos procedimientos, que sí son catalogados como necesarios, responden a situaciones que ameritan una intervención quirúrgica, que no se encuentran motivados por intereses particulares o ajenos a la realidad, ya que, por el contrario, parten de los estándares necesarios para la solución de un determinado problema. Este es el caso de los procedimientos médicos que se requieren en caso de urgencia, los cuales se aplican con la finalidad de restablecer la salud de los pacientes, dando cumplimiento a una labor legal y que está ejecutada conforme a los parámetros preestablecidos, lo cual bajo ningún punto puede ser considerada violatoria de los derechos (Fonseca, 2017).

En este sentido, el reconocer las prácticas que se ajustan a los lineamientos y protocolos establecidos para la atención de las pacientes posibilita la identificación de aquellas conductas y acciones que, en principio, se encuentran revestidas de una aceptación social y son consideradas como legales por el imaginario colectivo, pero que requieren ser visibilizadas, pues en el fondo, al ser juzgadas a la luz de los derechos humanos, pueden llegar a desconocer protocolos internacionales e inclusive reglamentaciones de carácter nacional, produciendo con ello la vulneración de los derechos, y que resultan fortaleciendo la violencia estructural, siendo forzoso delimitar su alcance y posibles acciones de prevención.

Violencia de Género

Como se manifestó anteriormente, la violencia se expresa a través de diferentes sujetos y prácticas, generando la necesidad de dividir y categorizar estos tipos de violencia. La violencia de género, al igual que la violencia en su concepto general, presenta de diferentes tipos y categorías, por lo que actualmente se puede describir desde varios enfoques.

Poggi (2018), presenta tres categorías en las que se puede clasificar la violencia de género, teniendo como objetivo entregar un panorama amplio de este tipo de violencia. La

primera son los estereotipos de género, que destaca temas como la masculinidad y la posibilidad de ejercer violencia según el sexo al que pertenece el agresor. Por ejemplo, estadísticamente es más probable que en un delito de violencia sea cometido por un hombre³, haciendo que las mujeres se encuentren en la cima de las cifras en los reportes de los organismos internacionales de violencia.

La segunda, motivada por cuestiones de género, es una violencia dirigida hacia aquellos que no se ajustan a los roles que la sociedad ha establecido como adecuados para su género. Estos roles están vinculados a las concepciones preconcebidas que el agresor tiene sobre el comportamiento apropiado que debe tener su víctima según su género. Por ejemplo, cuando una mujer es violentamente agredida por no cumplir con supuestas tareas asignadas tradicionalmente a su género dentro del hogar⁴.

La tercera se basa en estereotipos de género y parte del reconocimiento de que existen dos criterios para definir cuándo se puede adecuar una conducta como violencia de género. Estos criterios son el cuantitativo y el ideológico. El criterio cuantitativo se basa en modelos estadísticos, donde se revisa si un delito es cometido desproporcionadamente por un género más que por otro. Estos resultados se convierten en un criterio para determinar si estamos frente a un delito basado en el género. Por otro lado, el criterio ideológico se fundamenta en el argumento de que un delito es cometido por el agresor simplemente porque su víctima es de un determinado género. Sin embargo, es importante hacer una distinción entre ambos criterios para entender las distintas manifestaciones de la violencia de género:

³ En uniforme conjunto entre la OMS y ONU en el 2018, estimó que más de 730 millones de mujeres en más de 150 países de todo el mundo han sufrido violencia de género, además “es profundamente preocupante que esta violencia generalizada de los hombres contra las mujeres no solo persista sin cambios, sino que sea peor para las mujeres jóvenes de 15 a 24 años que también pueden ser madres jóvenes.” (OMS, 2018)

⁴ Conforme a un estudio de la ONU concluyó que: De acuerdo con el estudio, en 2021, una media de más de cinco mujeres o niñas fueron asesinadas cada hora por alguien de su propia familia. De las 81.000 mujeres y niñas asesinadas intencionadamente el año pasado, 45.000 -alrededor del 56%-murieron a manos de sus parejas u otros familiares (ONU, 2021).

“la violencia está dirigida contra una mujer por el solo hecho de serlo y, en este sentido es «de género», porque la violencia es la manifestación, y es funcional para el mantenimiento, de una estructura social caracterizada por la subordinación/opresión/dominación de aquellos que pertenecen a un género determinado” (Poggi, 2018, p. 303).

Lo anterior, nos permite dimensionar las grandes dificultades que estos tipos y sus límites tienen, tanto conceptuales como prácticos, siendo significativo reconocerlos en el contexto colombiano, debido a que nos permiten establecer hasta qué punto un acto o práctica es constitutiva de violencia de género y cuándo estamos en presencia de un procedimiento enmarcado de legalidad y constitucionalidad.

Violencia Contra la Mujer

En el ámbito internacional, la violencia de género es un aspecto que cada vez cobra más relevancia en las discusiones. Es importante aclarar que, dentro de este tipo de violencia, normalmente el sujeto pasivo o víctima es una mujer, lo que ha hecho que los conceptos de violencia de género y violencia contra la mujer sean usados de manera indistinta. Sin embargo, la violencia de género puede abarcar eventualmente las afectaciones de mujeres hacía hombres o hacía niños, además de incluir a minorías con identidades de género diversas (ONU, 2021).

Así, es necesario establecer que, al momento de tratar la violencia obstétrica, imperativamente debemos ahondar en la violencia de género que tiene lugar en contra la mujer, la cual se encuentra desarrollada en instrumentos de carácter internacional. Uno de los instrumentos internacionales relevantes en el ámbito de la protección de los derechos de la mujer es la Convención de Belém do Pará, también conocida como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Esta Convención tiene como objetivo hacer un reconocimiento de los derechos de las mujeres y

establecer la necesidad de su protección. Dentro de su articulado, la Convención condena cualquier práctica que viole los derechos de la mujer y ordena a los Estados realizar una revisión de su normativa para identificar situaciones que propicien o permitan la violencia contra la mujer. En este sentido, los Estados están obligados a tomar las acciones legales y constitucionales necesarias para abolir leyes o reglamentos que no cumplan con lo establecido en este importante instrumento internacional. La Convención de Belém do Pará fue adoptada en 1994 en la ciudad de Belém do Pará, Brasil, y ha sido ratificada por la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, lo que la convierte en un referente importante para la protección de los derechos de las mujeres en la región (OEA, 1994).

También, hace especial mención a la necesidad de modificar aquellas prácticas de carácter jurídico que toleran tales actos de violencia, así como realizar esfuerzos para la identificación de conductas dentro de la sociedad, que consuetudinariamente han fortalecido o generado permisión sobre actos violatorios de los derechos de la mujer (OEA, 1994). En este mismo sentido, la ONU ha definido la violencia contra la mujer como:

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (ONU, 1993, art. 1).

En el caso colombiano, las situaciones de violencia contra la mujer son numerosas, generando no únicamente el estupor en la sociedad, sino también, la necesidad de incorporación de normas con poder punitivo para intentar intervenir sobre la grave situación que se padece en este campo. En el año 2015, en razón a lo sucedió con Rosa Elvira⁵, se profiere la Ley 1761,

⁵ Se hace referencia al caso de la mujer que residía en Bogotá, que produjo una gran conmoción en el año 2012, debido a los abusos cometidos por un compañero de estudio y que llevaron a su muerte, lo que produjo que de

que entró a suplir el vacío normativo, en cuanto al feminicidio, tipificándolo como delito autónomo, dotando de herramientas al operador judicial para fallar en contra de aquellos actos violentos en los que se produce la muerte de una mujer por hecho de pertenecer a ese género, incrementando las penas ostensiblemente, con el objetivo de visibilizar este grave flagelo e intentar contribuir con ello a la disminución del mismo.

Esto ha llevado a que varias fundaciones y corporaciones sin ánimo de lucro intenten generar rutas y socializar canales de cooperación. Por ejemplo, organizaciones como Sisma Mujer, que buscan mantener un canal permanente con las mujeres víctimas de violencia, prestando incluso servicios de atención jurídica según las rutas que debe seguir una mujer violentada, así como, establecer redes que permiten identificar posibles situaciones de violencia (Sisma Mujer, 2023).

Así mismo, encontramos otras organizaciones cuyo objetivo es brindar la información a la mujer sobre cómo tramitar sus denuncias y sobre todo, que aprendan a identificar cuándo un acto es constitutivo de violencia de género. Entre estas, el caso de Red Nacional de Mujeres, que cumplen una importante labor en la protección de los derechos de las mujeres víctimas. Sin embargo, pese a los avances de este tipo de organizaciones, las acciones en contra de la violencia contra la mujer se tornan insuficientes y precarias respecto a la desbordada realidad colombiana, más cuando los actores que ejercen esta violencia van desde lo público o privado y aunque exista una pena importante para este delito, aún sigue siendo ineficaz.

Lo anterior se reafirma, porque trascurridos más 7 años desde la promulgación de la ley contra el feminicidio, la efectividad de esta puede ser discutida, ya que, si revisamos las cifras entregadas por el Ministerio Público, en el año 2022, los casos de femicidio alcanzaron 614

este hecho se desencadenaron múltiples muestras de rechazo, desde diferentes sectores, especialmente de aquellos que luchan por reivindicar los derechos de las mujeres.

casos y lo corrido del primer trimestre del año 2023, ya se han presentado 14 feminicidios únicamente hablando de la capital colombiana y 28 en todo el país (Semana, 2023).

De esta forma, es importante analizar otras disposiciones legales que se relacionan con este tipo de violencia, siendo fundamental comprender que existe una marcada tendencia del órgano legislador de buscar la protección a las mujeres y la disminución de la violencia de género. La ley 1257 de 2008, como antecedente de la ley del feminicidio, tiene un rol destacado en el reconocimiento de la violencia contra la mujer. En su articulado, realiza un esfuerzo importante al entregar una serie de conceptualizaciones, especialmente en su artículo segundo, donde define la violencia como:

“...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” (Ley 1257, 2008, art.2).

Esta definición es importante porque permite comprender las diferentes formas en las que una mujer puede ser violentada y los bienes jurídicos que pueden ser afectados. En esta norma se establecen cuatro tipos de daño contra la mujer que incluye el daño psicológico, destacando las humillaciones y amenazas; el sufrimiento físico, que apunta a la protección de la corporalidad de la mujer y la violencia sexual y patrimonial que si bien, abarcan un abanico amplio, es necesario desarrollarlos para determinar los diferentes subtipos de violencia que se presentan.

Desde una mirada Jurisprudencial, es importante afirmar que durante los últimos años, se han generado algunos pronunciamientos sobre la violencia contra la mujer, cabe destacar que la mayoría han sido desde el ámbito constitucional, especialmente en fallos de tutela, como lo es la sentencia T- 878 de 2014, en la cual, la Corte analiza la discriminación hacia la mujer

en el ámbito laboral, incluyéndola dentro de las formas la violencia de género, teniendo como base el desarrollo de jurisprudencia desde el ámbito internacional y local.

El tribunal hace un recorrido por algunos instrumentos internacionales, como lo son Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1967)⁶, en la que se realizan importantes avances en el reconocimiento del rol de la mujer en la sociedad y contribuye en la búsqueda de formas de erradicar problemáticas como la trata de mujeres o la prostitución. Así mismo, La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia en contra de la Mujer, ONU (1993), reconocida por su sigla en inglés DEVAW, que reconoce la violencia contra la mujer como una clara violación de los derechos humanos, resaltando que se constituye como el principal escollo para lograr un pleno goce de las garantías y derechos fundamentales de la mujer.

En esta última, se establece en su artículo 4, la necesidad de castigar todo acto violento en contra de la mujer que provenga del Estado o de un particular, enunciando que deben establecerse sanciones que doten exigibilidad estas disposiciones y que haya una serie de mecanismos que permitan a la mujer un resarcimiento justo y eficaz del daño que se le haya causado, incluyendo un procedimiento claro y oportuno (ONU, 1993).

También en su articulado, menciona la prevención como punto clave para la superación de estas situaciones violatorias de derechos, sobre todo en los terrenos de la revictimización, debiendo ser evitada. Así, establece que los estados deben disponer dentro de sus presupuestos de rubros que permitan el cumplimiento de lo acordado en este instrumento, para con ello evitar que la violencia contra la mujer se materialice.

⁶ Es una declaración, aprobada por las Naciones Unidas y la Unesco el 7 de noviembre de 1967. Antecedente de otros instrumentos internacionales de protección como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1981, consta de 11 artículos que abarcan desde eliminar prejuicios y prácticas que estén basados en la idea de inferioridad de la mujer hasta la igualdad en temas de educación y participación en la sociedad.

En la sentencia T-878 de 2014, la Corte Suprema de Justicia de Colombia expone una serie de situaciones ejemplarizantes sobre la situación de los derechos de la mujer en el mundo para, posteriormente, enfocar su análisis en el caso colombiano. Como se ha planteado, Colombia se encuentra en un proceso de transformación en busca de la consolidación de una política pública que proteja efectivamente a la mujer frente a las diversas situaciones que ponen en riesgo el ejercicio pleno de sus derechos.

La sentencia recopila fallos importantes relacionados con violencia de género, violencia intrafamiliar, entre otros, resaltando la identificación de dos tipos de violencia. Por un lado, está la violencia visible, que abarca la violencia física y psicológica. Por otro lado, se encuentra la violencia invisible, también conocida como violencia estructural, que abarca lo social, político y económico. Esta violencia estructural se construye a partir de discursos que justifican la discriminación, perpetuando en el tiempo las condiciones discriminatorias.

Para ejemplificar la importancia del cumplimiento de los instrumentos internacionales, la Corte Suprema de Justicia de Colombia se apoya en un informe de la Fiscalía General de la Nación que abarca los años 2007 a 2014. Según este informe, se presentaron un total de 827,559 noticias criminales en las que la víctima era una mujer. En algunos años, las cifras superaron los 100,000 casos, destacando la violencia intrafamiliar como la segunda conducta más denunciada, especialmente en departamentos como La Guajira. Ante estas cifras preocupantes, instituciones como la Fiscalía General de la Nación han realizado ingentes esfuerzos para capacitar a su personal en un enfoque de género y brindar acompañamiento adecuado a las víctimas, siguiendo los lineamientos establecidos en la Directiva 0014 de 2016, que incorpora los lineamientos generales para abordar este tipo de delitos. (Fiscalía General de la Nación, 2022).

Por lo anterior, comprendemos que las mujeres en diferentes etapas de su vida se ven sometidas a un importante número de agresiones constitutivas de violencia. Es necesario reflexionar sobre los alcances de la violencia de género, debido a que produce efectos que se prolongan en el tiempo, ya sean físicos o psicológicos y, por ende, es necesario conocer las formas en que esta violencia es desplegada hacia la mujer, porque de esa forma, se pueden llegar a identificar las posibles falencias o mejorías en el ordenamiento jurídico de nuestro país.

Violencia Obstétrica

Para comprender este tipo de violencia, debemos puntualizar conceptos como obstetricia, que consiste en una rama “profesional de la medicina que se especializa en la atención de mujeres durante el embarazo y el parto. Además, atienden al feto (bebé que no ha nacido), tratan los problemas relacionados con el embarazo y asisten en el parto. También se llama especialista en obstetricia, especialista en tocología y tocólogo” (Instituto Nacional de Cáncer, 2022).

De acuerdo con la definición, la violencia obstétrica se caracteriza por tener un sujeto activo con particularidades específicas. A diferencia de otros tipos de violencia contra la mujer, donde el agresor puede ser un particular que convive permanentemente con la mujer, como en el caso de la violencia intrafamiliar, en el caso de la violencia obstétrica, el sujeto activo es una persona relacionada con el sector de la salud. Esta persona, que puede ser un profesional de la salud o personal hospitalario, ejerce actos contra la mujer en estado de embarazo, algunos de los cuales pueden ser de carácter violento o sin su consentimiento. Estos actos pueden ocurrir tanto previo al parto, durante su labor de parto o en el posparto.

El personal de salud puede incurrir en diferentes acciones de violencia sobre la mujer, siendo reprochable que el ataque sea precisamente en esta etapa que resulta significativa e importante para su vida, en la que sus cambios físicos y mentales son palpables, donde existen

cambios de tipo hormonal que inciden en sus emociones, producto de su proceso de embarazo y posparto, en el que la mujer se convierte en generadora de vida (Carrillo- Mora, et al, 2021).

En esta etapa, por regla general intervienen una serie de profesionales de la salud (médicos, matronas, enfermeros, otros profesionales de la salud y los estudiantes de esas mismas profesiones), que buscan en principio cumplir con los procedimientos y protocolos preestablecidos en entornos cuya finalidad es otorgarle seguridad y tranquilidad a la mujer embarazada. Pero, precisamente en los espacios donde ocurre la atención obstétrica es donde puede manifestarse este tipo de violencia. A pesar de tratarse de un entorno técnico, este contexto puede dificultar la consecución de pruebas y evidencias, lo que complica el reconocimiento y la atribución de responsabilidad del personal médico en este tipo de violencia (Díaz, 2018).

Por esta razón, la violencia obstétrica ha cobrado una mayor visibilidad en la actualidad, lo que ha llevado a la doctrina a realizar una construcción conceptual para comprender y abordar este fenómeno. A diferencia de épocas anteriores, en las que este tipo de violencia no recibía la atención necesaria, en la actualidad se ha tomado conciencia de su gravedad y repercusiones. La categorización de los sujetos pasivo y activo de la conducta es un punto de partida fundamental en la construcción conceptual. En este sentido, se ha establecido que el sujeto agresor, es decir, el que comete los actos o conductas de violencia obstétrica, es un interviniente activo en el proceso de parto y posparto. Es el causante de actos que vulneran los derechos humanos de la mujer, agrediendo su integridad física y psicológica (ICBF, 2019).

Al profundizar sobre la descripción de un concepto que permita definir la violencia obstétrica, como tipo de violencia de género, es pertinente afirmar que aún se encuentra en construcción, en razón a que las discusiones jurídicas y doctrinales sobre este tema son recientes. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH] (2017), establece que

“la violencia obstétrica 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 postparto, en centros de salud públicos o privados”(p. 60).

De igual manera, esta Comisión reconoció que la violencia obstétrica se entrelaza con concepciones machistas y estereotipos que normalizan conductas violatorias de los derechos humanos, impidiendo el ejercicio de los mismos, tales como la igualdad, la no discriminación y la integridad personal, por lo que provisionalmente contamos con la tipología de las conductas que son constitutivas de violencia obstétrica, que nos permiten conocer los límites bajo los cuales se ejerce esta forma de violencia de género.

Violencia Obstétrica en Colombia

En Colombia, la violencia ha sido un flagelo que ha golpeado a distintos sectores de la sociedad, respecto a la mujer, encontramos una clara discriminación histórica, desde no tener la posibilidad de acceder a la educación o no tener el derecho al sufragio, ocupando un lugar secundario en el desarrollo político y social de nuestro país. Durante el siglo XX la mujer fue ganando espacio, mediante la presión de lideresas y con el apoyo de organizaciones sociales que le permitieron acceder al voto o a la educación superior (Consejo redacción, 2019).

De esta forma, la mujer empezó hacer visible los reclamos sobre la posición histórica que había ocupado en la sociedad, limitada a las actividades del hogar, pero que, con la reivindicación lenta de sus derechos, situaciones como la violencia intrafamiliar comenzaron a ser discutidas en diferentes espacios públicos y privados hasta el punto de lograr la promulgación de leyes como las citadas anteriormente (Consejo de Redacción, 2019).

De esta forma, la mujer en su proceso de reivindicación, comienza a cuestionar las prácticas que se suscitaban dentro de la sala de partos, a identificar señales de violencia por su

condición y gracias a ello se inicia un recorrido que lleva a que las altas cortes profieran fallos en los que se reconoce la situación que tiene su génesis en la discriminación de género, especialmente desde nuestro tribunal constitucional como veedor supremo de los derechos fundamentales.

Para comprender el rol que juega la medicina dentro de nuestra sociedad y en especial en la atención de las mujeres en estado de embarazo, es importante destacar que esta disciplina ha cumplido un papel fundamental en los diferentes periodos de la historia. Así, ha tenido un ostentado un lugar fundamental a lo largo de la historia, desde las civilizaciones antiguas hasta la visión actual. Proveniente de los antiguos griegos, en sus inicios se mezclaba con aspectos religiosos, místicos y filosóficos, buscando restablecer la salud de los pacientes (Thierer, 2016).

Con el compromiso de restituir la salud de los pacientes, quién ejercía esta disciplina realizaba el juramento hipocrático, que desde el punto de vista teleológico es relevante, porque es un compromiso que busca que quién ejerce como profesional de la medicina lo haga enmarcado en el respeto y protección de la dignidad humana. Podemos encontrar este tipo de expresiones basadas en el juramento hipocrático en normatividades anteriores a nuestra constitución, manifestando que “el respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual” (Ley 23 de 1981, art.1).

Una vez revisado el compromiso que la medicina tiene respecto a la salud de sus pacientes, es necesario aterrizarlo en el campo obstétrico, para conocer en qué momento de la historia esta disciplina empezó a ser la responsable del proceso de parto y posparto. Esto nos ayuda a dimensionar el grado de responsabilidad que eventualmente puede tener el profesional de la salud. Para esta labor, debemos acudir a el pasado, específicamente en el antigua Europa, donde las mujeres realizaban el proceso de parto sin ningún acompañante masculino y sin

intervención estatal. El Estado partía de la premisa de establecer que aquella labor le correspondía a la mujer, como una función inherente a su naturaleza (Usunáriz, 1999).

Si revisamos, incluso desde lo etimológico, podemos confirmar el papel que históricamente tenía la mujer en cuanto al parto. Basta con observar etimología de la palabra "obstetricia", cuyo significado es "ponerse al frente". Esto implicaba que, a la mujer, ya fuera en calidad de madre o de partera, le correspondía asistir al parto, ya que en aquella época se consideraba un misterio exclusivamente femenino, escapando así de la esfera masculina y siendo vedada la participación de los hombres, lo que implicaba una situación de inferioridad. Sin embargo, no fue sino hasta finales del siglo XVI, cuando en Francia se empezó a regular los nacimientos y establecer una serie de normas respecto a ellos, estas regulaciones fueron posteriormente ocurriendo en los demás países (Sedano et al., 2014).

Estos países continuaron promulgando normas sobre la labor del parto llegando el Estado a tomar el control del procedimiento para los nacimientos y determinando la forma o posición considerada adecuada para que la mujer diera a luz, terminando por ser la más popular la litotomía, aquella en la que la mujer tiene que estar acostada boca arriba con las piernas en alto y colgando, pese a ser contraproducente e inconveniente con la naturalidad del parto. De las contraindicaciones que se pueden destacar de esta posición, se encuentran aquellas de carácter fisiológico como lo son la compresión de los vasos sanguíneos gruesos dorsales, ya que en la cama se contrae la salida pélvica; la necesidad de implementar anestésicos para completar el procedimiento, entre otros procedimientos orientados a priorizar la comodidad del personal de salud a la de la mujer, deshumanizando su proceso (Burgo, 2003).

En la actualidad, la OMS (2018), ha recomendado que la mujer debe mantener una movilidad y una posición erguida durante la labor de parto, con lo que se reafirma la necesidad de reevaluar prácticas normalizadas en el ejercicio médico, que favorezcan la salud y bienestar

de la paciente. Lo precedente, no significa que las medidas tomadas por la medicina a través del tiempo no hayan sido un avance en su momento, puesto que la regulación en este tema favoreció considerablemente a la disminución de la mortalidad materna e infantil, a tal grado que en menos de 120 años esta se redujo en más de un 40%, cifra significativa, que permite dimensionar los aportes de la medicina en este campo, dotando al personal de técnicas que permitían conocer mejor el funcionamiento del cuerpo de la mujer en estado de embarazo y reconocer tempranamente situaciones que afectaban la salud de ella o de su hijo, permitiendo a la humanidad aumentar la tasa de natalidad y demográficamente estar fortalecidas (OPS, 2015).

Una vez revisado este asunto, es necesario analizar cómo la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha abordado la violencia obstétrica, haciendo referencia a sentencias como la T-357 de 2021. En esta sentencia, la Corte examinó un caso en el que una mujer fue sometida a una histerectomía parcial después de una cesárea, y se alegó la configuración de violencia obstétrica. En su análisis, la Corte examina una lista de comportamientos que deben ser prohibidos por organismos internacionales debido al alto grado de afectación que generan en la mujer.

Lo anterior tiene sentido, en virtud de lo establecido por las Naciones Unidas (2019), que ha relacionado las siguientes conductas como violatorias de los derechos de las mujeres embarazadas: la sinfisiotomía, considera como tortura, al intentar ampliar la capacidad pélvica y la eterización forzada, situación que inclusive puede ser considera acto de lesa humanidad.

Sin embargo, aunque sobre esta clase de actos no existe abundante documentación, sí es importante reconocer que se presentan en Colombia, y que sirve como ejemplo los casos reportados en el municipio de Zapayán en el departamento de Magdalena, en el que fueron esterilizadas 9 mujeres durante su parto en instituciones hospitalarias en lugares cercanos,

como producto de la influencia de grupos armados por fuera de la ley, como el Bloque Norte de las Autodefensas Unidas de Colombia [AUC], de ese departamento (Centro de Derechos Reproductivos, 2020).

En esta sentencia, la Corte también destaca las detenciones que se hacen a la mujer o a su hijo una vez realizado el parto o las cesáreas forzosas, así como otras prácticas que se abordarán posteriormente en este trabajo. Esto genera un importante precedente en el reconocimiento y tipificación de prácticas que constituyen violencia obstétrica (Corte Constitucional, Sentencia T-357 de 2021).

La Sentencia SU 048 de 2022 es otro pronunciamiento relevante, especialmente porque fue anterior a la Ley 2244 de 2022. En esta sentencia, se reconoce en primer lugar el vacío y la falta de regulación en Colombia con respecto al parto digno y las formas que constituyen la violencia obstétrica. Además, se identifica que en otras legislaciones este tema ya es visible y ha sido objeto de discusión, lo que resalta la necesidad de abordar esta problemática en el país y la explica de la siguiente manera:

“Este tipo de violencia normalizada e invisibilizada encierra concepciones machistas y abarca el trato irrespetuoso, ofensivo, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo, así como la etapa previa y durante el parto o postparto. De esta manera, resulta imperioso que se garantice una protección reforzada y, en consecuencia, el desarrollo de la maternidad libre de riesgos y el acceso oportuno a servicios obstétricos de calidad y libre de cualquier tipo de violencia” (Corte Constitucional, 2022, p.).

En esta sentencia, la Corte analiza el caso de una madre que, durante el proceso de parto, presentó resultados dentro de los parámetros normales. Sin embargo, al momento del parto, el recién nacido tenía un problema cardíaco congénito y el hospital omitió realizar

revisiones cada 30 minutos de su corazón. Además, se encontró que las notas de enfermería tenían un registro adicionado a mano, a pesar de ser electrónica. En primera instancia, dentro de un proceso de reparación directa, el Tribunal Administrativo del Cauca falla a favor de los demandantes, considerando que hubo una falla en el servicio.

Por esta razón, se presenta la acción de tutela, que es conocida por la Subsección B de la Sección Segunda del Consejo de Estado, la cual confirma la decisión al no evidenciar que se configure ningún defecto fáctico ni procedimental en el caso. En este mismo sentido, la segunda instancia constitucional ratificó el fallo al considerar que se cumplió a cabalidad con los presupuestos legales y constitucionales.

Una vez asumido el conocimiento de este caso por el Tribunal Constitucional, oficia al ministerio de Salud y Protección Social, que confirme la obligatoriedad de la toma del ritmo cardiaco al menor conforme a lo expuesto por los demandantes. Además de verificar el valor de la anotación a mano en una historia clínica digital y la confirmación de otros conceptos que aparecen dentro del expediente. Con la clarificación de este punto, la Corte destaca el interés prevalente del menor, teniendo en cuenta que el menor fallece a los 10 días de haber nacido, luego de presentar múltiples complicaciones, posiblemente causadas por responsabilidad de la Institución Salud que lo atendió.

Por otro lado, en este pronunciamiento la Corte, destaca los dos proyectos de ley que hasta su momento se habían presentado para intentar regular la violencia obstétrica y el parto digno en Colombia: Proyecto de Ley número 147 de 2017 del Senado de la República *por medio de la cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica*; Proyecto de Ley número 29 de 2020 del Senado de la República *“por medio del cual se protege la maternidad y se dictan medidas para garantizar un pacto digno”*.

Por este motivo la Corte expone la necesidad de realizar una regulación plena sobre este tema; además, identifica algunos instrumentos de carácter internacional sobre la violencia obstétrica, dando un paso importante a la visibilidad de este tipo de violencia de género. En el caso en concreto la Corte decide tutelar los derechos de los accionados al debido proceso y ordena que se falle conforme a los análisis hechos por esa corporación.

La violencia obstétrica ocurre dentro de un entorno intrahospitalario, ajeno y poco familiar, sumado a la visión clásica del profesional de la salud como poseedor de la verdad absoluta, que por su conocimiento define las posibles rutas de acción a las cuales debe acogerse la mujer en estado de embarazo, sin poder objetar o contradecir lo designado. Esto le otorga al personal médico una posición dominante sobre la mujer embarazada, con el poder de elegir procedimientos y técnicas según su preferencia, ignorando el sentir de la mujer y relegando su opinión a un segundo lugar (Jojoa-Tobar et al., 2019).

Si bien, el poder que ejerce el personal de salud permite determinar diferentes factores bajos los cuales se va a desarrollar el proceso parto y posparto, el mismo no tiene por regla general una connotación negativa, ya que son ellos los que, a partir de su conocimiento, pueden guiar a la mujer a que tenga un parto adecuado. Sin embargo, de no ser así, se desconoce a la mujer gestante como sujeto de especial protección constitucional. El artículo 43 de nuestra constitución ratifica el rol fundamental que la mujer tiene en nuestra sociedad, reconociendo que el servicio de atención a la mujer durante el embarazo y parto debe tener un enfoque especial y personalizado, evitando una atención estandarizada. De esta manera, se busca proporcionarle la mayor comodidad y tranquilidad mientras atraviesa el proceso de convertirse en madre, considerando la conexión que tiene con otro sujeto de especial protección constitucional, como lo son los menores, en este caso, el recién nacido (Ministerio de La Protección Social, 2009).

Así, dentro de los esfuerzos y en procura del cumplimiento de los requerimientos constitucionales e internacionales, se expide en Colombia la Ley 2244 de 2022, la cual reconoce en la mujer una serie de derechos durante el embarazo: el trabajo de parto, el parto, el posparto y el duelo gestacional y perinatal. Además, dicha ley hace una conceptualización imprescindible para comprender el tipo de procedimientos que se deben desplegar durante todo este proceso de parto. Dentro los derechos que se desatacan específicamente en labor de parto, se encuentra la atención sin barreras administrativas, la eliminación de maniobras dilatorias y el reconocimiento del embarazo como un asunto prioritario, para prevenir que se desencadene la muerte de la mujer o del feto, de esta forma, el reconocimiento de este derecho es un primer paso en la ruta de la resignificación de la mujer gestante como sujeto de especial protección constitucional.

En el mismo sentido, esta normatividad le otorga a la mujer la facultad de ser partícipe activa en su trabajo de parto y en su proceso de preparación, respetando sus características físicas y garantizando su dignidad y comodidad. Esto se aleja de la visión pasiva de la mujer a la que se le silenciaba o menospreciaba su voz. Es fundamental que la mujer esté completamente informada acerca de su tipo de embarazo, las diversas opciones de asistencia, los efectos y las posibilidades de atención durante el parto. Al final, es ella quien, sopesando la información y su autorreconocimiento, determina libremente lo que considera mejor en cuanto al lugar y a los participantes en su proceso de parto. Además, tiene la libertad de decidir qué aspectos de su proceso de parto compartir con sus familiares (Bohren et al., 2019).

Con la finalidad de establecer un lugar en el cuál la mujer se sienta lo más cómoda y familiar posible, la presente ley, establece que los controles sean efectuados en el lugar que la mujer va a llevar a cabo el proceso de parto, por eso es importante que el personal médico que

asista el parto sean las mismas personas que realizaron los controles, proporcionando mayor estabilidad en la mujer.

Otro aporte importante de esta norma es la delimitación de algunas prácticas que se realizan en el trabajo de parto, que si bien, son necesarias en muchos de los casos, se hace necesario establecer límites claros, con ello evitando conductas que eventualmente se erijan como violatorias de los derechos fundamentales de las mujeres. En primer lugar, debe ser el mismo profesional de la salud el que realice los procedimientos, ya que, dado el carácter invasivo de la intimidad, puede generar en la paciente situaciones incómodas y denigrantes. Por el ejemplo, el tacto vaginal, un procedimiento que será analizado en el siguiente capítulo, debe realizarse conforme a los parámetros médicos establecidos y por el profesional de turno. En esta parte, se destaca la libre determinación de la mujer, que es un derecho fundamental. Si en el parto no existen condiciones que afecten la salud de la mujer o el feto, es importante que sea la mujer quien decida, basándose en su conocimiento y sensación fisiológica, el uso o no de fármacos para el dolor o para acelerar el parto. También, debe tener la capacidad de manifestar en qué posición se siente cómoda durante el trabajo de parto o incluso durante la etapa de expulsión. Asimismo, es ella misma quien debe manejar el ritmo y la capacidad de su pujo (Ley 2244 de 2022).

Otro aspecto que contribuye a la búsqueda de lograr un espacio cercano o familiar a la mujer durante su labor de parto es el acompañamiento de una persona de su confianza, que en este punto se convierte en un aspecto fundamental, situación que en el pasado había sido limitada, impidiéndole a la mujer parir dignamente. Esto se vio intensificado por motivos de la pandemia del COVID-19, donde con mayor frecuencia se incumplió este derecho, llevando a la mujer a realizar su parto sin las personas que, a su sentir, debían estar presentes en ese momento importante. Esta situación se acompañaba de otras que agravaban el problema, como

el establecimiento de un sobrecosto por el ingreso de estos acompañantes o una serie de condiciones excesivas para acceder a este servicio (Universidad Javeriana, 2021).

En búsqueda de superar estas situaciones, y en pro de que la mujer recupere el espacio y participación dentro de su proceso de parto, el acceso a la información de cada uno de los procedimientos, medicamentos y técnicas aplicadas, así como sus consecuencias, son determinantes para la toma de decisiones. El acceso a esta información es trascendental tanto para su salud física como psicológica, ya que, si se impide el acceso a esta información, la mujer no ve cumplidas sus expectativas y percepciones. Si se hubiera seguido conforme a los lineamientos internacionales y los procedimientos establecidos, este proceso hubiese sido más humano y autónomo (CIDH, 2011).

Por otro lado, es necesario establecer una cesárea humanizada, toda vez, que la cesárea se había convertido en una cirugía desprovista de humanidad y del reconocimiento especial que conlleva el nacimiento de un nuevo ser humano, produciendo en las mujeres una experiencia insatisfactoria, siendo más proclives a sufrir depresión posparto, limitando la producción de leche materna (Ruiz- Acosta et al, 2017).

De esta forma, la cesárea humanizada prioriza lo que se ha reconocido como la técnica “*piel con piel*” (ONU, 2022), que consiste en permitirle a la madre entrar en contacto de inmediato con el recién nacido, sin que existan barreras como la ropa o vestimentas hospitalarias, destacado las ventajas, tanto para el menor como para su madre, como la estabilización de la función cardiopulmonar y la reducción del estrés, que mejoran su termorregulación y los niveles de glucemia, permitiendo que se mantenga un suministro constante de leche materna de forma exclusiva por más tiempo; así mismo se ha visto un aumento en la producción de oxitocina, una hormona esencial en este proceso. Aunque se debe

reconocer que es un tema que aún sigue en análisis y comprobación, hasta el momento no se ha encontrado evidencia de un efecto adverso de uso de esta técnica (Herrera, 2013).

La cosmovisión toma relevancia en la ley del parto digno, permitiendo el reconocimiento y respeto de las creencias y las tradiciones de la madre, como por ejemplo el empleo de prácticas culturales tendientes a la protección de la placenta⁷, ya que en muchas culturas la placenta es cuidada desde la gestación, con restricciones como sentarse en el piso frío o caliente, ya que desde sus saberes puede generarles complicaciones en el parto, por ello evitan y promueven una conciencia de su cuidado. Restringirles realizar estos cuidados es una clara violación a su forma de percibir el mundo, desconociendo el derecho a la diversidad y la multiculturalidad que se proclaman en nuestra constitución (Muñoz, et al, 2016).

Tal vez por este motivo, la ley busca que la relación entre la paciente y el personal de salud se encuentre en el marco del respeto, evitando una relación vertical de poder donde el profesional de la salud pueda violentar a la mujer a través de actos que afecten su humanidad y la lleven a un estado de incertidumbre y temor.

⁷ En algunas culturas promueven el cuidado de la placenta, porque una vez obtenida, se ingiere, para la obtención de nutrientes y para combatir enfermedades como la anemia, aunque esta práctica en la actualidad ha sido criticada por los efectos adversos que puede generar en la mujer y el niño, por ser fuente de posibles infecciones o transmisión de enfermedades. (EL TIEMPO, 2022)

Capítulo 2. Examen de las Prácticas Constitutivas de Violencia Obstétrica.

Una vez delimitado el concepto de violencia obstétrica y tras revisar algunos avances normativos y jurisprudenciales, resulta imprescindible examinar e identificar las prácticas o procedimientos que pueden conducir a la violación de los derechos de la mujer durante su embarazo, parto o posparto.

Para cumplir con esta tarea, es necesario retomar lo expresado por las altas cortes, así como revisar algunas situaciones fácticas que nos permitan ejemplificar cada una de las prácticas que se analicen. Esto nos ayudará a dimensionar el abanico de acciones que deben ser excluidas o limitadas en el ejercicio profesional de la medicina, ampliando el reconocimiento de esta violencia e identificando la ruta a través de la cual una mujer víctima puede exigir su protección, ya sea en sede judicial o ante algún otro órgano del estado. Con ello, se puede evitar la configuración de situaciones que afectan tanto física como psicológicamente a un gran número de mujeres en Colombia.

Exactamente, el profesional de la salud debe asegurarse de que el paciente, al ser tratado, encuentre no solo a un médico con la experticia necesaria para abordar su situación, sino también a un funcionario que lo trate con respeto, que haga prevalecer la dignidad humana y vele por sus derechos fundamentales, especialmente si el profesional es un servidor público (Villamil, 2020).

Responsabilidad Médica en Colombia

El personal de la rama de la salud ha experimentado una evolución conceptual y procedimental en cuanto a su responsabilidad, lo que ha requerido en diferentes momentos reconfigurar los límites de la responsabilidad médica para determinar qué prácticas o técnicas constituyen una violación de derechos. Es crucial reconocer en qué punto su actuación puede

ser considerada contraria a la praxis médica. No obstante, la falta de limitación puede generar inseguridad jurídica y un problema de gran envergadura para los futuros profesionales de la salud, ya que sería complejo motivar el ejercicio de la profesión si no existiera una estabilidad normativa en cuanto a los procedimientos que se enmarcan en el terreno de la legalidad. (Figuroa & Yáñez, 2020).

Como consecuencia de esto, el personal de salud se enfrenta a situaciones que pueden desencadenar responsabilidades que van desde lo civil, lo administrativo, lo penal, entre otras, dependiendo de la gravedad de sus actos y el del sector en el que se encuentre. Esto sumado a que los avances que se han ido produciendo en la ciencia, han hecho que el ejercicio de esta profesión sea más técnico, llevando a una rigurosidad en sus procedimientos y obligando a los profesionales de este campo a estar en permanente actualización y capacitación, ya que el desconocimiento de prácticas o protocolos por parte del personal de salud puede conllevar a que los pacientes pierdan oportunidades, situación en la que el derecho administrativo se ha sido ampliamente desarrollado. Este determina que, en casos donde no se garantiza que el daño sea evitado, pero sí se produce una merma o disminución en la probabilidad de que ocurriera, existe un reproche por no haber cumplido con los lineamientos adecuados para el caso clínico en cuestión. Si se hubiesen seguido dichos lineamientos, el paciente habría tenido una mayor probabilidad de recuperar su salud (Barona, 2016).

Respecto a la pérdida de oportunidad en el derecho administrativo, se considera como un daño autónomo, que no puede ser tratado como una técnica o alternativa en casos de incertidumbre. La pérdida de oportunidad debe estar fundamentada en una expectativa legítima, respaldada por presupuestos que justifiquen su aplicación. Cada caso debe ser analizado de manera individual, teniendo en cuenta que el bien afectado es una expectativa legítima respaldada por un interés jurídico, el cual es lesionado y, por lo tanto, es objeto de

reparación. La cuantificación de esta pérdida se realiza de manera probabilística, basada en porcentajes, lo que permite determinar el alcance de la afectación (Consejo de Estado, 2012, p.21).

Este debate sobre la violencia obstétrica y la aplicación de la *lex artis* (ley del arte) en el ámbito médico ha generado tensiones entre diferentes actores, incluyendo a los profesionales de la salud, los pacientes y los defensores de los derechos de las mujeres. Si bien es cierto que el ejercicio de la medicina tiene sus particularidades y exige la aplicación de protocolos y procedimientos específicos, esto no debe ser utilizado como un escudo para justificar prácticas que vulneren los derechos y la dignidad de las mujeres durante el proceso de parto. Es fundamental encontrar un equilibrio entre la libertad y autonomía de los profesionales de la salud y el respeto y protección de los derechos de las mujeres, garantizando siempre el acceso a una atención médica de calidad y basada en el respeto a la dignidad humana (Barona, 2016).

Si bien, la medicina pertenece a las *lex artis*, esta es considerada una ciencia o disciplina experimental y sujeta a transformaciones, por ello el denominado *lex artis ad hoc* es un concepto esencial en el derecho médico porque entrega un marco general en el que se desenvuelven los profesionales de la salud. Existen múltiples definiciones, una de las más acogidas, es:

“El criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso, de la influencia en otros factores endógenos, estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida, derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su

autor/médico por el resultado de su intervención o acto ejecutado” (Martínez- Calcerrada, 1986, p.185)

De esta definición, se puntualizan aspectos que inciden en la correcta realización de una intervención por parte del personal de salud, generando que cualquier situación que se aleje de este marco sea considerada como una mala práctica (*mal praxis*) y por ende eventualmente genere un daño en la salud de la paciente como resultado de la ejecución de su labor profesional sin el cumplimiento diligente de las reglas o normas que debían acatarse conforme al deber profesional (Romero, 2013).

En este punto, es preciso determinar qué tipo de relación existe entre los profesionales de la salud y el paciente, porque esto nos permite revisar los límites y contribuciones que cada uno de los actores deben ejecutar para llevar a buen término el parto, indagando sobre qué clase de poder ejercen o tienen los profesionales de la salud sobre su paciente.

Un sector de la doctrina se ha decantado por el término “poder obstétrico”, cuya base teórica parte del análisis de las situaciones en las que los profesionales de la salud, durante el embarazo y específicamente durante el parto, ejercen un poder disciplinario sobre las mujeres, llevándolas a un estado dócil y cerrándole las posibilidades a una participación activa en el proceso. Esto explica por qué son “percibidas las manifestaciones de resistencia de las mujeres a las instrucciones médicas durante el embarazo y el parto, las cuales son interpretadas como producto de la irresponsabilidad, la ignorancia o, aún peor, como muestra de desviación o patología mental” (Arguedas, 2014, p. 153).

Por lo tanto, se genera un distanciamiento entre el médico y su paciente durante el proceso de parto que puede tener consecuencias negativas en la experiencia de la mujer y en la calidad de la atención médica. Es importante reconocer que la gestante tiene un conocimiento único y personal sobre su propio cuerpo y sus necesidades, lo cual debe ser valorado y

respetado por el profesional de la salud. La disposición adecuada hacia la mujer implica escuchar activamente sus inquietudes, necesidades y preferencias, y trabajar en conjunto para tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Esto no solo contribuye a mejorar la relación médico-paciente, sino que también puede resultar en una experiencia de parto más positiva y satisfactoria para la mujer. El reconocimiento y valoración de la voz de la mujer en este proceso es esencial para asegurar que se respeten sus derechos y se brinde una atención médica de calidad y humanizada (Camacaro et al, 2019).

De este modo, no es dable que en un procedimiento especial cómo lo es el parto, no se tenga como punto de partida el diálogo, porque esto llevaría a una relación en la que el profesional ejerce su poder disciplinario u obstétrico, sustentado en su conocimiento científico, que lleva en algunos casos a exigencias como la tolerancia al dolor y otras acciones que terminan tomando ventaja de la mujer en un estado de fragilidad, dónde su cuerpo está claramente alterado e inclusive en un momento de sumisión e incertidumbre (Camacaro et al, 2019).

Es ineludible revisar cómo se ha ido decantando la responsabilidad médica en el estado colombiano, especialmente cuando el sujeto pasivo de su actuar es una mujer embarazada, para comprender la forma en que responde el personal médico y qué delimitación y conceptualización han hecho las altas cortes, particularmente el Consejo de Estado y la Corte Constitucional.

Desde la perspectiva constitucional, la responsabilidad médica se puede ver desde la relación entre particulares o la denominada responsabilidad civil y la responsabilidad que se rige por el derecho público. Esta última es objeto de revisión en este trabajo y tiene sus cimientos en el artículo 90 de la Constitución colombiana, en el que se estableció la cláusula general de responsabilidad del Estado. En esta se destaca especialmente la denominada

extracontractual, ya que parte de la responsabilidad en la que no media un contrato, de cuyo artículo se han extraído los diferentes tipos de responsabilidad.

Revisando la jurisprudencia del Consejo de Estado, respecto a la responsabilidad médica, encontramos que la óptica de responsabilidad subjetiva de la falla del servicio se configura cuando se cumplen estos requisitos: a) Una falta o falla del servicio o de la Administración, por omisión, retardo, irregularidad, ineficiencia o ausencia del servicio. La falta o falla de que se trata, no es la personal del agente administrativo, sino la del servicio o anónima de la administración; b) Un daño, que implica la lesión o perturbación de un bien protegido por el derecho, bien sea civil, administrativo, etc., con las características generales predicadas en el derecho privado para el daño indemnizable, como de que sea cierto, determinado o determinable, etc.; c) Una relación de causalidad entre la falta o falla de la administración y el daño, sin la cual aún demostrada la falta o falla del servicio, no habrá lugar a la indemnización (Sentencia Consejo de Estado, 1994).

Si bien es cierto que cuando estamos en terreno de responsabilidad médica del Estado, el régimen aplicable por regla general es de responsabilidad subjetiva por falla en el servicio, la aplicación de esta también ha tenido sus variaciones en la jurisprudencia del Consejo de Estado, porque ha sido abordada desde la falla probada, la presunta y la denominada carga dinámica de la prueba, que inciden en la carga probatoria de la parte demandante (Guerra, 2020).

La falla probada rigió predominantemente hasta la década de los años 90, en la que se le exigía al demandante que aportara las pruebas que acreditaran la falta o falla en el servicio, lo que sometía a la parte demandante a un esfuerzo mayor para la recolección de estas pruebas, generando que muchos de esos procesos terminaran a favor de las entidades o instituciones demandadas, partiendo en que la responsabilidad del personal de la salud era de medio y no de

resultado. Por ende, no se le podía exigir un resultado positivo para el paciente o su familia (Consejo de Estado, 1992).

Como se había anunciado, la falla presunta en asuntos médicos tiene su reconocimiento en la Sentencia del Consejo de Estado (1990) en la sección P. 5902, en la que se da un giro jurisprudencial, al exigirle al demandado la acreditación de haber actuado con diligencia y cuidado en la responsabilidad médica, por ende el demandante es relevado de la obligación de demostrar el funcionamiento defectuoso o anormal del Estado y sólo se le exige que acredite el daño, siendo de esta forma, la responsabilidad médica una de las abanderadas en la aplicación de esta forma de falla del servicio. Aunque ha tenido fuertes reservas en su aplicación, se ha manifestado que debido a su carácter:

“...Tan especial y técnica la actividad medico asistencial y en esta medida, se han desarrollado criterios como el de la mejor posición de probar, para indicar, que la administración se encuentra frente al particular, en una posición más favorable para demostrar que su actuación se ajustó a los procedimientos técnico- científicos y que respecto de los cuales, al paciente o particular le queda muy difícil demostrar una actuación irregular de la misma” (Güecha, 2012, p.102)

Lo anterior fue ratificado en su momento por la sentencia del 30 de junio de 1992, en la sección tercera, cuando expresa:

“Resultaría más beneficioso para la administración de justicia en general, resolver esta clase de conflictos, si en lugar de someter al paciente, normalmente el actor o sus familiares, a la demostración de las fallas en los servicios y técnicas científicas prestadas por especialistas, fueron éstos, los que por encontrarse en las mejores condiciones de conocimiento técnico y real por cuanto ejecutaron la respectiva conducta profesional, quienes satisficieran directamente las inquietudes y

cuestionamientos que contra sus procedimientos se formulan” (Consejo de Estado, 2012, p.2)

Bajo este postulado, el accionante tiene como obligación demostrar el daño y el nexo causal, teniendo ventaja en que estaría exonerado de demostrar el defectuoso funcionamiento del Estado. Esto se mantuvo vigente por parte del Consejo de Estado hasta la expedición de la sentencia con expediente No. 11787 en la sección tercera, que dio un viraje a la teoría aplicada e incluye la denominada *carga dinámica de la prueba*, que busca un equilibrio entre las cargas probatorias que las partes deben soportar. Esto como respuesta a las limitaciones que las partes tienen en cuanto a la consecución de las pruebas. Si bien es cierto que la parte demandada posee un mayor grado de conocimiento en cuanto a los procedimientos y especialidades de la medicina, también es cierto que para el médico se presentaban problemas al momento de querer acreditar pruebas que escapaban de su esfera médica y recaían en una esfera íntima. Esto dependía de la disponibilidad o cercanía con la prueba, lo que llevaba a afirmar que: “...quien tenga mejor condición de probar lo debe hacer, implicando esta circunstancia, la existencia de equilibrio y distribución de las cargas de pruebas” (Güecha, 2012, p. 103).

Posteriormente, en la sentencia del 19 de abril del 2012, el Consejo unificó su criterio en este tema al indicar que, en lo que se refiere al derecho de daños:

“El modelo de responsabilidad estatal que adoptó la Constitución de 1991 no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez definir, frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte las razones, tanto fácticas como jurídicas, que den sustento a la decisión que habrá de adoptar” (Consejo de Estado, 2012, p.3).

En los últimos pronunciamientos, el Consejo de Estado ha adoptado una postura más rigurosa en cuanto a la obligación de probar por parte del demandante, sin descartar los títulos de imputación. Esto se ha reflejado en fallos donde se incrementa la exigencia de la carga probatoria para el demandante.

En el campo obstétrico, el Consejo había reconocido una serie de características y dinámicas propias, dentro del abanico de títulos de imputación, en que la responsabilidad obstétrica tenía un lugar especial, por ello había establecido como premisa que, si el embarazo había transcurrido con normalidad, pero este no terminaba de manera satisfactoria, la obligación de la entidad no era de medio, sino de resultado. Por ende, la parte demandante tenía que probar únicamente el daño, el nexo causal y la falla en el acto obstétrico. Era evidente que, si bien no se estaba en terrenos de una responsabilidad objetiva y que la parte demandante, “no queda relevada de probar la falla del servicio, sólo que el hecho de que la evolución del embarazo hubiera sido normal, pero que el proceso del alumbramiento no hubiera sido satisfactorio constituye un indicio de dicha falla” (Consejo de Estado, 2004, p. 1).

De forma similar a lo que ocurre en la responsabilidad médica en general, en el ámbito de la responsabilidad obstétrica también se ha transitado de un régimen objetivo a uno subjetivo, con una flexibilización en la carga probatoria. Sin embargo, esto no impide que en casos particulares el juez pueda eventualmente aplicar el régimen objetivo (Consejo de Estado, 2006).

Adicionalmente, la sentencia de unificación SU 048 del 16 de febrero de 2022, mediante tutela, analizó el fallo de la Subsección A, de la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, por posible configuración de defecto fáctico, procedimental y desconocimiento del precedente judicial al violar debido proceso, la igualdad, la dignidad humana, el acceso a la administración de justicia y a la tutela judicial

efectiva. En este caso el Consejo revocó en segunda instancia el fallo del Tribunal Administrativo del Cauca, al determinar la posible responsabilidad de la E.S.E.

En el caso del Hospital Susana López, que atendió a la demandante durante su parto, se alegó que hubo un incumplimiento de protocolo y la inclusión de anotaciones manuales en la historia clínica impresa. Sin embargo, el Consejo de Estado determinó que el incumplimiento de un protocolo no constituye necesariamente una falla en el servicio, ya que las acciones realizadas por la entidad demandada podrían estar justificadas. Además, se consideró que una anotación hecha a mano no se entendía como enmendadura, y en consecuencia, el fallo se emitió en contra de las pretensiones de la demandante (Corte Constitucional, 2022).

El fallo de segunda instancia fue objeto de un recurso de tutela, que fue confirmado tanto en primera como en segunda instancia. La Corte Suprema de Justicia procedió a revisar y unificar la decisión, y en su argumentación abordó los defectos alegados por el accionante. Uno de los defectos señalados fue el sustantivo por desconocimiento del precedente judicial, sin embargo, la Corte no accedió al reconocimiento de este defecto. Se argumentó que las diferentes apreciaciones de las pruebas no pueden ser consideradas constitutivas de este defecto, ya que en un caso como el analizado, el juez natural tiene autonomía para tomar decisiones, por lo que “su actuación se presume de buena fe y puede valorar los elementos materiales probatorios y decantarse por el que le resulte convincente” (Corte Constitucional, 2022, p. 28).

Luego, la Corte analiza si se constituyó defecto fáctico, a lo que concluye que en el caso *sub judice* se configura en el mismo. La entidad accionada desconoció la *lex artis ad hoc*, llevando a un error en el juicio valorativo, porque el Consejo asumió que la exigencia de auscultar cada media hora del bebé, era una simple recomendación y no valoró las declaraciones de los testigos y los peritos que aceptaban este protocolo como una obligación y

no facultativo. Por ende, basado en la experiencia, no podía ser tomado como sugerencia, sino que debía ser aplicado a cabalidad.

Con respecto a las anotaciones a mano, la Corte Constitucional recuerda al Consejo de Estado que contrario a lo que manifiesta, las mismas se debían haber hecho a través de un medio digital, en razón a que “deben analizarse de cara al artículo 4 de la Resolución 1995 de 1999 que dispone la obligatoriedad del registro conforme a las características expuestas en ese instrumento, para valorar si ello constituye un indicio de falla del servicio” (Corte Constitucional, 2022, p. 1).

Por estos motivos a concepto de la Corte, es necesario que se adopte una nueva decisión, teniendo en cuenta las siguientes pautas: analizar a la luz de la *lex artis ad hoc* y el monitoreo de la fetocardia y su periodicidad, conforme a las reglas o normas técnicas que estaban vigentes. Además, valorar las declaraciones que reposan dentro del proceso.

Por otro lado, en la sentencia se procede a revisar si en el caso se configura violencia obstétrica, Corte manifiesta que:

“...a nivel mundial ya es examinado, visibilizado y discutido. A partir de la literatura disponible, los instrumentos internacionales y la jurisprudencia constitucional, puede entenderse que este tipo de violencia normalizada e invisibilizada encierra concepciones machistas y abarca el trato irrespetuoso, ofensivo, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo, así como la etapa previa y durante el parto o postparto. De esta manera, resulta imperioso que se garantice una protección reforzada y, en consecuencia, el desarrollo de la maternidad libre de riesgos y el acceso oportuno a servicios obstétricos de calidad y libre de cualquier tipo de violencia” (Corte Constitucional, 2022, p.43).

Continuando con este análisis, la Corte considera que es fundamental que, con base en esta sentencia, todos los procesos ordinarios de responsabilidad médica y los procesos que surtan por el medio de control de reparación directa por falla del servicio médico, sean identificadas como posibles conductas constitutivas de violencia obstétrica. Así, el tribunal constitucional realiza un avance fundamental en la equidad de género y el reconocimiento de la violencia hacía la mujer embarazada, particularmente en los escenarios gineco-obstétricos y con ello, instar a los jueces a revisar los tratados, jurisprudencia y leyes que protegen a la mujer en estado de embarazo.

Con esta directriz, para el Consejo de Estado se genera la responsabilidad de proferir un nuevo fallo, incorporando la perspectiva de género, con enfoque encaminado a verificar la posible configuración de violencia obstétrica hacía la accionante ya sea por la demora, negligencia o abandono en su atención.

Como resultado de lo anterior, el Consejo de Estado, expide la sentencia de la sección tercera, de octubre 10 de 2022, con radicado No. 59559, con la finalidad de dar cumplimiento al fallo SU 048 de 2022. Con base a las pautas establecidas por la Corte en el desarrollo de la sentencia, el Consejo procedió a revisar los hechos que llevaron al fallo de tutela. Tras analizar la prueba presentada por la parte demandante, el Consejo determinó que no se logró demostrar una falla en el servicio que implicara responsabilidad del Estado. En particular, respecto a la periodicidad de auscultación del bebé durante el parto, se argumentó que la norma vigente en ese momento no exigía un término específico, y que los protocolos o recomendaciones no tienen carácter obligatorio en sí mismos.

Además, el Consejo destacó la coherencia entre las declaraciones del personal médico que atendió a la accionante y las explicaciones de los dictámenes médicos decretados, los cuales no fueron cuestionados en ningún momento. En consecuencia, el fallo de tutela no fue

favorable a las pretensiones de la parte demandante, al no considerarse probada la responsabilidad del Estado en el caso en cuestión.

En este punto el Consejo reconoce que la Corte practicó una serie de pruebas de oficio, que a su concepto estas no pueden ser tenidas en cuenta para su decisión, toda vez, que no fueron ni decretadas ni controvertidas en el proceso de reparación directa, y que, si llegara a valorarlas en el caso, tendría como consecuencia el fallo del juez violando un principio fundante del derecho como es el de la necesidad de la prueba, al basar su decisión en pruebas que no fueron solicitadas por las partes. Luego, el Consejo pasa a analizar el régimen de imputación aplicable, que como lo analizamos anteriormente, ha tenido diferentes variaciones y que para el fallo se decanta por la flexibilización del rigor de la prueba, sin que eso le quite al juez la posibilidad optar por una responsabilidad objetiva según sea el caso.

En la última parte de este fallo, el Consejo entra a abordar el tema de la violencia obstétrica, analizando si en el caso se puede configurar violencia a la mujer por esta vía, recordemos que este es uno de los puntos que la Corte le hizo énfasis. Es decir, que a partir de la sentencia todos los fallos de reparación directa por falla en el servicio médica deben ser abordados bajo el visor de la perspectiva de género. Siendo así, el Consejo reconoce que la violencia obstétrica, aunque ha estado oculta e invisibilizada en la sociedad, es un problema real y presente en la vida de las mujeres. Se respalda en hallazgos realizados por organismos internacionales como la OMS (2019), cuyas investigaciones han arrojado resultados preocupantes en cada una de las tipologías que se abordan en este trabajo. Dichas investigaciones revelan claros casos de maltrato físico, humillaciones y procedimientos médicos realizados sin el consentimiento de las mujeres. También se identifica otra forma de violencia obstétrica, como el maltrato verbal. Ambos tipos de violencia son reconocidos como vulneradores de los derechos humanos de las mujeres, desde una perspectiva de género y en

términos de sus derechos de salud. En este sentido, se evidencia la necesidad de abordar y erradicar la violencia obstétrica para asegurar el pleno respeto de los derechos fundamentales de las mujeres en el contexto del embarazo, parto y posparto.

El alto tribunal destaca en esta aparte algunos derechos que especialmente se vulneran, que se resumen en la Tabla:

Tabla 1.

Derechos que especialmente se vulneran, destacados por el alto tribunal enfocado desde la perspectiva de género.

Derecho	Concepto	Práctica vulneradora
Derecho a la integridad personal	Derecho que poseen todas las mujeres a que su integridad física, psíquica y moral sea respetada.	La agresión verbal o psicológica, se manifiesta de diversas formas, incluyendo la insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, a través de la infantilización de la parturienta, los insultos y los comentarios humillantes.
Derecho a la privacidad e intimidad	Límite a la intromisión y la libertad en relación con la vida privada y el derecho al respeto de la honra y al reconocimiento de la dignidad, así como a la protección de los ataques a la honra y la reputación.	Se constituye cuando se da la exposición innecesaria del cuerpo de las mujeres, en especial de sus órganos genitales, en el parto, en la consulta ginecológica, entre otras, sin ofrecer a la mujer la posibilidad de decidir sobre su cuerpo.
Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud	El artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (1948): “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada” (p.3)	Este se vulnera cuando el médico asume una posición de paternalismo en su mayor expresión. A las pacientes muchas veces se les realizan prácticas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre sus implicaciones.
Prohibición de Tratos crueles e inhumanos	Son todos aquellos abusos de carácter físico o mental cualquier tipo de degradación o la	Muestras de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, a través de la infantilización de la

Derecho	Concepto	Práctica vulneradora
	obligación de cometer actos contrarios a las propias convicciones morales o culturales.	parturienta, los insultos y los comentarios humillantes.
Derecho a estar libre de discriminación	El artículo 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) dictamina: “Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna” (p.10)	Cirugías forzosas, procedimientos médicos no consentidos, violación u otro tipo de abusos, restricciones físicas, coerción o falta de respeto

Nota: Datos tomados de la Corte Constitucional, SU 048 del 16 de febrero de 2022 y Ley 1257 de 2008.

Una vez revisados cada uno de los posibles derechos vulnerados, el Consejo procede también aclarar que las anotaciones hechas a mano no constituyen un factor determinante para la atribución de la responsabilidad y que no existe un nexo de causalidad entre estas y el resultado objeto de análisis, pasando a descartar la configuración de una falla del servicio por este motivo. El fallo finaliza con la ratificación de que la parte demandante no logró acreditar los elementos suficientes para endilgar una responsabilidad por falla en el servicio y, por ende, procede a negar las pretensiones de la demandante.

Respecto a lo anterior, el análisis hecho por el Consejo de Estado se considera insuficiente e incompleto, porque no procedió conforme a los lineamientos establecidos en la Sentencia de Unificación proferida por la Corte Constitucional, toda vez, que se limitó a reproducir los hechos y mantenerse al margen de los argumentos esgrimidos por el juez de tutela y no revisa a profundidad las posibles configuraciones de violencia obstétrica. En el fallo no se percibe que el Consejo se haya puesto el visor constitucional y de protección de las mujeres embarazadas, que particularmente son sujetos de especial protección. En su postura exegética, el Consejo de Estado no logra establecer un fallo hito que proteja efectivamente a la mujer ante la violencia obstétrica y el poder vertical ejercido por la entidad demandada, a pesar

de que la Corte Constitucional ya había confirmado algunos defectos en fallos previos. Esta decisión deja pendiente la reivindicación de un fenómeno que, como reconoce el propio fallo, viola los derechos humanos y que presenta una alta incidencia en Colombia, como se detallará en los siguientes apartados de este trabajo. Es importante reconocer la necesidad de abordar de manera integral y contundente la problemática de la violencia obstétrica para garantizar el respeto a los derechos de las mujeres en el proceso de parto y posparto (Corte Constitucional, 2022).

Prácticas constitutivas de violencia obstétrica

Una vez revisada la responsabilidad y sus posibles títulos de imputación, en la cual se enmarca la conducta del personal médico especialmente en el terreno obstétrico, es ineludible analizar cuáles son las conductas, prácticas y procedimientos que se instituyen como violencia obstétrica y que pueden llevar a los profesionales de la salud a verse inmersos en fallas del servicio o faltas disciplinarias por la violación de los derechos de sus pacientes, ya sea por el desconocimiento de los protocolos, las recomendaciones de organismos internacionales o por su claro dolo, produciendo la afectación de bienes tutelados por nuestra constitución.

Para lograr este objetivo, se apela a los fallos proferidos por la Corte Constitucional, referidos en capítulos anteriores, que han intentado realizar una clasificación de estas conductas, buscando establecer una especie de límite al actuar gineco obstétrico, apoyándose en la realidad de la sociedad colombiana, que arroja prácticas que se tornan comunes dentro de estos entornos hospitalarios y que impiden el ejercicio de los derechos de las mujeres embarazadas. Por lo que en cada una de estas prácticas se realizará un análisis desde algunos informes estadísticos y de casos ejemplarizantes que permiten dimensionar la gravedad de cada una de las prácticas violatorias de derechos de las mujeres gestantes.

En la sentencia T-357 de 2021, la Corte Constitucional hace un esfuerzo importante por crear una tipología de conductas constitutivas de violencia obstétrica, la cual se replica en la sentencia SU 048 de 2022, clasificándola en tres ítems: el primero de ellos lo denomina abuso, el segundo, coerción y el tercero, falta de respeto.

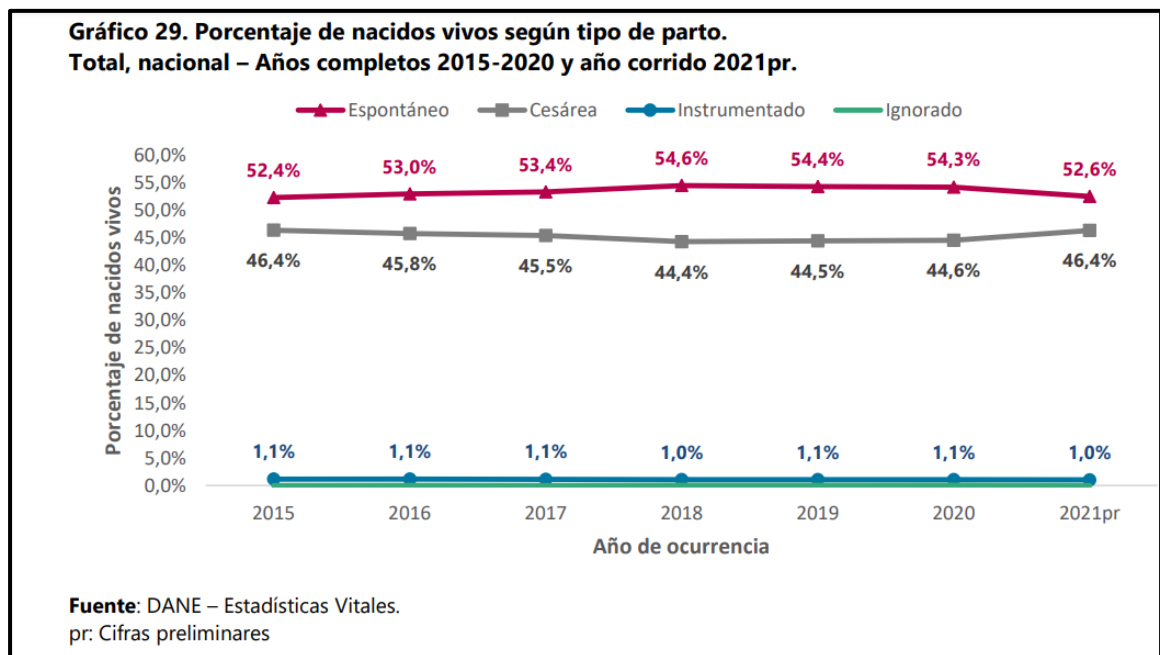
La Corte divide el abuso en cirugía forzada, en procedimientos médicos no consentidos, en la violación, restricción física y en otros tipos de abuso. De esta forma la cirugía forzada, como tipo de violencia obstétrica se puede dividir en dos: una denominada cesárea forzada y la otra en episiotomía forzada. En la primera de ellas, la autonomía profesional del personal que atiende a la mujer se contrapone con la necesidad de la realización de esta cirugía, sumado a una situación presupuestal o ganancial por parte de la institución que atiende a la embarazada, lo que ha hecho que en Colombia el porcentaje de mujeres que tienen sus hijos por cesárea, sea cada vez mayor.

Esto no quiere decir que no existan justificantes que lleven al médico a realizar este procedimiento ya que en total se reconocen seis situaciones clínicas que puede desencadenar en una cesárea: a) por indicación materno fetal, b) por un parto vaginal fallido, c) por un parto de emergencia, d) iterativa o por antecedente de cesárea, e) sin indicación médica, f) por solicitud materna. Las dos últimas han sido susceptibles de críticas debido a que por falta de seguimiento o por la laxitud en su aplicación, han hecho que nuestro país exceda ostensiblemente el porcentaje del 15% del tope máximo de partos por cesáreas que recomienda la OMS, encontrándonos resultados realmente inquietantes (Sarmiento, 2017).

El porcentaje de partos por cesárea ha superado en algunos años el 45% del total de partos en Colombia, tal como lo demuestra la siguiente gráfica del Departamento Nacional de Estadística [DANE] (2021):

Figura 1.

Porcentaje de nacidos vivos según tipo de parto en Colombia en el periodo 2015-2021.



Nota. La figura muestra estadísticas de niños nacidos vivos en Colombia según tipo de parto entre los años 2015 y 2021. Fuente: DANE (2021, p.44)

De este gráfico también podemos entender que durante el año 2020 y 2021, hubo un incremento de más del 1,5% en las cesáreas, esto teniendo en cuenta la situación de la pandemia producto del COVID 19, que llevó a que las mujeres perdieran la oportunidad de ser acompañadas durante la labor de parto, incidiendo el aumento del poder obstétrico del personal de la salud.

Inclusive el DANE, también ha informado que, en algunos departamentos como San Andrés, Sucre, Córdoba, Bolívar, Atlántico y Magdalena, este porcentaje puede elevarse por encima del 70%, tal y cómo lo podemos observar en la siguiente figura:

Figura 2.

Porcentaje de nacimientos atendidos mediante cesárea por departamento en Colombia en el periodo 2015-2021.

Tabla 25. Porcentaje de nacimientos atendidos mediante cesárea según departamento. Total, nacional – Años completos 2015-2020 y año corrido 2021pr.

Departamento	2015	2016	2017	2018	2019	2020pr	2021pr
Total nacional	46,4%	45,8%	45,5%	44,4%	44,5%	45,1%	46,4%
Antioquia	33,9%	33,1%	32,4%	32,0%	31,8%	33,4%	33,9%
Atlántico	70,7%	68,6%	67,6%	65,5%	65,9%	65,7%	65,7%
Bogotá	42,4%	43,1%	42,7%	42,4%	43,1%	43,5%	45,9%
Bolívar	61,7%	60,9%	58,4%	57,8%	58,8%	60,4%	61,7%
Boyacá	35,7%	34,2%	34,0%	31,4%	31,9%	32,6%	30,3%
Caldas	29,6%	28,1%	28,1%	28,1%	28,6%	29,4%	32,5%
Caquetá	42,6%	40,8%	38,0%	36,2%	41,3%	39,7%	39,8%
Cauca	35,0%	34,3%	33,4%	33,7%	34,7%	34,5%	34,6%
Cesar	61,9%	60,2%	58,6%	55,2%	52,7%	56,7%	58,2%
Córdoba	67,9%	66,9%	66,8%	67,7%	67,6%	68,3%	72,1%
Cundinamarca	38,6%	37,2%	37,3%	37,6%	38,3%	39,5%	40,9%
Chocó	27,5%	28,5%	29,3%	24,3%	22,4%	25,8%	30,9%
Huila	39,1%	38,5%	38,9%	37,5%	39,5%	40,9%	39,4%
La Guajira	52,4%	51,0%	48,9%	42,7%	40,8%	42,5%	41,5%
Magdalena	64,6%	64,7%	65,4%	62,8%	60,4%	58,5%	60,7%
Meta	32,9%	31,0%	31,7%	30,7%	27,5%	28,8%	27,6%
Nariño	51,1%	51,8%	50,9%	49,3%	52,9%	52,7%	55,1%
Norte de Santander	56,4%	52,9%	53,4%	49,7%	49,3%	50,0%	51,4%
Quindío	30,3%	29,8%	29,8%	28,8%	31,3%	27,1%	31,3%
Risaralda	27,3%	26,5%	27,4%	28,0%	28,7%	30,3%	29,4%
Santander	52,5%	53,1%	52,2%	51,6%	51,6%	51,2%	51,3%
Sucre	73,0%	73,6%	70,5%	70,2%	69,9%	69,6%	73,0%
Tolima	38,9%	35,8%	35,4%	35,0%	36,5%	38,0%	37,5%
Valle del Cauca	38,6%	37,9%	37,9%	36,2%	35,8%	36,0%	38,8%
Arauca	41,5%	37,0%	40,1%	37,6%	36,4%	32,9%	33,2%
Casanare	35,7%	39,7%	38,9%	35,4%	35,4%	35,6%	35,0%
Putumayo	37,8%	36,3%	38,2%	37,8%	41,8%	46,2%	46,4%
San Andrés, PySC	72,2%	76,7%	73,0%	68,0%	67,6%	70,6%	70,3%
Amazonas	22,1%	22,2%	23,1%	21,2%	23,5%	26,6%	25,4%

Nota: La figura muestra estadísticas de nacimientos atendidos mediante cesárea según departamentos de Colombia entre los años 2015 y 2021. Fuente: Departamento Nacional de Estadística- DANE (2021, p.45)

De esta tabla, se confirma que esta situación es generalizada en casi todo el territorio nacional, poniendo en tensión la autonomía del profesional de salud y el derecho de la mujer a escoger el parto natural, dónde no sea presionada ni afanada por cuestiones que escapan más

allá del resorte clínico y se acercan más a las administrativas. Por el contrario, la labor del parto debería responder al ritmo y ciclo natural, dónde el poder obstétrico no pese más que el sentir de la madre.

Luego de la revisión de la incidencia que tienen los partos por cirugía, es dable preguntarse si una mujer tiene un mayor riesgo de muerte al enfrentarse a una cesárea. Según un estudio de la *British Medical Journal*, citado por la agencia de noticias Reuters, las mujeres que tienen a sus hijos voluntariamente por cesárea o por directriz del médico tratante (no realizadas por urgencia médica), tienen un riesgo de muerte del recién nacido de hasta un 70%. Además, el grado de complicaciones que se pueden presentar durante la cirugía son mucho mayores que el de un parto natural, llegando a duplicar “el riesgo de muerte o de problemas graves en las mujeres, como histerectomías, transfusiones sanguíneas o ingreso a terapia intensiva, más allá de la edad, los antecedentes médicos o el lugar de nacimiento del bebé” (Reuters, 2007, p.1).

También es importante precisar, que la cesárea como cirugía no implica por ella misma un riesgo total o que no sea aconsejable para unos casos en particular, debido a que existen situaciones de urgencia médica en las que corre peligro la vida de la madre o el feto, siendo la cesárea el procedimiento recomendado, sino que es necesario reflexionar sobre los estándares y objetivos que nuestro país debe cumplir, respecto a las recomendaciones internacionales que se hacen sobre este procedimiento, con ello al ser limitado, se contribuye a la humanización de parto. Dentro de la cirugía forzosa, se encuentra también la episiotomía que como señala la ONU (2019) consiste:

“En un corte profundo en el perineo de la mujer que llega hasta el músculo del suelo pélvico diseñado para ayudar quirúrgicamente a la mujer que va a tener un parto vaginal. Aunque este procedimiento puede resultar beneficioso para el bebé y la madre,

en caso de que resulte necesario desde el punto de vista médico, si no es necesario o se hace sin el consentimiento informado de la madre, puede tener efectos físicos y psicológicos en la madre, puede ocasionar la muerte y puede constituir violencia de género y un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante” (p.177).

Esta forma de violencia es más frecuente en mujeres nulíparas, alcanzando en algunos casos más del 50% en contraposición a un 6,6% de ocurrencia en las multíparas. De nuevo, este procedimiento se aleja de las recomendaciones del 10% que hace la OMS, por lo que su uso restrictivo en Colombia debe ser una premisa en los hospitales (Rubio-Romero, 2018).

Actualmente, estas cifras demuestran que los beneficios que se le atribuyen a esta cirugía están en tela de juicio. Incluso, en algunos países se ha llegado a la conclusión de que puede producir “efectos adversos, como disfunción del esfínter anal, incontinencia urinaria y dispareunia (dolor durante la penetración), así como su asociación a una mayor frecuencia de desgarros de tercer y cuarto grado” (Ministerio de Sanidad, 2012, p.26).

En concordancia con esto, el Ministerio de Salud ha hecho una clara recomendación de hacer uso únicamente de este procedimiento cuando exista necesidad clínica, como en un parto instrumentado o sospecha de compromiso fetal. Bajo ninguna circunstancia se recomienda realizarlo de manera rutinaria, y por esto, el uso de la episiotomía restrictiva debe ser la regla que se aplique en las entidades de salud de nuestro país, ya que diversos estudios han demostrado que “la episiotomía restrictiva frente a la sistemática incrementó el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudaron su vida sexual al mes, disminuyó la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor al egreso” (Ministerio de Salud, 2013, p.463).

Finalizada la revisión de las situaciones que se erigen como abuso por vía de cirugía forzada, es imperante revisar aquellas que se enmarcan dentro del abuso, pero cuyo origen parte

de procedimientos médicos no consentidos, los cuáles, a su vez, pueden clasificarse en aquellos que inducen al parto y en aquellos que se realizan con la finalidad de remover la placenta. Para esto, es imperante tomar como primer elemento de análisis el consentimiento del paciente, que se da como producto de una relación médico- paciente y que debe ocurrir conforme con la jurisprudencia Constitucional Colombiana. Este, debe cumplir con ser libre e informado y es producto del desarrollo de varios principios constitucionales como el del derecho a la información y, especialmente, con la autonomía personal. Así, la Corte Constitucional ha manifestado en la sentencia T-303 del 2016, que el consentimiento informado es un derecho que consiste en:

“Ser informado de manera clara objetiva, idónea y oportuna de aquellos procedimientos médicos que afecten en mayor o menor medida otros bienes jurídicos esenciales como la vida y la integridad personal. La jurisprudencia de esta Corporación ha reconocido que el consentimiento informado tiene un carácter de principio autónomo que, materializa otros principios constitucionales como la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, la libertad individual y el pluralismo. Aunado a ello, constituye una garantía para la protección de los derechos a la salud y a la integridad personal” (Corte Constitucional, 2016, p. 25).

En efecto, es fundamental resaltar el cumplimiento de este derecho ya que, si bien en la tradición médica no era un tema exigido o generalizado, su desarrollo ha tenido lugar en el ámbito del derecho, rompiendo así con la tradicional relación vertical médico-paciente, que solía estar dominada por el poder médico. En esta dinámica, el paciente no tenía las herramientas necesarias para participar en su propia atención y se popularizaban expresiones

excluyentes como "todo para el enfermo, pero sin el enfermo"⁸. Esto confundía las dolencias con la incapacidad de tomar decisiones que le afectaban, haciendo que el paciente se percibiera como un sujeto pasivo en su propia situación de salud.

En el ámbito gineco-obstétrico, el consentimiento libre e informado también ha experimentado transformaciones significativas. Se ha pasado del enmudecimiento de las voces de las mujeres hasta llegar a condenar aquellos casos en los que se ha generado esterilidad en la paciente, tal como lo desarrolló la sentencia del Consejo de Estado del 13 de diciembre de 2004. En dicha sentencia, se afirmó que realizar la ligadura de trompas sin el consentimiento de la paciente constituye una clara violación de los derechos de la mujer. Es importante aclarar que, a menos que se esté en el escenario de una persona con discapacidad absoluta y no exista tutor o familiar que decida por él, o se trate de una urgencia o emergencia, conforme a lo establecido en la ley 23 de 1981 y el decreto 3380 de 1981, el consentimiento de la paciente es determinante para cualquier proceder médico.

En terrenos como el obstétrico es ineludible recordar que, durante el parto, la afectación que sufre la madre puede trasladarse al recién nacido. Por ende, la falta de un consentimiento por parte de la mujer sobre las actuaciones que se vayan a realizar durante todo el proceso conlleva a que las acciones ejecutadas por los profesionales de la salud se conviertan en un abuso de su poder. Como se ha remarcado, si bien ellos tienen el conocimiento y la experticia, eso no implica la facultad de tomar decisiones que se inscriben en una esfera de carácter personalista.

Especialmente cuando se habla de inducir o provocar el parto, se presentan dos implicaciones. En primer lugar, se le quita a la mujer la posibilidad de tener un parto natural,

⁸ Expresión que denota estado de sufrimiento o enfermedad que impide al paciente tener la capacidad de tomar alguna decisión respecto a su tratamiento, de manera libre y autónoma.

limitando su sentir y participación activa en el proceso. En segundo lugar, para la institución y el personal que la atiende, puede ser un factor favorable en principio, ya que les permite acelerar el proceso, que, de realizarse de manera natural, eventualmente podría tornarse prolongado, poco conveniente y económicamente desfavorable en cuanto al uso de salas y disposición de personal. Es importante recordar que existen situaciones clínicas que permiten recurrir a la inducción al parto, pero esta debe realizarse cuando clínicamente sea necesaria, especialmente en casos de ruptura de las membranas antes del parto, gestaciones que exceden las semanas proyectadas o por complicaciones tanto para la madre como para su hijo (Sarmiento, 2017).

Sin embargo, es preciso manifestar que esta práctica no puede ser ejecutada con base en el facilismo o por disminución del tiempo y del presupuesto, porque los tiempos no pueden ser medidos o determinados por reglas técnicas o empíricas del médico o la institución. La fecha del nacimiento no puede estar determinada por el personal médico basándose en el desgaste económico de la institución, porque se estaría mecanizando este proceso que claramente es natural y tiene su propio ritmo o tiempo (Sarmiento, 2017).

En este mismo sentido, la OMS (2018), se ha manifestado en contra de la instrumentalización del parto, “un aumento sustancial en la aplicación de una variedad de prácticas médicas para iniciar, acelerar, finalizar, regular o monitorear el proceso fisiológico del parto” (p.1), recomendando no acelerar el parto de manera innecesaria. Además de la no ejecución natural del parto, es importante recordar que durante el mismo se utiliza la oxitocina sintética. Desde que fue sintetizada, su uso ha ido en aumento, pero con el paso de los años, se han evidenciado complicaciones y efectos secundarios que suelen ser profundamente dolorosos. Esto lleva a que muchas mujeres soliciten la aplicación de otro fármaco para aliviar el dolor, como la epidural, lo que puede generar calambres y problemas que, finalmente, pueden desembocar en que las mujeres sean sometidas a cesáreas (Olza, 2012).

En este sentido, si el parto inducido en sí mismo puede ser una fuente generadora de complicaciones, cuando se realiza sin el consentimiento informado, se constituye como una grave violación de los derechos humanos, porque desconoce la humanidad y el proceso natural del parto. Además, somete a la paciente al poder obstétrico del médico, desconociendo su autonomía y libertad de determinación, siendo una reprochable forma de violencia hacia la mujer y más si tenemos en cuenta que el riesgo al que se someten las mujeres por acelerar este proceso se torna desproporcionado para el supuesto beneficio que puede obtenerse.

Además del parto inducido en las condiciones descritas anteriormente, existe otro tipo de parto que también encaja dentro de la violencia obstétrica por ser un procedimiento no consentido. Se trata de la remoción manual de la placenta que es una forma de desconocer la autonomía y autodeterminación de la mujer dentro del desarrollo y seguimiento de su trabajo de parto. Este procedimiento consiste en la extracción, por parte del profesional, de la placenta debido a que naturalmente no se realiza. En casos de placenta retenida se ejecuta este procedimiento para evitar la formación de coágulos que generan molestias y dolores, pero el procedimiento también produce fuertes dolores que requieren ser tratados con medicamentos contra el dolor (OMS, 2014).

En esta forma de violencia, se desconoce la autonomía y la posibilidad de participar activamente en el proceso de parto a la mujer o sus familiares, llevando a que el médico ejerza su poder vertical conforme a su visión, indistintamente del resultado de la aplicación de esta práctica o los beneficios. Es fundamental que sea a partir de la decisión libre e informada de la mujer y se busque siempre un consenso y reconocimiento del sentir de la madre.

La tercera forma de abuso de los tipos de violencia obstétrica, se encuentra la restricción física, que consiste en limitar a la mujer la adopción de diferentes formas o posiciones físicas durante la labor de parto. Dentro de las recomendaciones de la OMS (2019), se sugiere que

debe permitírsele a las mujeres determinar, según su criterio y basadas en su sentir, cuales son las posturas que considere necesarias para llevar a término su parto, siendo el criterio del médico únicamente orientador y no impositivo, por lo que no puede decirle a la gestante la posición en la que debe permanecer u obligarla a permanecer durante muchas horas en una misma postura. La recomendación sobre la movilidad y posición de la madre, que se encuentran específicamente en el numeral 25 durante el periodo de dilatación y la número 34 durante el periodo expulsivo, permite a la mujer tener un mejor desarrollo de su parto e incluso evita dolores posteriores. Por lo tanto, al desconocer estas recomendaciones, el personal médico incurre en un error y viola los derechos de la mujer (OMS, 2019).

Como se mencionó anteriormente, la OMS, ha sido insistente en que la labor de parto debe ser, en lo posible, una experiencia positiva para la mujer, buscando disminuir los riesgos que se presentan en el parto. Así, se pretende que la mujer vea en el parto un proceso normal, libre de temor, que tenga la tranquilidad de que su bebé nacerá sano, que el ambiente en el que dará a luz cumpla con todos los requerimientos internacionales y que quién la atiende respete su humanidad y utilice las técnicas adecuadas según la etapa del parto en la que se encuentre. Así mismo “resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y el parto para las mujeres y sus bebés a través de un enfoque holístico basado en los derechos humanos” (OMS, 2018, p. 2).

Es importante destacar que la atención centrada en la mujer durante los procesos gineco-obstétricos es el resultado de la resignificación de la mujer y la posibilidad de permitirle escoger las posturas que puede adoptar durante el parto y formar parte activa de este proceso. Para el obstetra, resulta más práctico la litotomía, comúnmente denominada "tumbarse de espalda", pero esta postura no es cómoda ni para la mujer ni para el bebé, ya que impide el descenso adecuado y que los pujos de la gestante sean menos efectivos. Diferentes estudios

manifiestan que “esta posición provoca mayor tasa de episiotomías y de partos instrumentales. Además, al estar apoyada sobre el sacro se limita el movimiento de la articulación sacroilíaca lo que hace que la pelvis no alcance su máximo diámetro” (Calais- Germain y Vives, 2015, p. 115).

Para finalizar esta revisión sobre los subtipos de violencia obstétrica por la vía del abuso, se hablará de aquellas manifestaciones verbales que buscan menoscabar la dignidad de la mujer mediante el uso de un lenguaje tendiente a burlarse, atacar o humillar. Estas expresiones crean un ambiente hostil para la mujer, generando una situación de extrema tensión donde su sexualidad, su vida y humanidad son subvaloradas y juzgadas por personas que la ven por primera vez. Todo esto se suma a la carga que lleva la mujer durante el proceso de parto, teniendo que soportar estos improperios.

En Colombia, esta forma de violencia se presenta de manera recurrente, aunque invisibilizada por la normalización de la misma, abonando el camino para que el personal médico continúe con esos ataques verbales a las embarazadas. Este es el caso de las mujeres que ven atacada su libertad de decisión sobre el número de hijos o la edad en la que deciden tenerlos. Existen expresiones como “¿ya no es muy tarde para tener hijos?”, “¿no es una persona mentalmente estable?” o “¿no piensas en traer tantos hijos al mundo?” e incluso decirle “¡tú estás loca!” que son llamados de atención que intentan encubrir bajo una apariencia de auténtica preocupación médica una vulneración de los derechos de la mujer embarazada. Adicionalmente, la forma en que el personal médico se inmiscuye en la esfera personal de la mujer es sumamente reprochable, ya que lo hacen con un tono satírico o despectivo, generando sentimientos que afectan el plan de parto que tenía la gestante (Vallana-Sala, 2019).

Muchas mujeres que sufren estos tratos los pasan por alto debido a que el bebé logra nacer, las dolencias físicas hacen que se olvide temporalmente esas agresiones verbales, o las

mujeres y familias aceptan la premisa de que los profesionales de la salud saben lo que hacen. Por ende, asumen que estas conductas hacen parte de un catálogo de situaciones que tal vez contribuyen a la labor de parto de la mujer, y por eso, “deciden quedarse calladas y esconder el dolor que sienten, sin reconocer las heridas psicológicas que estas conductas generan” (El PAÍS, 2022, p.2).

La Universidad del Rosario en Colombia, dentro de un estudio sobre la violencia obstétrica, recoge algunos testimonios interesantes sobre lo que sucede en las salas de atención a las mujeres embarazadas y que permiten entender el grado de intromisión en la vida íntima de sus pacientes, porque pese a que las mujeres intentan soportar de la mejor manera estos ataques, las secuelas pueden perdurar por un tiempo considerable. Algunas expresiones van desde decirles “es que es rico hacerlos, pero no tenerlos” o como lo relata la víctima, tener que presenciar la violación de los derechos de otras mujeres en labor de parto, cuando les dicen:

“...cállese vieja tal por cual, ya nos tiene mamados con esa gritadera, eso sí quien la manda, no haberse puesto en esas, si quiere que le demos algo entonces cállese”, incluso un médico le dijo: “¿acaso me llamó a pedirme ayuda cuando estaba haciendo al muchachito?” entonces, como yo ya había visto eso, cuando me empezó a doler mucho, pues me aguanté todo lo que podía para que me trataran bien, ¿si me entiende?” (Vallana- Sala, 2019, p.12).

En el anterior fragmento se logra evidenciar el temor y sumisión a la que se ven sometidas las mujeres respecto al poder gineco-obstétrico, llevándolas a aceptar los improperios y burlas que el personal médico les quiera hacer, como si el hecho de ser madres les suspendiera su dignidad. La OMS en esta como en las otras formas de violencia obstétrica, ha determinado que la atención a la mujer debe enmarcarse en el respeto de su confidencialidad,

integridad física y psicológica. Especialmente recomienda una comunicación afectiva, bajo el uso de métodos simples y culturalmente aceptados (OMS, 2018).

Una vez revisada la tipología basada en el abuso, existe otra cuya fuente parte de la coerción, es decir, son aquellas prácticas que buscan obligar a la mujer embarazada a realizar un procedimiento en contra de su voluntad. La Corte Constitucional, en la precitada sentencia T-357 del 19 de octubre de 2021, clasifica esta coerción en tres tipos: coerción por intervención judicial, por autoridades de bienestar infantil y aquella que surge por negación de tratamiento, manipulación de información o presión emocional. En estos tres tipos, se ve inmersas las amenazas o el ejercicio del poder vertical sobre las mujeres con la finalidad de torcer su voluntad frente a su plan de parto o los procedimientos que ella consiente.

De las anteriores, la primera de ellas tiene como finalidad buscar que la mujer se realice una cesárea, basándose en posibles consecuencias judiciales y escenarios legales en donde su libertad se vería comprometida en caso de no realizarla, para lo cual, el personal médico, mediante el uso de violencia verbal y fuertes amenazas, llevan a la mujer a tomar la decisión que los profesionales de la salud le indican. En Colombia, esta situación ocurre con la amenaza, pero en países como los Estados Unidos, se llega al punto de hacer la solicitud a un juez de manera obligatoria en protección a la vida del bebé, para que se someta a la mujer a una cesárea, aunque estas solicitudes no han tenido acogida (Fonseca- Pérez, J. 2017).

En la segunda, los profesionales de la salud profieren amenazas contra la mujer de remitir su caso a las autoridades de bienestar infantil si no acepta la realización del procedimiento o cirugía que, según ellos requiere la mujer. Esto ocurre sin que haya un diálogo entre las partes, sino una orden directa bajo la amenaza de la ocurrencia de consecuencias ante alguna entidad administrativa. Al igual que en el primer caso, esto lleva a la mujer a una situación donde ve coartada su libertad y autonomía.

La última de ellas, parte de la decisión del personal médico de no suministrar algún tratamiento o retrasar su realización hasta que la gestante no acepte algún procedimiento o cirugía que le resulta conveniente al hospital. De esta forma, se lleva a las mujeres a tener que soportar situaciones de incomodidad física o de dolor, hasta que se nubla su criterio y terminan aceptando la voluntad institucional o médica. Estas tres formas permiten dimensionar el poder que puede llegar a ejercer la institución sobre su paciente, llevándola a aceptar las condiciones y momentos que imponen los profesionales.

Para finalizar este recorrido sobre la tipología o clasificación hecha por la Corte Constitucional, es menester revisar aquellas prácticas que tienen como punto de partida la falta de respeto, pero aquellas en las cuales la mujer es totalmente ignorada, en donde se le impone la obligación de soportar dolores por encima de su sentir y de su umbral de dolor. En esta situación, la mujer siente que no cumple el rol esperado por los profesionales, quienes le hacen ver su incapacidad para sortear las situaciones comunes en estos procedimientos, dejándolas sin respuestas a las preguntas que tienen sobre las etapas o medicamentos que se les suministran, llevándolas a pensar que su sentir no es el adecuado para la situación que viven. Por ende, esto se constituye en una violencia cuyo silencio lastima a la mujer e invade de sentimientos de dudas y temor, afectando su posterior vínculo con el bebé (Corte Constitucional, 2021).

Las anteriores conductas resultan fuertemente reprochables, especialmente por su carácter eludible, siendo el operador médico el que lleva a la mujer a una experiencia negativa sobre su parto y a una sobreexposición de eventos dolorosos, con secuelas que perduran más allá de la labor de parto. Esto tiene como consecuencia la vulneración de múltiples derechos, algunos destacados por la corte:

“Son varios los derechos humanos que resultan vulnerados con estas conductas: el derecho a la integridad personal, el derecho a la privacidad e intimidad, el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, el derecho de acceso a la información, el derecho al consentimiento libre e informado y los derechos sexuales y reproductivos” (Corte Constitucional, 2021, p.24).

En este punto, reconocemos claramente que los derechos de las mujeres embarazadas no solo deben ser protegidos, sino atendidos plenamente por el personal médico. La visión emanada de un poder obstétrico vertical, que no dialoga ni ve a la mujer como una parte con voz y decisión sobre su proceso de embarazo, debe ser superada. Es necesario revisar hasta qué punto la legislación colombiana permite que la labor de parto no solo sea dirigida por un profesional de la salud, sino hasta dónde pueden ser atendidas por otros profesionales o a través de métodos alternativos a la medicina occidental. Asimismo, se debe revisar qué proyectos de ley se han presentado en este sentido y qué postura han tenido las altas cortes y tribunales internacionales al respecto.

Asimismo, es necesario revisar la responsabilidad de estos posibles participantes en la labor de parto y hasta qué límite debe responder la medicina tradicional según su participación en esta. Para ello, lo primero que debe destacarse es que el parto históricamente fue un proceso acompañado principalmente por mujeres, cuyos orígenes datan de hace más de 40.000 años. En aquellos tiempos, mujeres apoyaban a otras en su labor de parto, aunque los riesgos eran muy altos debido a las condiciones de asepsia. Así, se utilizaban raíces para inducir el parto en las mujeres. Posteriormente, este proceso fue tecnificándose y llegó a convertirse en una profesión supervisada por los hombres. Las parteras o comadronas, como se las conoce, eran mujeres analfabetas que compartían sus profundos conocimientos sobre el cuerpo de la mujer

y realizaban los procedimientos necesarios para que la mujer diera a luz (Confederación Internacional de Partería, 2023).

Posteriormente, la medicina comenzó a recoger estas técnicas e implementar las primeras cirugías para lograr que los bebés llegaran a término, lo que conllevó a la exclusión gradual de las comadronas o parteras de este proceso. Esta evolución ha generado una medicalización del proceso de parto, donde el entorno, si bien cumple con muchas de las cualidades físicas para la realización de este procedimiento, pareciera carente del acompañamiento real a la mujer. Por ello, es necesario reconocer estos procesos en Colombia y hasta dónde estas tradiciones aún perduran.

En Colombia, el uso de parteras en los procesos de nacimiento nunca ha estado oficialmente sometido a regulaciones, pero siempre ha habido mujeres cuyos partos son atendidos por estas matronas. Esto ocurre en mayor medida debido a la falta de cobertura en salud, lo que ha impedido que las eventualidades en la gestación, parto y puerperio sean atendidas por la medicina institucionalizada. Pese a los esfuerzos de estas mujeres que apoyan el proceso de parto, en los lugares donde se realiza a través de matronas, la incidencia de casos de comorbilidad es mayor, según las estadísticas, la incidencia de partos asistidos a través de matronas fue inferior al 1% (DANE, 2021).

Figura 3.*Nacimientos en Colombia según persona que atendió el parto.*

INFORMACIÓN PARA TODOS

Porcentaje de nacimientos, según persona que atendió el parto
Total nacional. Años completos 2015-2020pr y año corrido 2021pr

Año	Médico	Enfermero(a)	Auxiliar de Enfermería	Promotor(a) de salud	Partera	Otra persona	Sin información
2015	98,9%	0,1%	0,1%	0,0%	0,6%	0,3%	0,0%
2016	99,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,6%	0,3%	0,0%
2017	98,9%	0,1%	0,1%	0,0%	0,6%	0,3%	0,0%
2018	98,4%	0,1%	0,1%	0,0%	0,9%	0,6%	0,0%
2019	98,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,9%	0,4%	0,0%
2020pr	98,4%	0,1%	0,1%	0,0%	0,9%	0,5%	0,0%
2021pr	98,6%	0,1%	0,1%	0,0%	0,7%	0,4%	0,0%

Nota: La figura muestra porcentaje de nacimientos, según persona que atendió el parto entre los años 2015 y 2020 y lo corrido del 2021. Fuente: DANE (2021, p.52).

Lo anterior lleva a concluir que en Colombia más del 98% de los partos son atendidos por la medicina institucional o medicalizada, aunque esta cifra varía drásticamente según el lugar en el que sea analizado, porque en departamentos como el Cauca o el Chocó las cifras muestran que las parteras aún ejercen un papel destacado en el acompañamiento a las mujeres embarazadas.

Figura 4.

Porcentaje de nacimientos atendidos por parteras, según departamento de residencia de la madre.

Departamento	2015	2016	2017	2018	2019	2020pr	2021pr
Antioquia	2,8%	1,8%	2,2%	1,8%	1,7%	2,5%	2,9%
Atlántico	0,4%	0,3%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Bogotá	1,4%	1,8%	1,2%	0,6%	0,5%	0,2%	0,4%
Bolívar	1,0%	1,0%	0,9%	1,0%	0,7%	1,2%	1,3%
Boyacá	0,5%	0,5%	0,6%	0,5%	0,3%	0,4%	0,9%
Caldas	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,3%	0,4%
Caquetá	8,5%	6,6%	5,5%	3,6%	2,7%	2,3%	3,0%
Cauca	13,5%	21,6%	24,3%	16,7%	16,8%	24,6%	38,7%
Cesar	1,7%	0,9%	0,5%	2,1%	9,6%	5,1%	1,1%
Córdoba	2,7%	3,6%	3,1%	2,2%	2,3%	3,7%	2,2%
Cundinamarca	0,2%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
Chocó	8,3%	5,2%	5,7%	26,0%	23,1%	9,5%	2,5%
Huila	3,9%	4,4%	3,7%	2,5%	2,2%	2,7%	1,9%
La Guajira	4,8%	7,1%	6,6%	4,5%	5,2%	4,3%	8,0%
Magdalena	0,4%	0,5%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%
Mérida	0,0%	1,2%	2,6%	5,1%	4,5%	5,2%	2,4%

Nota: La figura muestra estadísticas de nacimientos atendidos por parteras según departamento de residencia de la madre en los años comprendidos entre 2015 y 2020 y lo corrido del 2021.

Fuente: DANE (2021, p.53).

En el departamento del Cauca en diferentes años, la participación de las parteras en el proceso de alumbramiento alcanzó porcentajes superiores al 20%, al igual que en el departamento del Chocó, lo que confirma que en regiones en las que el sistema de salud no presta de manera adecuada su servicio, las mujeres gestantes tienen como única opción el apoyo de estas matronas, situación que preocupa porque las mismas no reciben capacitación ni cuentan con el apoyo del Estado.

En este mismo sentido, se destaca la sentencia T-128 del 2022, proferida por la Corte Constitucional, en la que se analizó una tutela presentada por la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico y una asociación de parteras del departamento del Chocó, en contra del Ministerio de Salud, la Secretaría de Salud, Protección y Bienestar del Chocó y Valle del Cauca, por la

vulneración del derecho a la igualdad, a la no discriminación y a la protección de la diversidad cultural y étnica de la nación. En esta sentencia se destaca el recorrido y los saberes ancestrales que son aplicados en la asistencia de las mujeres embarazadas de la región.

A través de la medicina tradicional, estas parteras suplieron las carencias institucionales en la región, donde la medicina moderna no hace presencia o es muy precaria. Ellas continuaron prestando sus servicios incluso durante la emergencia sanitaria por la pandemia del COVID-19, aun cuando el Estado no les suministró el apoyo necesario para proteger sus vidas en el ejercicio de esta labor. Además, se genera una discriminación hacia su cosmovisión que, según la corte, debe ser respetada desde el principio de diversidad étnica y cultural como se cita a continuación:

“El principio de diversidad étnica y cultural consiste en el respeto y reconocimiento de cualquier expresión cultural de todos los colectivos étnicos que componen la Nación. De esta forma, tales colectivos ejercen y materializan sus derechos fundamentales de acuerdo con su cosmovisión propia, sus costumbres y su cultura. Tal protección implica para el Estado un deber de proteger tal diversidad y de velar porque toda comunidad étnica pueda vivir su cultura en paz” (Corte Constitucional, 2022, p.1).

También, la Corte recuerda que Colombia tiene ratificada una serie de instrumentos internacionales como lo es el convenio 169 de 1989, que busca el reconocimiento y la protección de la identidad social y cultural de los pueblos. Además, en su articulado entrega una serie de pautas a los estados firmantes sobre la forma de integrar el sistema de salud tradicional con el medicalizado, permitiendo que se desarrollen sus prácticas, pero partiendo siempre del acompañamiento y capacitación de aquellas personas que se encuentran en el sector salud, es por ello que este alto tribunal impone que:

“El Estado tiene el deber de garantizar a las comunidades étnicas el derecho a la salud y su prestación efectiva. Esto debe hacerse respetando las creencias y tradiciones culturales de cada comunidad, así como sus prácticas curativas tradicionales, las cuales deben vincularse de manera armónica con los servicios de salud externos o no ancestrales” (Corte Constitucional, 2022, p.18).

Como se analizaba anteriormente, las cifras del DANE son claras en cuanto a la incidencia que tienen las parteras en estas comunidades, principalmente en la afrodescendiente, por lo que la Corte considera que la partería en estas regiones tiene que ser considerada como un saber ancestral y patrimonio cultural, ya que esta práctica alberga conocimientos profundos sobre la salud, las plantas medicinales y un sinnúmero de tradiciones orales que enriquecen y fortalecen a estas comunidades.

La Corte también resalta, en la precitada sentencia, que la partería no sólo está presente en las comunidades afrodescendientes, sino que también forma parte de las tradiciones de comunidades indígenas e incluso en personas que no se reconocen como parte de alguna etnia. Es por esto que la Corte considera que debe lucharse contra los riesgos a los que están expuestas estas prácticas, tales como la falta de reconocimiento a su actividad y la pobreza en la que se encuentran las parteras. Además, la violencia que las afecta, que incluso lleva a desplazarlas, ya que algunas son reclutadas por grupos al margen de la ley para que cumplan, entre otras cosas, la labor de asistir los partos de mujeres pertenecientes a esos grupos.

La constitución y la ley amparan el ejercicio de estas mujeres, según la Ley 1164 de (2007), que reconoce el ejercicio de las culturas medicas tradicionales y habilita su ejercicio simplemente con el aval de la comunidad, sin requerir ninguna autorización.

Esto se debe a la exequibilidad condicionada de la ley, según lo establecido en la Sentencia C-942 de 2009. El ejercicio de esta profesión debe ampararse y, sobre todo, es deber

del Estado velar por que las mujeres que ejercen esta labor cuenten con los elementos físicos y la capacitación necesaria que les permita realizar su trabajo de la mejor manera posible, para así preservar sus tradiciones y cosmovisión.

Es así, que la Corte en su parte resolutive conmina al Ministerio de Salud a que integre a las parteras al Sistema General de Seguridad Social de Salud, pero que la misma debe realizarse de una forma específica, teniendo en cuenta lo siguiente:

“La integración debe darse respetando dos obligaciones, una positiva y una negativa. La obligación positiva, consiste en integrar a las parteras al Sistema General de Seguridad Social en Salud con el objetivo de que tengan los mismos derechos, beneficios y obligaciones de quienes ya hacen parte de él, sin perjuicio de los límites que el Ministerio del ramo defina. La obligación negativa implica que el Ministerio de Salud y Protección Social se abstenga de imponer a las parteras requisitos de educación o formación que se asemejen a la medicina alopática para permitir su integración al Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Corte Constitucional, 2022, p. 12).

La Corte también enfatiza que este debe ser un proceso de complementariedad, donde se armonicen las diferentes formas de hacer medicina, especialmente la obstétrica, basándose en el respeto a las tradiciones. Por ende, no se puede imponer ni quitar del procedimiento las plantas o medicinas tradicionales utilizadas en dicho proceso. Se reconoce que la medicina tradicional es una forma válida de atención, por lo que se deberá cuantificar y reconocer el número de parteras existentes en Colombia, y se debe generar un vínculo con ellas, ya que, pese a que no cuentan con espacios institucionales, suplen funciones que el Estado no alcanza a cubrir. Además, contrarrestan la medicalización del parto y lo enriquecen con una perspectiva más humana. Esto ha llevado a que en otras legislaciones regionales se destaque y dignifique su labor, como en el caso de Guatemala, que mediante su Política Nacional de Comadronas de

los Cuatro Pueblos de Guatemala 2015-2025, otorga a las comadronas el reconocimiento de especialistas en temas obstétricos (Corte Constitucional, 2022).

Además, se menciona que en países como Brasil se ha reconocido la incapacidad del Estado para atender a las mujeres embarazadas en regiones apartadas, reconociendo la labor de las parteras para este proceso que se consagra en su política nacional de salud. Esto también sucede en Chile, Perú.

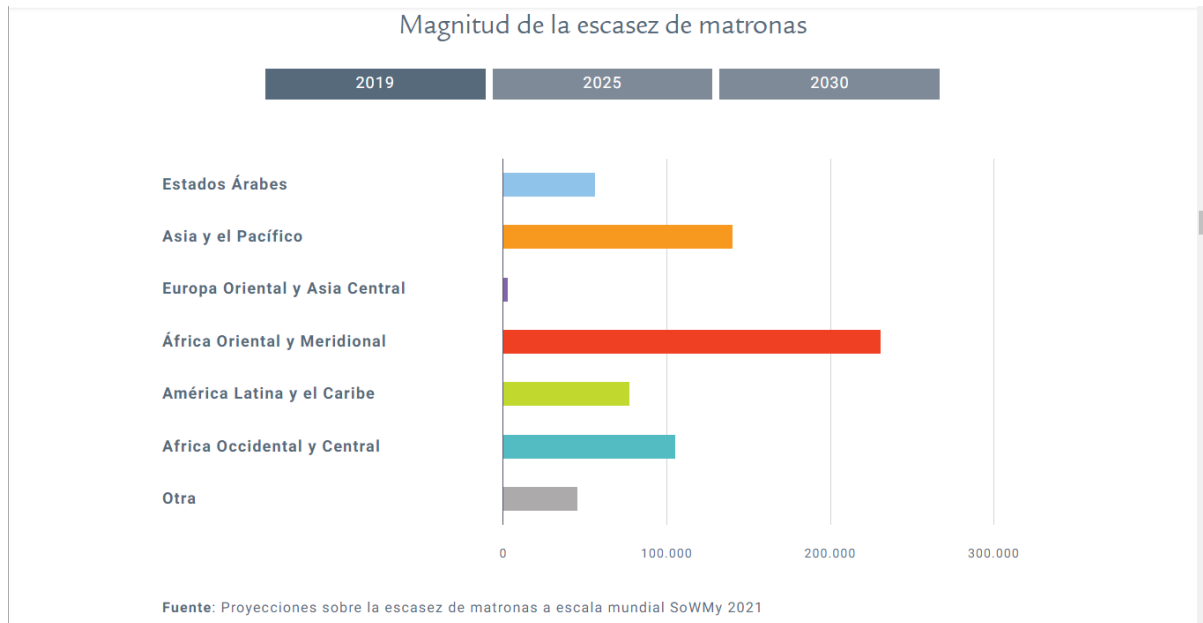
Abrir la posibilidad de que las matronas o parteras ejerzan esta labor permite que la mujer decida sobre quién y cómo participa en su parto. Como se mencionaba, es necesario transformar las relaciones médico-paciente, dejar que esta sea guiada por el respeto y la autonomía. Las mujeres deben tener la libertad de elegir dónde desean que nazca su hijo y contar con asistencia que se vincule con ellas en el proceso, ofreciéndoles un acompañamiento personalizado y libre del pragmatismo hospitalario. Las mujeres que establecen una conexión inmediata con los recién nacidos experimentan diversos aspectos positivos.

En los países en los que el ejercicio de las parteras se encuentra regulado e incluso profesionalizado, se ha visto una mejoría en las estadísticas. Así como en Colombia, en el mundo existe una crisis de matronas que suplen las condiciones que la institucionalidad no puede cumplir, tal y como lo evidencia la siguiente figura:

Figura 5.

Proyección de la escasez de matronas en el mundo en los periodos 2019, 2025 y 2030.

Nota: La figura muestra las proyecciones desde el año 2019 hasta el 2030 sobre la escasez de



matronas a escala mundial. Fuente: Fondo de población de las Naciones Unidas (2021).

Por lo tanto, es fundamental seguir profundizando en estos temas, ya que, al mejorar las condiciones de las parteras, tanto en su educación como en su sustento, podremos impulsar el desarrollo de estas regiones y brindarle acceso a una atención de salud digna. Esto empoderará a la comunidad y a las mujeres, quienes recibirán el reconocimiento institucional que merecen. El fortalecimiento de estas asociaciones permitirá que se nutran mutuamente y su impacto en las regiones aumente progresivamente, lo que podría contribuir a reducir las prácticas constitutivas de violencia obstétrica. En efecto, las parteras ofrecen una atención personalizada y humanizada que enriquece el cuidado de las pacientes.

Capítulo 3. Mecanismos de Protección a la Mujer Contra la Violencia Obstétrica

La violencia obstétrica se manifiesta a través de diversas conductas y situaciones, por lo que es crucial reconocer las posibles acciones que las mujeres pueden tomar para denunciar procedimientos violatorios y establecer una ruta de atención una vez se haya configurado la vulneración. Además, es importante mencionar referencias a posibles entidades o programas que contribuyan a erradicar este tipo de violencia en la sociedad colombiana.

Para llevar a cabo esta tarea, es imprescindible establecer que la protección a la mujer embarazada y en general, a la mujer, tiene una doble instancia, una de carácter local y otra proveniente de organismos supranacionales, que influyen en la normatividad local y demarcan en muchos casos las rutas que deben cumplir los países que han ratificado estos instrumentos. Por tanto, es necesario revisar las principales fuentes de protección de la mujer para identificar en qué medida se protege frente a la violencia obstétrica (López, 2002.)

Partiendo de la existencia de un sistema de derechos humanos que propende por la protección de todos los individuos, sin importar su sexo, parecería suficiente para abarcar las distintas situaciones y actores que se encuentran inmersos en una violación a estos derechos. Sin embargo, a finales del siglo pasado, se vio la necesidad de crear instrumentos específicos para la protección de las mujeres, ya que, si bien estos aportaban a la protección de ellas, era indispensable:

“(…) promover la idea de dotar de perspectiva de género al concepto de “derechos humanos”. En concreto, se reivindica la necesidad de que respecto a la discriminación y a la violencia que sufren las mujeres se articulen mecanismos específicos de protección. Se identificó en estos dos temas, discriminación y violencia, los ejes en los que había que profundizar en el enfoque de género” (López, 2002, p.3).

La necesidad de protección de las mujeres frente a la violencia de género se ve reflejada en la reconocida Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer [CEDAW]⁹ (1979), junto con su protocolo facultativo, dan muestra del reconocimiento de la comunidad internacional sobre la violencia que sufría la mujer. Es en ese contexto donde instrumentos como la Declaración de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1993 y la ya mencionada Convención Belem do Pará permiten concretar la violencia contra la mujer en un tipo específico, cuyos lineamientos ofrecen al sistema interamericano de derechos humanos un sustento argumentativo y jurídico para sus decisiones.

La Comisión Interamericana de Derechos humanos [CIDH] juega un papel fundamental en la protección de los derechos de las mujeres, incluyendo en sus diferentes informes, la multiplicidad de acciones que violentan sus derechos. Pero, respecto a los derechos de las mujeres embarazadas, específicamente frente a la violencia obstétrica, se ha establecido que esta debe ser considerada como una violencia institucional, porque “...consiste en actos y omisiones por parte de los servidores o proveedores de salud, reproduciéndose de manera naturalizada y automática en sus rutinas de trabajo” (Centro de derechos reproductivos, 2021, p.3).

El mecanismo de seguimiento de la Convención Belem Do Pará (MESECVI), además de rechazar este tipo de violencia, ha determinado una serie de pautas que deben seguir los estados para que el proceso del parto se realice de la manera más natural posible, teniendo en cuenta la implicación frente a aspectos como la medicalización del parto, la falta de un consentimiento informado, entre otros. Por este motivo, El Comité de La CEDAW, ha

⁹ Convención conocida por sus siglas en inglés, aprobada el 18 de diciembre de 1979 y que entró en vigor el 3 de septiembre de 1981.

proferido pronunciamientos condenando a algunos países por este hecho¹⁰, al incurrir en el incumplimiento de las recomendaciones internacionales sobre el trato a las mujeres embarazadas e inclusive aquellas que se encuentran privadas de la libertad.

Adicionalmente, sumado al papel que ha jugado la OMS con sus recomendaciones y directrices respecto a las mujeres embarazadas, ha permitido a la CIDH, juzgar estos actos y enmarcarlos como producto de:

“... 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” (CIDH, 2019, p.92).

La CIDH, enfatiza la necesidad de implementar en los Estados, no únicamente la violencia obstétrica como forma de violencia contra la mujer, sino que se deben establecer mecanismos adicionales de denuncia y emplear campañas de concientización que permitan la obtención de herramientas de protección a las mujeres y que generen una apropiación y participación activa de la mujer durante su proceso de embarazo. Esto mediante la consolidación de una política que permita a las mujeres acceder a una justicia efectiva y oportuna (CIDH, 2019).

¹⁰ Cor (2023). La Corte declara responsable por violencia obstétrica a Argentina en el caso *Brítez Arce y otros Vs. Argentina*, por la violación de múltiples derechos en la atención de la mujer embarazada que la llevó hasta su fallecimiento. https://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp_02_2023.pdf

En el ámbito nacional, respecto a los mecanismos de protección de la mujer embarazada, debemos precisar que en Colombia existe un Sistema Obligatorio de Garantía en Salud [SOGCS], que entre sus funciones está la de velar por el funcionamiento adecuado de las Entidades Prestadoras de Salud [EPS]. Las EPS tienen la obligación de recoger las quejas y reclamos que presenten las pacientes sobre el trato prestado por los profesionales de la salud que las atienden y por ende, la primera ruta en caso de suceder algún indicio de violencia obstétrica sería presentar la queja ante la misma entidad que prestó el servicio, aunque la discusión sobre su eficacia requeriría necesariamente un análisis más profundo. De esta forma, si se canaliza de manera oportuna la queja o inconformidad de la mujer embarazada durante su atención, se lograría garantizar la no concreción de la violación o sus efectos.

Situación diferente ocurre cuando nos encontramos en los terrenos de la materialización del acto o procedimiento violatorio de los derechos de la mujer. En este caso, la queja solo serviría para temas internos de la entidad y medidas administrativas a las que haya lugar. Sin embargo, para la indemnización de la mujer, sería necesario acudir a las instancias judiciales. Si un servidor público es el sujeto activo de la violencia obstétrica, la responsabilidad de la entidad pública deberá ser realizada dentro de un proceso administrativo, a través del medio de control de reparación directa por falla en el servicio. En este proceso, el juzgador deberá fallar teniendo en cuenta la perspectiva de género y haciendo hincapié en la revisión de una posible violencia obstétrica.

En caso contrario, se aplicaría esta última. Por lo tanto, sería procedente la acción de repetición, siempre y cuando se cumplan los requisitos de haber una condena o acuerdo en donde se le imponga una obligación a la entidad, se haya realizado el pago por parte de la entidad, que haya sido en ejercicio de una función pública y que la conducta sea dolosa o gravemente culposa por parte del funcionario. De esta manera, el funcionario estaría obligado

a devolver una suma con la finalidad de proteger el patrimonio de la entidad y mantener la moralidad administrativa. Además, se busca generar en los funcionarios públicos la necesidad de ejercer sus funciones de manera correcta, particularmente el personal médico, incentivándolos a mantenerse actualizados sobre los protocolos y procedimientos vigentes, evitando extralimitaciones u omisiones y garantizando así la ejecución correcta de sus funciones.

Para que el Estado lleve a cabo esta acción, cuenta con un plazo de 2 años si nos encontramos en terrenos de la legislación anterior, mientras que, con la nueva legislación, el plazo sería de 5 años para su ejecución desde el día siguiente a su pago o desde el vencimiento del plazo con el que contaba la administración. Con esto se enfatiza el mensaje a los funcionarios públicos de nuestro país para que realicen adecuadamente sus funciones, teniendo en cuenta que sus procedimientos inadecuados, producto de una mala praxis, pueden conllevar una enorme afectación a su patrimonio personal.

En terreno de la violencia obstétrica el ejercicio del poder obstétrico vertical y distorsionado, que desconoce el sentir de la madre y cuyo principio parte de la medicalización innecesaria, es el que puede generar una afectación grave a los derechos humanos de la mujer en embarazo, siendo el medio de control en fase judicial, la forma de endilgar la responsabilidad patrimonial al Estado y como enunciábamos eventualmente al funcionario de fallarse en su contra, sin desconocer que la entidad en uso de su facultad de anticipación al resultado puede llegar a actas de conciliación o acuerdos, que para el funcionario si se cumplen los preceptos de la repetición el resultado sería el mismo, patrimonialmente hablando. En este sentido, queda abierta la discusión de si, en vez de ser atacado en un proceso de repetición, sería conveniente para la entidad o para el funcionario acudir preferiblemente a la figura contenida en el artículo 19 de la ley 678 de 2001, modificado por el artículo 44 de la ley 2195

de 2022, es decir, el llamamiento en garantía. Este aspecto resulta interesante en temas de defensa jurídica del estado, así como para la defensa de la madre que posiblemente es afectada por este tipo de violencia.

Retomando una perspectiva alejada de los estrados judiciales y enfocada más en la prevención de la configuración de posibles procedimientos erróneos, es necesario destacar que la mujer embarazada cuenta con redes de apoyo durante el embarazo, como programas del gobierno que intentan hacer visible estas prácticas y procedimientos contrarios a la praxis médica. Algunos de estos programas son liderados por el ICBF, que apuestan por la capacitación de la mujer en todo el proceso del embarazo, aportándole recomendaciones y especialmente informándole sobre sus derechos y el papel importante que juegan dentro de nuestra legislación, particularmente desde la misma constitución. Existen modalidades de atención basadas en el apoyo y fortalecimiento familiar, que contribuyen a empoderar a la mujer y brindarle el respaldo necesario durante el proceso de gestación.

Asimismo, existen programas especializados para las adolescentes embarazadas, entendiendo que este tipo de embarazo es una de las problemáticas que más aqueja a nuestro país. Algunos de estos embarazos son producto de la violencia sexual, las condiciones socioeconómicas de las gestantes e incluso están asociados a sus bajos niveles de educación. Por ello, el Estado ha creado programas en conformidad con lo establecido en la ley 1098 de 2006. Estos programas se basan en cuatro tipos de apoyos que se pueden brindar a las madres o gestantes. El primero de ellos es el apoyo psicosocial, seguido de internados de media jornada, jornada completa o una casa hogar, dependiendo de la amenaza o grado de vulneración de sus derechos (ICBF, 2021).

En relación a lo anterior, cabe resaltar la necesidad de una capacitación permanente y actualizada en obstetricia, así como en los procedimientos y prácticas recomendadas por

organismos internacionales y por las normas técnicas del orden nacional. La formación profesional en estos temas es crucial para alejarnos de las cifras que hemos analizado. Por ende, resulta prioritario orientar esta capacitación hacia la neutralización de prejuicios discriminatorios. Estos prejuicios no solo están relacionados con temas de género, sino que lamentablemente también se entrelazan con aspectos de raza, edad o clase, lo que lleva a que las mujeres tengan una experiencia negativa respecto de su parto.

Es necesario fortalecer las estructuras ya existentes e incluso implementar la Ley 2281 de 2023 que crea el Ministerio de la Igualdad y Equidad. Estas acciones abren nuevas oportunidades para visibilizar esta problemática y prevenir la configuración de prácticas vulneradoras de los derechos humanos de las mujeres. Además, podrían convertirse en un punto de recepción y canalización de aquellas situaciones que perpetúan el poder obstétrico del personal médico. Así se generaría una transformación de una relación vertical a una de carácter horizontal, respetando la autonomía de las mujeres y alcanzando así la igualdad y equidad tan necesarias.

Con estas acciones, es probable que el Estado Colombiano fortalezca la lucha contra la violencia obstétrica mediante la creación de unidades administrativas adscritas o vinculadas al orden nacional. Estas políticas públicas serían fundamentales para alcanzar la equidad de género y abordar temas como la violencia obstétrica. Además, en el ámbito territorial, se podría implementar la creación de secretarías que asistan a las mujeres embarazadas en el proceso de reivindicación de sus derechos, brindándoles así una mayor protección contra posibles actos violatorios de los derechos humanos.

Lo anterior se encuentra sustentado en el artículo 5 del acto de creación de este ministerio, en el que se establece su ámbito de aplicación y se resalta su principal objetivo de apoyar a los grupos minoritarios y aquellos históricamente excluidos. Este ministerio se enfoca

en el empoderamiento de las mujeres y las niñas, incorporando un enfoque de género que contribuye significativamente a la transformación de nuestro país hacia uno más justo y equitativo.

Conclusiones

Con la expedición de la Ley 2244 de 2022, se regula en Colombia el parto digno y se enriquece la sociedad con herramientas para exigir condiciones mínimas en los procedimientos necesarios para el embarazo, parto y posparto. Esta ley acentúa la protección de la mujer frente a situaciones de abuso y vulneración de sus derechos, garantizando el desmonte progresivo de prácticas que transgreden la dignidad de la mujer y que, lamentablemente, habían sido aceptadas como algo normal por parte de las mujeres embarazadas. Esto generaba problemas en su salud física y mental, que en algunos casos se prolongaban en el tiempo.

Existe una marcada tendencia desde la jurisprudencia hacia el reconocimiento de la violencia obstétrica, tanto por parte de la Corte Constitucional como del Consejo de Estado. A través de fallos de tutela, se han revisado situaciones que violan los derechos de las mujeres embarazadas, lo que ha llevado a que se emitan sentencias que ordenan a otras especialidades, en particular a los jueces administrativos, que se aborden los casos de fallas en el servicio cometidas por profesionales de la salud desde una perspectiva de género. Se busca que se preste especial atención a las condiciones en las que se enmarca la violencia de género.

Es fundamental que el Estado Colombiano continúe fortaleciendo las rutas de atención para las mujeres embarazadas, designando personal cuya finalidad sea reconocer posibles abusos del poder vertical u obstétrico ejercido por el personal de salud, e identificar la tipología de la violencia obstétrica. Se debe orientar a la mujer en cada uno de los pasos para evitar o indemnizar posibles daños, asegurándose de que no haya cabida para la revictimización. Desde

la recepción de la queja, la mujer debe sentir el acompañamiento y la orientación que la oriente hasta las instancias judiciales, en caso de ser necesario.

Además, el Estado debe propender por una mayor exigencia en la capacitación que las entidades de salud brindan a su personal sobre la violencia obstétrica. Es apremiante enfatizar en la parte preventiva, asegurando que cada recomendación de organismos internacionales en la materia o fallos de las altas cortes sea conocida y, en lo posible, acogida de manera inmediata en el quehacer médico. De esta manera, se logrará transformar prácticas contrarias a la dignidad y la autonomía de la mujer en estado de embarazo.

Referencias Bibliográficas

- Ardila, F. (2009). *La responsabilidad internacional del Estado por actos de particulares: análisis jurisprudencial iberoamericano*.
<https://www.corteidh.or.cr/tablas/r26724.pdf>
- Agencia de la ONU para los refugiados. [ACNUR]. (2018). *Política de ACNUR sobre Edad, Género y Diversidad*. https://www.acnur.org/prot/prot_agd/61e21d464/politica-de-acnur-sobre-edad-genero-y-diversidad.html
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169. <https://doi.org/10.15517/c.a..v11i1.14238>
- Barona, R. (2016). *Responsabilidad médica y hospitalaria*. Bogotá D. C.: Leyer.
- Belli, L. (2013). *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*.
<https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2-BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
- Burgo, C. (2003). *Litotomía en el parto: una práctica cuestionable*. Clip-m. N°1. Buenos Aires.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6560206&orden=0&info=link>

- Blair Trujillo, E. (2009). Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. *Política y cultura*, (32), 9-33
https://www.researchgate.net/publication/41392769_Aproximacion_teorica_al_concepto_de_violencia_Avatares_de_una_definicion
- Camcaro, M., Serrano, M., Cabrera, E., Ramos, M., & Naranjo, M. (2019). Voces de mujeres que denuncian la violencia obstétrica: revisión manual uterina como rutina. *Revista Inclusiones*, 14-35. <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/1796>
- Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Soto-Lara, M., Rodríguez-Vásquez, G., Pérez-Villalobos, J., & Martínez-Torres, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 64(1), 39-48.
<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
- Centro De Derechos Reproductivos. (2020). *Violencia reproductiva*
https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/Violencia-reproductiva-en-el-conflicto-armado-colombiano_Reporte-1.pdf
- Centro de Derechos Reproductivos. (2021). *Solicitud de Opinión Consultiva presentada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en relación con “Aproximaciones al Trato Diferenciado a Personas Privadas de la Libertad”*. Corte Interamericana de Derechos Humanos https://www.corteidh.or.cr/sitios/observaciones/OC-29/34_Centro_DR.pdf
- Comisión interamericana de derechos human [CIDH]. (2011). *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*.
<https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/ACCESO%20INFORMACION%20MUJERES.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH]. (2017). *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas*

<http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/mujeresindigenas.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH]. (2019). *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes. Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe*. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>

Confederación internacional de partería. (2023). *Historia de la partería*.

<https://www.internationalmidwives.org/es/noticias/historia-de-la-parter%C3%ADa.html>

Congreso de la República. (1981). *Ley 23 de 1981. Por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica. 18 de febrero de 1981. D.O. N° 35.711*

https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-103905_archivo_pdf.pdf

Congreso de la República. (2001). *Ley 678 de 2001. Por medio de la cual se reglamenta la determinación de responsabilidad patrimonial de los agentes del Estado a través del ejercicio de la acción de repetición o de llamamiento en garantía con fines de repetición. 04 de agosto del 2001. D.O. N° 44.509.*

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0678_2001.html

Congreso de la República. (2006). *Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. 08 de noviembre del 2006. D.O. N° 46.446 y 46453*

<https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>

Congreso de la República. (2007). *Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. 04 de octubre del 2007. D.O. N° 46.771*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf

Congreso de la República. (2008). *Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres. 04 de diciembre de 2008. D.O. 47.193*

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1257_2008.html

Congreso de la República. (2015). *Ley 1761 de 2015. Por la cual se crea el tipo penal de feminicidio como delito autónomo y se dictan otras disposiciones. (Rosa Elvira Cely). 06 de julio de 2015. D.O. N° 49.565*

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1761_2015.html

Congreso de la República. (2022). *Ley 2195 de 2022. Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones. 18 de enero del 2022. D.O. N° 51.921*

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2195_2022.html

Congreso de la República. (2022). *Ley 2244 de 2022. Ley de Parto Digno Respetado y Humanizado. 11 de julio del 2022. D.O. No. 52.092.*

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2244_2022.html

Congreso de la República. (2023). *Ley 2281 de 20223. Por medio de la cual se crea el Ministerio de Igualdad y Equidad y se dictan otras disposiciones. 04 de enero de 2023. D.O. N° 52.267.*

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=132697&dt=S>

Consejo de Estado. (1990). *Sala de lo contencioso Administrativo. Sentencia de 24 de octubre d 1990, P. 5902.*

https://www.redjurista.com/Documents/consejo_de_estado_seccion_tercera_e_no_n_5902_de_1990.aspx#/

Consejo de Estado. (1990) *Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 28 de junio de 1994, Exp. 6806, CP. Carlos Betancur Jaramillo*

https://jurinfo.jep.gov.co/normograma/compilacion/docs/EX_08839.htm

Consejo de Estado. (1992). *Sala de lo Contencioso Administrativo, sección tercera, 30 de julio de 1992, Expediente. 6897*

http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focosalud/docs/eje_3_consejo_de_estado/2_respmedica/ce-sec3-exp1992-n6897.pdf

Consejo de Estado. (1992). *Sala de lo Contencioso Administrativo, del 24 de agosto de 1992, expediente 6754.* <https://consejodeestado.gov.co/buscador-de-jurisprudencia2/>

Consejo de Estado. (2004) *Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, sentencia 7 de diciembre de 2004, exp: 14.767, C.P. Stella Conto Díaz del Castillo.* <https://www.consejodeestado.gov.co/wp-content/uploads/2018/05/15001233100020070069401.pdf>

Consejo de Estado. (2006). *Sala Plena de la Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006. Expediente: 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.*

[https://consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/19001-23-31-000-1997-03715-01\(19360\).pdf](https://consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/19001-23-31-000-1997-03715-01(19360).pdf)

Consejo de Estado. (2011). *Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera.*

Sentencia del 27 de abril de 2011. Expediente: 209996, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo. [https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/biblioteca/libros/2022/providencias/85_19001-23-31-000-1996-09007-01\(20996\).pdf](https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/biblioteca/libros/2022/providencias/85_19001-23-31-000-1996-09007-01(20996).pdf)

Consejo de Estado. (2012) *Sala Plena de la Sección Tercera, sentencia de 19 de abril de 2012. Expediente: 21515, C.P. Hernán Andrade Rincón.*

<http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/242/19001-23-33-000-2017-00068-01.pdf>

Corte Constitucional. (2009). *Sentencia C -942 de 2009 (M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; 16 de diciembre del 2009).*

<https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2009/C-942-09.htm>

Corte Constitucional. (2014). *Sentencia T -878 de 2014 (M.P. Jorge Iván Palacio Palacio; 18 de noviembre de 2014)*

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-878-14.htm>

Corte Constitucional. (2016). *Sentencia T -303 de 2016 (M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; 15 de junio de 2016)*

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-303-16.htm#:~:text=CONSENTIMIENTO%20INFORMADO%2DAlcance&text=As%C3%AD%2C%20este%20derecho%20consiste%20en,vida%20y%20la%20integridad%20personal.>

Corte Constitucional. (2021). *Sentencia T -357 de 2021 (M.P. Cristina Pardo Schlesinger; 19 de octubre de 2021)*

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/T-357-21.htm#:~:text=Este%20Tribunal%20ha%20determinado%20que,fundamentales%20de%20la%20parte%20actora%E2%80%9D.>

Corte Constitucional. (2022). *Sentencia T -128 de 2022 (M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado; 18 de abril del 2022)*

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-128-22.htm>

Corte Constitucional. (2022). *Sentencia SU -048 de 2022 M.P. Cristina Pardo Schlesinger; 16 de febrero del 2022.*

[https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/SU048-22.htm#:~:text=Sentencia%20de%20primera%20instancia%20\(Reparaci%C3%B3n%20directa\)&text=Seg%C3%BAAn%20indic%C3%B3%2C%20de%20conformidad%20con,de%20falla%20del%20servicio%20m%C3%A9dico.](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/SU048-22.htm#:~:text=Sentencia%20de%20primera%20instancia%20(Reparaci%C3%B3n%20directa)&text=Seg%C3%BAAn%20indic%C3%B3%2C%20de%20conformidad%20con,de%20falla%20del%20servicio%20m%C3%A9dico.)

Departamento Nacional de Estadística [DANE]. (2021). *Estadísticas Vitales – EEVV*

https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/pre_estadisticasvitales_IItrim_2021pr.pdf

Departamento Nacional de Estadística [DANE]. (2022) *Boletín Técnico Estadísticas Vitales*

https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitales_nacimientos_IIItrim_2021pr.pdf

Díaz García, L. I., & Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de derecho (Valparaíso)*, (51), 123-143. <https://doi.org/10.4067/s0718-68512018005000301>

El País. (21 de marzo de 2022). Violencia obstétrica: el maltrato que ocurre de forma 'invisible' en las salas de parto de Colombia. *EL PAÍS*. Recuperado de

<https://www.elpais.com.co/colombia/violencia-obstetrica-el-maltrato-que-ocurre-de-forma-invisible-en-las-salas-de-parto-de.html>

El país. (7 de marzo de 2022). Caso Rosa Elvira Cely Colombia. *EL PAÍS*. Recuperado de

<https://elpais.com/internacional/2022-03-07/rosa-elvira-cely-colombia.html>

EL TIEMPO. (03 de Julio de 2022). Comer placenta tras el parto: ¿beneficioso o peligroso?

Esto dicen expertos. *EL TIEMPO*. Recuperado de

<https://www.eltiempo.com/salud/placenta-comerla-despues-del-parto-trae-beneficios-o-es-peligroso-683988>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). *El estado de las parteras, Partería 2021*. <https://www.unfpa.org/es/sowmy>

Figuerola, Y. & Yáñez, F. (2020). Imputación objetiva en la responsabilidad penal medica en Colombia; elevación del riesgo permitido [Tesis de especialización]. Universidad Libre.

<https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/20384/ARTICULO%20RESPONSABILIDAD%20PENAL%20MEDICA%20.pdf?sequence=1>

Fiscalía General de la Nación. (2022). *Informe de gestión: fiscalía general de La Nación*.

<https://www.fiscalia.gov.co/colombia/wp-content/uploads/Informe-de-Gestion-2021-2022.pdf>

Fonseca-Pérez, J. E. (2017). Cesárea por solicitud materna (CPSM). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(1), 7-11. <https://doi.org/10.18597/rcog.2985>

Güecha, C. (2012). *La falla en el servicio: una imputación tradicional de responsabilidad del estado*.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4278453.pdf>

Guerra, Y. (2020). *Responsabilidad del Estado por falla médica*.

<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/27717/Capitulo3responsabilidad2020carolinablanco.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Herrera Gómez, A. (2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index de enfermería*, 22(1-2), 79-82. [https://dx.doi.org/10.4321/S1132-](https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100017)

[12962013000100017](https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100017)

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF]. (2019). *Violencia obstétrica, ¿cómo identificarla y qué hacer si eres víctima?*

<https://www.icbf.gov.co/ser-papas/que-es-la-violencia-obstetrica-y-que-hacer-si-eres-victima>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF]. (2021). *Madres gestantes y lactantes.*

[https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/proteccion/madres-gestantes-y-lactantes#:~:text=El%20objetivo%20fundamental%20del%20programa,complementaria\)%2C%20con%20derechos%20inobservados%2C](https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/proteccion/madres-gestantes-y-lactantes#:~:text=El%20objetivo%20fundamental%20del%20programa,complementaria)%2C%20con%20derechos%20inobservados%2C)

Jojoa-Tobar, E., Cuchumbe-Sánchez, Y. D., Ledesma-Rengifo, J. B., Muñoz-Mosquera, M. C., Campo, A. M. P., & Suarez-Bravo, J. P. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 135-146. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>

López, L. (2002). *Mecanismos de protección de los derechos humanos de las mujeres en el sistema interamericana. Revista IIDH.* <https://www.corteidh.or.cr/tablas/R06835-3.pdf>

Martinez- Calcerrada, L. (1986). *Derecho médico. Vol. III. Jurisprudencia médica.* Editorial Tecnos, Madrid- España.

Medina, C. N. G. (2012). La falla en el servicio: una imputación tradicional de responsabilidad del Estado. *Prolegómenos*, 15(29), 95-109. <https://doi.org/10.18359/prole.2371>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2009). *Guía para garantizar la atención segura del binomio madre-hijo.*

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar la atenci%C3%B3n segura al binomio madre hijo.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20atenci%C3%B3n%20segura%20al%20binomio%20madre%20hijo.pdf)

Muñoz-Henríquez, M., & Pardo-Torres, M. P. (2016). Significado das práticas de cuidado cultural em gestantes adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Aquichan*, 16(1), 43-55. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.1.6>

Naciones Unidas. (2005). *Violencia contra la mujer: panorama estadístico, desafíos y lagunas en la recopilación de datos, y metodología y enfoques para superarlos.*

<https://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-stat-2005/docs/final-report-vaw-stats-spanish.pdf>

Naciones Unidas. (2019). *Informe temático presentado por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer.*

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10562.pdf>

OEA. (1994). *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Convención de Belém do Pará. Belem do Pará, Brasil*

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

Olza, I. (2012). *El parto es nuestro- Administración de oxitocina.* Recuperado de

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/administracion-de-oxitocina-sintetica#:~:text=Efectos%20colaterales%20de%20la%20oxitocina%20sint%C3%A9tica>

[ica&text=Mayor%20frecuencia%20de%20taquisistol%C3%ADa%20\(m%C3%A1s, Mayor%20riesgo%20de%20sufrimiento%20fetal.](#)

Organización Panamericana de Salud [OPS]. (2015). *Salud materna.*

<https://www.paho.org/es/temas/saludmaterna#:~:text=Entre%201990%20y%202015%2C%20la%20mortalidad%20materna%20en%20todo%20el,por%20cada%20100.000%20nacidos%20vivos.>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf?sequence=1v

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto*

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf;jsessionid=D0259B6D9ADCEA83D049905ED0F8D594?sequence=1

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar.*

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Estimaciones de la prevalencia de la violencia contra las mujeres.*

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización de Naciones Unidas [ONU]. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993.*

<https://www.refworld.org/es/docid/50ac921e2.html>

Organización de Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujeres [ONU MUJERES]. (2021). *Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas.*

<https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

Organización de Naciones Unidas [ONU]. (2021). *Violencia de género: Cinco mujeres son asesinadas cada hora por alguien de su propia familia*

<https://news.un.org/es/story/2022/11/1517077#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20estudio,sus%20parejas%20u%20otros%20familiares.>

Organización de Naciones Unidas [ONU]. (2022). *El contacto inmediato “piel con piel”, una oportunidad para los bebés prematuros.*

<https://news.un.org/es/story/2022/11/1516902>

Poggy, Francesca. (2018). *Sobre el concepto de violencia de género y su relevancia para el derecho.* <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r6522.pdf>

Reynaldo, M. (2016). Tipología de las investigaciones jurídicas. *Derecho y cambio social*, 13(43), 10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5456267>

Reuters, (2007). *Cesáreas por elección duplican el riesgo de muerte: estudio*. Recuperado de

<https://www.reuters.com/article/internacional-salud-nacimientos-cesareas-idLTAN3141841420071031>

Romero-Pérez, J. E. (2014). Apuntes sobre la mala praxis médica. *Revista de Ciencias Jurídicas*, (135).

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/juridicas/article/view/21540/21790>

Rubio-Romero (2018). La episiotomía en mujeres nulíparas: ¿un hábito difícil de dejar?. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69(2), 86.

<https://doi.org/10.18597/rcog.3211>

Ruiz-Acosta, G. J., Organista-Gabriel, H., López-Avenida, R. A., Cortaza-Ramírez, L., & Vinalay-Carrillo, I. (2017). Prevalencia de Depresión en embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel. *Revista Salud y Administración*, 4(12), 25-30.

<https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/11>

SEMANA. (08 de marzo de 2023). En lo que va del 2023, han ocurrido 28 casos de feminicidio en Colombia: Procuraduría. *Revista Semana*.

<https://www.semana.com/nacion/articulo/en-lo-que-va-del-2023-han-ocurrido-28-casos-de-feminicidio-en-colombia-procuraduria/202327/>

Sarmiento A. (14 de diciembre de 2017). Cesárea y autonomía médica. Universidad de los Andes. *Universidad de los Andes*.

<https://uniandes.edu.co/es/noticias/educacion/cuando-acudir-a-la-cesarea-se-abusa-de-esta-en-colombia>

Sedano, L. M., Sedano, M. C., & Sedano, M. R. (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 866-873.

[https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70632-7](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70632-7)

Sisma Mujer. (2023). *Áreas de trabajo*. <https://www.sismamujer.org/areas-de-trabajo/>

Thierer, J. (30 de marzo de 2016). Medicina en la Antigua Grecia: de los dioses a Hipócrates.

Sociedad Argentina de Cardiología. <https://www.sac.org.ar/historia-de-la-cardiologia/medicina-en-la-antigua-grecia-de-los-dioses-a-hipocrates/>

Universidad Pontificia Javeriana, (2021). *Parir dignamente en Colombia: una necesidad*

<https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/parir-dignamente>

Usunáriz, J. M. (1999). Nacer en el Antiguo Régimen: el ritual del parto en la Europa

Occidental. *Memoria y civilización*, 2, 329-337. <https://doi.org/10.15581/001.2.33905>

Vallana Sala MSc, V. V. (2019). " Es rico hacerlos, pero no tenerlos": análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista ciencias de la*

salud, 17(SPE), 128-144.

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>

Villamil, M. M., Angarita de Botero, M. D. P., & Chilatra Guzmán, C. I. (2020). Atención

humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad

hospitalaria de salud. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (38), 180-195.

<http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38376>