

# Violencia obstétrica. Salud reproductiva

## Corte IDH. *Caso Brítez Arce y otros Vs. Argentina*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. Serie C No. 474

*Por Carmen Cecilia Martínez<sup>1</sup>*

---

### 1. Introducción

El caso que aquí comento se trata del primero en el cual, dentro de su función contenciosa,<sup>2</sup> la Corte IDH contempla y define a la violencia obstétrica como una forma de violencia de género.

En su decisión, el Tribunal señaló que el Estado argentino es responsable internacionalmente por la violación de los derechos a la vida, a la integridad personal y a la salud, en relación con lo dispuesto en el artículo 1.1 de la CADH en perjuicio de Cristina Brítez Arce.

Asimismo, estableció que Argentina es responsable internacionalmente por la violación de los derechos a las garantías judiciales y a la protección judicial en relación con el artículo 1.1 de la CADH y el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará en perjuicio de la hija e hijo de la Sra. Brítez Arce. De igual modo, respecto de estos últimos, el Estado fue declarado responsable por la violación de sus derechos a la integridad personal, a la protección de la familia y a los derechos de la niñez de la CADH.

1 Abogada (Universidad Yacambú). Máster en Derecho (UP). Directora Asociada de Estrategias Legales del Programa para América Latina y el Caribe del Centro de Derechos Reproductivos.

2 Antes lo hizo en el marco de su función consultiva. Conf. Corte IDH. *Enfoques Diferenciados respecto de Determinados Grupos de Personas Privadas de la Libertad*. Opinión Consultiva OC-29/22 de 30 de mayo de 2022. Serie A No. 29.

En el presente artículo profundizaré sobre el avance jurisprudencial que produjo la Corte IDH en el caso, al establecer que los Estados tienen la obligación de prevenir, sancionar y abstenerse de practicar violencia obstétrica, así como de velar porque sus agentes actúen en consecuencia.<sup>3</sup>

Seguidamente contemplaré algunas reflexiones sobre la oportunidad que tuvo la Corte IDH de analizar los hechos del caso a la luz de los artículos 11.2 (vida privada) y 13.1 (información) de la CADH. En efecto, un análisis a la luz de estos artículos le hubiese permitido un mejor encuadre del tipo de violaciones a la CADH que involucra la violencia obstétrica.

## 2. Hechos del caso

La Sra. Brítez Arce era una mujer de origen paraguayo, quien al momento de los hechos tenía 38 años, un hijo y una hija adolescentes. Falleció el 1 de junio de 1992 en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, luego de intentar recibir atención médica accesible y de calidad a lo largo de su último embarazo, inclusive luego de ser diagnosticada con feto muerto cuando tenía más de 40 semanas de gestación.<sup>4</sup>

Su muerte se produjo por un paro cardiorrespiratorio, luego de que personal de salud tomara la decisión de: a) inducirle un parto; b) mantenerla en trabajo de parto por más de tres horas, y al menos dos de ellas sentada en una silla; y c) trasladarla a una sala de partos. Pasaron más de ocho horas entre que llegó al hospital y fue trasladada a la sala de partos.

Para tomar estas decisiones, el personal sanitario no le brindó información a la Sra. Brítez Arce sobre su estado de salud, ni sobre las posibles alternativas o tratamientos a seguir, lo que le causó un cuadro de estrés, ansiedad y angustia.<sup>5</sup> Tampoco tomó en cuenta el riesgo de mortalidad y morbilidad materna que enfrentaba la Sra. Brítez Arce, tanto por su antecedente de hipertensión, como por encontrarse con un cuadro de preeclampsia.<sup>6</sup>

Adicionalmente, durante el transcurso de su embarazo la Sra. Brítez Arce no obtuvo el tratamiento médico especializado que requería en función de los factores de riesgo señalados en su historia clínica, no le fue suministrada información sobre el riesgo de padecer preeclampsia y sus implicaciones, y no se le dieron recomendaciones de cuidado para prevenir o tratar el cuadro de hipertensión.

3 Corte IDH. *Caso Brítez Arce y otros Vs. Argentina*, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. Serie C No. 474, párr. 77.

4 *Idem*, nota 3, párr. 27.

5 *Idem*, nota 3, párr. 83.

6 *Idem*, nota 3, párrs. 37, 48 y 82. De acuerdo con el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, “[a]lrededor del 80% de los fallecimientos derivados de la maternidad en todo el mundo obedecen a complicaciones obstétricas, principalmente [...] preeclampsia y eclampsia [...]”. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, UN Doc. A/61/338, 13 de septiembre de 2006, párr. 7.

Tras su fallecimiento, una enfermera se encargó de dar la noticia a su hijo e hija. A partir de su muerte, se emprendieron acciones judiciales en el ámbito local sin conseguir resultados favorables. Transcurrieron más de treinta años entre la muerte de la Sra. Brítez Arce y que sus familiares obtuvieran una sentencia por parte de la Corte IDH.<sup>7</sup>

### 3. Análisis del caso

En el presente apartado señalaré, en primer lugar, que la Corte IDH conservó y fortaleció la línea jurisprudencial sobre la especial protección de las que son sujetas las personas embarazadas. En segundo lugar, profundizaré sobre la importancia de que se haya reconocido a la violencia obstétrica como una forma de violencia basada en género prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención Belém do Pará. En tercer lugar, expondré una reflexión sobre la oportunidad que tuvo la Corte IDH de analizar el caso concreto a la luz de los artículos 11.2 y 13.1 de la CADH. Por último, elaboraré un breve análisis sobre los estereotipos de género que considero operaron en el caso.

#### 3.1. Las personas embarazadas son sujetas de especial protección

La Corte IDH ha reconocido la protección especial que los Estados deben proveer durante el embarazo<sup>8</sup> y ha establecido que existen obligaciones concretas en atención a las específicas vulnerabilidades a las que se enfrentan las mujeres y personas gestantes durante el embarazo, el parto y el posparto.<sup>9</sup>

Por ejemplo, en “Comunidad Indígena Xákmok Kásek” estableció que los Estados tienen obligación de brindar servicios adecuados y establecer controles prenatales, durante el nacimiento y posparto con el fin de prevenir la mortalidad y la morbilidad materna.<sup>10</sup>

En “Comunidad Indígena Sawhoyamaxa” señaló que los Estados deben adoptar medidas especiales y acceso a adecuados servicios médicos para proteger a las embarazadas, “en especial durante la gestación, el parto y el período de lactancia”.<sup>11</sup>

7 La petición del caso fue presentada ante la CIDH el 20 de abril de 2001. El informe de admisibilidad fue aprobado el 28 de julio de 2015 y el informe de fondo el 6 de diciembre de 2019. El sometimiento del caso ante la Corte IDH se realizó el 25 de febrero de 2021.

8 Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 233

9 *Idem*, nota 2, párr. 131.

10 *Idem*, nota 8, párrs. 231-233. El Tribunal valoró que, dentro de las diversas muertes que habían ocurrido en el caso, se encontraba el fallecimiento de una mujer indígena embarazada por razones asociadas a la falta de atención médica y a la situación de pobreza.

11 Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa Vs. Paraguay*. Sentencia de 29 de marzo de 2006. Serie C No. 146, párr. 177. En otro caso contra Paraguay ordenó al Estado el suministro de atención médica a todas las personas de la comunidad, y especialmente a las mujeres embarazadas, mientras la Comunidad permanecía fuera de sus tierras. Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 17 de junio de 2005. Serie C No. 125, párr. 221.

Además, en “Manuela y otros”<sup>12</sup> expresó que las personas gestantes tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en la atención obstétrica y, en general, en los servicios de salud reproductiva sin ser objeto de discriminación o violencia.<sup>13</sup>

En la sentencia del caso “Brítez Arce”, la Corte IDH reiteró que el cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar el derecho a la salud debe dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginalizados.<sup>14</sup> Así, estableció que “durante o inmediatamente después del parto o de una cesárea las mujeres se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad”,<sup>15</sup> destacando que, en el caso concreto, la Sra. Brítez Arce “se encontraba en una situación de especial vulnerabilidad por encontrarse embarazada lo que imponía deberes especiales en cabeza del Estado”.<sup>16</sup>

Bajo este marco, el Tribunal reafirmó que los Estados tienen la obligación de proporcionar servicios de salud adecuados, especializados y diferenciados durante el embarazo, parto y en un período razonable después del parto, atendiendo la situación de particular vulnerabilidad que implica el embarazo para garantizar el derecho a la salud de la persona gestante y, entre otras cuestiones, prevenir la mortalidad y morbilidad materna. Lo contrario puede conllevar a la responsabilidad internacional de los Estados por la violación de los derechos a la salud, a la integridad y, eventualmente, el derecho a la vida.

### 3.2. Violencia obstétrica

Antes de que la Corte IDH, en el marco de su función contenciosa y consultiva, definiera a la violencia obstétrica, ya lo habían hecho otros órganos y mecanismos internacionales y regionales de derechos humanos como la CIDH,<sup>17</sup> el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI),<sup>18</sup> la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias,<sup>19</sup>

12 Manuela era una mujer madre cabeza de familia, que vivía en una zona rural, en situación de pobreza, y que padecía un cáncer linfático. Cuando se encontraba en el último trimestre de su tercer embarazo enfrentó un conjunto de emergencias obstétricas. En lugar de recibir la atención obstétrica de urgencia que necesitaba, el personal médico que la atendió quebrantó el secreto profesional y activó el sistema penal que, en últimas, la condenó a treinta años de prisión. Véase más en [https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2021/03/Factsheet-MANUELA\\_v2.pdf](https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2021/03/Factsheet-MANUELA_v2.pdf)

13 Conf. Corte IDH. *Caso Manuela y otros Vs. El Salvador*. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C N° 441, párr. 252.

14 *Idem*, nota 3, párr. 61; y *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 118.

15 *Idem*, nota 3, párr. 56.

16 *Ibidem*.

17 CIDH (2019). *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233, párr. 181; y CIDH (2017). *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 44/17, párr. 80.

18 MESECVI (2015). *Segundo Informe de seguimiento a la Implementación de Recomendaciones del Comité de Expertas del MESECVI*, pp. 45 y 46; MESECVI (2012). *Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará*, p. 39.

19 AG (2019). Informe de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*, A/74/137.

y la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental,<sup>20</sup> entre otros.

Por otra parte, tanto en el caso *S. F. M.*<sup>21</sup> como en *N. A. E.*<sup>22</sup> y *M. D. C. P.*,<sup>23</sup> el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer acogió la definición de violencia obstétrica desarrollada por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias de Naciones Unidas, considerándola como “aquella que ocurre durante la atención del parto en los centros de salud, afirmando que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático, o arraigado en los sistemas de salud”.<sup>24</sup>

En el último año, la Corte IDH ha avanzado acogiendo el concepto de violencia obstétrica y estableciendo obligaciones a los Estados para prevenirla y repararla.<sup>25</sup> Como ha sido mencionado, en su Opinión Consultiva OC-29/22, en el marco del enfoque diferencial que corresponde respecto a las personas privadas de la libertad, definió a la violencia obstétrica como aquella que “se ejerce contra las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y después del parto”,<sup>26</sup> al tiempo que determinó que constituye una forma de violencia basada en el género contraria a la Convención de Belém do Pará, lo que conlleva a la obligación de los Estados de prevenir y abstenerse de incurrir en actos constitutivos de violencia de género durante el acceso a servicios de salud reproductiva, incluyendo el trabajo de parto.<sup>27</sup>

En “Brítez Arce”, por primera vez dentro de su función contenciosa, la Corte IDH acoge el concepto de violencia obstétrica, definiéndola como:

[u]na forma de violencia basada en el género prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención Belém do Pará, ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritariamente, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto.<sup>28</sup>

20 Consejo de Derechos Humanos (2022). Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng. *La violencia y su impacto en el derecho a la salud*, A/HRC/50/28, párr. 44. La Relatora Especial sostuvo que constituyen violencia obstétrica “las vejaciones y la violencia contra las mujeres durante el embarazo, el parto en establecimientos sanitarios y el posparto cometidas por profesionales de la medicina y por el personal de partería, enfermería y otras personas integrantes del personal hospitalario”.

21 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *S. F. M. c. España*, Comunicación No. 138/2018, CEDAW/C/75/D/138/2018, 28 de febrero de 2020.

22 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *N. A. E. c. España*, Comunicación No. 149/2019, CEDAW/C/82/D/149/2019, 27 de junio de 2022.

23 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *M. D. C. P. c. España*, Comunicación No. 154/2020, CEDAW/C/84/D/154/2020, 24 de febrero de 2023.

24 *Idem*, nota 23, párrs. 7.8 y 7.9; nota 22, párr. 15.5; y nota 21, párrs. 7.5 y 7.6.

25 *Idem*, nota 2, párr. 162.

26 *Idem*, nota 2, párr. 160.

27 *Idem*, nota 2, párr. 160, y nota 3, párr. 77.

28 *Idem*, nota 3, párr. 81.

De este modo, la Corte IDH integra en una definición omnicompreensiva los diversos desarrollos del Sistema de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, estableciendo una de las definiciones jurídicas más completas en la materia.

En el caso en concreto, analizó la violación del derecho a la salud, considerando “en simultaneidad” las violaciones de los derechos a la vida e integridad de la Sra. Brítez Arce y su “relación con actos constitutivos de violencia obstétrica”.<sup>29</sup>

Para ello, evaluó los hechos del caso en el marco de la atención del embarazo, el trabajo de parto, el parto y posparto. Si bien la Corte IDH fue clara en señalar que no está llamada a establecer si “el curso de acción definido por los médicos fue el adecuado”,<sup>30</sup> con base en el expediente y las pruebas ofrecidas en el proceso interamericano, sí analizó que la decisión de someter a la Sra. Brítez Arce a trabajo de parto, sin brindarle información sobre las opciones e implicaciones de tratamiento que tenía, y dejándole en espera por más de dos horas en una silla mientras se llevaba a cabo el procedimiento, le ocasionó una

situación de estrés, ansiedad y angustia, que sumada a la especial vulnerabilidad en que se encontraba, implicaron un trato deshumanizado y la denegación de información completa sobre su estado de salud y alternativas de tratamiento, lo que constituye violencia obstétrica.<sup>31</sup>

El desarrollo jurisprudencial logrado por la Corte IDH al acoger el concepto de violencia obstétrica, junto con el análisis que se realiza en el caso concreto, son de profunda relevancia tanto para combatir la violencia de género en el ámbito de la atención de salud obstétrica, como para el fortalecimiento y avance de las obligaciones estatales para asegurar los servicios y derechos reproductivos y, en particular, la autonomía de las personas gestantes.

En efecto, la decisión de la Corte IDH ilustra la forma en que el ejercicio de la autonomía reproductiva exige tomar en serio las obligaciones de prevención de la violencia obstétrica a través de tratos humanizados y del suministro oportuno de información que, como se verá a continuación, es fundamental para que las personas puedan tomar decisiones autónomas en el marco de sus procesos reproductivos.

### 3.3. Información, vida privada y autonomía reproductiva

En el presente apartado haré una breve reflexión sobre la oportunidad que existía en el caso para analizar la violación de los artículos 11.2 y 13.1 de la CADH.<sup>32</sup>

---

29 *Idem*, nota 3, párr. 57.

30 *Idem*, nota 3, párr. 83.

31 *Idem*, nota 3, párr. 85.

32 Parte de estos desarrollos los hemos presentado ante la Corte IDH desde el Centro de Derechos Reproductivos, en calidad de *amicus curiae*, en los casos *Brítez Arce* y *Rodríguez Pacheco*.

Seleccioné el análisis de estos dos derechos dado que “Brítez Arce” es un caso testigo, en el cual, a partir de la denegación y la falta de información, junto con la aplicación de estereotipos de género, operó la anulación de la autonomía en el ámbito de la salud reproductiva. Sin embargo, ello no quiere decir que no existan otros desarrollos igualmente relevantes.

En “I. V.” la Corte IDH estableció que “una mujer que no tiene conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos puede ser propensa a adoptar una actitud menos asertiva respecto a sus derechos”<sup>33</sup> y que esto puede conllevar a que se “deposite mayor confianza en el criterio de su médico, o que profesionales de la salud adopten una posición paternalista respecto a su paciente”.<sup>34</sup>

En este mismo sentido, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias ha sostenido que profesionales de la salud ostentan “el poder del conocimiento médico acreditado y el privilegio social de la competencia médica reconocida, mientras que las mujeres dependen básicamente de la información y la atención del centro de salud”.<sup>35</sup>

En “Brítez Arce” la Corte IDH recuerda que el derecho a la salud durante el embarazo, parto y posparto debe satisfacer los elementos esenciales de dicho derecho: disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad.<sup>36</sup> En este marco, estimó pertinente, a la luz del caso concreto, referirse de forma específica al componente de accesibilidad de la información<sup>37</sup> como aquel dentro del cual se encuentra comprendido el deber de

[i]nformar plenamente a las personas embarazadas, en período de posparto y en período de lactancia sobre su condición médica y asegurar el acceso a información precisa y oportuna sobre salud reproductiva y materna durante todas las etapas del embarazo, la cual deber estar basada en evidencia científica, emitirse sin sesgos, libre de estereotipos y discriminación, incluyendo el plan de parto ante la institución de salud que asistirá el nacimiento y el derecho al contacto materno-filial.<sup>38</sup>

En este sentido, estableció que la falta de información sobre los tratamientos y sus implicaciones, junto con el trato deshumanizado que recibió la Sra. Brítez Arce, constituyeron violaciones a su salud, integridad y vida. Sin embargo, el Tribunal no contempló en el caso un análisis de la violación de los derechos contemplados en los artículos 13.1 y 11.2 de la CADH, desmarcándose de lo dicho previamente en “I. V.” sobre el rol que pueden tener ambos derechos para analizar este tipo de temas vinculados a la salud reproductiva.

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

34 *Idem*, nota 33.

35 *Idem*, nota 19, párr. 49.

36 *Idem*, nota 3, párr. 72.

37 *Idem*, nota 3, párr. 73.

38 *Idem*, nota 3, párr. 46.

En el referido caso el Tribunal había señalado que el artículo 13 de la CADH consagra el derecho a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, lo cual protege el derecho de acceso a la información, incluyendo información relacionada con la salud sexual y reproductiva.<sup>39</sup> Asimismo, determinó la existencia de una conexión entre la integridad con la autonomía personal y la libertad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo y la salud, lo que exige

[p]or un lado, que el Estado asegure y respete decisiones y elecciones hechas de forma libre y responsable y, por el otro, que se garantice el acceso a la información relevante para que las personas estén en condiciones de tomar decisiones informadas sobre el curso de acción respecto a su cuerpo y salud de acuerdo a su propio plan de existencia.<sup>40</sup>

Adicionalmente, la Corte IDH también ha dicho que

[e]l personal de salud no debe esperar a que el paciente solicite información o haga preguntas relativas a su salud, para que esta sea entregada. La obligación del Estado de suministrar información de oficio, conocida como la obligación de transparencia activa, impone el deber a los Estados de suministrar información que resulte necesaria para que las personas puedan ejercer otros derechos, lo cual es particularmente relevante en materia de atención a la salud, ya que ello contribuye a la accesibilidad a los servicios de salud y a que las personas puedan tomar decisiones libres, bien informadas, de forma plena.<sup>41</sup>

En relación con la vida privada, la Corte IDH ha establecido que existe una conexión entre la vida privada, la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad personal, las cuales, a su vez, se hallan también directa e inmediatamente vinculadas con la atención de la salud.<sup>42</sup> En efecto, ha destacado la “intrínseca vinculación entre los derechos a la vida privada y a la integridad personal con la salud humana”<sup>43</sup> y ha considerado que “la efectividad del ejercicio del derecho a la vida privada es decisiva para la posibilidad de ejercer la autonomía personal”.<sup>44</sup>

Por su parte, el TEDH ha considerado que “las cuestiones relacionadas con el parto están fundamentalmente vinculadas a la vida privada de la mujer y entran en el ámbito de ese concepto a los efectos del artículo 8 [vida privada] del CEDH”,<sup>45</sup> pues, en su criterio, “[d]ar a luz es un momento único y

39 *Idem*, nota 33, párr. 155.

40 *Idem*, nota 39.

41 *Idem*, nota 33, párr. 156.

42 *Idem*, nota 33, párr. 157; y *Caso Artavia Murillo y otros (“Fecundación in vitro”) Vs. Costa Rica*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012. Serie C No. 257, párr. 147.

43 Corte IDH. *Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 23 de agosto de 2018, párr. 161; y nota 33, párr. 154.

44 *Idem*, nota 42, párr. 143; y nota 33, párr. 152.

45 TEDH. *Case of Dubska and Krejzová v. The Czech Republic*. Application no. 28859/11 and 28473/12, Court (Grand Chamber), 15 de noviembre de 2016, párr. 163; *Case of Pojatina v. Croatia*. Application no. 18568/12, Court (First Section), 4 de febrero de 2019. párr. 44; y *Case of Kosaitė-Čypienė and others v. Lithuania*. Application no. 69489/12, Court (Second Section), 4 de junio de 2019, párr. 90.



delicado en la vida de una mujer. Abarca cuestiones relacionadas con su integridad física y moral, la atención médica, la salud reproductiva y la protección de la información relacionada con la salud” y “[e]stas cuestiones, incluida la elección del lugar de nacimiento, están, por lo tanto, fundamentalmente ligados a la vida privada de la mujer y caen en el ámbito de ese concepto a los efectos del artículo 8 del Convenio”.<sup>46</sup>

En el caso argentino, la Corte IDH verificó que la Sra. Brítez Arce presentó varios factores que no fueron atendidos por el sistema de salud y sobre los cuales tampoco se le brindó información sobre qué tratamientos tomar y sus posibles alcances. Entre los factores se encontraron: al menos un antecedente de presión arterial alta en un embarazo anterior y presión arterial de 130/90 en uno de sus controles prenatales. Asimismo, al momento que llegó al hospital y se confirmó un diagnóstico de muerte fetal, no se le brindó información completa sobre sus alternativas e implicaciones lo que, según un peritaje presentado en el caso y valorado por la Corte IDH en su sentencia, generó “una situación de estrés, ansiedad y angustia” que expuso a la Sra. Brítez Arce a “un riesgo que *a posteriori* se transformó en daño, la muerte”.<sup>47</sup>

Por lo tanto, si bien hay una diferencia con los hechos de “I. V.”, en “Brítez Arce” la Corte IDH tuvo la oportunidad de hacer un análisis a la luz de los artículos 13.1 y 11.2 de la CADH, estimando que Argentina debió garantizar el acceso a la información en salud reproductiva, cumpliendo con la obligación de transparencia activa, en el marco de la atención obstétrica de la Sra. Brítez Arce, lo que hubiese contribuido a que esta conociese información completa que se relacionaba con aspectos de su vida privada, y pudiera tomar decisiones libres, responsables y autónomas en el marco de su embarazo, trabajo de parto, y parto.

### 3.4. Estereotipos de género

Cabe destacar que los hechos que enfrentó la Sra. Brítez Arce se encuentran atados a la existencia y aplicación de estereotipos de género que no fueron visibilizados en la narrativa jurisprudencial desarrollada por la Corte IDH. Durante su último embarazo, la Sra. Brítez Arce no fue vista como sujeta de derechos y, por tanto, agente de su propia capacidad reproductiva y cuidado de salud.

En otros casos, la Corte IDH ha advertido que los estereotipos de género negativos o perjudiciales pueden impactar y afectar el acceso a la información de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva.<sup>48</sup> También ha reconocido que la libertad y autonomía de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva ha sido históricamente limitada, restringida o anulada con base en dichos estereotipos.<sup>49</sup>

---

46 *Idem*, nota 45, párr. 163.

47 *Idem*, nota 3, párr. 83.

48 *Idem*, nota 33, párr. 187.

49 *Idem*, nota 13, párr. 252; y nota 33, párr. 143.

Los hechos del caso concreto permiten afirmar que operó el estereotipo según el cual las gestantes “son identificadas como seres vulnerables e incapaces de tomar decisiones confiables o consistentes”,<sup>50</sup> y que la aplicación de este estereotipo llevó a que profesionales de salud no le brindaran información completa, precisa y oportuna a la Sra. Brítez Arce sobre su estado y los tratamientos a seguir. Información que era necesaria para que ella pudiera tomar decisiones a favor de su bienestar y salud.

Otro estereotipo que no fue estimado, y que se puede verificar en los hechos del caso, es aquel a partir del cual se asume que las mujeres, “al ser vistas como el ente reproductivo por excelencia”,<sup>51</sup> deben sacrificarse por el máximo fin de la reproducción: la gestación. En el caso concreto, al desaparecer la gestación (con la confirmación de la muerte fetal), puede valorarse que se asumió que la Sra. Brítez Arce no “salvaguardó o se sacrificó” por el cuidado del embarazo, generándose entonces la despriorización de su atención.

Por último, vale la pena resaltar que no se evaluó en el caso si el origen de la Sra. Brítez Arce impactó en el trato o la atención que recibió. Si bien es cierto que ello no fue alegado o probado durante el litigio del caso, resulta necesario que en la valoración de futuros casos de violencia obstétrica pueda aplicarse un análisis interseccional que identifique y visibilice la confluencia de factores que intervienen en el entramado de violencia institucional y de género que ocasiona la violencia obstétrica, incluyendo situaciones de migración o de origen nacional.

## 4. Conclusión

La sentencia del *Caso Brítez Arce Vs. Argentina* es de profunda relevancia, ya que permite identificar las obligaciones que los Estados deben adoptar para la prevención, investigación, juzgamiento y reparación sobre hechos constitutivos de violencia obstétrica.

A partir de la jurisprudencia desarrollada en el caso, los Estados tienen la obligación de tomar medidas adecuadas para erradicar la violencia obstétrica, por medios apropiados y sin dilaciones.<sup>52</sup> En efecto, todas las autoridades implicadas deben realizar un control de convencionalidad utilizando la interpretación autorizada que realiza la Corte IDH.

Adicionalmente, esta sentencia tiene una influencia decisiva en demandas internacionales que están en curso y litigios a nivel de cada país que están en marcha y que pueden impulsarse en el futuro. En efecto, tanto ante la Corte IDH como ante la CIDH existen casos que están pendientes de una sentencia, o de un informe de fondo, respectivamente. En este sentido, próximamente la Corte IDH dictará su sentencia en el *Caso Rodríguez Pacheco Vs. Venezuela*, el cual representa una nueva oportunidad para que

---

50 *Idem*, nota 33, párrs. 187, 236, 243 y 311.

51 *Idem*, nota 49.

52 El Comité CEDAW ha recomendado, en el marco de sus observaciones finales, a los Estados parte adoptar “medidas jurídicas y normativas para proteger a las mujeres embarazadas durante el parto”. *Idem*, nota 22, párr. 15.5. Esta sanción no debe ser penal.

analice hechos constitutivos de violencia obstétrica y elabore un análisis amplio, también a la luz de los artículos 11.2 y 13.1 de la CADH.

Ante la CIDH, entre otros, se encuentra pendiente el caso de Eulogia y su hijo Sergio.<sup>53</sup> Eulogia es una mujer quechua de la región del Cusco, Perú, que enfrentó violencia obstétrica por parte de personal de salud que desconoció sus tradiciones y deseos, lo que, adicionalmente, repercutió en la integridad personal y salud de su hijo Sergio quien, posteriormente, perdió la vida.<sup>54</sup> Este caso vislumbra desde una perspectiva interseccional cómo opera la violencia obstétrica en contra de mujeres campesinas, indígenas y quechuahablantes, así como las consecuencias irreversibles que tiene este tipo de violencia en sus vidas, y la obligación de reparación integral en estos casos.

Por último, es importante resaltar que la violencia obstétrica es una forma de violencia que se encuentra profundamente naturalizada y arraigada en nuestros sistemas de salud; al punto de que es una forma de violencia de la que no se habla mucho y frente a la que muchas personas no tienen conocimiento sobre la posibilidad de exigir sus derechos.

Es ilustrativo que recién en el año 2022 se emita la primera decisión en un caso contencioso relacionado con este tipo de violencia. Por ello, los estándares desarrollados por la Corte IDH y otros órganos y mecanismos de derechos humanos son tan relevantes para alcanzar los derechos y servicios de salud reproductiva libres de violencia y discriminación.

---

53 CIDH, Informe No. 35/14, Petición 1334-09. *Eulogia y su hijo Sergio*. Perú. 4 de abril de 2014.

54 Desde el Centro de Derechos Reproductivos, junto con PROMSEX-Perú, representamos el caso de Eulogia y su hijo Sergio. Véase un informe con los hechos y la estrategia de litigio del caso en <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2022/09/Eulogia-vs-peru.pdf>