

**Mandatos del Relator Especial sobre los derechos de los Pueblos Indígenas: de la Relatora Especial en la esfera de los derechos culturales: de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; del Grupo de Trabajo sobre los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales: de la Relatora Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia: de la Relatora Especial sobre la violencia contra las mujeres y las niñas, sus causas y consecuencias y del Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas**

Ref.: AL PER 2/2026  
(por favor, utilice esta referencia en su respuesta)

13 de marzo de 2026

Excelencia,

Tenemos el honor de dirigirnos a Usted en nuestra calidad de Relator Especial sobre los derechos de los Pueblos Indígenas; Relatora Especial en la esfera de los derechos culturales; Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; Grupo de Trabajo sobre los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales; Relatora Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia; Relatora Especial sobre la violencia contra las mujeres y las niñas, sus causas y consecuencias y Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas, de conformidad con las resoluciones 60/4 , 55/5, 60/10, 54/9, 52/36, 59/20 y 59/14 del Consejo de Derechos Humanos.

En este contexto, quisiéramos señalar a la atención urgente del Gobierno de Su Excelencia la información que hemos recibido en relación con **alegaciones de violencia obstétrica sistemática en Perú, una forma de violencia de género que afectaría de manera desproporcionada a mujeres y niñas gestantes pertenecientes a Pueblos Indígenas, campesinas y quechuahablantes, vulnerando los derechos a la salud, autonomía reproductiva, diversidad cultural, igualdad y no discriminación. En ese contexto, las alegaciones incluyen el caso de la señora Eulogia Guzmán, quien sufrió coerción antes y durante un parto, el desconocimiento de prácticas culturales y la falta de acceso a la justicia.**

Según la información recibida:

En el Perú, la experiencia del embarazo, parto y posparto de muchas personas y familias de escasos recursos no transcurre como un proceso de cuidado y acompañamiento, sino como un camino lleno de obstáculos, imposiciones y malos tratos que vulneran la dignidad humana. Se alega que esta violencia obstétrica no solamente sucede en episodios aislados, sino que es parte de un entramado de restricciones legales, omisiones estatales y estereotipos de género, raza y clase. Esa situación habría normalizado la negación de la autonomía reproductiva y la afectación de derechos humanos como la salud, la integridad personal, la igualdad y el derecho a vivir libre de violencia. Este entorno es especialmente dañino para las personas indígenas, campesinas y quechua hablantes, quienes, por su origen, etnia, lengua y sus condiciones socioeconómicas, encuentran límites adicionales y desproporcionados cuando buscan atención a la salud durante el embarazo, parto y posparto. Además de

que los hospitales están saturados y de que sus equipos sean insuficientes, la persistencia de ciertas prácticas coloniales despoja a las mujeres y niñas gestantes de su libertad de opinar, de expresar y de decidir sobre lo que sucede con sus cuerpos; y que castigan, con maltrato o indiferencia, cualquier conducta que se aparte de los protocolos medicalizados y de la matriz cultural dominante.

El maltrato durante los controles prenatales y el parto en los servicios públicos de salud de Perú expulsaría a las mujeres y niñas gestantes del sistema de atención, ya que muchas deciden no volver a acudir después de un primer episodio de tratos degradantes e intimidantes, con el consiguiente riesgo para la salud y la vida. En 2016, la Defensoría del Pueblo habría alertado que la violencia en el parto influía en la mortalidad materna y que ciertos grupos —mujeres indígenas, amazónicas, afrodescendientes, con discapacidad, LGBTIQ+, y, de manera pronunciada, adolescentes rurales— soportaban la peor parte de esa carga. Esta violencia se disfraza a veces de “disciplina” o de “cuidado clínico”, pero en realidad normaliza gritos, humillaciones y el uso de la fuerza cuando las mujeres no cumplen voluntariamente “lo indicado”. Ese mismo contexto explicaría el aumento sostenido de cesáreas, muchas de ellas innecesarias o carentes de justificación clínica suficiente, en contradicción con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. La cesárea sin indicación médica, ni consentimiento libre, previo e informado, no sería una decisión médica neutral, sino más bien una modalidad de violencia obstétrica que interfiere con la libertad y capacidad de la mujeres y niñas embarazadas de decidir sobre su cuerpo y sobre el curso del nacimiento.

Aunque el marco normativo peruano reconoce expresamente la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, primero en el Plan Nacional contra la Violencia de Género (2016–2021) y luego en el reglamento de la Ley 30364, ese reconocimiento no se ha traducido en protocolos específicos, vías claras de denuncia, ni en mecanismos efectivos de investigación y reparación. Las mujeres y niñas gestantes que intentan quejarse en los centros de salud suelen sufrir barreras y, de hecho, frecuentemente se les impide registrar la queja, nunca reciben respuesta o enfrentan dilaciones que las revictimizan. En el ámbito administrativo, los procesos no conducen a sanciones ni a medidas de reparación integral; los códigos de ética profesionales tampoco abordan de manera explícita la violencia obstétrica, y, en la práctica, la impunidad se perpetúa. A nivel nacional, hasta inicios de 2025, la autoridad supervisora había recibido apenas una decena de denuncias repartidas en varios departamentos, con archivamientos y procesos en curso, una cifra que contrastaría con la magnitud del problema y que indicaría subregistro y desconfianza.

En este contexto, las mujeres y niñas pertenecientes a Pueblos Indígenas, las campesinas y las personas que no hablan el castellano como su idioma materno, enfrentan un daño reforzado. Las barreras lingüísticas impiden comprender indicaciones, expresar preferencias o dar consentimiento informado. Además, las barreras culturales descalifican sus prácticas de cuidado. Y las barreras económicas y geográficas dificultan el acceso a servicios oportunos y de calidad. En la mayoría de los establecimientos de salud nadie habla su lengua, y su cosmovisión del parto es tratada como atraso o ignorancia.

Aun cuando existen normas que consagran el enfoque intercultural en salud (incluida la posibilidad del parto vertical, la presencia de acompañantes y la adecuación de espacios), la implementación de estas sería ínfima. Se reporta que solo el 1% de los establecimientos de salud del Perú cumpliría con estándares interculturales. En regiones con altísima población quechuahablante, como Apurímac, no hay un solo centro acreditado en servicios de salud con enfoque intercultural. Donde se han adoptado algunas medidas, como en Nauta (Loreto), estas han respondido muchas veces a casos de violencia obstétrica denunciados, más que a una política premeditada y sostenida. En la práctica, los servicios siguen operando bajo un modelo rígido: camillas obligatorias, información solo en castellano, prohibición de dar a luz en posturas tradicionales como de pie o en cuclillas, y condicionamientos indebidos (tales como amenazas de negar certificaciones o beneficios de seguros si no se “acata” el parto institucional). Incluso se han documentado multas de facto, presencia policial o amenazas de encarcelamiento para forzar conductas culturalmente diferentes en las mujeres y niñas embarazadas. Todo ello, además de violar derechos, erosiona la confianza y aleja a las personas usuarias del sistema de salud.

En este contexto, el caso de la señora Eulogia Guzmán ha sido señalado como un ejemplo de esta situación. La Sra. Guzmán es una mujer indígena, quechuahablante y en situación de pobreza, de la comunidad de Layme (Yanaoca, Cusco). La Sra. Guzmán había dado a luz a sus cinco primeros hijos en su casa, acompañada por su familia y parteras, y en cuclillas, de acuerdo con su tradición. En 2003 manifestó su voluntad de repetir su sexto y próximo parto de la misma manera, en su hogar y en postura vertical. Sin embargo, el personal de su centro de salud más cercano la amenazó con imponerle una multa y retener la partida de nacimiento si no se trasladaba al establecimiento público al momento del alumbramiento.

Según la información recibida, luego de haber sido presionada, la Sra. Guzmán acudió al centro de salud con su esposo y, una vez en él, fue dejada sola en el cuarto de partos por periodos prolongados. Cuando sintió ganas de ir al baño y se levantó hacia una bacinilla, al ponerse en cuclillas, advirtió que el trabajo de parto había comenzado. Se alega que en ese instante ingresó una enfermera que usó la fuerza física para obligarla a subir a la camilla, y a parir en posición horizontal. En el forcejeo, el bebé habría nacido, caído y golpeado contra el piso.

Se indica que, tras el forcejeo y el golpe del recién nacido, la Sra. Guzmán y su bebé fueron trasladados a un hospital de mayor complejidad en Cusco. Allí, la separaron de su recién nacido y la abandonaron en un pasillo, pese a que requería atención posparto. En ignorancia a su cosmovisión, la obligaron a bañarse con agua fría, con el argumento de que “no olía bien”. Para la Sra. Guzmán ese baño fue una herida más, ya que en su cultura el cuerpo tras el parto está vulnerable por la pérdida de sangre y fuerza, y el agua fría es dañina.

El diagnóstico al bebé recién nacido habría sido de encefalopatía hipóxico-isquémica, con parálisis cerebral, ceguera, convulsiones y severo retraso psicomotor y mental, además de dificultades respiratorias. Con el paso del tiempo la Sra. Guzmán se enfrentó a las múltiples barreras, además de la

falta de apoyos técnicos para el desarrollo de su bebé con discapacidad. Finalmente, el 29 de diciembre de 2015, cuando apenas tenía doce años, el niño falleció a causa de una neumonía que no recibió la atención médica adecuada.

La Sra. Guzmán y su familia buscaron justicia. Denunciaron penalmente el maltrato y el abandono durante el parto y posparto. La causa terminó en absolución, con una decisión impregnada de estereotipos de género y origen étnico. Se le atribuyó a la Sra. Guzmán la responsabilidad del golpe de su hijo por querer parir en cuclillas, ignorando la coacción física y la desatención que sufrió. En la vía administrativa, la queja por negligencia en la atención que derivó en la muerte del niño fue declarada fundada, pero no trajo indemnización, ni reconocimiento de responsabilidad, ni disculpa. Dos décadas después de los hechos, la Sra. Guzmán sigue sin acceso efectivo a la justicia y la reparación. En 2009, presentó una petición ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). En abril de 2014, la CIDH admitió el caso, sin embargo, aún se está a la espera el Informe de Fondo del caso.

Se alega que los hechos que la Sra. Guzmán padeció constituirían: (1) Una vulneración a la autonomía reproductiva y al consentimiento libre, previo e informado, ya que su voluntad de dar a luz en casa y en cuclillas fue anulada mediante amenazas (de multa y retención de partida) y fuerza física, y luego se le impuso un modelo de parto horizontal en camilla, contra sus deseos. (2) Una afectación a su integridad personal y a su salud, al ser abandonada en dos establecimientos y obligada a prácticas contrarias a su cultura en el posparto, como el baño con agua fría. (3) Una violación de su derecho a la igualdad y a la no discriminación: tanto en la atención clínica como en las decisiones judiciales y administrativas, ya que los estereotipos sobre su condición de mujer indígena, quechuahablante y en situación de pobreza habrían sido más influyentes que los hechos y la evidencia. (4) Una interferencia ilegítima en su vida privada e identidad cultural, al desconocerse y desvalorizarse su cosmovisión y sus prácticas tradicionales de gestación y parto. (5) Y una violación del derecho a vivir libre de violencia de género, al ser sometida a maltrato obstétrico que, lejos de ser corregido por el sistema, fue tolerado por la falta de investigación diligente y por la impunidad persistente.

Se alega que el caso de la Sra. Guzmán no es un accidente estadístico y que este supuestamente refleja un patrón. Estos abusos se repiten en detrimento de otras mujeres y niñas gestantes: ante la falta de formación del personal de salud en materia de derechos humanos, incluyendo la perspectiva de género, consentimiento informado y enfoque intercultural; donde la infraestructura no permite posturas y prácticas tradicionales; donde el idioma de la persona gestante no está presente; donde no hay protocolos para investigar ni reparar el daño; y donde el sistema disciplinario no reconoce la violencia obstétrica. Esta situación se manifiesta, además, en la medicalización excesiva (como el alza de las cesáreas injustificadas), en la negación de acompañantes, en la interrupción de prácticas culturales y en la criminalización simbólica del parto fuera de la institución oficial, mediante condicionamientos y amenazas. Esta realidad se vuelve aún más dañina en zonas rurales y periurbanas, precisamente donde la ley exige un enfoque intercultural.

En ese contexto, entidades competentes ya han formulado recomendaciones sobre varias medidas concretas a adoptar ante esta situación: (1) Capacitación obligatoria y continua para todo el personal de salud, en atención respetuosa y humanizada del embarazo, parto y puerperio. (2) Protocolos para garantizar reparación integral (resarcimiento, compensaciones, garantías de no repetición y disculpas públicas) en casos de violencia obstétrica. (3) Y mecanismos efectivos de denuncia e investigación exhaustiva e imparcial que eviten la revictimización. Sin embargo, las respuestas no han sido suficientes. La falta de datos públicos sobre la incidencia del problema, las dificultades para registrar quejas y la ausencia de sanciones alimentan la impunidad. Mientras tanto, mujeres y niñas que han sufrido casos similares al de la Sra. Guzmán cargan con duelos y cuidados, a veces a lo largo de toda una vida, sin los servicios institucionales incluyendo las ayudas necesarias para las personas con discapacidad adquirida por la violencia estatal.

Se reclama que es imperioso transformar ese sistema para garantizar la autonomía reproductiva: asegurar que cada mujer reciba información plena y comprensible en su lengua, que pueda elegir la forma de parto, el acompañamiento, el lugar y su entorno, y que esa decisión sea respetada. También se reclama que es necesario reconocer y validar los saberes tradicionales y a las parteras indígenas, acreditar todos los establecimientos con enfoque intercultural y alinear la práctica clínica con estándares internacionales de consentimiento informado y no discriminación. Así mismo, es imperioso investigar y sancionar con debida diligencia, reparar integralmente y desmontar estereotipos en la administración pública y en los sistemas de administración de justicia.

El caso de la Sra. Guzmán y de su bebé muestran que el parto no es solo un evento médico, sino que también es un acto humano y cultural, donde se encuentran el cuerpo, la cultura y la ciencia, en búsqueda de vida y dignidad. Cuando ese acto es intervenido con coerción, humillación y abandono, lo que se pone en riesgo – además de la vida o salud de una madre o la vida y salud de un hijo o hija – es el estándar mínimo de derechos humanos sobre el cual se debe basar la atención en salud. El deber del Estado, y el reclamo de las mujeres y niñas gestantes es que el embarazo, parto y posparto sean experiencias libres de violencia, respetuosas de la cultura, de la lengua y de la dignidad.

Sin prejuzgar de antemano la veracidad de los alegatos anteriormente expuestos, queremos expresar nuestra profunda preocupación por las supuestas prácticas sistemáticas de violencia obstétrica en Perú, particularmente contra mujeres indígenas, campesinas y quechua hablantes. De confirmarse, estas conductas no solo vulnerarían la dignidad y autonomía reproductiva de las mujeres y niñas gestantes, sino que también podrían constituir tratos crueles, inhumanos o degradantes, en contradicción con las obligaciones internacionales del Estado en materia de derechos humanos. La gravedad de estas denuncias exige una respuesta urgente y efectiva por parte de las autoridades competentes.

Nos preocupa profundamente que la coerción para imponer modelos de parto contrarios a la voluntad de la persona, el desconocimiento y falta de respeto por prácticas culturales alternativas aceptables, el maltrato físico y verbal, así como la falta

de acceso a mecanismos de denuncia y reparación, evidencian patrones estructurales de discriminación interseccional. De ser corroborados, estos hechos implicarían violaciones concurrentes de derechos humanos, incluidos el derecho a la salud, a la integridad personal, a mantener una cosmovisión y ejercer prácticas culturales relacionadas, a la igualdad y a la no discriminación, así como el derecho a vivir libre de violencia de género. Tales prácticas, además, perpetúan estereotipos y barreras que afectan de manera desproporcionada a poblaciones históricamente marginadas.

En ese contexto, expresamos especial preocupación por el caso de la señora Eulogia Guzmán, cuyos hechos, de ser confirmados, demostrarían las consecuencias de la violencia obstétrica y la discriminación interseccional. Las alegaciones sobre coerción para imponer un modelo de parto contrario a su voluntad y sin enfoque intercultural y de género, el uso de fuerza física, el abandono durante el posparto y la separación de su recién nacido, así como la falta de acceso a atención médica adecuada y a justicia y reparación durante más de dos décadas, revelarían vulneraciones graves y acumulativas de derechos humanos. Este caso no solo reflejaría la negación de la autonomía reproductiva y del consentimiento informado, sino también la persistencia de estereotipos de género y origen étnico que perpetúan la impunidad y profundizan la desigualdad estructural.

Subrayamos la necesidad de implementar protocolos basados en estándares internacionales que aseguren el consentimiento libre, previo e informado, el trato digno y la atención respetuosa e intercultural durante todo el proceso obstétrico. La falta de acción frente a estas denuncias podría perpetuar la impunidad y socavar los compromisos internacionales asumidos por el Estado en materia de derechos humanos.

En relación con las alegaciones anteriormente mencionadas, sírvase encontrar adjunto el **Anexo de referencias al derecho internacional de los derechos humanos** el cual resume los instrumentos y principios internacionales pertinentes.

Es nuestra responsabilidad, de acuerdo con los mandatos que nos han sido otorgados por el Consejo de Derechos Humanos, intentar clarificar las alegaciones llevadas a nuestra atención. En este sentido, estaríamos muy agradecidos/as de tener su cooperación y sus observaciones sobre los asuntos siguientes:

1. Sírvase proporcionar cualquier información o comentario adicional en relación con las alegaciones previamente mencionadas.
2. Sírvase proporcionar información detallada sobre las medidas adoptadas por el Gobierno de Su Excelencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia obstétrica, en particular aquellas dirigidas a proteger a mujeres y niñas gestantes pertenecientes a Pueblos Indígenas, campesinas y personas que no hablan el castellano como su idioma materno.
3. Sírvase indicar el número y distribución a nivel de país de establecimientos de salud que brindan atención primaria con pertinencia intercultural para población indígena. Sírvase indicar si existen protocolos específicos de atención respetuosa, intercultural y basada en consentimiento informado

para el embarazo, parto y posparto; y por favor precisar el grado de implementación de dichos protocolos a nivel nacional, regional y local.

4. Sírvase proporcionar información sobre los mecanismos de denuncia, reparación y supervisión disponibles para las mujeres y niñas que alegan haber sufrido violencia obstétrica; incluyendo estadísticas sobre quejas recibidas, investigaciones realizadas, sanciones impuestas y medidas de reparación otorgadas durante los últimos cinco años.
5. Sírvase describir las acciones adoptadas para garantizar la participación efectiva de mujeres y niñas pertenecientes a Pueblos Indígenas, parteras tradicionales y organizaciones de mujeres, en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas relacionadas con la atención materna, la salud sexual y reproductiva, y el enfoque intercultural en salud.
6. Sírvase proporcionar información detallada sobre el caso de la Sra. Eulogia Guzmán, incluyendo: las actuaciones emprendidas por las autoridades competentes desde los hechos ocurridos y desde la presentación de sus denuncias; incluyendo el estado actual de cualquier investigación administrativa, disciplinaria o penal, así como los criterios utilizados para evaluar responsabilidades. Estaríamos igualmente interesados en recibir información sobre las medidas adoptadas para garantizar su acceso efectivo a la justicia, incluida la provisión de asistencia legal, medidas de protección, apoyos institucionales o medidas de reparación integral; así como sobre las acciones implementadas para garantizar la no repetición de hechos similares en los establecimientos de salud, especialmente en relación con prácticas interculturales y consentimiento informado.

Esta comunicación, así como cualquier respuesta recibida por parte del Gobierno de Su Excelencia, se hará pública a través del [sitio web](#) de informes de comunicaciones transcurridos 60 días. Si el Gobierno de Su Excelencia responde en un plazo de 60 días, tanto la comunicación como la respuesta podrán publicarse antes de que transcurran los 60 días. Las comunicaciones y respuestas también se incluirán en el informe periódico posterior que se presentará al Consejo de Derechos Humanos.

A la espera de su respuesta, quisiéramos instar al Gobierno de Su Excelencia a que adopte todas las medidas necesarias para prevenir y sancionar la violencia obstétrica en Perú, en particular aquellas dirigidas contra mujeres y niñas personas gestantes pertenecientes a Pueblos Indígenas, campesinas y quechua hablantes. Igualmente, solicitamos investigar, procesar e imponer las sanciones adecuadas a cualquier persona responsable de las violaciones alegadas en la presente comunicación. Quisiéramos asimismo instarle a que tome las medidas efectivas para evitar que tales hechos, de haber ocurrido, se repitan.

Acepte, Excelencia, la expresión de nuestra más distinguida consideración.

Albert K. Barume

Relator Especial sobre los derechos de los Pueblos Indígenas

Alexandra Xanthaki  
Relatora Especial en la esfera de los derechos culturales

Tlaleng Mofokeng  
Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Carlos Arturo Duarte Torres  
Presidente-Relator del Grupo de Trabajo sobre los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales

Ashwini K.P.  
Relatora Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia

Reem Alsalem  
Relatora Especial sobre la violencia contra las mujeres y las niñas, sus causas y consecuencias

Claudia Flores  
Presidenta-Relatora del Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas

## Anexo

### Referencias al derecho internacional de los derechos humanos

En relación con las alegaciones, quisiéramos señalar los artículos 2.2 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), así como la observación general n°22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, subrayan que los Estados deben garantizar la disponibilidad de información comprensible, completa y culturalmente adecuada, y asegurar que ningún procedimiento médico sea impuesto sin consentimiento válido y tomando en consideración el principio de no discriminación.

En el ámbito de la atención obstétrica, el consentimiento informado implica no solo la ausencia de coerción, sino la provisión de alternativas, la consideración de preferencias y la adopción de mecanismos que permitan a la persona gestante decidir sobre el lugar, la posición, las prácticas y el acompañamiento durante el embarazo, el parto y el posparto. La imposición de intervenciones médicas sin justificación clínica suficiente o sin consentimiento constituye una vulneración de estos estándares.

La prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes, recogida en la Convención contra la Tortura (CAT) y en el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), es absoluta. Los órganos internacionales han señalado que las prácticas médicas coercitivas, el maltrato verbal o físico, la humillación, el abandono clínico y la interferencia arbitraria en el proceso de parto pueden vulnerar esta prohibición, especialmente cuando afectan a personas pertenecientes a grupos históricamente discriminados.

El trato digno durante el parto es reconocido como un componente esencial del respeto a la integridad física y mental. Las directrices de la OMS sobre la experiencia de parto positivo reafirman este principio.

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, protegido por el artículo 12 del PIDESC y la observación general n°14, exige que los servicios de salud obstétrica sean accesibles sin discriminación, aceptables desde un punto de vista cultural, respetuosos de la dignidad de las mujeres y niñas gestantes y prestados con calidad técnica.

El enfoque intercultural constituye una obligación jurídica específica cuando se atiende a pueblos indígenas, conforme con la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y las interpretaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Este enfoque requiere adaptar servicios, garantizar interpretación lingüística, reconocer prácticas tradicionales y remover barreras estructurales que impidan un acceso igualitario a la atención.

Los instrumentos internacionales, incluidos la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), el PIDCP, el PIDESC y la DNUDPI, establecen la prohibición absoluta de discriminación por motivos de género, etnicidad, idioma, condición socioeconómica, discapacidad, edad o lugar de residencia. La discriminación interseccional se produce

cuando múltiples factores de vulnerabilidad interactúan, generando riesgos agravados de violación de derechos.

Por otra parte, el anterior Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental señaló que el consentimiento informado es válido únicamente “cuando se documenta con anterioridad a un procedimiento médico y se proporciona voluntariamente, es decir, sin que haya mediado coerción, influencia indebida ni tergiversación”, resaltando que la garantía del “consentimiento informado es un aspecto fundamental del respeto a la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana de la persona” (A/64/272, pár. 13 y 18). Además el Relator Especial indicó que “las desigualdades estructurales pueden hacer peligrar gravemente el carácter voluntario o informado del consentimiento” agregando la necesidad de contar con “mecanismos de apoyo apropiados que ayuden a superar los [...] obstáculos para alcanzar el consentimiento informado” (Ibid, pár. 45). También resaltó que, en ocasiones, el ejercicio del consentimiento y una atención de salud apropiada es negado a las mujeres embarazadas, justificando el interés superior del feto, apuntando que “[g]arantizar el consentimiento informado es una dimensión fundamental del derecho a la salud y exige adoptar políticas, prácticas y protocolos que respeten la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana” (Ibid. pár. 54 y 93).

En el ámbito obstétrico, la persistencia de estereotipos de género, la desvalorización de prácticas culturales, la negligencia hacia barreras lingüísticas y la falta de adecuación de los servicios son incompatibles con el principio de igualdad sustantiva. En ese sentido, la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental subrayó que “las prácticas que equivalen a violencia obstétrica [...] constituyen una violación de los derechos humanos y una forma de violencia de género” (A/HRC/50/28, pár. 50).

Los estándares internacionales reconocen que el parto es no solo un proceso biológico, sino también un evento con dimensiones culturales profundas. Conforme con el artículo 27 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el artículo 15 del PIDESC, la observación general n°21 sobre el derecho a participar en la vida cultural y la DNUDPI, los Estados deben garantizar que las personas, en particular las pertenecientes a pueblos indígenas, puedan ejercer sus prácticas culturales en materia de salud y cuidado, siempre que no contravengan estándares de derechos humanos. Como consagrado en sucesivas resoluciones del Consejo de Derechos Humanos, nadie puede invocar la diversidad cultural para vulnerar los derechos humanos garantizados por el derecho internacional ni para limitar su alcance. Sin embargo, en virtud del artículo 4 del PIDESC, los Estados solo pueden someter los derechos económicos, sociales y culturales consagrados en el Pacto a las limitaciones que determine la ley, siempre que sean compatibles con la naturaleza de estos derechos y con el único fin de promover el bienestar general en una sociedad democrática. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales añadió que esto implica que las limitaciones deben respetar las obligaciones básicas mínimas del derecho y ser proporcionales al fin perseguido. Esto significa que, cuando existan varios medios razonablemente capaces de lograr el fin legítimo de la limitación, debe seleccionarse el que sea menos restrictivo para los derechos económicos, sociales y culturales, y las cargas impuestas al disfrute del derecho no deben ser mayores que los beneficios de la limitación (observación general 25, pár. 21).

Ello incluye el respeto por posiciones tradicionales de parto, el uso de acompañantes elegidos por la persona gestante, la presencia de intérpretes, la adaptación de espacios y el reconocimiento del rol de parteras tradicionales o agentes comunitarios de salud. Los artículos 2 del PIDCP y de la CEDAW establecen la obligación de los Estados de garantizar recursos efectivos ante presuntas violaciones de derechos humanos. Esto implica que las denuncias relacionadas con la atención obstétrica deben ser investigadas de manera pronta, imparcial, independiente y exhaustiva, con el objetivo de establecer responsabilidades, sancionar actos incompatibles con el marco jurídico y asegurar que las víctimas reciban reparación integral. La reparación comprende medidas de compensación, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, conforme con los estándares internacionales sobre reparación en casos de violencia de género y violaciones de derechos humanos.

La Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, en su informe sobre el maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica (A/74/137) subrayó que la esterilización y el aborto forzados constituyen delitos y son sendas formas de violencia de género contra la mujer. Destacó que estos tratamientos médicos eran practicados en todo el mundo sin consentimiento informado and por múltiples razones, y que algunos centros de salud, además, ocultan información o engañan a las mujeres para que presten su consentimiento a la esterilización. Estas intervenciones médicas han sido analizadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y los tribunales regionales y han sido calificadas como un riesgo que puede causar daños físicos y psicológicos y que puede constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante. En cuanto a la esterilización forzada, la Relatora Especial resaltó que se trataba de un ejemplo de discriminación interseccional que suele afectar con mayor frecuencia a las mujeres pertenecientes a minorías y a las mujeres indígenas; y que algunos hospitales de maternidad habían adoptado prácticas discriminatorias de segregación de las mujeres en los centros de salud por motivos de raza u origen étnico. Además, la Relatora Especial recomendó que los Estados establezcan mecanismos de rendición de cuentas basados en los derechos humanos a fin de garantizar la reparación a las víctimas de maltrato y violencia, en particular una indemnización económica, el reconocimiento de la conducta inapropiada, una disculpa formal y una garantía de que el hecho no volverá a repetirse. También recomendó que los Estados. Además, debe asegurarse de que las mujeres víctimas de estas violaciones obtengan una reparación suficiente, que puede adoptar la forma de resarcimiento, indemnización económica, compensación o garantía de no repetición.

Los órganos de tratados y mecanismos especiales han señalado que los Estados deben ejercer un deber de debida diligencia reforzada para prevenir la violencia de género en todas sus manifestaciones, incluida la violencia obstétrica. Este deber implica adoptar políticas públicas integrales, capacitación obligatoria para el personal de salud, mecanismos accesibles de denuncia, recopilación y análisis de datos, supervisión externa, adecuación intercultural de servicios y eliminación de barreras estructurales. La ausencia de políticas efectivas, la impunidad o el subregistro sistemático contravienen las obligaciones derivadas del derecho internacional.

En su observación general n.º 20 (2009), sobre la no discriminación en los derechos económicos, sociales y culturales, el Comité reiteró que las personas y los grupos de personas no deben ser tratados de manera arbitraria por pertenecer a un

determinado grupo o estrato económico o social dentro de la sociedad. La situación social y económica de una persona que vive en la pobreza o sin hogar puede dar lugar a una discriminación generalizada, estigmatización y estereotipos negativos que pueden conducir a la denegación o al acceso desigual a la misma calidad de educación y atención sanitaria que los demás.

Los principios y directrices para un enfoque de los derechos humanos en las estrategias de lucha contra la pobreza de 2005 describen la pobreza como un proceso en el que múltiples privaciones «se refuerzan mutuamente» y se asocian con «el estigma, la discriminación, la inseguridad y la exclusión social». Los Principios Rectores sobre la Extrema Pobreza y los Derechos Humanos de 2012 señalan que las personas que viven en la extrema pobreza, en particular, «viven en un círculo vicioso de impotencia, estigmatización, discriminación, exclusión y privaciones materiales, que se refuerzan mutuamente».

En su informe sobre la prohibición de la discriminación por motivos de desventaja socioeconómica presentado a la Asamblea General en 2022 (A/77/157), el Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos destacó que la discriminación forma parte de la experiencia cotidiana de las personas en situación de pobreza. El Relator Especial también hizo hincapié en que las experiencias humillantes con los proveedores de cuidados de salud, combinadas con la imposibilidad de pagar, pueden disuadir a las personas en situación de pobreza de buscar atención sanitaria. Las desventajas socioeconómicas exponen a las personas a la discriminación, especialmente cuando se combinan con otra condición, como el origen étnico o el sexo. A su vez, la pertenencia a un grupo tradicionalmente sujeto a discriminación expone al individuo al riesgo de discriminación, especialmente cuando los miembros viven con bajos ingresos o carecen de riqueza. Solo abordando esta interseccionalidad se puede comprender adecuadamente la experiencia de quienes combinan diversas «identidades sociales devaluadas». El Relator Especial señaló en ese informe que un tribunal constitucional en un país de América Latina consideró discriminatorio proporcionar cuidados de salud inferiores a las personas con ingresos más bajos: declaró que una «situación económica precaria» no debería dar lugar a discriminación en el acceso a un servicio tan fundamental como la atención sanitaria. Por último, el Relator Especial instó a los Estados a garantizar que su marco legal contra la discriminación prohíba efectivamente la discriminación por motivos de desventaja socioeconómica y a considerar la adopción de medidas de acción afirmativa para hacer frente al carácter sistémico de la discriminación infligida a las personas en situación de pobreza. Para que los tribunales protejan eficazmente a las personas en situación de pobreza contra la discriminación, es necesario que sean accesibles.

El Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas, en su informe al Consejo de Derechos Humanos sobre la eliminación de la discriminación contra las mujeres en el ámbito de la salud y la seguridad, con especial atención a la instrumentalización del cuerpo de las mujeres (A/HRC/32/44), ha observado con preocupación que, a lo largo de todo su ciclo vital, el cuerpo de la mujer es instrumentalizado y sus funciones y necesidades biológicas son estigmatizadas y sometidas a un programa patriarcal politizado. La instrumentalización del cuerpo de la mujer puede causar la denegación o la demora del tratamiento, la restricción de la autonomía de la mujer y la denegación de respeto de su intimidad, y el entorpecimiento de su acceso a la atención médica, en particular la atención de la salud sexual y

reproductiva. La aplicación de esas disposiciones genera estigma y discriminación y vulnera los derechos humanos de las mujeres. Atenta contra la dignidad y la integridad física de la mujer al restringir su autonomía para adoptar decisiones sobre su propia vida y salud. El Grupo de Trabajo también afirmó que entre las necesidades de las mujeres y las niñas en materia de salud ocupan un lugar primordial las relacionadas con su salud sexual y reproductiva. En ocasiones la discriminación se manifiesta en el trato humillante que reciben las mujeres en centros dedicados exclusivamente a ellas, como los centros de maternidad, en los que, como han destacado repetidamente los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas y la OMS, con demasiada frecuencia son sometidas a un trato degradante y a veces violento. En algunas situaciones, la falta de protección de los derechos de la mujer a la salud y la seguridad puede considerarse equivalente a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes o a tortura, o incluso a una violación de su derecho a la vida. El Grupo de Trabajo destacó que las mujeres indígenas experimentan una compleja gama de abusos de los derechos humanos que se refuerzan entre sí, y que está influida por formas interrelacionadas de discriminación y marginación, reforzadas por las estructuras de poder patriarcales y por formas pasadas y presentes de violaciones del derecho a la libre determinación y el control de los recursos. Estas formas concomitantes de discriminación tienen profundas consecuencias para la salud de las mujeres indígenas, especialmente para su salud reproductiva y sexual. El Grupo de Trabajo ha recomendado a los Estados evitar la instrumentalización de la mujer en el proceso del parto y asegurar que se impongan sanciones en caso de violencia ginecológica u obstétrica.

En su informe al Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas en situaciones de crisis (A/HRC/47/38), el Grupo de Trabajo ha observado un aumento de la atención irrespetuosa en los servicios de maternidad y de los casos de violencia obstétrica, junto con una reducción de los servicios de atención prenatal y en el parto. La denegación del acceso a diversas formas de atención de la salud reproductiva, como la atención de la salud materna, constituyen un profundo incumplimiento de la obligación de garantizar la igualdad en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Las violaciones de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva están vinculadas a la discriminación estructural y se han reconocido como formas de violencia por razón de género, que pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante. El Grupo de Trabajo ha recomendado que los Estados garanticen el acceso oportuno a los servicios de salud materna, y establezcan salvaguardias para prevenir y remediar la violencia obstétrica.