

Desarrollo del principio de autonomía para superar la violencia obstétrica

Camilo Andrés Vargas-Machado¹, Andrés Felipe Roncancio Bedoya¹

1. Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta, Colombia.

Resumen

Este artículo analiza cómo el principio de autonomía puede contribuir a la superación de la violencia obstétrica, fortaleciendo los derechos y la dignidad de las mujeres embarazadas. La violencia obstétrica se aborda como una violación de los derechos humanos, manifestada en prácticas médicas deshumanizantes y no consensuadas. Se empleó una metodología cualitativa, con un enfoque hermenéutico y una revisión documental de jurisprudencia y estándares nacionales e internacionales, desde una perspectiva bioética y legal. Los resultados indican una desconexión entre la legislación y la práctica médica, evidenciando el incumplimiento del consentimiento informado. Se observó que la falta de formación en bioética perpetúa la vulneración de la autonomía de las pacientes. Las discusiones señalan tensiones éticas entre la autonomía, la beneficencia y las decisiones de emergencia. Se concluye que la integración de la bioética en la formación médica contribuye a la reducción de la violencia obstétrica y al fortalecimiento de los derechos reproductivos. El estudio también propone un marco teórico y práctico para la constitucionalización de la autonomía y la mejora de las políticas de salud centradas en las mujeres.

Palabras clave: Bioética. Autonomía personal. Consentimiento informado. Violencia.

Resumo

Desenvolvimento do princípio da autonomia para superação da violência obstétrica

Este artigo analisa como o princípio da autonomia pode contribuir para a superação da violência obstétrica, fortalecendo os direitos e a dignidade da gestante. A violência obstétrica é abordada como violação de direitos humanos, manifestada por práticas médicas desumanizadoras e não consensuais. Utilizou-se metodologia qualitativa, com abordagem hermenêutica e revisão documental de jurisprudência e normas nacionais e internacionais, sob uma perspectiva bioética e jurídica. Os resultados indicam desconexão entre legislação e prática médica, evidenciando o descumprimento do consentimento informado. Observou-se que a falta de formação em bioética perpetua a violação da autonomia das pacientes. As discussões apontam para tensões éticas entre autonomia, beneficência e decisões emergenciais. Conclui-se que a integração da bioética na formação médica contribui para redução da violência obstétrica e fortalecimento dos direitos reprodutivos. O estudo também propõe um arcabouço teórico-prático para a constitucionalização da autonomia e o aprimoramento de políticas de saúde centradas na mulher.

Palavras-chave: Bioética. Autonomia pessoal. Consentimento livre e esclarecido. Violência.

Abstract

Development of the principle of autonomy for overcoming obstetric violence

This article analyzes how the principle of autonomy can contribute to overcoming obstetric violence, strengthening the rights and dignity of pregnant women. Obstetric violence is addressed as a violation of human rights, manifested by dehumanizing and non-consensual medical practices. A qualitative methodology was used, with a hermeneutic approach and documentary review of jurisprudence and national and international standards, from a bioethical and legal perspective. The results indicate a disconnect between legislation and medical practice, evidencing non-compliance with informed consent. It was observed that the lack of training in bioethics perpetuates the violation of the patients' autonomy. The discussions point to ethical tensions between autonomy, beneficence and emergency decisions. It is concluded that the integration of bioethics in medical education contributes to reducing obstetric violence and strengthening reproductive rights. The study also proposes a theoretical and practical framework for the constitutionalization of autonomy and improvement of women-centered health policies.

Keywords: Bioethics. Personal autonomy. Informed consent. Violence.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Este artículo de investigación examina la violencia obstétrica, destacando su profundo impacto en la autonomía y la dignidad de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Centrándose en la implementación y la relevancia del principio de autonomía en el contexto obstétrico, se demuestra cómo su violación constituye una grave violación de los derechos humanos y afecta directamente la integridad física y emocional de las mujeres.

El marco teórico de la investigación se basa en la constitucionalización del principio de autonomía, desde la perspectiva de la bioética, y en las disposiciones del derecho internacional y nacional. El estudio investiga prácticas médicas históricamente normalizadas que a menudo socavan las decisiones personales y el consentimiento de las mujeres, dando lugar a prácticas no consensuadas y tratamientos deshumanizantes.

Se adopta un diseño cualitativo con un enfoque hermenéutico para analizar las decisiones judiciales sobre violencia obstétrica emitidas por el Consejo de Estado de Colombia, buscando interpretar cómo se aplica el principio bioético de autonomía. Se utiliza un método inductivo, que parte de la observación de patrones en las sentencias para desarrollar teorías sobre su aplicación práctica. La muestra incluyó frases relevantes tomadas de estas sentencias y el empleo de la técnica de revisión documental permitió identificar y registrar datos sobre autonomía y violencia obstétrica mediante una matriz específica. El análisis se apoyó en el software “New NVivo”, que permite la codificación y validación sistemática de datos, organizados en dos categorías principales: el principio de autonomía y la violencia obstétrica.

Por lo tanto, la investigación sugiere integrar de forma más eficaz la bioética y la educación en derechos humanos en la formación de los profesionales sanitarios, ya que esta integración podría mejorar significativamente la calidad de la atención médica, promover el respeto a la autonomía de las pacientes y reducir los casos de violencia obstétrica. A la vez, se recomienda desarrollar políticas claras que promuevan una práctica médica respetuosa tanto de la autonomía como de otros principios bioéticos, como la justicia, la beneficencia y la no maleficencia, en armonía con los derechos de las mujeres.

Bioética y violencia obstétrica: bases jurídicas

Esta sección se centrará en la violencia obstétrica y su relación con el principio de autonomía, constituyendo una violación de los derechos humanos y la dignidad humana, que atenta contra la autonomía y la integridad física y emocional de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. A pesar de su frecuencia, la respuesta legal y bioética a este tipo de violencia ha sido inconsistente en diversas regiones del mundo.

Es crucial constitucionalizar el principio de autonomía en el ámbito de la atención obstétrica, ya que esto reforzaría la necesidad de un tratamiento respetuoso y consensuado, en consonancia con los principios fundamentales de la bioética¹.

Para comprender cómo se expresa el principio bioético de autonomía en la práctica obstétrica y, en ciertos casos, cómo puede conducir a situaciones de violencia, es primordial comenzar por definir la autonomía según el marco jurídico internacional y, posteriormente, el colombiano.

El principio de autonomía se refiere a la capacidad y el derecho de todas las personas a tomar decisiones libres e informadas sobre su propio cuerpo y su tratamiento médico. Este principio es uno de los pilares fundamentales de la bioética².

En el ámbito obstétrico, sin embargo, a menudo se ignora, puesto que históricamente las mujeres son víctimas de prácticas médicas no consensuadas, de irrespeto a sus decisiones personales y, en algunos casos, de tratamientos deshumanizantes³.

Constitucionalizar la autonomía significa integrar explícitamente este principio en la legislación nacional, dándole soporte jurídico que garantice su aplicación en todos los ámbitos de la atención de la salud, incluidos los procedimientos obstétricos⁴. Una de las principales conclusiones es que una parte esencial de los procedimientos obstétricos está vinculada al principio de autonomía, que se manifiesta efectivamente cuando se respeta íntegramente el plan de parto —*documento, elaborado por la mujer, destinado a los profesionales de la salud responsables de la asistencia durante el parto, el nacimiento y el puerperio*— en el que se detallan las necesidades, preferencias y expectativas de la mujer con relación a su atención⁵.

Incorporar la autonomía en la práctica médica obstétrica requiere una transformación significativa en la formación de los profesionales sanitarios y un profundo respeto por las decisiones de la embarazada. Esto, a su vez, integra considerar su opinión sobre el plan de parto, evitar procedimientos médicos sin el debido consentimiento informado y eliminar las prácticas médicas innecesarias o coercitivas; como episiotomías no solicitadas y el uso excesivo de medicamentos para acelerar el parto⁶.

Para ello, los profesionales médicos deben recibir formación en habilidades técnicas, en habilidades éticas y en habilidades comunicativas, que produzcan un mayor respeto a los derechos de los pacientes⁷.

La constitucionalización de la autonomía implica ampliar la protección de un principio que garantiza a las personas el control sobre los asuntos que afectan su integridad física y mental, así como su dignidad humana.

A nivel internacional, el principio de autonomía se ha abordado desde una perspectiva holística que considera factores culturales y religiosos al abordarlo en el contexto médico. Sin embargo, se ha mantenido un enfoque uniforme, tratándolo como un aspecto separado de la relación paternalista que existía entre profesionales de la salud y pacientes. Esto ha dado lugar a un nuevo enfoque, en el que se reconoce al paciente como capaz de tomar decisiones informadas sobre su proceso y las intervenciones médicas a las que se somete^{8,9}.

Una muestra de ello es el caso “Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador”, en el que la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, Corte IDH) examinó el principio de autonomía desde la perspectiva del consentimiento informado en el ámbito médico. Esta decisión judicial enfatiza que los pacientes deben recibir información adecuada sobre los tratamientos para tomar decisiones informadas y voluntarias sobre su propia salud⁷. La Corte IDH destacó la responsabilidad del Estado ecuatoriano en garantizar y respetar la autonomía personal, especialmente en situaciones de vulnerabilidad, como en instituciones médicas o psiquiátricas. A la vez, enfatizó que la protección de la autonomía debe extenderse tanto al ámbito privado como al público, lo que impone obligaciones específicas al Estado para garantizar este derecho fundamental¹⁰.

En el contexto de Colombia, el principio de autonomía se ha incorporado a la jurisprudencia mediante sentencias de la Corte Constitucional. Estas sentencias reconocen la autonomía individual, y, en particular, en materia de servicios de salud determinan la necesidad del desarrollo del consentimiento informado.

Las sentencias enfatizan que los pacientes tienen derecho a tomar decisiones informadas sobre su propia atención médica, incluyendo la aceptación o el rechazo de tratamientos específicos, siempre con base en información completa y comprensible sobre los posibles riesgos y beneficios.

La Sentencia C-233, por ejemplo, aborda el principio de autonomía en un contexto ético, centrándose en la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas y voluntarias sobre el fin de su vida¹¹.

El Tribunal Constitucional ha reiterado en numerosas ocasiones que las decisiones médicas no solo deben ser técnicamente adecuadas, sino también respetar la voluntad y el bienestar del paciente. Esto requiere un profundo respeto a la autonomía personal, que no se limita a situaciones como el fin de la vida autodeterminado, sino que también abarca casos como la interrupción del embarazo, la reproducción asistida y otros procedimientos médicos. En todas estas circunstancias, el consentimiento informado y la voluntad del paciente son primordiales¹², deberían ser la base. Esta perspectiva es especialmente relevante en el contexto de los tratamientos al final de la vida, en los cuales la capacidad de decidir sobre la propia existencia se considera una clara manifestación de la dignidad humana y del libre desarrollo de la personalidad.

Por ello, la Corte Constitucional refuerza el concepto de autonomía como derecho individual y principio ético y jurídico que guía tanto la práctica médica como las decisiones legislativas en los ámbitos de la salud y el derecho penal¹³.

Dicho esto, es crucial establecer una conexión entre el principio de autonomía y la violencia obstétrica. La violación de este principio en el ámbito obstétrico es evidente en las prácticas médicas que ignoran o minimizan la voluntad de las mujeres y les imponen tratamientos o procedimientos sin su consentimiento plenamente informado¹⁴. Esta forma de violencia afecta la autonomía de las mujeres, y a la par puede tener graves consecuencias para su bienestar físico y emocional, y generar

traumas y desconfianza en el sistema de salud¹⁵. La constitucionalización de la autonomía, en este contexto, pretende garantizar que todas las intervenciones médicas se realicen con absoluto respeto a las decisiones de la mujer, destacando la necesidad de la comunicación efectiva y el consentimiento informado como aspectos fundamentales de la atención médica¹⁶.

Otro desafío importante es equilibrar el principio de autonomía, especialmente en situaciones de emergencia que requieren decisiones rápidas¹⁷. En estos casos, la ética del cuidado puede proporcionar un marco útil al enfatizar la empatía y el compromiso con el bienestar de los pacientes, respetando al mismo tiempo sus valores y preferencias incluso en circunstancias críticas¹⁸.

No obstante, algunos autores sugieren que, en situaciones que ponen en riesgo la vida o la integridad física o moral del paciente, el médico podría desviarse del consentimiento y realizar procedimientos para preservar su dignidad. Esta situación genera un debate sobre el equilibrio de derechos y principios como la vida, la salud, la autodeterminación, la dignidad humana y la ética profesional¹⁹.

Como se observa, es crucial que la sociedad participe en este cambio. La educación pública sobre los derechos de las mujeres durante el embarazo y el parto, junto con la promoción del diálogo abierto sobre la violencia obstétrica, es esencial para desestigmatizar estos problemas y fomentar un entorno de apoyo y respeto para las mujeres²⁰.

Autonomía bioética en el derecho internacional

En el ámbito del derecho internacional, el principio de autonomía se define como el derecho de cada persona a tomar decisiones libres e informadas sobre su propio cuerpo y los tratamientos médicos a los que desea o no ser sometida, manifestando así la libertad y el principio de autodeterminación derivado de la dignidad humana⁸.

En los últimos años, este principio ha adquirido gran relevancia en la práctica médica, lo que marca un cambio en la relación tradicional entre médico y paciente, históricamente dominada por el paternalismo del profesional de la salud⁹. Actualmente, numerosos tratados y convenios internacionales que protegen los derechos humanos destacan la

autonomía como pilar para garantizar los derechos de las personas.

Estos tratados y convenios consideran que un desarrollo humano adecuado incluye la capacidad de tomar decisiones sobre el acceso al tratamiento, la humanización de los procedimientos médicos e incluso aspectos cruciales como la interrupción voluntaria de la vida²¹.

La Declaración Universal de Derechos Humanos fue uno de los primeros documentos en reconocer la importancia de la autonomía individual, al enfatizar el derecho de toda persona a no ser sometida a tortura ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes²². Esta interpretación de la autonomía no debe limitarse al contexto penal, sino también a la atención médica.

Un claro ejemplo se observa en la medicina obstétrica, en la cual la violencia obstétrica se manifiesta en prácticas que violan los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio²³ e incluye la vulneración de la autonomía personal y el consentimiento informado, que son aspectos esenciales del respeto a la dignidad humana.

Con frecuencia, las mujeres son sometidas a procedimientos médicos —como episiotomías, inducciones del parto y cesáreas— sin su consentimiento explícito, lo que, por una parte, vulnera sus derechos y, por otra, puede ponerlas en riesgo de complicaciones innecesarias.

Asimismo, las pacientes obstétricas a menudo se enfrentan a situaciones en las que se ignoran su dignidad y sus preferencias²⁴. Esto puede manifestarse en una falta de privacidad durante los exámenes, comentarios inapropiados o discriminatorios por parte del personal médico y la negativa a permitir que un acompañante esté presente durante el parto¹⁵. Estas prácticas pueden considerarse crueles e inhumanas, en especial cuando se realizan sin una justificación médica clara o sin el consentimiento de la mujer.

La negligencia médica, como ignorar los signos de complicaciones durante el parto, no proporcionar un alivio adecuado del dolor o no responder con rapidez a las emergencias obstétricas, también constituye trato inhumano o degradante. Por ende, estas fallas pueden tener graves consecuencias para la salud física y emocional tanto de la mujer como del bebé¹⁴, sumado al impacto psicológico

que deriva en trastornos como el de estrés post-traumático, la depresión posparto y una aversión general a futuras interacciones médicas.

Hay ocho situaciones que constituyen violencia obstétrica, como son:

- No alivia el dolor;
- Uso excesivo e innecesario de cesáreas y episiotomías;
- Realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado;
- Separación innecesaria de la madre y el recién nacido;
- Limitación del movimiento durante el parto;
- Tacto vaginal extenso o innecesario;
- Ruptura artificial de membranas (mediante la administración de oxitocina) para acelerar el parto;
- Prohibición de estar acompañada durante el parto.

En este ámbito, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)²⁵ y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)²⁶ refuerzan el derecho a la autonomía personal y garantizan que las decisiones médicas se tomen sin discriminación, coerción ni violencia.

El PIDCP protege a las personas de la realización de procedimientos médicos sin su consentimiento y garantiza el reconocimiento de la capacidad jurídica para que las personas puedan tomar decisiones, incluidas las médicas²⁵. A su vez, la CEDAW promueve la igualdad de acceso a los servicios de salud para las mujeres y defiende su derecho a decidir sobre su propia salud sin discriminación, destacando la importancia de la autonomía en salud reproductiva²⁶.

En la práctica médica, especialmente en obstetricia, la aplicación efectiva del principio de autonomía requiere la garantía del consentimiento informado²⁷, que debe ir más allá de la firma del documento y exige un proceso de comunicación continuo, en el que la mujer esté plenamente informada y comprenda y acepte las intervenciones médicas propuestas²⁸.

Esta práctica, apoyada por ya referidas directrices internacionales, enfatiza la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones sobre su atención en salud²⁹.

Es por esto mismo que se enfatiza en que los profesionales de la salud y los usuarios conozcan los mencionados lineamientos, para conducir a una práctica médica que verdaderamente respete y promueva la autonomía individual y garantice una atención basada en el respeto, la equidad y la justicia, así como la realización de los principios de autonomía en la atención obstétrica a nivel mundial²³.

Autonomía bioética en el derecho colombiano

El principio de autonomía en Colombia está firmemente arraigado en la legislación, en lo que respecta a la protección de los derechos humanos en el sector salud.

Este principio es crucial para garantizar el respeto a las decisiones relacionadas con el cuerpo y la salud de las personas, así desempeña un papel esencial en la lucha contra la violencia obstétrica y en la garantía de un trato justo y digno en la atención de la salud reproductiva³⁰.

La autonomía se refleja en otras disposiciones constitucionales que enfatizan la importancia de proteger los derechos a la información y a la privacidad, en razón a que salvaguarda la capacidad de las personas para tomar decisiones sin interferencias indebidas, lo cual es esencial para la gestión adecuada de los problemas de salud y los tratamientos médicos¹¹.

La Constitución colombiana de 1991 establece un marco esencial para sustentar el principio de autonomía, destacando los derechos a la vida, la salud, la integridad física y la dignidad. El artículo 16 de la Constitución garantiza el derecho al libre desarrollo de la personalidad, que puede considerarse la base de la autonomía personal, e incluye la capacidad de tomar decisiones informadas sobre el propio cuerpo. El derecho al libre desarrollo de la personalidad es particularmente importante en el ámbito de la salud, en el cual el consentimiento informado es un requisito fundamental para cualquier procedimiento médico y garantiza que las decisiones de los pacientes se respeten de acuerdo con sus valores y preferencias³¹.

En Colombia, se han logrado avances notables en el reconocimiento y abordaje de la violencia

obstétrica como una violación de los derechos de las mujeres. Ley 2244/2022⁵, verbigracia, menciona explícitamente la violencia obstétrica y busca garantizar que las mujeres reciban un trato digno durante el embarazo, el parto y el puerperio. Esta ley asegura el derecho a elaborar un plan de parto, que permite a las mujeres establecer sus necesidades y preferencias y garantiza el respeto a su autonomía y a sus decisiones informadas⁵.

A la vez se destaca la inclusión del principio de autonomía, que enfatiza la atención integral y respetuosa que dispone el derecho a la información, el respeto, la no discriminación y la autodeterminación en estos procesos. Todo ello con un enfoque diferenciado para asegurar que todos los procedimientos y la atención médica se adapten a las necesidades y deseos específicos de las mujeres³².

No obstante, la aplicación de estas leyes y principios en la práctica diaria aún presenta desafíos, dado que la brecha entre la teoría y la realidad en el contexto de la violencia obstétrica se refleja en denuncias de malas prácticas y falta de respeto a las decisiones de las mujeres por parte de algunos profesionales de la salud.

Esto apunta que, a pesar de la existencia de marcos legales, es crucial continuar la formación y la sensibilización de los profesionales de la salud sobre el respeto a la autonomía de las pacientes¹⁵. En este sentido, existen desafíos como la necesidad de formación especializada en derechos reproductivos y atención humanizada, la adecuación de la infraestructura hospitalaria a los estándares de atención y un cambio cultural en las prácticas médicas, que muchas veces descuidan la autonomía femenina.

Por lo tanto, se debe contar con un sistema sólido de seguimiento y aplicación para garantizar que el marco jurídico se implemente de manera uniforme en todo el sistema de salud a fin de promover partos respetuosos y libres de discriminación³², desde la promoción de una cultura de respeto y protección de los derechos humanos en todos los niveles del sistema de salud. Además, es necesario una formación médica, que debe integrar tanto aspectos técnicos como éticos y humanísticos en la atención de salud, hasta en conocimiento de políticas públicas que garanticen el respeto continuo de los derechos de las mujeres a su autonomía y dignidad²⁰.

Autonomía bioética y violencia obstétrica en Colombia

La jurisprudencia del Consejo de Estado de Colombia —que es la máxima instancia en la jurisdicción administrativa— ha sido crucial en la interpretación de la violencia obstétrica, y en principal en lo que respecta al derecho a la salud y a la integridad personal. A partir de numerosas sentencias, este tribunal ha resaltado la importancia de respetar la autonomía de las decisiones individuales en el ámbito médico y obstétrico, y ha reconocido la necesidad de proteger los derechos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Con este enfoque jurídico se sientan precedentes para un tratamiento digno y respetuoso con los derechos humanos, el cual fortalece el marco jurídico que protege a las mujeres en una etapa crítica de sus vidas y promueve una atención médica que respete su autonomía y sus decisiones personales.

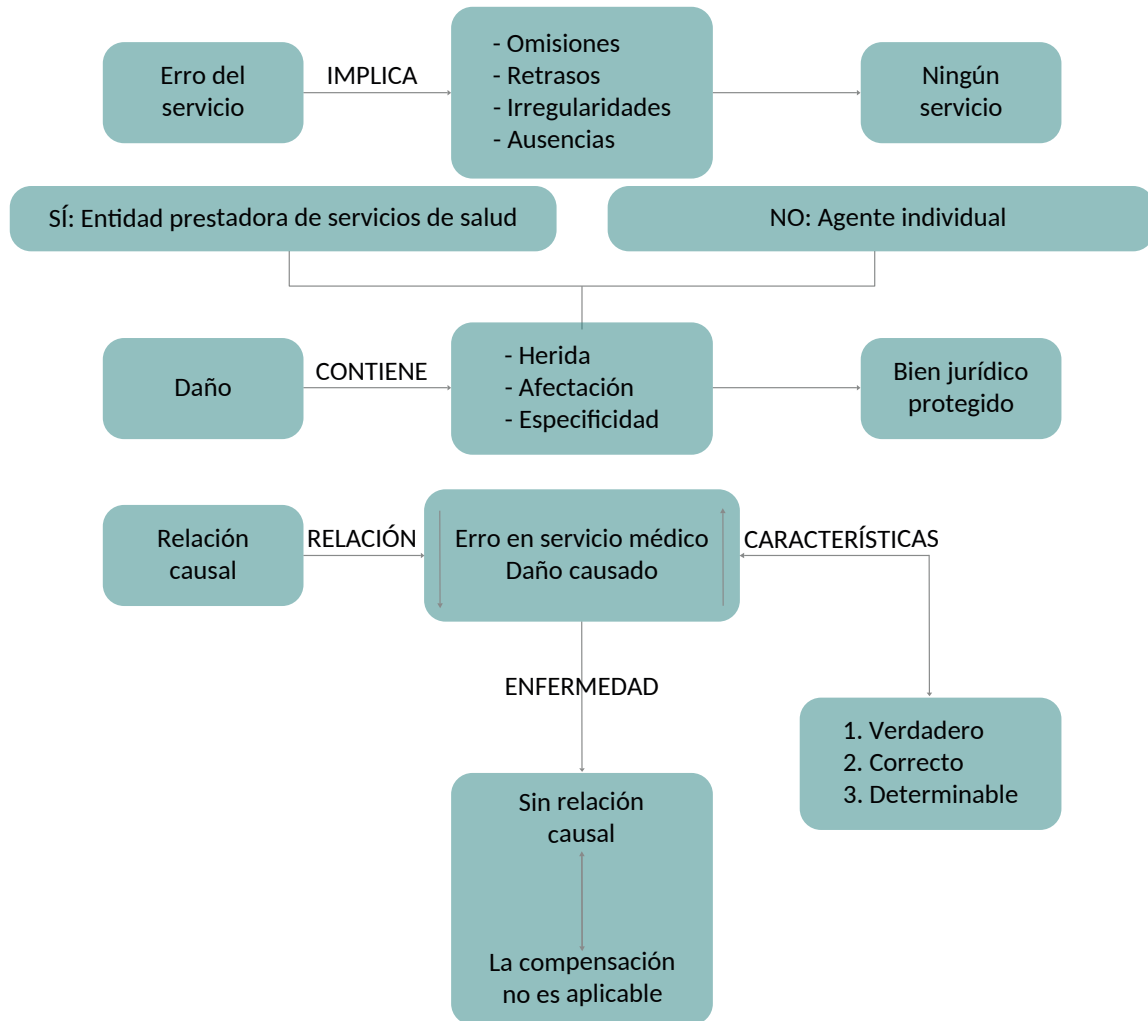
Esta es una de las maneras en que el Consejo de Estado de Colombia ha abordado la violencia obstétrica en casos de responsabilidad médico-obstétrica. Aunque no siguen un modelo de responsabilidad objetiva, ha condenado a personal médico y sanitario, cuando se considera que existen pruebas contundentes de incumplimiento del servicio, si el embarazo transcurrió sin complicaciones y el daño se produjo tras una intervención médica durante el parto. En este punto, esta autoridad judicial considera estos hechos como una manifestación de violencia obstétrica, al igual que una expresión de la responsabilidad del Estado en este asunto³³.

Al respecto en la sentencia del 28 de junio de 1994, el Consejo de Estado estableció que, para que se determine la responsabilidad médica por incumplimiento del servicio, deben cumplirse ciertos requisitos, los cuales se detallan en la siguiente figura.

En la Ordenanza 11001-03-15-000-2023-03389-00/2023³³, el Consejo de Estado de Colombia aborda una vez más la relación entre la omisión del servicio médico y la responsabilidad derivada. En el caso analizado, la vida de una madre y su recién nacido se vio gravemente afectada por múltiples deficiencias en la atención médica, dado que la paciente sufrió graves complicaciones, incluyendo la pérdida del bebé y una histerectomía de

urgencia, al no ser trasladada a tiempo a un hospital especializado a pesar de su hipertensión, ya conocida y reflejada en su historia clínica.

Figura 1. Requisitos y descripción de las deficiencias en el servicio médico



En este incidente, el Consejo de Estado describe una grave vulneración del principio de autonomía, ya que la paciente sufrió tanto la falta de una derivación adecuada como la ausencia de información clara y la comunicación efectiva sobre su condición y la del feto. De ahí que la falta de comunicación adecuada le impidió tomar decisiones informadas sobre su atención médica, agravando las ya trágicas consecuencias de la situación^{33,34}.

De tal manera el consentimiento informado es un derecho del paciente y una obligación ética y legal de los profesionales sanitarios. Por esto, el Consejo de Estado enfatizó que el consentimiento informado

requiere comprensión y diálogo, en que el paciente recibe información clara, comprensible y completa sobre su condición médica, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos que conlleva³⁵.

De acuerdo con esta jurisprudencia, la información del consentimiento debe ser detallada, especialmente en lo que respecta a posibles imprevistos durante el procedimiento. La documentación y el proceso deben permitir al paciente comprender plenamente las implicaciones de las intervenciones propuestas y garantizar que cualquier consentimiento para procedimientos adicionales en situaciones de emergencia esté bien fundamentado³⁵.

Una comunicación efectiva entre médico y paciente, en la que se explican de forma comprensible todas las posibles variaciones para garantizar decisiones verdaderamente informadas y voluntarias, es crucial en el contexto obstétrico, ya que las decisiones afectan tanto a la madre como al bebé²⁷.

En el caso analizado, la Sra. Tania González, madre primeriza, sufrió un parto prolongado y complicado en el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, en el occidente de Colombia. Ingresó con intenso dolor y contracciones, y su hijo nació al día siguiente, pero fue trasladado de urgencia a otro hospital debido a su grave estado y, lamentablemente, falleció por asfixia neonatal. La demanda interpuesta busca responsabilizar a las instituciones médicas por los daños morales y a la vida familiar causados por las deficiencias en la atención durante el parto³⁶.

En este caso, la violencia obstétrica se centra en si las fallas en la atención médica contribuyeron al trágico desenlace, porque los argumentos de la demanda destacan que el parto de la Sra. González no recibió atención médica adecuada y oportuna, sumado a deficiencias en el cumplimiento de los protocolos médicos estándar y las guías de práctica clínica. Incluso, el análisis forense reveló varias omisiones durante el parto que podrían haber provocado hipoxia grave y la muerte del recién nacido. Esta situación ilustra un claro caso de violencia obstétrica, en el que la falta de atención adecuada y respetuosa durante un momento crítico vulnera los principios de cuidado y respeto que deben prevalecer en la práctica obstétrica³⁶.

En situaciones de violencia obstétrica, la jurisprudencia ha puesto de relieve que se vulnera el principio de autonomía cuando los profesionales de la salud descuidan o minimizan las decisiones y preferencias de las mujeres durante el parto. En este contexto, las decisiones del Consejo de Estado han confirmado que cualquier intervención médica realizada sin el consentimiento explícito de la paciente vulnera sus derechos. Esto incluye casos en los que se realizan procedimientos médicos no urgentes sin la debida autorización, como cesáreas médicamente injustificadas o la administración de medicamentos para acelerar el parto sin un consentimiento claro³⁷.

Un caso destacado fue el proferido por la sección tercera del Consejo de Estado, en el cual una mujer fue ingresada a un hospital donde se le

recomendó una cesárea debido a complicaciones obstétricas, entre ellas desproporción fetopélvica y oligohidramnios, que es una reducción del líquido amniótico³⁷. Estas condiciones suponen riesgos significativos tanto para la madre como para el bebé y justifican una intervención quirúrgica inmediata para evitar los peligros asociados con el parto vaginal en estas circunstancias. Pero, debido a la falta de quirófanos disponibles, no se realizó una cesárea. Por esto, la madre tuvo que someterse a un parto vaginal, lo que provocó sufrimiento fetal grave y complicaciones posparto para el recién nacido³⁷.

Este incidente pone de manifiesto una grave falta de atención médica adecuada y necesaria, lo que podría interpretarse como violencia obstétrica por omisión y falta de recursos.

De acuerdo con este fallo judicial, la violencia obstétrica abarca tanto el maltrato físico o psicológico explícito como la falta de atención adecuada y la realización de procedimientos no autorizados o innecesarios, como en este caso en que no se realizó la cesárea requerida.

Autonomía bioética y violencia obstétrica

La violencia obstétrica es un tipo de violencia que va más allá del daño físico y afecta profundamente el bienestar psicológico y moral de las mujeres. Una vez que se ve afectada su capacidad para tomar decisiones libres e informadas sobre su propio cuerpo y el proceso del parto, se compromete su integridad y dignidad personal, puesto que las repercusiones no se limitan a la experiencia inmediata del parto, sino que también afectan la salud emocional y psicológica a largo plazo¹⁵. La falta de consentimiento informado y la presión para aceptar intervenciones médicas más rápidas demuestran cómo las normas culturales y estructurales socavan la autonomía de las mujeres en situaciones críticas.

Como se ha dicho, el principio de autonomía es básico para la bioética¹⁷. Este se basa en el derecho de las pacientes a tomar decisiones informadas y voluntarias sobre su tratamiento médico. Empero, en el ámbito obstétrico, este derecho puede verse desatendido por prácticas tradicionalmente aceptadas, que pueden surgir tanto de acciones directas

del equipo médico como de la falta de intervención o la negativa de las instituciones sanitarias a realizar los procedimientos necesarios³⁸.

Esta vulneración se presenta con la realización de cesáreas sin indicación médica clara o bajo presión, sin proporcionar a la paciente información completa sobre las alternativas y los riesgos³⁹, de tal modo que si bien esta práctica puede justificarse como precaución, a menudo no tiene en cuenta los deseos explícitos de la paciente ni su derecho a optar por un parto menos invasivo⁶.

Otro ejemplo de violación de la autonomía en obstetricia es el trato deshumanizante durante el parto, que se manifiesta en forma de comentarios despectivos, falta de privacidad o restricciones en la toma de decisiones sobre la postura durante el trabajo de parto. Estas prácticas son éticamente incorrectas, constituyen violencia obstétrica e impactan negativamente la experiencia de la maternidad.

Desde una perspectiva bioética, todo caso de violencia obstétrica viola el principio de autonomía.

De tal manera que el análisis bioético debe centrarse en cómo las acciones del personal sanitario afectan la capacidad de decisión de la mujer y considerar cómo se comunica la información, se respetan los deseos y se gestionan las preocupaciones y los temores²⁷.

En otro ejemplo, tenemos la decisión de primera instancia del 9 de marzo de 2021, en que el Juzgado a quo negó las pretensiones de Luz Marina; la mujer demandante, al concluir que el Hospital ESE San Rafael de Yolombó, ubicado en el departamento de Antioquia, en el noroccidente de Colombia, cumplió con sus obligaciones de atención médica, sin que existiera demora en la prestación del servicio⁴⁰.

Según los testimonios rendidos durante la audiencia inicial, tanto por los profesionales de la salud que atendieron el parto de Luz Marina como por el perito designado, la paciente ingresó en una fase avanzada del periodo expulsivo.

Por ende, la única alternativa viable fue asistir el nacimiento por vía vaginal, dado que ya no era posible revertir el proceso para practicar una cesárea. Luego, con el objetivo de evitar daños neurológicos al recién nacido, se aplicaron la maniobra de Kristeller y la espátula de Velasco.

A partir de esta evidencia, el juez de primera instancia concluyó que no hubo pérdida de

oportunidad, al no demostrarse técnicamente que una supuesta demora en la atención hubiera afectado la salud de la paciente.

En su recurso de apelación ante el Tribunal de segunda instancia, la demandante Luz Marina, mediante su apoderado, sostuvo que el juez de primera instancia incurrió en error al considerar que la atención prestada fue adecuada y conforme a los protocolos, al argumentar que la ausencia de responsabilidad se sustentó en los testimonios de los profesionales directamente involucrados en el procedimiento, cuyas versiones carecen de imparcialidad, en tanto que una sentencia desfavorable podría derivar en acciones legales en su contra.

En relación con la pérdida de oportunidad, se alegó que Luz Marina no fue informada sobre los beneficios, riesgos, alternativas ni consecuencias de la maniobra de Kristeller. Si bien esta intervención pudo haber sido técnicamente procedente, la paciente debió haber recibido información suficiente que le permitiera consentir o rechazar el procedimiento de manera libre e informada, aun sin dejar constancia expresa de su decisión.

La mujer como actor demandante atribuye el daño a una presunta deficiencia en la atención médica brindada en el Hospital, sin que se haya involucrado responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social. Asimismo, quedó acreditado que durante el parto se aplicó la maniobra de Kristeller a Luz Marina, ejerciendo presión violenta sobre su abdomen con el propósito de forzar el nacimiento.

Por todo lo anterior, la Sala de Decisión considera procedente la revocatoria de la sentencia impugnada de primera instancia. Lo anterior, por una parte, se establece que el Departamento de Antioquia carece de legitimación pasiva dentro del proceso y, por otra, que el Hospital ESE San Rafael de Yolombó debe ser declarado responsable administrativa y patrimonialmente.

Esta responsabilidad se fundamenta en que la maniobra de Kristeller fue practicada sin el consentimiento informado de la paciente, vulnerando sus derechos fundamentales a la dignidad, integridad, acceso a la información y autonomía sobre su propio cuerpo. De acuerdo con el artículo 1° de la Ley 1.257⁴¹ de 2008 —que establece normas para la sensibilización, prevención y sanción de la violencia y la discriminación contra las mujeres— el juez evaluó las pruebas del proceso para determinar si

la paciente recibió información clara sobre los posibles riesgos y si aceptó libremente la intervención.

A esto se suma un análisis del estado clínico, la gravedad del cuadro, las alternativas disponibles y el comportamiento de la paciente. Con base en lo expuesto, las pruebas demuestran que, durante el parto, el niño Edwar Isaías sufrió una lesión en el plexo braquial derecho que le provocó una parálisis de Erb con secuelas. Esta condición fue evaluada por la Junta Regional de Calificación de Discapacidad de Antioquia, que determinó una pérdida de capacidad laboral del 39,38 %.

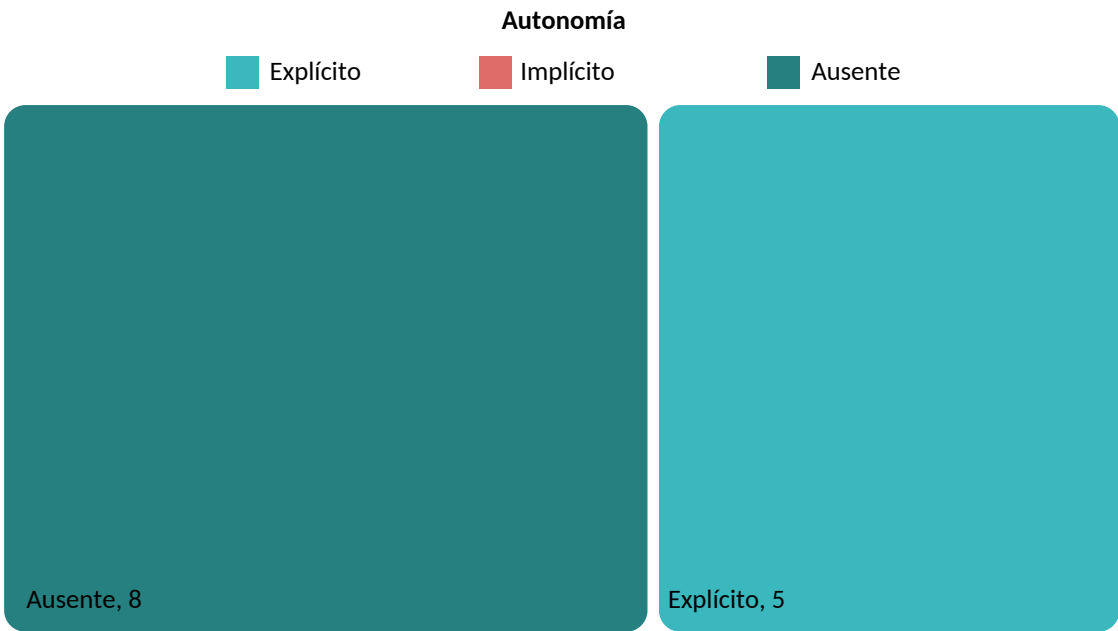
Con los documentos de todos los fallos judiciales mencionados revisados, se constituyó una sola unidad hermenéutica, para luego proceder con su

análisis a través del software New NVivo, que se empleó como sistema de análisis. Producto de este análisis se determinaron tres estados del principio de autonomía en los documentos (explícito, implícito, ausente), y se encontró que en la mayoría de ellos estaba ausente y en menor proporción estaba explícito.

En ocasiones cuando se efectúa un análisis hermenéutico las categorías pueden encontrarse en un estado implícito o sobreentendido, pero en el mencionado análisis no se encontró las categorías de autonomía en esta forma en ninguna sentencia. Esto significa que en todos los casos el concepto de autonomía o se dice de forma expresa o se desconoce.

Lo indicado se muestra en la siguiente figura.

Figura 2. Mapa jerárquico del principio bioético de la autonomía



Consideraciones finales

Después de examinar y analizar las sentencias judiciales administrativas emitidas por jueces y magistrados colombianos, sumado a las normas internacionales, se concluye que la violencia obstétrica se manifiesta como una serie de prácticas médicas que constituyen una grave violación de los derechos humanos y afectan negativamente la dignidad y la autonomía de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Esta forma de

violencia, que socava la capacidad de las mujeres para tomar decisiones informadas y libres sobre su cuerpo y el proceso de parto, causa no solo daño físico, sino también profundas consecuencias psicológicas y éticas.

Desde la constitucionalización de la autonomía en Colombia, la ley ha buscado mantenerse a la vanguardia en estas situaciones de violencia, como la violencia obstétrica, alineándose con los esfuerzos de las autoridades por garantizar un tratamiento respetuoso y consensuado, de acuerdo con los principios fundamentales de la bioética,

aplicables tanto a la obstetricia como a la medicina en general.

Sin distinción alguna, es esencial que, en el proceso de reconocimiento e institucionalización de las prácticas para combatir la violencia obstétrica, se garantice que todos los profesionales de la salud reciban una formación adecuada en habilidades técnicas y competencias éticas y comunicativas que respeten los derechos de las pacientes. Dicha formación debe enfatizar la importancia del consentimiento informado como un proceso continuo, no como una formalidad burocrática.

Asimismo, es fundamental desarrollar políticas claras en las instituciones de salud que promuevan el respeto por la autonomía del paciente y establezcan mecanismos de rendición de cuentas por las violaciones de este principio.

A nivel internacional, se ha desarrollado una comprensión general de la violencia obstétrica en relación con ciertas prácticas y omisiones médicas

y hospitalarias. A pesar de ello, es necesario promover una perspectiva holística que considere factores culturales y religiosos y supere el enfoque paternalista tradicional entre médicos y pacientes. Esto permitiría un nuevo paradigma que reconozca la capacidad de las pacientes para tomar decisiones informadas sobre su proceso e intervenciones médicas y, en consecuencia, establecer un nuevo estándar ético en medicina, según el cual las pacientes puedan participar de forma activa, consciente y responsable en sus tratamientos, incluso cuando decidan no hacerlo.

En Colombia, la jurisprudencia ha jugado un papel preponderante en el fortalecimiento de la autonomía, especialmente en el ámbito de la salud y el consentimiento informado, en particular en lo que respecta al derecho de las pacientes a tomar decisiones informadas sobre su atención médica, incluyendo la aceptación o el rechazo de tratamientos con base en información completa y comprensible.

Referencias

1. O'Brien C, Newport M. Prioritizing women's choices, consent, and bodily autonomy: from a continuum of violence to women-centric reproductive care. *Soc Sci Med* [Internet]. 2023 [acceso 11 jun 2025];333:116110. DOI: 10.1016/j.socscimed.2023.116110
2. Neyro-Bilbao JL, Elorriaga MA, Lira-Plascencia J. Contraception and bioethics: between the conscience objection and the autonomy principle. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2015 [acceso 11 jun 2025];83(2):125-38. Disponible: <https://bit.ly/3HkUgiY>
3. Alexandra ST, Oliveira MSS, Alves SM, Bessa MMM, Albuquerque GA, Santana MDR. Obstetric violence under the perspective of nursing professionals of the birth care. *Cult cuid* [Internet]. 2019 [acceso 11 jun 2025];23(53):119-28. DOI: 10.14198/cuid.2019.53.12
4. Flórez VJA. La constitucionalización del Derecho y su incidencia en Colombia. *Revista Pensamiento Americano* [Internet]. 2009 [acceso 11 jun 2025];2(2):65-9. DOI: 10.21803/PENAMER.2.2.23
5. Colombia. Ley n° 2244 de 2022. Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "Ley de parto digno, respetado y humanizado". *Función Pública* [Internet]. Bogotá, 11 jul 2022 [acceso 11 jun 2025]. Disponible: <https://bit.ly/4mmR3Pv>
6. Macedo J, António I, Macedo E, Lopes MF. The birth plan as a safeguard mechanism the right to self-determination of women in obstetric context in Portugal. *Rev. Bioética y Derecho* [Internet]. 2023 [acceso 11 jun 2025];(58):223-42. DOI: 10.1344/rbd2023.58.39814
7. Vega-Hurtado C. Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2020 [acceso 11 jun 2025];58(2):197-201. DOI: 10.24875/RMIMSS.M20000017
8. González C. Autonomy in Bioethics: criticisms and re-definitions. *Revista de Filosofía Moral y Política* [Internet]. 2022 [acceso 11 jun 2025];(67):1-14. DOI: 10.3989/isegoria.2022.67.12
9. Jaramillo CAL, Lew JCH. Autonomía, confianza y ética médica en la obra de Onora O'Neill. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2013 [acceso 11 jun 2025];42(1):120-35. Disponible: <https://bit.ly/4lhroGy>

10. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Guachalá Chimbo y Otros vs. Ecuador. Sentencia de 26 de marzo de 2021 (Fondo, reparaciones y costas). Corte Interamericana de Derechos Humanos [Internet]. 2021 [acceso 11 jun 2025]. Disponible: <https://bit.ly/453Pi3m>
11. Colombia. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-233. Función Pública [Internet]. 2003 [acceso 11 jun 2025]. Disponible: <https://bit.ly/4mzsrCO>
12. Colombia. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-018. Función Pública [Internet]. 2021 [acceso 11 jun 2025]. Disponible: <https://bit.ly/3Hei0Wc>
13. Bustamante BJP, Díaz RG. Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto. *Rev Colomb Bioét* [Internet]. 2013 [acceso 11 jun 2025];8(1):144-65. Disponible: <https://bit.ly/4myBd3L>
14. Pérez R, Pérez M, Pérez D. The symbolic framework of obstetric violence. *Enferm Clin (Engl Ed)* [Internet]. 2023 [acceso 11 jun 2025];33(5):375-6. DOI: 10.1016/j.enfcl.2023.07.003
15. Meza MI, Privat MHC, Vilcahuaman JM, De la Torre RJM. La violencia obstétrica como biopoder: a propósito de la dignidad de la mujer. *Encuentros* [Internet]. 2023 [acceso 11 jun 2025];(17):411-23. DOI: 10.5281/zenodo.7527761
16. Ramírez-García HS. La constitucionalización de la persona: un marco de la relación entre el Estado de derecho y los derechos humanos. *Rev Cuest Const* [Internet]. 2022 [acceso 11 jun 2025];(47):367-95. DOI: 10.22201/ij.24484881e.2022.47.17533
17. Ramírez Borrero ND, Corredor Nino MA, Navas Gutierrez SE. Bioethical recommendations for the pandemic a personalistic perspective. *Pers Bioet* [Internet]. 2021 [acceso 11 jun 2025];25(1):e2515. DOI: 10.5294/pebi.2021.25.1.5
18. Páez Moreno R. A Bioethical approach of “medical education from the human rights based approach to health”. *Investigación Educ Médica* [Internet]. 2020 [acceso 11 jun 2025];9(36):96-102. DOI: 10.22201/fm.20075057e.2020.36.20242
19. Cioffi A, Zaami S. Legge Italiana n° 219/2017: Conseguenze sul consenso informato del malato psichiatrico e sul privilegio terapeutico. *Riv Psichiatr* [Internet]. 2020 [acceso 11 jun 2025];55(2):129-30. DOI: 10.1708/3333.33028
20. Gleason EG, Berrío DPM, Ríos JML, Merino CMM. Giving birth is not a matter of ethnicity, it is a matter of humanity: experiences of obstetric violence during childbirth among indigenous women. *Salud Colect* [Internet]. 2019 [acceso 11 jun 2025];17:e3727. DOI: 10.18294/sc.2021.3727
21. Maier E. Convenios internacionales y equidad de género: un análisis de los compromisos adquiridos por México. *Pap poblac* [Internet]. 2007 [acceso 11 jun 2025];13(53):175-202. Disponible: <https://bit.ly/45v2nlo>
22. Naciones Unidas. La Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. 1948 [acceso 11 jun 2025]. Disponible: <https://bit.ly/45DnIKr>
23. Silva A, Pantoja F, Millón Y, Hidalgo V, Stojanova J, Arancibia M et al. Stakeholders' perceptions of humanized birth practices and obstetric violence in Chile: a scoping review. *Medwave* [Internet]. 2020 [acceso 11 jun 2025];20(9):e8047. DOI: 10.5867/medwave.2020.09.8047
24. Flores CA, Ferreira ED. The war against a linguistic expression: no more “obstetric violence”. *Cad Ling Soc* [Internet]. 2023 [acceso 11 jun 2025];24(2):160-178. DOI: 10.26512/les.v24i2.46920
25. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [Internet]. 1966 [acceso 11 jun 2025]. Disponible: <https://bit.ly/4ldQZQk>
26. Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer políticos [Internet]. 1979 [acceso 11 jun 2025]. Disponible: <https://bit.ly/3ULRmXA>
27. Uzcátegui O, Cabrera C. Bioethical aspects of cesarean section and informed consent. *Rev Obstet Ginecol Venezuela* [Internet]. 2010 [acceso 11 jun 2025];70(1):47-52. Disponible: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322010000100009
28. Serrano CC, Leon LPD. The obstetric violence and its legal implications in Mexico. *Cuest Const* [Internet]. 2024 [acceso 11 jun 2025];25(50):27-65. DOI: 10.22201/ij.24484881e.2024.50.18802

29. La OMS adquiere importantes compromisos en favor del empoderamiento y la salud de las mujeres. Organización Mundial para la Salud [Internet]. Comunicados de prensa; 5 jul 2021 [acceso 11 jun 2025]. Disponible: <https://bit.ly/4m58Gml>
30. Alvarez HMM. La autonomía: principio ético contemporáneo. Rev Colomb Cienc Soc (En Línea) [Internet]. 2012 [acceso 11 jun 2025];3(1):115-32. Disponible: <https://bit.ly/4opNN7b>
31. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. La Gaceta Constitucional [Internet]. 1991 [acceso 11 jun 2025];(116). Disponible: <https://bit.ly/4ldSXQl>
32. Ramos BE, González AGA, Verduzco MFG, Pérez CSG. Violencia obstétrica: una revisión sistemática de literatura. Revista de Ciencias Humanas y Sociales [Internet]. 2023 [acceso 11 jun 2025];(100):60-93. DOI: 10.5281/zenodo.7637450
33. Colombia. Consejo de Estado. Sentencia 11001031500020230338900. Relatoría Jurisprudencial. C.P. Stella Jeannette Carvajal Basto. 2023.
34. Colombia. Consejo de Estado. Sentencia 8839. Relatoría Jurisprudencial. 1994.
35. Colombia. Consejo de Estado. Sentencia 11001031500020230737200. Relatoría Jurisprudencial. C.P. Pedro Pablo Vanegas Gil. 2024.
36. Colombia. Consejo de Estado. Sentencia 66001233300020120002101. Relatoría Jurisprudencial. C.P. Jaime Enrique Rodríguez Navas. 2023.
37. Colombia. Consejo de Estado. Sentencia 13001233100020110013602. Relatoría Jurisprudencial. C.P. Jaime Enrique Rodríguez Navas. 2023.
38. Mella-Guzmán M, Binfa L, Weeks F. Autonomy in labour and delivery in a Latin American urban centre: a qualitative phenomenological analysis. Sex Reprod Health Matters [Internet]. 2023 [acceso 11 jun 2025];31(1):2310889. DOI: 10.1080/26410397.2024.2310889
39. Maïetti F, García JFV. Theoretical approaches to the phenomenon of obstetric violence: a look at the international and inter-american normative and jurisprudential framework. Vniversitas [Internet]. 2023 [acceso 11 jun 2025];72. DOI: 10.11144/Javeriana.vj72.atfv
40. Colombia. Tribunal Administrativo de Antioquia. Sala Quinta de Decisión. Sentencia 111. Radicado 05001333302220140006103 [Expediente]. Magistrado Ponente: Liliana Navarro Giraldo. 2023.
41. Colombia. Ley n° 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Función Pública [Internet]. Bogotá, 4 dez 2008. Disponible: <https://bit.ly/4fJIJ58>

Camilo Andrés Vargas Machado – Doctor – camilo.vargasma@campusucc.edu.co

 0000-0003-0993-358X

Andrés Felipe Roncancio Bedoya – Doctor – andres.roncancio@campusucc.edu.co

 0000-0002-1257-3813

Correspondencia

Camilo Andrés Vargas Machado – Rua 30, Caribbean Trunk Road. CEP 470003. Faculdade de Direito, Universidade Cooperativa da Colômbia. Santa Marta, Colômbia.

Contribución de los autores (CRediT)

El diseño, los recursos, la financiación, la metodología, la recopilación de datos, la redacción, la revisión y la edición fueron realizados por Camilo Vargas Machado. Andrés Felipe Roncancio Bedoya fue responsable de la validación, redacción, análisis formal y preparación del manuscrito. Ambos autores leyeron el texto y estuvieron de acuerdo con la versión que publicarse.

Disponibilidad de los datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 1.8.2024

Revisado: 2.10.2024

Aprobado: 12.6.2025