



Universitat Pompeu Fabra
Máster Avanzado en Ciencias Jurídicas

Trabajo Final de Máster

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA: IDENTIFICANDO MECANISMOS JURÍDICOS DE
PROTECCIÓN Y LA INCIDENCIA DE LA GARANTÍA DE ACCESO A LA JUSTICIA
EN SU EFECTIVIDAD**

Estudiante: Ana Javiera Araya Quezada

Tutor: Prof. Dr. Josep Joan Moreso

Barcelona, España

Junio 2025

Resumen

La violencia obstétrica (VO) es un fenómeno social complejo, reconocido como una manifestación de la violencia contra la mujer. Con origen principalmente en América Latina y una incipiente pero creciente atención en Europa, la VO proviene de problemas estructurales profundamente arraigados en los sistemas biomédicos, afectando los derechos fundamentales de las mujeres durante el período perinatal, a través de la medicalización y patologización de procesos naturales basado en la autoridad médica, que finalmente aumenta la vulnerabilidad de las personas gestantes. Este enfoque paternalista afecta la autonomía y la capacidad de decisión de las mujeres, revelando la VO como una fuente patológica de vulnerabilidad y una forma de injusticia epistémica.

Esta investigación analiza los mecanismos jurídicos de protección: sanción, prevención y reparación. Aunque la penalización de la VO, implementada en Venezuela y algunos estados de México, ofrece un recurso judicial y condena social, su alcance es limitado para abordar las raíces estructurales del problema. La prevención, mediante políticas integrales, formación con perspectiva de género y derechos, y un monitoreo robusto, tiene un mayor potencial de cambio sistémico, requiriendo una voluntad gubernamental y asignación de recursos significativas. Respecto a la reparación, la búsqueda de un resarcimiento integral más allá de la compensación económica es crucial para la protección a las víctimas. Finalmente, concluye que la efectividad de dichos mecanismos de protección dependen, en gran parte, de la suficiencia de la garantía de acceso a la justicia.

Palabras clave: Violencia obstétrica

TABLA DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	VIOLENCIA OBSTÉTRICA: APROXIMACIÓN A UN PROBLEMA MULTIDIMENSIONAL	5
2.1.	Matices una conceptualización no acabada.....	5
2.2.	Violencia obstétrica como manifestación de la violencia en contra de la mujer.....	8
2.3.	Reconocimiento.....	10
2.3.1.	A nivel normativo interno.....	10
2.3.2.	A nivel internacional.....	13
2.3.3.	A nivel judicial	15
2.4.	Identificando elementos de la VO a partir de consensos.....	18
2.4.1.	Actores involucrados.....	18
2.4.2.	Alcance y ámbito de ocurrencia	18
2.4.3.	Manifestaciones.....	19
2.5.	Hacia los fundamentos para el abordaje de la VO.....	20
3.	MECANISMOS JURÍDICOS DE PROTECCIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA ..	24
3.1.	Sanción	25
3.2.	Prevención.....	27
3.3.	¿Reparación?.....	30
3.4.	Incidencia de la garantía de acceso a la justicia para una tutela efectiva	32
4.	CONCLUSIONES	37
5.	REFERENCIAS	37

1. INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica (VO) es una problemática que emerge de un fenómeno social complejo, que ha sido visibilizado en las últimas décadas en América Latina, y cuyo desarrollo aún es incipiente en Europa, pero muestra una creciente preocupación. Más allá de las regiones, sus efectos repercuten en la salud y los derechos de las mujeres a nivel mundial, impactando negativamente en la calidad de vida de estas y en la confianza en los sistemas de salud.

El reconocimiento legal en Venezuela impulsó a otros países de la región a reconocerla en sus respectivos ordenamientos jurídicos, y llevó a que también fuese identificada por ciertas organizaciones internacionales, hasta que en años recientes logró el reconocimiento jurisdiccional por parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

En efecto, se ha instaurado como una preocupación en el ámbito jurídico porque, pese a existir disputa sobre la terminología, se ha caracterizado como una forma o tipo de violencia contra la mujer, debido a causas profundamente estructurales en el sistema de salud, y que aumenta su prevalencia en intersección con otros factores, propiciando la vulneración de derechos fundamentales de las mujeres gestantes

Por ello, bajo el estudio de la contextualización de la violencia obstétrica como un problema de interés jurídico y el reconocimiento y fundamentos para entenderla como tal, el presente Trabajo de Fin de Máster tiene por objetivo identificar si existen mecanismos jurídicos específicos para abordar la protección de las víctimas de violencia obstétrica, cuáles son los que, principalmente, se han promovido y relacionar como incide la garantía del acceso a la justicia en su efectividad.

Así, la hipótesis principal de esta investigación descansa en la premisa de que sí existen formalmente mecanismos jurídicos de protección para las víctimas, aunque no de forma sistematizada, y que aquellos se encuentran obstaculizados para lograr una efectiva protección, maximizándose esta problemática en relación a la suficiencia de la garantía de acceso a la justicia.

La metodología que se empleará es el análisis dogmático de las fuentes documentales de carácter legal, jurisprudencial y doctrinal; y en específico, las diversas referencias bibliográficas permitirán una visión multidisciplinaria puesto versan sobre la arista jurídica, médico-sanitaria, filosófica y sociológica del problema. Asimismo, tratándose de una investigación relacionada a una de las manifestaciones de violencia contra la mujer, será esta abordada con perspectiva de género.

2. VIOLENCIA OBSTÉTRICA: APROXIMACIÓN A UN PROBLEMA MULTIDIMENSIONAL

2.1. Matices una conceptualización no acabada

La violencia obstétrica (VO) surge como un fenómeno social complejo que afecta, principalmente, a mujeres¹ en la etapa perinatal, que comprende el embarazo, parto y puerperio (Quattrocchi, 2020, pp. 196-197); y ha alcanzado un mayor desarrollo en las últimas dos décadas, a partir de la preocupación sobre las conductas que despliegan los profesionales de la salud en la atención de la salud reproductiva de las mujeres.

Es caracterizada como un fenómeno social porque existe sustento empírico que la avala. Dicho sustento, evidenciado en estudios estadísticos realizados en diversos países y regiones, ha visibilizado la experiencia de mujeres que se han percibido como víctimas de violencia con ocasión de la atención gineco-obstétrica. Para efectos ilustrativos, a continuación, se exponen algunos de los realizados en Latinoamérica y Europa.

Por ejemplo, en Brasil, un estudio de 2012 indicó que el 44% de las mujeres experimentó algún tipo de abuso físico, psicológico o trato irrespetuoso (Leite et al., 2020, como se citó en Leal et al., 2024). En Argentina, una encuesta en 2016, con 59.380 participantes, encontró que el 77% reportó haber sufrido violencia obstétrica (Beck & Romeo, 2016). En Chile, entre fines de 2019 y principios de 2020, el 79.28% de 2105 mujeres encuestadas consideró haber experimentado violencia obstétrica durante el parto (Cárdenas Castro & Salinero Rates, 2022). De igual manera, en México, el INEGI (2024, p. 8), señaló que el 31.4% de las mujeres que tuvieron un parto o cesárea entre 2016 y 2021 sufrieron violencia. En una perspectiva más amplia, la prevalencia de la falta de respeto o el maltrato durante el parto en Latinoamérica es del 43% (Tobasía-Hege et al., 2019).

En cuanto al panorama en Europa, en Italia una encuesta nacional de 2017 a 424 madres reveló que el 21% se consideró víctima de violencia obstétrica (Ravaldi et al., 2018). En España, un estudio de 2021 con 899 mujeres mostró que el 67.4% reportó haberla sufrido (Martínez-Galiano et al., 2021). Los Países Bajos reportaron un 36.3% de 12.239 mujeres que dieron a luz entre 2015 y 2020

¹ Se hace presente que, a lo largo de este trabajo, me referiré constantemente a mujeres, con el objeto de realzar que este fenómeno es una forma o manifestación de la violencia contra las mujeres. Sin perjuicio de ello, se enfatiza que la violencia obstétrica no solo afecta a mujeres, sino también a las personas con capacidad de gestar.

experimentaron al menos una situación de irrespeto y abuso (Van Der Pijl et al., 2022). Finalmente, en Alemania, un estudio de 2023 con 2045 mujeres que dieron a luz entre 2009 y 2018, un 77.6% reconoció haber sufrido al menos una forma de maltrato (Limmer et al., 2023).

A pesar de no ser cifras representativas porque sólo incluye un número limitado de encuestadas y/o entrevistadas, estas estadísticas son significativas ya que visibilizan la experiencia vividas por mujeres –una labor en que, además, los colectivos feministas y la sociedad civil han sido fundamental– y permite reconocer dichas experiencias como testimonios válidos que deben ser el eje del análisis de este fenómeno (Granero Ferrer, 2023); y no solo por la afectación que implica en un ámbito esencial de su vida, como lo es la salud reproductiva, sino también porque pone de relieve que no se trata de casos aislados y posibilita sopesar la magnitud del problema (Sadler, 2020; Castrillo, 2020). Es decir, demuestra que hay una sistematización de comportamientos por parte de los profesionales de salud que, independiente de la intencionalidad, incide negativamente en la atención obstétrica que reciben las mujeres.

Sin embargo, la construcción del concepto de violencia obstétrica no ha sido pacífica. En parte, se debe a que, al tratarse de una realidad que por mucho tiempo se encontró invisibilizada y que identifica a los profesionales de la salud como los principales involucrados, desde la doctrina médico-sanitario, precisamente, se ha cuestionado el término por la carga que implica el uso de la palabra *violencia* y la estigmatización de la profesión médica (Goberna Tricas & Boladeras, 2018; Quattrocchi & Magnone, 2020; Granero Ferrer, 2023; Massó Guijarro, 2023).

A fin de ilustrar que aún es un tema discutido, una opinión clínica de un grupo de expertos en obstetricia, ginecología, enfermería y medicina, en el *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, argumenta que es un nombre equivocado, puesto el vocablo *violencia* sugiere que las hay un acto deliberado del profesional sanitario en causar daño, cuando el maltrato puede ser producto de problemas estructurales, falta de capacitación o malentendidos. Proponen que ‘maltrato obstétrico’ es un término más amplio (Chervenak et al., 2024, p. 1). No obstante, otros expertos en bioética argumentan que cuestionar el término ‘violencia’ ignora la considerable evidencia del impacto negativo del racismo estructural y los estereotipos de género en las personas gestantes (Vullikanti & Yamin, 2025). De manera similar, Bidoli (2024) señala que definir el abuso en la atención obstétrica y ginecológica como ‘violencia’ sirve precisamente para enmarcarla como

una forma de violencia contra la mujer, lo que subraya su dimensión estructural y la necesidad de medidas integrales para combatirla sistémicamente.

Esta discusión pone de manifiesto que la crítica al concepto violencia obstétrica deriva de entender violencia como una forma de causar daño intencional y, considerando que el objeto de la atención médica es la sanación del paciente, se presenta entonces como una contradicción a la ética profesional y, por tanto, estigmatizar la atención médica (Sesia, 2020a). Sin embargo, como acertadamente reflexiona Pickles, entender la violencia así implica sostener un concepto muy reducido que solo mira a relaciones entre individuales, ignorando las aportaciones que en esta materia han hecho las autoras feministas, además de concentrar los esfuerzos en una denominación que acomode al sector de la atención médica, en desmedro de reconocer la experiencia de mujeres como tal (Pickles, 2023, pp. 641-642). En este sentido, es esencial comprender que el término violencia puede incluir también actos u omisiones no intencionales porque causan sufrimiento o lesiones previsibles y evitables, pero que cuya raíz descansa en el prejuicio y los estereotipos de género y, para este particular, en la expectativa de la mujer como sujeto reproductor de la que se espera pasividad y obediencia. Estos comportamientos no intencionales ponen de relieve la dimensión estructural del problema de la violencia obstétrica. (Chadwick, 2021; Pickles, 2024, p. 634; Quattrocchi & Magnone, 2020; Sadler et al., 2016).

Esto demuestra que, asimismo, no hay un acuerdo en la escena internacional sobre el uso del término, puesto es un hecho que fuera de Latinoamérica se han preferido otros denominativos, como *disrespect and abuse* (falta de respeto y abuso), o *mistreatment* (maltrato) (Pickles, 2023; Relatora Especial sobre la violencia contra la Mujer, 2019, p. 1).

A pesar de la tendencia a rechazar el concepto desde el sector médico, es útil destacar que, aunque minoritario, hay ciertos autores en el ámbito sanitario que sí reconocen esta problemática y, han optado por conceptualizar explícitamente este fenómeno como

La violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente -aunque no con exclusividad- en el trato contrario a las normas éticas y legales que se deben cuidar hacia la mujer gestante, en la tendencia a considerar como patológicos los procesos reproductivos naturales, en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y postparto. (Al Adib Mendiri et al., 2017)

Por tanto, se observa que, en efecto, persiste renuencia desde la biomedicina, y de quienes la ejercen, para evaluar las diferentes perspectivas del problema y propender a la autocrítica que permita replantear sus propios modelos, que debe considerar fundamentalmente la necesidad de comunicación con demás los sujetos involucrados (Quattrocchi, 2020, p. 199; Sesia, 2020b, p. 24).

Conviene señalar, anticipadamente, que la preocupación sobre el problema de la violencia obstétrica nace a partir de considerarla una forma de violencia de contra la mujer que debe ser prevenida y erradicada y, por ello, el eje de la discusión no debiese entramparse en cómo es percibido por el personal de salud, porque la importancia radica en

Reconocer que estos hechos se han producido y siguen acaeciendo no significa descalificar la actuación profesional de todos los obstetras y matronas, ni poner en cuestión su profesionalidad (...) Se habla de violencia obstétrica porque hay que denunciar una mala atención y un maltrato reiterado a las embarazadas y parturientas en muchos países. Se quiere que el término sea a la vez descriptivo y apelativo de una realidad que no debería darse. (Goberna Tricas & Boladeras, 2018, p. 67).

2.2. Violencia obstétrica como manifestación de la violencia en contra de la mujer

No obstante, en lo que sí existe consenso, tanto en la doctrina, en el ámbito legislativo y a nivel internacional, es la conceptualización de la violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer. Se considera como tal porque se ejerce sobre las mujeres por el solo hecho de serlo y se ven afectadas desproporcionadamente, en este caso debido a su capacidad biológica reproductiva (Busquets Gallego, 2019, p. 243; Quattrocchi, 2020, p. 196; Maravall Buckwalter, 2025, p. 338).

Según la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), la *violencia contra la mujer* se entiende como aquella ‘basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o un sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer’. Esto incluye también las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea en el ámbito público o privado. La misma Declaración subraya que esta violencia es una manifestación de las históricas y desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres, las cuales han llevado a la dominación y discriminación de la mujer, impidiendo su pleno desarrollo. En este sentido, la violencia contra la mujer es un mecanismo social fundamental que fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre.

En esta línea, la violencia obstétrica encaja con dicha definición, toda vez que, precisamente, se ha identificado a través de acciones que resultan en un daño físico, psicológico o emocional a la mujer, en el contexto de la atención del embarazo, parto o puerperio. Dichas acciones surgen a partir de las desigualdades de poder y los estereotipos de género arraigados en la sociedad, donde se espera que la mujer actúe bajo subordinación, sobre todo en lo relacionado a la maternidad (Bellón Sánchez, 2015, p. 95). Como afirma Gherardi (2016), ‘el control de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres ha sido tradicionalmente un medio para mantener la dominación masculina y la subordinación de las mujeres’.

Esta coyuntura, permite también entender que la violencia obstétrica es un problema de violencia estructural, se ejerce de manera sistemática y a menudo de forma indirecta por ciertos agentes (individuos, instituciones, grupos, etcétera) pertenecientes a un determinado orden social en donde se naturaliza la opresión o la subordinación (económica, social, cultural, política, etcétera) de otros y otras (Farmer, 2003, como se citó en Quattrocchi, 2020, p. 196). En efecto, ha dado lugar a lo que se ha llamado poder obstétrico entendido como ‘una forma de poder disciplinario fusionado con la jerarquía masculinista del género, que naturaliza funciones socialmente construidas, con respecto a la gestación, el parto y la maternidad’ (Arguedas, como se cita en Sadler et al., 2020, p. 7), por lo que es una subordinación, que no se da solo en el ámbito privado, sino además por parte de las instituciones y efectores del sistema sanitario, en ocasión de la atención de la salud de las mujeres. Sumado a ello, los nocivos estereotipos de género en la salud reproductiva, cuestionan la capacidad de las mujeres para tomar decisiones y limitan su autonomía bajo la creencia de que el parto exige sufrimiento, perpetúan esta problemática (Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra la Mujer, 2019).

Todo lo expuesto hasta aquí pone de manifiesto que la raíz del problema de la violencia obstétrica radica en cómo se ha instaurado el sistema biomédico; es decir, sustancialmente se ha consolidado en una relación de poder basada en el conocimiento médico.

Además, la violencia obstétrica puede afectar desproporcionadamente a mujeres gestantes por ciertas características. En este sentido, existe una mayor prevalencia en aquellas por su color, etnia, situación de discapacidad, situación socioeconómica, edad, condición médica preexistente. De manera que la intersección del embarazo con alguno de estos factores incrementa la vulnerabilidad, configurándose también una violencia interseccional (Arguedas Ramírez, 2019; Relatora Especial

sobre la Violencia contra la Mujer, 2019; Herrera, 2020; Granero Ferrer, 2023; Cárdenas-Castro & Salinero-Rates, 2024).

La categorización de la violencia obstétrica como manifestación de la violencia contra la mujer cuenta con sólido respaldo legal, porque mayoritariamente el reconocimiento de esta se encuentra en el marco de leyes integrales de protección, prevención, sanción y erradicación de violencia contra las mujeres (como se detallará en la sección 2.3.1). Asimismo, ha sido reconocida en estos términos por la Corte IDH, que la caracteriza expresamente como violencia basada en razones de género (2022;2023), a partir de los aportes contenidos en el Informe de la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer (2019). A ello se suma que el Comité de la CEDAW también ha identificado la violencia obstétrica como una forma de violencia en contra de las mujeres en diversas resoluciones (2025; 2023; 2022; 2020).

2.3. Reconocimiento

2.3.1. A nivel normativo interno

El término violencia obstétrica fue acogido por primera vez, en el ámbito legal, en Venezuela en el año 2007 (Bellón, 2015), un hito que sirvió de ejemplo para que varios países del continente americano legislaran en la materia.

Venezuela incorporó una definición en el actual artículo 19 N° 13 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de violencia (2021), la que estableció que violencia obstétrica es:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

Por su parte, Argentina, aunque ya había enfocado sus esfuerzos en la humanización del parto en el año 2004, adoptó la definición de violencia obstétrica en la Ley N° 26.485 (2009) de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, en una redacción parecida a la del modelo venezolano. Panamá siguió el mismo camino, que incluyendo la definición de violencia obstétrica incorporando

los mismos elementos en la Ley N° 82 (2013), que adopta medidas de prevención contra la violencia en las mujeres.

Bolivia sancionó la Ley N° 348 (2013), Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia, y si bien no refiere a la violencia obstétrica, sí incorpora la violencia contra los derechos reproductivos. En un sentido similar, Ecuador promulgó la Ley para Prevenir y Erradicar la violencia contra las mujeres (2018), donde define la violencia gineco y, Chile (2024) optó por incorporar mismo término en la Ley N° 21.675 (2024), que estatuye medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia en contra de las mujeres, en razón de su género. En ambos casos, amplía el alcance a la atención de la salud reproductiva en general.

En México, si bien no existe una definición a nivel federal, varios Estados han optado por penalizar las conductas que constituyen violencia obstétrica, en términos semejantes a la disposición venezolana (Goberna Tricas & Boladeras, 2018). Sin embargo, también se ha incorporado como definición en la Ley de Acceso a las mujeres a una vida libre de violencia (2021) del Distrito Federal de la ciudad de México, como reconocimiento de una forma de violencia en contra de la mujer.

Brasil no cuenta con una legislación a nivel federal que defina qué es la violencia obstétrica, pero sí se destacan tres leyes que surgieron en los estados federales de Santa Catarina, Pernambuco y Río de Janeiro. Por ejemplo, el estado de Santa Catarina, a través de la Ley N° 17.097 de 2017, sobre medidas de información y protección a la gestante y parturienta, la considera como: ‘todo acto practicado por el médico, por el equipo del hospital, por un familiar o acompañante que ofenda, de forma verbal o física, a las mujeres gestantes, en trabajo de parto o, incluso, en el periodo de puerperio’ (artículo 2°, traducción libre).

Además, Uruguay, en el artículo 6 literal h), de la Ley N° 19.580/2017, de Violencia hacia las mujeres basada en género, define la violencia obstétrica como ‘toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de la mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos’.

En Europa, sin embargo, la discusión sobre legislar sobre violencia obstétrica es más bien reciente y sólo se ha reducido a ciertos países de la Unión Europea como Croacia, Francia, Italia, Lituania,

Luxemburgo, España y Portugal (Brunello et al., 2024, p. 61). No obstante, conviene destacar que la comunidad autónoma de Cataluña ha optado por incluir una definición legal de violencia obstétrica en la Ley N° 17 (2020), que modifica la Ley N° 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Y, en marzo del presente año, Portugal, de manera pionera en Europa, aprobó la Ley N° 33 (2025), que reconoce explícitamente los derechos en la preconcepción, la procreación medicamente asistida, en el embarazo, parto y en puerperio, y define la violencia obstétrica como

Acción física y verbal ejercida por los profesionales de salud sobre el cuerpo y los procedimientos en el área reproductiva de las mujeres o de otras personas gestantes, que se expresa en un tratamiento deshumanizado, en un abuso de la medicalización o en la patologización de los procesos naturales (...) (artículo 2°, traducción libre).

Es interesante mencionar que, de las definiciones legales citadas, la disposición portuguesa es la primera en considerar expresamente como sujeto afectado no sólo a las mujeres, sino también a otras personas gestantes, lo que implica expandir el abanico de sujetos provistos de protección y, a su vez, el reconocimiento de derechos en este ámbito para personas no cis-género.

Así, se evidencia que la definición utilizada por la legislación venezolana inspiró a las demás disposiciones citadas y permite establecer un símil entre aquellas, de las que se desprenden las siguientes conclusiones generales: 1° La mayoría de las definiciones se enmarcan en leyes integrales de protección, prevención, sanción y/o erradicación de la violencia contra las mujeres, consolidando el surgimiento de la violencia obstétrica como categoría relacionada directamente con la violencia en contra de la mujer, por tratarse de una forma, tipo o modalidad de aquella; 2° Algunos Estados como Venezuela, y federales como en el caso de México, han optado por penalizar la violencia obstétrica; y 3° El foco de la mayoría de estas nociones legales recae en la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos como la principal acción que constituye violencia obstétrica, y tiene múltiples manifestaciones, pero diversas definiciones destacan, especialmente, el trato deshumanizador, la patologización de los procesos naturales, y la medicalización excesiva. Además, es posible reconocer que el fin de esta clase de disposiciones es proteger la autonomía de la mujer y la capacidad para decidir libremente sobre su cuerpo.

2.3.2. A nivel internacional

En el ámbito internacional no existe un instrumento normativo que refiera, explícitamente, a la violencia obstétrica. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) fue el primer organismo internacional que llamó la atención sobre este fenómeno, declarando que ‘muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud’ (OMS, 2014) y, si bien ha evitado utilizar el término violencia obstétrica, sí reconoce con la denominación de *maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto*’ (OMS, 2014).

No obstante, el reconocimiento del concepto de violencia obstétrica a nivel internacional fue promovido por la Relatora especial sobre violencia contra la mujer, quien utilizó esta denominación en su Informe sobre enfoque basado en los derechos humanos y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica (2019), que define la violencia obstétrica como ‘la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud’ (Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre Violencia contra la Mujer, 2019). A pesar de que no se trata de un instrumento normativo, el mencionado informe es relevante porque reconoce el fenómeno en el ámbito de las Naciones Unidas, además de sentar las bases para su identificación y consideración en el Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (en adelante Comité de la CEDAW) y la Corte IDH.

En línea con este avance, el Comité de la CEDAW fundamentado su reconocimiento en base a lo estipulado en el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (en adelante CEDAW), que recita ‘los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia’ (CEDAW, 1979).

Por ende, pese a no reconocerla normativamente en la Convención referida, el Comité de la CEDAW cumple una función guía en términos de interpretación de la Convención, identificando explícitamente la violencia obstétrica, a través de los razonamientos efectuados en sus resoluciones,

en que ha condenado a Argentina² y España³-este último en tres ocasiones-, por actos que han vulnerado los derechos humanos de mujeres en el ámbito de su salud reproductiva. En el último dictamen contra Argentina, procedió a definir la violencia obstétrica como ‘la violencia sufrida por las mujeres por parte de los servicios de salud reproductiva durante el embarazo, atención del parto y puerperio’ (Comité de la CEDAW, Dictamen No. 164/2021 Párr. 7.3).

Otro organismo que ha promovido el reconocimiento de la violencia obstétrica es el Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención Belém do Pará o Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer (en adelante Comité MESECVI). En el Segundo Informe Hemisférico sobre la implementación de la referida Convención, adoptó el término en conformidad a lo dispuesto por la legislación venezolana, y llamó la atención sobre el vacío normativo en la mayoría de los Estados sobre disposiciones que sancionen y prevengan la violencia obstétrica (MESECVI, 2012, p. 39), recomendando a los Estados parte, explícitamente la penalización de la violencia obstétrica (MESECVI, 2012, p. 98).

Por otra parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (2019), a través de la Resolución N° 2306, ha adoptado la denominación de violencia ginecológica y obstétrica y, si bien no la ha definido explícitamente, sí la describe como una forma de violencia invisibilizada hacia las mujeres, que se produce en la privacidad de la consulta médica o en el parto, e incluye actos inapropiados o no consentidos, además de conductas sexistas (2019, párr. 3).

En el año 2022, la Relatora Especial sobre el derecho de toda personal del más alto nivel posible también reconoció la violencia obstétrica, describiéndola como ‘las vejaciones y la violencia contra las mujeres durante el embarazo, el parto en establecimientos sanitarios y el posparto —cometidas por profesionales de la medicina y por el personal de partería, enfermería y otras personas integrantes del personal hospitalario’ (2022, párr. 44).

Este desarrollo a nivel internacional juega un rol fundamental porque: 1° Reconoce que las prácticas que constituyen violencia obstétrica puede traducirse en vulneración de derechos fundamentales reconocidos en instrumentos internacionales; 2° Este reconocimiento también ha ayudado a establecer que la violencia obstétrica es una manifestación de la violencia contra la mujer

² Dictamen No. 164/2021 del Comité CEDAW

³ Dictámenes No. 138/2018, No. 149/2019 y No. 154/2020, todos del Comité CEDAW

que debe ser prevenida, sancionada y erradicada; y 3° Contribuye a la visibilización del problema, aun cuando existe cierta disidencia sobre el uso del término.

2.3.3. A nivel judicial

Por otra parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante la Corte o Corte IDH), ha sido precursora en el reconocimiento jurisdiccional, ya que introdujo el término por primera vez en la Opinión Consultiva 29/2022, y también ha analizado casos en relación con derechos sexuales y reproductivos. Definitivamente avanzó en la comprensión de la violencia obstétrica cuando adoptó en sede jurisdiccional una definición y, desde ahí, se ha enfocado en construir una base para la protección de las víctimas, desde el sistema Interamericano de Derechos Humanos (Ronconi, 2023), fundamentalmente sentando precedente a través de los casos *Brítez Arce y otros vs. Argentina* y *Rodríguez Pacheco y otra vs. Venezuela*.

En *Brítez Arce y otros vs. Argentina* (2022), la Corte conoció los hechos vinculados a la muerte de Cristina Brítez Arce, una mujer de 38 años que estaba embarazada de nueve meses, la cual acudió el día 1 de junio de 1992 a un hospital público en la provincia de Buenos Aires, donde una ecografía indicó que el feto estaba muerto, motivo por el cual fue internada para inducirle el parto, falleciendo ese mismo día.

En este caso, definió explícitamente la violencia obstétrica como aquella que ‘abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo, y la etapa previa, y durante el parto o postparto, en centros de salud públicos o privados’ (*Brítez Arce y otro vs. Argentina*, 2022, párr. 75). Asimismo, recalcó que

La violencia obstétrica es una forma de violencia basada en el género prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención de Belém do Pará, ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto (2022, párr. 81).

La Corte IDH argumentó la existencia de violencia obstétrica en base a tres circunstancias que expusieron a la víctima a un trato deshumanizado y a la denegación de información completa sobre su estado de salud y alternativas de tratamiento: 1° No considerar los factores de riesgo que transformaban el embarazo en uno de alto riesgo, para diagnosticarla y atenderla adecuadamente por los médicos tratantes; 2° No informarla sobre su estado de salud, en específico sobre los riesgos de su embarazo y el cuidado de ellos, así tampoco sobre el procedimiento a seguir una vez que estuvo en conocimiento de que el feto estaba muerto; y 3° Fue sometida a un trabajo de parto de un feto muerto por más de tres horas, permaneciendo dos de ellas sentada en una silla, lo que la expuso a una situación de estrés, ansiedad y angustia (2022, párrs. 82 y 83).

La Corte entendió que los actos constitutivos de violencia obstétrica, en este caso, la ausencia de atención adecuada por tratarse de un embarazo de alto riesgo, la falta de información sobre el estado de salud y el trato deshumanizado, se traducen en la violación *del derecho a la salud, el derecho a la vida y el derecho a la integridad personal* (2022, párr. 86), todos reconocidos por la Convención Americana de Derechos Humanos (1969).

Si bien en este caso no aplicó la Convención Belém do Pará porque los hechos ocurrieron con anterioridad a la adopción del instrumento, la Corte efectúa una interpretación del artículo 7°, en relación los artículos 2° y 9° de la mencionada Convención, para reconocer el *derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia obstétrica*, y establece la obligación de los Estados de prevenirla, sancionarla y abstenerse a practicarla (2022, párr. 77).

Además, es enriquecedor para el avance en la materia que el Estado de Argentina reconociese su responsabilidad internacional por los hechos denunciados, hito que debe calificarse como un antecedente relevante, porque tal reconocimiento pone de manifiesto que el Estado advierte las fallas de su sistema de atención sanitario respecto a las mujeres gestantes, parturientas y puérperas, lo que da espacio a la comprensión estructural del problema y, por tanto, a un mejor abordaje de este.

Por otra parte, en *Rodríguez Pacheco y otra vs. Venezuela* (2023), se conoció el caso de Balbina Rodríguez Pacheco, médica de 32 de años que, el 13 de agosto de 1998, se encontraba con 39 semanas de gestación y fue sometida a una cesárea en una clínica privada de Venezuela a su elección, en la que sufrió complicaciones, lo que llevó a que fuese sometida a diferentes intervenciones quirúrgicas entre agosto y septiembre del mismo año, presentado dificultades para

la regeneración del tejido dañado. Debido a estos hechos, la Sra. Rodríguez sufrió graves secuelas físicas y emocionales, incluyendo severas discapacidades y dependencias a largo plazo. Esto motivó a que se interpusieran denuncias penales por mala praxis médica, pero aquellas fueron tramitadas con demoras injustificadas, fiscales ausentes y decisiones judiciales incompletas, lo que resultó en la prescripción de la causa más de una década después de los hechos (*Rodríguez Pacheco y otra vs Venezuela*, 2023, párr. 33-68).

Sin perjuicio de que la Corte calificó acciones efectuadas en el centro de salud privado, en el marco de la atención obstétrica de sra. Rodríguez, como indicios de violencia obstétrica y, eventualmente, de mala praxis médica; este pronunciamiento trascendental porque la Corte determinó la importancia de que los Estados cuenten con mecanismos judiciales adecuados de reclamación y reparación para denunciar la violencia obstétrica, y que estos deben asegurar la debida diligencia y los estándares de plazo razonable, puesto de lo contrario, afecta la garantía de acceso a la justicia de las víctimas. Asimismo, destaca la necesidad de que, en contexto de acciones judiciales, se investigue eficaz y eficientemente los actos alegados como violencia obstétrica, toda vez que la falta en este sentido impacta desproporcionadamente a las mujeres, propiciando la impunidad y la naturalización de esta forma de violencia. A partir de este razonamiento, la Corte concluyó la vulneración de los derechos a la integridad personal y el derecho a la salud, además de las garantías y protección judicial (2023, párr. 119-140).

Otro aspecto que destacar de este fallo es el mandato a los Estados de prevenir los actos de violencia obstétrica, y no solo en relación con los centros de salud públicos, sino que dicha obligación se extiende a terceros, puesto tiene el ‘deber de regular y fiscalizar toda asistencia de salud prestada a personas bajo su jurisdicción, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado’ (2023, párr. 112-116).

En definitiva, el desarrollo jurisprudencial realizado por la Corte ha sido fundamental para reconocer la violencia obstétrica, explícitamente, como un problema de relevancia jurídica por la vulneración de derechos fundamentales; especialmente, el derecho a la salud, derecho a la integridad personal, el derecho a una vida libre de violencia obstétrica y, asimismo, las garantías y protección judicial, principalmente, el acceso a la justicia y el deber de diligencia.

En contraste, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) no se ha pronunciado expresamente sobre la violencia obstétrica. No obstante, esta ausencia de un pronunciamiento

explícito no significa que el TEDH no haya conocido de violaciones de derechos humanos que ocurren en el contexto de la atención reproductiva, puesto se han identificado casos en dicho ámbito⁴.

2.4. Identificando elementos de la VO a partir de consensos

A partir de los acápites anteriores, es decir, la construcción conceptual que hay en torno a la violencia obstétrica, es posible identificar ciertos elementos sobre los cuales existe algún grado de consenso, esto es, quiénes son los actores involucrados, a saber, quiénes son los sujetos que la ejercen y sobre quién se ejerce, cuál es su ámbito de ocurrencia y qué manifestaciones se consideran violencia obstétrica.

2.4.1. Actores involucrados

En cuanto a los actores involucrados, existe anuencia en que los actos de violencia obstétrica son ejercidos por el personal de salud de centros sanitarios, sean públicos o privados. El personal de salud, en estos casos, puede comprender a médicos, obstetras, ginecólogos, pediatras, personal de partería, personal de enfermería, personal auxiliar y, en general, al personal que integre el equipo médico que participa en la atención de la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio (Iparraguirre et al., 2023, pp. 416-417). Sin embargo, es posible prever que la tendencia sea identificar a las instituciones de salud como sujetos que promueven o perpetúan la violencia obstétrica (Martínez Suárez, 2023, p. 177), y determinar obligaciones legales y su consecuente responsabilidad, como una forma de abordar la dimensión estructural de este problema.

Por otro lado, los actos constitutivos de violencia obstétrica se ejercen sobre la mujer o persona con capacidad de gestar.

2.4.2. Alcance y ámbito de ocurrencia

Respecto al alcance y ámbito de ocurrencia, cabe precisar que, si bien el origen del estudio de la violencia obstétrica estuvo circunscrito a la atención del parto (Pickles, 2024), lo cierto es que su comprensión en el ámbito legal y judicial se ha extendido al embarazo, parto y puerperio.

⁴ Por ejemplo, la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la Violencia contra la Mujer ha señalado que el TEDH ha examinado casos relevantes, como el de *Konovalova c. Rusia*, sobre el derecho de la mujer a su privacidad durante el parto en casa; y el caso *Ternovsky c. Hungría*, también en relación con el derecho a la vida privada y familiar de las mujeres en cuanto a la decisión de las condiciones para el parto.

Actualmente, y teniendo en consideración de que se trata de un concepto dinámico, cuya delimitación no está estrictamente determinada, también se plantea ampliar su alcance hacia la atención de la salud reproductiva en general. Esto dependerá de la técnica legislativa que se emplee. A modo de ejemplo, está el caso de Ecuador y Chile que ya han decidido incorporar la violencia gineco-obstétrica, reconociendo un alcance más amplio, por lo que no se excluye que exista una evolución del concepto o surjan nuevas categorías relacionadas.

Sin embargo, el alcance y ámbito de ocurrencia de este estudio y sobre el que existe mayor consenso, según se desprende del epígrafe 2.3., queda delimitado a la atención obstétrica de la mujer, o persona con capacidad de gestar, en la extensión de la etapa perinatal, que se desarrolla en centros de salud públicos y/o privados.

2.4.3. Manifestaciones

Ahora bien, para identificar qué manifestaciones constituyen violencia obstétrica, lo primero es comprender que estas pueden ser múltiples y diversas, por lo que este apartado no tiene la pretensión de ser exhaustivo ni determinante, sino más bien mencionar cómo se ha categorizado y concretizar en ejemplos qué conductas, entre las más comunes y difundidas, son consideradas como tal.

El análisis de Goberna-Tricas y Boladeras (2018), basado en la revisión sistemática *The mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review*, identifica y categoriza diversas formas de maltrato a mujeres durante el parto. Estas incluyen maltrato físico (uso de fuerza o inmovilización), abuso sexual, maltrato verbal (lenguaje áspero, amenazas), estigmatización y discriminación (por etnia, religión, estatus socioeconómico o condiciones médicas), e incumplimiento de estándares profesionales (falta de consentimiento informado, violación de confidencialidad, exámenes dolorosos, negación de analgésicos o cirugías no consentidas). Asimismo, incluye la deficiente relación con el personal sanitario (escasa comunicación, desestimación de preocupaciones, denegación de acompañamiento o movilidad) y las limitaciones propias del sistema de salud (carencia de recursos, infraestructura o personal).

Ejemplos concretos de estas manifestaciones son la sinfisiotomía, esterilización o aborto forzado, inmovilización con esposas, detención por impago, cesáreas o episiotomías innecesarias, atención por personal sin experiencia, el uso de oxitocina sintética excesiva, la maniobra de Kristeller, la

violación de la intimidad, procedimientos sin anestesia ("puntos para el marido"), y observaciones sexistas o discriminatorias (Relatora Especial de Naciones Unidas sobre violencia contra la mujer, 2019, párrs. 20-31).

2.5. Hacia los fundamentos para el abordaje de la VO

Pese a las desavenencias sobre el término, el fenómeno social que describe la violencia obstétrica pone de relieve que sus manifestaciones pueden afectar seriamente los derechos fundamentales de la mujer gestante. Por ello, es esencial entender qué es lo que subyace a la relación médico-paciente en el contexto de la atención obstétrica, que propicia las conductas y prácticas vulneradoras de los derechos de la mujer y, a su vez, posiciona a este fenómeno en el radar del Derecho.

En primer lugar, el parto es un proceso biológico natural que, con la promoción de la medicina moderna, ha sido medicalizado y patologizado, lo que implica considerarlo un evento riesgoso que necesita de la intervención y gestión de un médico (Al Adib Mendiri et al., 2017; Sadler et al., 2020, p. 8). Esto se atribuye, principalmente, a la preocupación sobre las altas tasas de mortalidad materna e infantil entre el siglo XVIII y XX, lo que permitió que intervención médica se alzara como la alternativa para su disminución. Sin embargo, se ha comprobado que las altas tasas de mortalidad-morbilidad materna e infantil en esa época estaban más bien asociadas a la falta de asepsia, por lo que la introducción de las técnicas de higiene permitió la reducción de dichas tasas más que la intervención médica en sí misma (Berzon & Shabot, 2023, pp. 55-56).

Este cambio tuvo dos consecuencias fundamentales. Primero, la mujer gestante era tratada como una paciente, es decir, como si estuviese enferma aun cuando no presentaba una patología (Medina-Castellano, 2023). Segundo, en consonancia con lo anterior, esta relación médico-paciente basada en la asimetría de conocimiento, implicó que la intervención médica se orientara, principalmente, a obtener un cierto resultado: un recién nacido sano (Al Adib Mendiri et al., 2017; Ales Uría Acevedo, 2024). Esto produjo que la mujer gestante fuese objetivizada, relegándola a un segundo plano. Si bien, no se trata de que el personal médico actúe teniendo en mente que la mujer es solo un continente del bebé, el sistema biomédico se ampara en una concepción patriarcal y androcentrista, que impregna la atención a las mujeres en los sistemas de salud, sobre todo en lo que dice relación con el parto y la maternidad, porque existe la expectativa de que esta cumpla con todas las directrices médicas, porque aparentemente son en favor de su bienestar y del que está por nacer (Herrera, 2020; Marques de Aguiar et al., 2020; Gallardo Duarte, 2022). El problema de esta

concepción, radica en que a la mujer gestante se le considera vulnerable y bajo este argumento, se intenta justificar el paternalismo médico (Berzon & Shabot, 2023).

Sin embargo, debemos cuestionarnos: ¿es realmente vulnerable la mujer gestante por el solo hecho del embarazo? Conforme los aportes de la crítica feminista, es necesario entender que no existe solo un concepto de vulnerabilidad y para responder esta pregunta, seguiremos la taxonomía de Mackenzie et al. (2014), que distingue entre las fuentes de vulnerabilidad, sea inherente, situacional o patológica, y los estados en que puede encontrarse, sea disposicional o actual.

En este sentido, la vulnerabilidad inherente refiere a las fuentes de vulnerabilidad que son intrínsecas para la condición humana, mientras que una fuente de vulnerabilidad situacional que depende de un contexto específico. Ambas pueden ser disposicionales o actuales. Y aquí es donde se señala que, por ejemplo, todas las mujeres fértiles, en edad fértil, están predispuestas a sufrir potenciales complicaciones mortales durante el parto, pero para determinar si una mujer embarazada es, actualmente, vulnerable a estas complicaciones, dependerá de factores tanto inherentes como situacionales. Además, distingue entre las vulnerabilidades situaciones, aquellas que son de carácter patológico, que pueden tener origen en diversas fuentes, pero para el caso particular, importa aquellas que aparecen cuando existe una respuesta para aminorar la vulnerabilidad y, paradójicamente, exagera las vulnerabilidades existentes o crea unas nuevas. Así, la vulnerabilidad de origen patológico disminuye la autonomía o exagera la sensación de desamparo. Además, un aspecto muy relevante de esta concepción, es que precisamente tanto las relaciones interpersonales como las estructuras institucionales pueden ser fuente de vulnerabilidad patológica, lo que se condice con el hecho de que esta fuente de vulnerabilidad pueda surgir en el contexto de la atención médica en los centros de salud, donde hay tanto un factor individual como estructural (Mackenzie et al., 2014).

Bajo esta estructura el embarazo es una fuente de vulnerabilidad situacional y actual, es decir, la mujer gestante no es vulnerable por el sólo hecho del embarazo, sino que es vulnerable porque es una condición intrínseca de todo ser humano, y la gestación la ubica en una situación de mayor exposición a un daño o riesgo en caso de complicaciones. No obstante, la atención médica, en la forma que se ha expresado anteriormente, es una fuente patológica de vulnerabilidad, porque etiqueta el embarazo de por sí como una situación de riesgo cuando no lo es en todos los casos, y bajo ese argumento se interviene excesivamente en un proceso fisiológico natural con el objeto de

aminorar un riesgo percibido como generalizado, en vez de ser valorado caso a caso; motivo por el cual agrava la vulnerabilidad ya existente cuando se presentan prácticas o conductas consideradas como violencia obstétrica(Mackenzie et al., 2014; Berzon & Shabot, 2023).

Precisamente el discurso de protección propicia el ‘etiquetado’ de individuos o grupos, como vulnerables, y el problema radica en que muchas veces se asocia a la victimización o incapacidad, y tal pensamiento porque finalmente lleva a la discriminación, estereotipación e intervenciones paternalistas(Mackenzie et al., 2014, p. 16).

Entonces, es posible entender que la violencia obstétrica, en un principio, se configura como una fuente de vulnerabilidad patológica, que debe ser corregida para evitar los estereotipos y paternalismo. Sin embargo, la vulnerabilidad está estrechamente vinculada con la autonomía, porque sin perjuicio de que intrínsecamente todos estamos expuestos a la posibilidad de sufrir un daño o enfermedad, también se nos reconoce la capacidad para autodeterminarnos a través de nuestras decisiones. Por ello, las obligaciones respecto de las personas que cuya vulnerabilidad se exagera por fuentes situacionales exige no solo la protección de aquellas, sino también promover su capacidad de decisión(Mackenzie et al., 2014).

No obstante, la noción tradicional de autonomía ha sido criticada desde el feminismo porque ha sido entendida desde una perspectiva individualista y para superar esta concepción, ha propuesto entender la autonomía en forma relacional, que comprende la interdependencia y conexión de un sujeto con otros. En este marco, mujer no es un ser aislado, sino que su experiencia está profundamente entrelazada con el apoyo social, las instituciones y las relaciones interpersonales(Mackenzie et al., 2014, pp. 73-74). La violencia obstétrica, al negar este apoyo y al aislar a la mujer, y destruye estas relaciones y la interdependencia que caracteriza el proceso del parto (Berzon & Cohen, 2023). Por ello, la violencia obstétrica afectaría tanto la noción tradicional de autonomía, como la versión relacional.

A mayor abundamiento, la autonomía se ha erigido como un principio elemental de la bioética, que en el ámbito médico, se manifiesta a través del consentimiento informado. No obstante, la práctica del consentimiento médico ha sido cuestionada por aplicarse mecánicamente; es decir, se reduce a un trámite de firma, pero la víctima no está lo suficientemente informada para garantizar una toma de decisiones libre, consciente y voluntaria (Mackenzie et al., 2013, p. 73), por lo que pierde eficacia para proteger la autonomía y autodeterminación. Bajo este contexto de asimetría de

relación médico-paciente, la autoridad médica obstaculiza el derecho de la mujer a aceptar o rechazar las intervenciones, puesto a menudo es ignorada, infantilizada o sometida a coerción (Berzon & Cohen, 2023, pp. 4, 8).

La violencia obstétrica mirada desde esta perspectiva, implica que las conductas o prácticas promueven el paternalismo médico, que incrementa la vulnerabilidad de la mujer gestante, parturienta o puérpera, y, a su vez, disminuye la capacidad de toma de decisiones y, por tanto, su autonomía. En este sentido, valerse de una razón vulnerabilidad de la mujer gestante, basada sólo en la consideración la situación del embarazo como una justificación paternalista, y a menudo cargada de prejuicios en base a roles de género, para menoscabar la capacidad de decisión de las intervenciones médicas sobre su cuerpo o degradarla por no cumplir con las expectativas de la conducta que se espera de ella, afecta tanto su autonomía individual como la relacional, e implica una vulneración a sus derechos fundamentales; y como tal, a la dignidad humana, que es el fundamento último de aquellos y lo que también se busca proteger a través de los principios de la bioética (Martín-Badia et al, 2021). Esto quiere decir la violencia obstétrica afecta, en esencia, la dignidad humana, y por ello, la preocupación sobre este fenómeno se ha enfocado desde la perspectiva de la vulneración de los Derechos Humanos.

Por ejemplo, cuando existe un trato degradante o deshumanizado en la atención obstétrica de la mujer, eminentemente, vulnerará el derecho a su integridad personal, específicamente su integridad psíquica, el derecho a acceder a una atención de salud de calidad, y el derecho a una vida libre de violencia. Si una mujer es sujeta a intervenciones no consentidas o, cuyo consentimiento es defectuoso, vulnera directamente su autonomía y autodeterminación, pero también, su integridad física y psíquica, y el derecho a la salud. Incluso, la violencia obstétrica ha sido asimilada a la tortura y tratos crueles, porque en un sentido más amplio, la tortura implica la reificación del sujeto, esto es, su transformación en un objeto manipulable para alcanzar un fin determinado. Esta conceptualización se condice, preocupantemente, con la manera en que el sistema médico, en ciertos contextos, trata a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, reduciéndola a un medio para un fin; esto es, recibir un niño o niña sanos (Chadwick, 2021, 2023).

Con todo, la violencia obstétrica va más allá de ser una práctica que incrementa la vulnerabilidad y afecta la capacidad de decisión y autonomía de la mujer; también es una forma de injusticia

epistémica enraizada en un modelo de atención médica normalizado que dificulta que las víctimas reconozcan claramente cómo las afecta (Granero Ferrer, 2023; Massó Guijarro, 2023).

La injusticia epistémica es un concepto acuñado por Miranda Fricker en el año 2007, y aborda cómo la identidad social y los prejuicios pueden socavar la capacidad de una persona para ser reconocida como sujeto de conocimiento y para que sus experiencias sean debidamente comprendidas (Cohen Shabot, 2019; Granero Ferrer, 2023; Massó Guijarro, 2023).

La violencia obstétrica puede ser considerada una forma de injusticia epistémica porque socava la capacidad de las mujeres para ser reconocidas como sujetos de conocimiento y de derechos en el ámbito de la salud reproductiva, así como para interpretar y comunicar sus propias experiencias de violencia. En su vertiente testimonial, los prejuicios y estereotipos de género conduce a que los testimonios de las mujeres gestantes se les otorgue un grado de credibilidad disminuido por considerarlas incapaces de tomar decisiones responsables sobre su salud reproductiva y por el modelo biomédico que legitima una autoridad de los profesionales de salud que desplaza el conocimiento y percepción de la mujer sobre su propio cuerpo. En la vertiente hermenéutica, existe una brecha en los recursos de interpretación colectivos que impide a la mujer gestante comprender plenamente sus propias experiencias como un tipo de injusticia o violencia, debido a la naturalización y normalización de prácticas médicas dañinas o irrespetuosas, lo que se ve potenciado por la falta de un lenguaje y categorías conceptuales adecuadas a nivel social para nombrar estas experiencias (Granero Ferrer, 2023; Massó Guijarro, 2023).

Por ello, la necesidad de nombrar la violencia obstétrica con la especificidad del término y de justificar la intervención del derecho para su contención, proviene de una comprensión esencial: no se trata simplemente de una deficiencia en la calidad de la atención médica, sino que puede configurarse como una violación de los derechos humanos, intrínsecamente arraigada en estructuras de poder patriarcal en el modelo biomédico de atención obstétrica. (Chadwick, 2021, 2023; Cohen Shabot & Sadler, 2023).

3. MECANISMOS JURÍDICOS DE PROTECCIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

A través del desarrollo del reconocimiento legal, internacional y judicial de la violencia obstétrica, y bajo la comprobación de que este fenómeno social complejo se ha posicionado como una

categoría de interés jurídico, consecuentemente, ha surgido la preocupación de cómo afrontar la protección de las víctimas desde el Derecho.

En este sentido, de la interpretación de las disposiciones de la CEDAW y la Convención Belém do Pará, recae una obligación general internacional sobre los Estados parte de prevenir, sancionar y reparar a las víctimas de violencia obstétrica (Comité CEDAW, 1992, 2020, 2021, 2022, 2023). Así, el punto de inicio para identificar, aunque difusamente, los mecanismos de protección de las víctimas se encuentran en las leyes integrales de protección, prevención, sanción y erradicación de la violencia en contra de las mujeres.

Debido a ello, el presente capítulo tiene por objeto el analizar el mecanismo de sanción (penal, específicamente), y extrapolar los mecanismos de prevención y reparación, para efectos de evaluar cómo se ha traducido en obligaciones específicas a nivel interno y las barreras que enfrenta; y, conjuntamente, analizar la incidencia de la garantía de acceso a la justicia en la efectividad de aquellos.

3.1. Sanción

El reconocimiento legal de la violencia obstétrica en Venezuela, donde, además, se tipificó como delito (2007), impulsó la promoción de la sanción penal como el mecanismo de protección de las víctimas en el continente americano. En esta línea, el MESECVI (2012, p. 98) recomendó a los Estados parte adoptar disposiciones que penalizaran la violencia obstétrica, estableciendo los elementos de un proceso de parto natural sin excesos médicos. Esto incluye la garantía del consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos de salud sexual y reproductiva, y la adopción de una perspectiva intercultural que respete las costumbres de mujeres indígenas y afrodescendientes en los centros de salud.

La Corte IDH respaldó estas directrices, instando a los Estados parte a tipificar la violencia obstétrica y subrayando la necesidad de garantizar el acceso a la justicia para las víctimas, incluidas las mujeres privadas de libertad (Opinión Consultiva OC-29/22, 2022).

Además de Venezuela, varios Estados de México —Baja California, Chiapas, Estado de México, Guerrero, Morelos, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán (Ramírez Hernández, 2024)— han incorporado la violencia obstétrica como delito en sus códigos penales, cumpliendo con la recomendación. Sin embargo, los resultados han sido limitados. Por ejemplo, en Veracruz, una

investigación entre 2010 y 2017 registró solo seis denuncias por este ilícito, y ninguna resultó en condena (Corral-Manzano, 2019, p. 110). Esta falta de evidencia sobre la aplicación efectiva de las normas penales (Gherardi, 2016, p. 23) dificulta determinar la efectividad de la penalización como un mecanismo efectivo.

Si bien la sugerencia de estos órganos no se traduce en una obligación específica para los Estados parte, sí tiene un peso importante en las decisiones legislativas internas de cada Estado miembro. En este sentido, penalizar la violencia obstétrica pone a disposición de las víctimas un recurso judicial para denunciar y demuestra que se ha planteado como un interés de la sociedad en no admitir este tipo de conductas, pero enfrenta dificultades para solucionar un problema de carácter estructural, considerando que es un tipo de violencia contra la mujer (Larrauri, 2007, como se citó en Herrera, 2020).

En efecto, el derecho penal es insuficiente para combatir la violencia obstétrica porque, el derecho penal busca establecer responsabilidad individual, motivo por el cual no logra atacar la raíz social de poder de dominación presente en el personal sanitario (Castro, 2015, como se citó en Herrera, 2020, p. 45). Esto significa que la aplicación de un tipo penal se aleja de la narrativa consistente en que la violencia obstétrica se produce porque hay características de nuestros sistemas de salud que propician la subordinación de la mujer. Además, como se ha señalado, esta subordinación no se instala intencionalmente, sino que permea la estructura de nuestra sociedad y organización en los sistemas de salud, lo que implica dificultades para atribuir una responsabilidad que se determina en torno al dolo o culpa.

Otra de las críticas que enfrenta este mecanismo de protección está estrechamente relacionado con la exigencia del principio de legalidad que, en el caso del tipo penal, requiere que el legislador sea específico en determinar las conductas penalizadas, lo que dificulta abordar la problemática integralmente. Esto implica que cualquier nuevo tipo de abuso, maltrato o intervención dañina solo podrá ser incorporado al delito por medio de la reforma de la ley (Gherardi, 2016).

Aunque la intervención del derecho penal en la violencia obstétrica se encuentra limitado para combatir estructuralmente el problema, de todas maneras, debe considerarse que su recomendación se presentó como un mecanismo que, aparentemente, facilitaría el acceso a la justicia para las víctimas y, pese a que actualmente no hay cifras suficientes para afirmar este postulado, sí es pertinente destacar que ha ayudado a entender la magnitud del fenómeno, porque ‘representa un

punto de inflexión en nuestra sociedad que ahora reconoce que este tipo de violencia está prohibido y debe condenarse; y funciona como una garantía secundaria de los derechos fundamentales de las mujeres' (Beloff & Kierszenbaum, 2018, como se citó en Herrera, 2020, p. 44).

Finalmente, como indica Gherardi (2016, p. 20), la recomendación del MESECVI a los Estados partes debió haber previsto disposiciones de carácter civil o administrativo, que pudiese orientar la necesidad de revisar la organización de los servicios de salud, la rendición de cuentas y el monitoreo, seguimiento y evaluación asociados a la reparación.

3.2. Prevención

Desde que se promulgaron las primeras leyes que abordaron integralmente la violencia contra las mujeres, la prevención emergió como una herramienta clave para combatir estructuralmente un sistema de atención médica que, por su diseño, vulnera sistemáticamente los derechos de las mujeres (Gherardi, 2016, p. 20). La prevención, precisamente, está dirigida a poner el foco en la atención respetuosa y digna en la asistencia médico-sanitaria, promoviendo la capacitación adecuada y con perspectiva de género del personal de salud, y la sensibilización para efectos de que la mujer tenga acceso a la más alta calidad de salud y no sea sujeta a discriminación y/o violencia.

Entre las recomendaciones que ha impulsado la OMS (2014) para prevenir y erradicar conductas que pueden constituir falta de respeto o maltrato durante la atención del parto, se destaca la necesidad de mayor respaldo de los gobiernos y socios para el desarrollo de las investigaciones y acciones en este contexto; el diseño e implementación de programas diseñados para mejorar la atención de la salud materna basados en la atención respetuosa; y la necesidad de generar y compilar datos sobre la atención respetuosa e irrespetuosa y los sistemas de responsabilidad. Así también, ha promovido recomendaciones para los cuidados durante el parto, a fin de que las personas gestantes tengan una experiencia de parto positiva, sentando lineamientos claros y, en un esfuerzo de generar el cambio en la atención obstétrica, a fin de erradicar el uso de las prácticas que pueden ser consideradas una manifestación de violencia obstétrica (OMS, 2018).

Otro ejemplo es la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (2019) que indicó 14 recomendaciones para los Estados miembros a fin de prevenir la violencia gineco-obstétrica, entre las cuales es interesante remarcar la recomendación de 'proveer capacitación específica a los obstetras y ginecólogos, y crear consciencia de la violencia ginecológica y obstétrica como parte

de esta capacitación’ (2019, 8.8.) y ‘proponer mecanismos específicos y accesibles de información y denuncia para las víctimas de violencia ginecológica y obstétrica, dentro y fuera de los hospitales, incluyendo los defensores del pueblo’ (2019, 8.10).

En cuanto medidas específicas de prevención de violencia obstétrica, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer (2019) sugirió las siguientes:

1° Garantizar en la ley y en la práctica el derecho de la mujer a estar acompañada por una persona de su elección durante el parto;

2° Considerar la posibilidad de permitir el parto en casa e impedir la penalización de dicha modalidad de parto;

3° Supervisar los centros de salud y recopilar y publicar anualmente datos sobre el porcentaje de cesáreas, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva;

4° Aplicar los instrumentos de derechos humanos de la mujer y las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer;

5° Supervisar los centros de salud y recopilar y publicar datos sobre el porcentaje de cesáreas, episiotomías y otros tratamientos relacionados con el parto y la atención obstétrica; y

6° Dar respuesta a la falta de anestesia y alivio del dolor, la imposibilidad de elegir la posición de parto y la falta de respeto en la atención sanitaria.

Así, en diversos países de América Latina, la implementación de leyes integrales contra la violencia contra la mujer ha transformado el mecanismo de prevención genérico en obligaciones específicas para los Estados. Estas obligaciones se centran, principalmente, en la adopción de políticas públicas. Por ejemplo, Argentina (2009, art. 11 N° 4) introdujo responsabilidades explícitas para el Ministerio de Salud de la Nación, una medida replicada por Bolivia (2013, art. 20) y Chile (2024, art. 11). Sin embargo, para relacionar la protección de las mujeres frente a la violencia obstétrica, a través de la prevención, parece ser que las leyes que promueven el parto respetado y humanizado pueden adecuarse a dicha función (Barandela, 2023).

No obstante, si se acepta que la raíz estructural de la violencia obstétrica es el modelo hegemónico de medicina, que se basa en la relación asimétrica entre médico y paciente donde el primero sostiene el ‘saber médico’, además de los propios prejuicios que se encuentran arraigados en nuestra sociedad respecto a los roles de género; entonces parece ser que los mecanismos de prevención no pueden solo estar direccionados a la capacitación y sensibilización del personal médico en el tema, para efectos de evitar que los comportamientos violentos y/o discriminatorios se reproduzcan en este ámbito, sino que el abordaje del problema debe ir más allá. Es decir, estos mecanismos bien pueden considerarse apropiados para el personal que ya se encuentra inserto en los servicios hospitalarios, pero es necesario el cambio desde la formación. Sin perjuicio de tratarse de un tema complejo porque cada centro universitario decide sus mallas curriculares, la única forma de combatir un problema estructural, como se ha planteado en este trabajo, es identificar las raíces para generar los cambios que nuestra sociedad exige, y plantear una formación que incluya el enfoque de derechos fundamentales y de género es un avance para todos (Corral & Sosa, 2022). En concreto, los Estados podrían promover la inclusión de módulos o asignaturas obligatorias en el currículo de programas universitarios o técnico-profesionales del ámbito de la salud, que integren la perspectiva de género y el enfoque de Derechos, así como la atención respetuosa y digna.

Por otra parte, un obstáculo fundamental que se plantea en un mecanismo de prevención es la falta de medidas complementarias de seguimiento y monitoreo. Esto pone de relieve que difícilmente se podrá evaluar la efectividad de los mecanismos que adopten los Estados para proteger a las víctimas y prevenir la violencia obstétrica si no se establecen medios para la colección de datos, considerando que además las cifras son importantes para dimensionar el problema, a fin de evaluar la correlación entre el funcionamiento del mecanismo de prevención y la protección de las víctimas. Esta relación es esencial porque, en la medida que sea posible medir la solidez del mecanismo que se trate, permitirá dar seguridad a las mujeres de que serán efectivamente protegidas (Gherardi, 2016).

Otro aspecto que se plantea como una barrera radica en que, quizás, no se ha prestado suficiente atención a la periodicidad de la actualización de las guías o manuales de buenas prácticas en la atención perinatal, toda vez que estos instrumentos se posicionan como pautas que rigen la atención gineco-obstetra y, por tanto, si el objetivo es la prevención, los Estados deben asegurarse de que este tipo de documentos sea conforme con la praxis médica actual. Es cierto que no se espera que

los cambios en estos documentos se efectúen tan frecuentemente, puesto también depende del desarrollo científico, pero sí ha de tenerse en consideración que, actualmente, vivimos en sociedades dinámicas y que la actualización en materias de buenas prácticas en la atención de salud es importante para ajustarse a los estándares internacionales.

Así, la prevención implica, mayormente, la voluntad de los gobiernos para establecer políticas públicas integrales y planes de acción que coordinen la labor estatal en sus diversas competencias (Falcón & Cárdenas, 2023), lo que necesariamente debe incluir garantizar recursos suficientes para la infraestructura y el personal, mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios, y establecer mecanismos efectivos para prevenir, atender y erradicar la violencia (Maietti & Villarreal, 2023). Sin embargo, la relevancia de la prevención como herramienta para desnaturalizar la violencia y promover cambios culturales y estructurales sigue siendo central en el marco legal y en la aspiración de garantizar los derechos de las mujeres (Gherardi, 2016). Esto se traduce en que la prevención de la violencia obstétrica como una herramienta potencial y de suma relevancia para abordar este problema estructural y generar cambios depende, sustancialmente, de que la acción conjunta del poder Ejecutivo y el poder Legislativo, para desarrollar un sistema de protección intersectorial, dotado de recursos y operatividad, pero que también establezca instrumentos de rendición de cuentas, tanto en el sector público como privado.

3.3. ¿Reparación?

Respecto la reparación integral de las víctimas de violencia obstétrica, la Corte IDH (2022, 2023) y el Comité de la CEDAW (2020, 2021, 2022, 2023), han destacado la importancia de la reparación integral. En este sentido, se ha indicado que para que la reparación sea efectiva debe ser integral, lo que implica la adopción de medidas encaminadas a la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición que atiendan las necesidades y capacidades propias de las víctimas (Bolaños Enríquez & Quintero, 2022).

El ejemplo en la región y, a su vez, una excepción, es Ecuador (2018) que estableció un mecanismo específico de reparación integral del daño material e inmaterial en casos de violencia contra la mujer, incluyendo

La restitución del derecho, la compensación económica o patrimonial, la rehabilitación, satisfacción, las garantías de que el hecho no se repita, la obligación de remitir a la autoridad competente para investigar y sancionar, las medidas de reconocimiento, las disculpas

públicas, la prestación de servicios públicos, la atención de salud, entre otras. La reparación por el daño material comprenderá además la compensación por la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas de violencia, los gastos efectuados con motivos de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso. La reparación por el daño inmaterial o moral puede comprender tanto los sufrimientos o aflicciones causados a las víctimas directas e indirectas y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, como las alteraciones de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima (2018, art. 62).

Por otro lado, en Argentina (2009) y Venezuela (2007), se reconoce la responsabilidad civil de los sujetos que hayan efectuado actos constitutivos de violencia contra la mujer.

Sin embargo, solo reconocer la responsabilidad civil, sin integrar un mecanismo de reparación integral, se traduce en que las víctimas acceden a la reparación solo en la dimensión de resarcimiento o compensación económica, pero no hay medidas que un juez con competencia en lo civil pueda dictar relativas a las medidas de reconocimiento, rehabilitación o garantías de no repetición. Es decir, para que la reparación integral cumpla el objetivo de configurarse como un mecanismo eficaz y efectivo de reparación, es necesario comprender que depende de otro tipo de medidas, diferentes a la indemnización. Especialmente, surgen como una herramienta potencial las garantías de no repetición y de rehabilitación para abordar la violencia obstétrica desde la dimensión estructural (Aguirre & Torres, 2022).

A mayor abundamiento, la debilidad de un mecanismo de reparación que solo contempla la responsabilidad civil, es decir, sólo se preocupa del componente económico, radica en que corre el peligro de que en instancia jurisdiccional interna las prácticas vulneradoras de los derechos en el ámbito de la atención médica perinatal de la mujer se asimilen sólo a una negligencia médica, y no se efectúe un razonamiento judicial considerando que, en realidad, es una manifestación de la violencia obstétrica. El problema de ello radica en que si la víctima debe concurrir a un sistema regional de protección de Derechos Humanos para obtener una reparación integral, implica mantener años de tramitación –por ejemplo, los hechos del caso *Brítez Arce vs. Argentina* ocurrieron en el año 1992 y el pronunciamiento de la Corte IDH fue en el año 2022, o en *Rodríguez Pacheco vs. Venezuela*, que los hechos ocurrieron en el año 1998 y la condena se pronunció en el

2023–, permitiendo una revictimización y conducirla a desistir de continuar el proceso por extenuación y/o frustración; lo que, finalmente, hace ilusoria la pretensión de reparación.

Considerando, especialmente, que los mecanismos aquí identificados no se encuentran sistematizados, sino que esta construcción se extrajo desde la experiencia sobre cómo se ha materializado legalmente en ciertos países de Latino América, se evidencia que cada una de estas herramientas presentan barreras que impiden que a una protección efectiva.

Por un lado, la prevención tiene el potencial de abarcar la dimensión estructural del problema, ofreciendo un marco más amplio y moldeable para la protección de las víctimas de violencia obstétrica, pero que sin duda requiere de un esfuerzo social significativo para su implementación y un aparato estatal con recursos para reformar el sistema de salud y la formación de profesionales sanitarios, cuyos resultados solo serán palpables a largo plazo. Por otra parte, la sanción y la reparación abarcan, principalmente, la pretensión individual de la víctima, que pese a no solucionar el problema de raíz, son necesarios para corregir, en parte, la injusticia epistémica, y sustentar un entramado integral de protección. Este último aspecto se manifiesta porque toda vez que una víctima quiere hacer efectiva la pretensión de sanción y/o reparación, es a consecuencia de que las medidas de prevención no han cumplido su función. Por ello, se puede afirmar que la efectividad de los mecanismos de protección está vinculada al poder operativo del Ejecutivo y a las prioridades del poder Legislativo, y en el caso de la sanción y/o reparación su efectividad está ligada fuertemente a la función jurisdiccional, donde la garantía de acceso a la justicia juega un rol fundamental.

3.4. Incidencia de la garantía de acceso a la justicia para una tutela efectiva

La garantía de acceso a la justicia es la piedra angular para la erradicación de la violencia contra las mujeres (MESECVI, 2025). Se ha establecido a lo largo de este trabajo que la violencia obstétrica es una manifestación de la violencia contra la mujer y, por tanto, una discriminación en razón de género, que aumenta su vulnerabilidad y transgrede su autonomía, traduciéndose en la vulneración de derechos fundamentales. Bajo esta premisa, la garantía y derecho de acceso a la justicia, que sustenta el Estado de Derecho, es esencial para asegurar que grupos históricamente discriminados puedan hacer valer sus pretensiones ante los tribunales de justicia, como es el caso de las mujeres.

Ha existido un gran avance en promover que las mujeres víctimas de violencia en razón de su sexo tengan un acceso efectivo a la justicia, y así el sistema judicial cumpla con el deber de concretar la protección que el Derecho encomienda. No obstante, este esfuerzo aún se encuentra a medio camino, en cuanto ha avanzado enormemente respecto de las víctimas de violencia doméstica y violencia sexual, pero no se puede predicar lo mismo respecto de las víctimas de violencia obstétrica.

Se ha reconocido que el acceso equitativo y efectivo a la justicia se estructura a partir de los siguientes componentes:

- a. La justiciabilidad: las mujeres deben tener acceso irrestricto a la justicia, así como la capacidad y el poder para reclamar sus derechos.
- b. La disponibilidad: deben existir tribunales en todo el Estado, tanto en zonas urbanas como rurales y remotas, y se debe asegurar su mantenimiento y financiación.
- c. La accesibilidad: los sistemas de justicia deben ser seguros, costeables y físicamente accesibles a las mujeres, y deben ser adaptados y apropiados a las necesidades de las mujeres, incluidas las que hacen frente a formas interseccionales o compuestas de discriminación.
- d. La buena calidad de los sistemas de justicia: los recursos ejecutados deben ser apropiados, efectivos y dar lugar a una resolución sostenible de la controversia que tenga en cuenta las cuestiones de género para todas las mujeres.
- e. La aplicación de recursos: los sistemas de justicia deben ofrecer a las mujeres una protección viable y una reparación significativa de daños sufridos.
- f. La rendición de cuentas de los sistemas de justicia: los profesionales de la ley deben ser responsables por sus acciones'. (ACNUDH, 2022)

Como se indicó, la garantía del acceso a la justicia es esencial cuando el mecanismo de prevención falla, porque es la herramienta primordial para operar los mecanismos de sanción y/o reparación que contemple un Estado. En este contexto, en lo que respecta a sanción y reparación, *prima facie*, puede identificarse problemas asociados a los componentes de justiciabilidad, la accesibilidad, la buena calidad y la aplicación de recursos.

Lo anterior se evidencia porque la discusión es incipiente sobre la implementación de herramientas jurídico-procesales que permitan abordar la dimensión estructural de la violencia obstétrica, ya que tanto la sanción penal como la reparación civil, en el sentido de indemnización, sugiere que el problema es de responsabilidad individual, que se produce solo entre la mujer y el personal médico y/o centro de salud (Brunello et. al, 2024). En todo caso, ante las acciones judiciales que se ejercen en virtud de regímenes generales de responsabilidad, tampoco se ha pensado la adecuación de estos, es decir, que tiendan a equilibrar la relación de asimetría entre el personal médico y paciente, considerando que además este suele estar respaldado ya sea por el propio Estado, cuando este pertenece a un sistema de salud público, o por una empresa privada en caso de sistemas de salud privado, que en ambas circunstancias cuentan con los recursos para enfrentar un litigio; situación que no siempre se replica respecto de las víctimas. Asimismo, no se ha reflexionado sobre la carga de la prueba desproporcionada que recae en la víctima, si se tiene en consideración que no es una tarea sencilla proveerse de medios de prueba cuando hay un desnivel del manejo de la información entre las partes y las conductas a denunciar se desarrollan en un contexto en que muchas veces mujer se encuentra sola. Esta carga se ve aumentada en aquellos estados que, en sede civil, aún conservan un estándar de prueba legal tasada. Como todo lo anterior se presenta como un desincentivo a la acción, que puede llevar a las víctimas a desistir de perseguir la sanción y/o reparación, se proponen como medidas útiles para asegurar el acceso a la justicia proporcionar asistencia letrada gratuita, y repensar como distribuir legalmente la carga la prueba, de manera que atienda a la particularidad y hermetismo del contexto en el se producen las conductas de violencia obstétrica, por ejemplo, a través de presunciones que inviertan la carga de la prueba o, bien, considerar la promoción de la libertad probatoria y valoración conforme a las reglas de la sana crítica en procedimientos que se aleguen actos de esta naturaleza.

A fin de ejemplificar la existencia de dificultades para asegurar la garantía de acceso a la justicia a las víctimas de violencia obstétrica, se menciona el caso de Chile que, siguiendo el ejemplo de otros países de la región, promulgó la Ley 21.675 (2024), sobre medidas que estatuye medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia en contra de las mujeres. En dicho cuerpo normativo se reconoce explícitamente a la violencia gineco-obstétrica como una forma de violencia de género y recoge medidas para la prevención de la violencia de género y protección de las víctimas en el ámbito de salud, entre otros ámbitos. Sin embargo, en un título específico denominado *Del acceso a la justicia de las mujeres frente a la violencia de género*, pese a establecer derechos y garantías

procedimentales específicas para las víctimas, al inicio de su articulado delimita el ámbito de aplicación solo para casos de violencia física, sexual, psicológica y económica. Esta decisión legislativa demuestra que la exclusión de las garantías de acceso a la justicia para víctimas de violencia obstétrica niega valor a sus experiencias, y las limita para hacer valer sus pretensiones ante los tribunales de justicia.

La propia Corte IDH (2023), en el caso Rodríguez Pacheco y otra vs. Venezuela recalcó la importancia de que las víctimas tengan un efectivo acceso a la justicia, garantía que se verá vulnerada si no existen mecanismos judiciales efectivos que aseguren la investigación y reparación de eventuales denuncias. Lo que quiere decir que los Estados deben disponer de mecanismos que permitan que las víctimas de violencia obstétrica puedan accionar judicialmente en caso de verse vulneradas en sus derechos.

Fuera del caso de Ecuador, que cuenta con un mecanismo concreto de reparación integral, se sugiere que, mientras no existan mecanismos judiciales específicos, una acción patrimonial en contra del Estado podría ser un mecanismo judicial efectivo para lograr una reparación, al menos en el aspecto resarcitorio, y abarcaría parte del problema estructural, ya que a la luz de la interpretación de la Corte IDH, los estados miembros tiene la obligación ‘regular y fiscalizar toda asistencia de salud prestada a personas bajo su jurisdicción, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado’ (Corte IDH, 2023, párr. 112). Bajo este razonamiento, si se comprueba alguna de las manifestaciones de violencia obstétrica que ocurre a nivel de centros de salud estatales, entonces se establecerá el vínculo entre la conducta del funcionario que la ejerza, el daño provocado a la víctima y la falta de servicio del centro hospitalario ya sea por la omisión en la atención, una atención tardía, deficiente o irregular, según sea el caso, configurando la responsabilidad de este último. En el caso de los centros privados, si bien no se podrá vincular la conducta del personal de salud involucrado a una falta de servicio porque el centro de salud no forma parte del estado, esta radicará en la omisión del deber de regulación y fiscalización que recae la autoridad estatal que corresponda, por lo que si se comprueban manifestaciones de violencia obstétrica, la responsabilidad patrimonial del Estado surgirá por la falta del servicio a cuyo cargo tenga la regulación o fiscalización, según las circunstancias de que se trate.

Sin perjuicio de esta propuesta, que puede ser considerada una opción paliativa, no soluciona las barreras para el acceso a la justicia y solo se enfoca en el aspecto resarcitorio; corre el riesgo de forzar una interpretación que puede resultar en que el Estado asuma un rol subsidiario de la responsabilidad que cabe a las instituciones privados.

Por todo lo anterior, este trabajo pone en evidencia lo trascendental que es que los Estados que ya han reconocido legalmente la violencia obstétrica implementen recursos adecuados que habilite a las víctimas canalizar en sus sistemas judiciales respectivos la pretensión de protección, o bien adecuen sus actuales mecanismos, a fin de que permita a las mujeres víctimas de violencia obstétrica acceder a una protección que el Derecho les reconoce, toda vez que para asegurar la efectividad de aquella es esencial el acceso equitativo a la justicia.

4. CONCLUSIONES

El presente Trabajo de Fin de Máster ha demostrado que la violencia obstétrica, aunque con matices en su conceptualización, es una problemática multifacética y globalmente reconocida como una manifestación de la violencia contra la mujer. Su arraigo en el sistema biomédico es un punto crítico, ya que este se ha consolidado en una relación de poder asimétrica, fundamentada en el conocimiento médico, que patologiza un proceso natural como el parto. Esta patologización contribuye a la objetivación de la mujer gestante, relegándola a un segundo plano y justificando un paternalismo médico que, lejos de proteger, exacerba su vulnerabilidad. La crítica feminista ha sido fundamental para revelar cómo esta dinámica afecta la autonomía de la mujer, tanto individual como relacional, transformando el embarazo en una fuente de vulnerabilidad patológica que dificulta la toma de decisiones informadas y libres.

El análisis de los mecanismos jurídicos de protección (sanción, prevención y reparación) revela un panorama complejo. Si bien la penalización de la violencia obstétrica, como la implementada en Venezuela y algunos estados de México, ofrece una vía judicial para las víctimas y visibiliza la prohibición de estas conductas, su alcance es limitado para abordar las raíces estructurales del problema. El derecho penal, al enfocarse en la responsabilidad individual, no logra dismantlar la base de poder y los estereotipos de género arraigados en el personal sanitario y las instituciones de salud.

En contraste, la prevención emerge como un mecanismo con mayor potencial para generar un cambio estructural a largo plazo. Las recomendaciones de organismos como la OMS y el Consejo de Europa, enfocadas en la capacitación del personal de salud, la sensibilización y la promoción de una atención respetuosa, son pasos esenciales. Sin embargo, para una efectividad real, es imperativo ir más allá de la capacitación puntual y transformar la formación desde la base, incluyendo obligatoriamente la perspectiva de género y el enfoque de derechos en los currículos universitarios y técnico-profesionales. Además, la implementación de medidas de seguimiento y monitoreo, así como la actualización periódica de guías de buenas prácticas, son cruciales para evaluar la eficacia de estas políticas y asegurar la rendición de cuentas.

Respecto a la reparación, la aspiración a una reparación integral, como la que busca Ecuador, es fundamental para atender las diversas necesidades de las víctimas, abarcando no solo la compensación económica, sino también la restitución del derecho, la rehabilitación y las garantías

de no repetición. La dependencia exclusiva de la responsabilidad civil limita la reparación al aspecto económico y corre el riesgo de asimilar la violencia obstétrica a una mera negligencia médica, despojándola de su dimensión de género y de derechos humanos. La prolongada tramitación en instancias internacionales, ejemplificada por los casos ante la Corte IDH, subraya la urgente necesidad de mecanismos judiciales internos efectivos y ágiles que eviten la revictimización y garanticen la protección judicial.

Finalmente, la garantía de acceso a la justicia se presenta como la piedra angular para la erradicación de la violencia obstétrica. Las barreras actuales, como la asimetría en la relación entre el personal médico y las pacientes, la desproporcionada carga de la prueba en la víctima y la exclusión de garantías procesales específicas en algunas legislaciones, como la chilena, hacen ilusoria la pretensión de justicia. En este sentido, es fundamental que los Estados adopten medidas que aseguren la suficiencia de la garantía de acceso a la justicia, reforzando los componentes de la justiciabilidad, accesibilidad y buena calidad de los sistemas judiciales. Así propone la inclusión de asistencia letrada gratuita y una distribución equitativa de la carga de la prueba. La obligación estatal de regular y fiscalizar tanto los servicios de salud públicos como privados, como ha establecido la Corte IDH, abre una vía para la responsabilidad patrimonial del Estado, aunque esta sea una solución paliativa que no aborda la totalidad del problema.

En suma, la protección efectiva contra la violencia obstétrica exige un cambio de paradigma profundo: de un enfoque punitivista y reactivo a uno integral y preventivo. Esto implica una voluntad política firme para reformar el sistema biomédico desde sus fundamentos, desmantelando las estructuras de poder y los estereotipos de género que perpetúan esta violencia. Solo a través de un compromiso multisectorial y una inversión sostenida en políticas públicas, formación profesional con perspectiva de género y mecanismos judiciales accesibles y especializados, se podrá asegurar que las mujeres accedan a una atención digna y respetuosa, y que sus derechos fundamentales sean plenamente protegidos.

5. REFERENCIAS

- Aguirre, C. A. P., & Torres, A. Z. (2022). La discriminación estructural hacia las mujeres como nexo de la reparación transformadora: Análisis de las sentencias n°. 3-19-JP/20 y Acumulados y n° 202-19-JH/21.
- Al Adib Mendiri, M., Ibáñez Bernáldez, M., Casado Blanco, M., & Santos Redondo, P. (2017). La Violencia Obstétrica: Un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1).
- Ales Uría Acevedo, M. D. L. M. (2024). Fenomenología social y marco normativo de la violencia obstétrica a nivel internacional con especial enfoque en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 39-73. <https://doi.org/10.22201/ij.24487899e.2025.40.18368>
- Arguedas Ramírez, G. (2019). Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico. La epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. En M. Sagot & D. D. Arias (Eds.), *Antología del pensamiento crítico costarricense contemporáneo* (pp. 569-589). CLACSO. <https://doi.org/10.2307/j.ctvtxw1wh>
- Barandela, A. C. (2023). Producción socio-legal de la violencia obstétrica: Apuntes sobre sus condiciones de posibilidad en la Argentina del siglo XXI. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*, 8(1). <https://doi.org/10.29112/ruae.v8i1.1789>
- Beck, I., & Romeo, M. (2016). 1° Índice Nacional de Violencia Machista [Informe Ejecutivo].
- Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica.
- Berzon, C., & Shabot, S. C. (2023). Obstetric Violence and Vulnerability: A Bioethical Approach. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 16(1), 52-76. <https://doi.org/10.3138/ijfab-16.2.02>
- Bidoli, A. (2024). Let us name—And shame—Obstetric violence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 231(4), e160. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.05.034>
- Bolaños Enriquez, T. G., & Quintero, D. P. (2022). Función transformadora y emancipatoria de la reparación integral: La búsqueda incesante de la justicia y la igualdad. *Estudios constitucionales*, 20(2), 105-131. <https://doi.org/10.4067/S0718-52002022000200105>

- Brunello, S., Gay-Berthomeu, M., Smiles, B., Bardho, E., Schantz, C., & Rozee, V. (2024). Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. Unión Europea.
- Busquets Gallego, M. (2019). La violencia obstétrica en el embarazo y el parto desde la perspectiva de la vulneración de derechos: Autonomía y consentimiento informado = Obstetric violence as a violation of autonomy and informed consent rights in pregnancy and childbirth. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 14, 241-251. <https://doi.org/10.18002/cg.v0i14.5803>
- Cárdenas Castro, M., & Salinero Rates, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: Percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>
- Cárdenas-Castro, M., & Salinero-Rates, S. (2024). Loss of autonomy, legitimization of violence, transgression of intimacy, and fear of abuse: A thematic analysis of stories of gynecological violence and its consequences. *Feminism & Psychology*, 34(3), 403-423. <https://doi.org/10.1177/09593535241242551>
- Castrillo, B. (2020). Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas. *Revista Encuentros Latinoamericanos*, IV(1), 196-220.
- Chadwick, R. (2021). Breaking the frame: Obstetric violence and epistemic rupture. *Agenda*, 35(3), 104-115. <https://doi.org/10.1080/10130950.2021.1958554>
- Chadwick, R. (2023). The Dangers of Minimizing Obstetric Violence. *Violence Against Women*, 29(9), 1899-1908. <https://doi.org/10.1177/10778012211037379>
- Cohen Shabot, S. (2019). «Amigas, sisters: We're being gaslighted»: Obstetric violence and epistemic injustice. En *Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring Issues of Violence and Control* (1st Edition). Routledge.
- Chervenak, F. A., McLeod-Sordjan, R., Pollet, S. L., De Four Jones, M., Gordon, M. R., Combs, A., Bornstein, E., Lewis, D., Katz, A., Warman, A., & Grünebaum, A. (2024). Obstetric violence is a misnomer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), S1138-S1145. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.003>

- Cohen Shabot, S., & Sadler, M. (2023). "My Soul Hurt, and I Felt as If I Was Going to Die": Obstetric Violence as Torture. *Hypatia*, 38(3), 607-627. <https://doi.org/10.1017/hyp.2023.72>
- Corral-Manzano, G. M. (2019). El derecho penal como medio de prevención de la violencia obstétrica en México. Resultados al 2018. *MUSAS*, 4(2). <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.6>
- Corral, D., & Sosa Fuentes, S. (2022). La violencia obstétrica en el papel. Crítica a la política pública para la atención del embarazo, parto y puerperio en la Ciudad de México. En R. Castro & S. Frías (Eds.), *Violencia obstétrica y ciencias sociales. Estudios críticos en América Latina*. Universidad Nacional de México.
- Falcón, S. S., & Cárdenas, H. A. M. (2023). Violencia obstétrica, derecho a la salud y género: Un análisis teórico y conceptual. *Revista Perspectivas Sociales*, 25(2), 35-60.
- Gallardo Duarte, R. (2022). Violencia obstétrica en Uruguay: Un enfoque de género y bioético. Dilemata, *Revista Internacional de Éticas aplicadas*, N° 27, 17-31.
- Gherardi, N. (2016). Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. Naciones Unidas.
- Goberna Tricas, J., & Boladeras, M. (2018). Análisis del concepto de violencia obstétrica desde las perspectivas legal, médica, filosófica, sociopolítica y pedagógica. En El concepto 'Violencia Obstétrica'. Y el debate actual sobre la atención al nacimiento. (pp. 39-68). Tecnos.
- Granero Ferrer, R. (2023). La judicialización del parto. Un ejercicio de injusticia epistémica testimonial. *EUNOMÍA. Revista en Cultura de la Legalidad*, 24, 163-183. <https://doi.org/10.20318/eunomia.2023.7660>
- Herrera, C. (2020). Género, responsabilidad penal y castigo: ¿cómo el derecho penal comprende a la violencia en la salud materna? En P. Quattrocchi & N. Magnone (Eds.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (1.ª ed.). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
- INEGI. (202aava4). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*.

[https://inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia/7222#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20Encuesta%20Nacional%20de,la%20poblaci%C3%B3n%20\(66.2%20millones\).](https://inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia/7222#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20Encuesta%20Nacional%20de,la%20poblaci%C3%B3n%20(66.2%20millones).)

Iparraguirre, M., Mendoza, J., Condor-Privat, M., & Muñoz de la torre, R. (2023). La violencia obstétrica como biopoder: A propósito de la dignidad de la mujer. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.7527761>

Leal, M. do C., Esteves-Pereira, A. P., Azevedo Bittencourt, S., Madeira Rodríguez, R. M. S., Theme Filha, M. M., Henriques Leite, T., Vasques da Silva Ayres, B., Nakamura-Pereira, M., Lopez Pereira, M. E., Souza Mendes Gomes, M. A. de, Bastos Dias, M. A., Soligo Takemoto, M. L., Carvalho Pacagnella, R. de, & Granado Nogueira da Gama, S. (2024). Protocol of Birth in Brazil II: National Research on Abortion, Laboral and Childbirth. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(4), 1-21.

Limmer, C. M., Stoll, K., Vedam, S., Leinweber, J., & Gross, M. M. (2023). Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: Development and validation of a German self-report tool. *Midwifery*, 126, 103809. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103809>

Maietti, F., & Villarreal García, J. F. (2023). Aproximaciones teóricas al fenómeno de la violencia obstétrica: Una mirada al marco normativo y jurisprudencial internacional e interamericano. *Vniversitas*, 72. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.vj72.atfv>

Mackenzie, C., Rogers, W., & Dodds, S. (Eds.). (2014). *Vulnerability: New essays in ethics and feminist philosophy*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199316649.001.0001>

Maravall Buckwalter, I. (2025). Violencia obstétrica. *EUNOMÍA. Revista en Cultura de la Legalidad*, 28, 332-354. <https://doi.org/10.20318/eunomia.2025.9501>

Marques de Aguiar, J., Pires Lucas, A. F., & Grilo Diniz, C. S. (2020). El parto como «atropellamiento»: Ideología médica, visión pesimista del parto normal y violencia obstétrica. En P. Quattrocchi & N. Magnone (Eds.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (1.^a ed.). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>.

Martín-Badia, J., Obregón-Gutiérrez, N., & Goberna-Tricas, J. (2021). Obstetric Violence as an Infringement on Basic Bioethical Principles. Reflections Inspired by Focus Groups with Midwives.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(23), 12553.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182312553>

Martínez Suárez, A. (2023). Una mirada a la violencia obstétrica: La relación individuo-cuerpo y sociedad-cuerpos. *Eikasia Revista de Filosofía*, 114, 167-183.

Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34(5), e526-e536.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>

Massó Guijarro, E. (2023). La violencia obstétrica como injusticia epistémica: El parto en disputa. *Salud Colectiva*, 19, e4464. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4464>

Medina-Castellano, C. (2023). ¿Existe la violencia obstétrica? *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 12(1), 37-52. <https://doi.org/10.17566/ciads.v12i1.960>

MESECVI. (2012). *Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención Belém do Pará*. Organización de los Estados Americanos. [<https://www.oas.org/es/MESECVI/informeshemisfericos.asp>].

MESECVI. (2025). Acceso a la Justicia, la Verdad y la Reparación: Desafíos Estructurales y Progresos Institucionales. En *Cuarto Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará*. [<https://www.oas.org/es/MESECVI/informeshemisfericos.asp>].

Pickles, C. (2023). “Obstetric Violence,” “Mistreatment,” and “Disrespect and Abuse”: Reflections on the Politics of Naming Violations During Facility-Based Childbirth. *Hypatia*, 38(3), 628-649. <https://doi.org/10.1017/hyp.2023.73>

Pickles, C. (2024). ‘Everything is Obstetric Violence Now’: Identifying the Violence in ‘Obstetric Violence’ to Strengthen Socio-legal Reform Efforts. *Oxford Journal of Legal Studies*, 44(3), 616-644. <https://doi.org/10.1093/ojls/gqae016>

Quattrocchi, P. (2020). Violencia obstétrica desde América Latina hasta Europa: Similitudes y diferencias en el debate actual. En P. Quattrocchi & N. Magnone (Eds.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (1.^a ed.). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>

- Quattrocchi, P., & Magnone, N. (Eds.). (2020). *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (1.^a ed.). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
- Ramírez Hernández, N. (2024). *Violencia obstétrica en la Ciudad de México: avances y retos para su prevención y erradicación INFORME ANUAL 2023*. Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. <https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2024/06/CDHCM-2023-Vol-II-Violencia-obstetrica.pdf>
- Ravaldí, C., Skoko, E., Battisti, A., Cericco, M., & Vannacci, A. (2018). Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 224, 208-209. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.03.055>
- Ronconi, L. (2023, Febrero 20). *La violencia obstétrica y su reconocimiento por la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. Oxford Human Rights Hub. <https://ohrh.law.ox.ac.uk/la-violencia-obstetrica-y-su-reconocimiento-por-la-corte-interamericana-de-derechos-humanos/>
- Sadler, M., Quattrocchi, P., & Magnone, N. (Eds.). (2020). *Despertando las metáforas que dormían en la ciencia*. En *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (1.^a ed.). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Sesia, P. (2020a). Naming, framing and shaming through obstetric violence: A critical approach to the judicialisation of maternal health rights violations in Mexico. En *The Critical Medical Anthropology* (2020.^a ed., pp. 222-247). UCL Press.
- Sesia, P. (2020b). *Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma*. En P. Quattrocchi & N. Magnone (Eds.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (1.^a ed.). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>

Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre Violencia contra la Mujer (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Naciones Unidas

Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., Pileggi, V., Arenas-Monreal, L., Rojas-Carmona, A., Piña-Pozas, M., Gómez Ponce De León, R., & Souza, J. P. (2019). Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: Revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>

Van Der Pijl, M. S. G., Verhoeven, C. J. M., Verweij, R., Van Der Linden, T., Kingma, E., Hollander, M. H., & De Jonge, A. (2022). Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: A national survey. *Reproductive Health*, 19(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01460-4>

Vullikanti, M., & Yamin, A. E. (2025). Obstetric violence is not a misnomer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 232(2), e51. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.07.012>

Fuentes primarias:

Asamblea General de las Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. (Adoptada el 18 de diciembre de 1979; entrada en vigor el 3 de septiembre de 1981). [Resolución 34/180]. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>

Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia (2013). *Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia*, Ley N° 348, 9 de marzo de 2013. [Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia].

Asamblea Nacional de Ecuador (2018). *Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres*, Registro Oficial Suplemento 175, 5 de febrero de 2018

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2021). *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, N° 38.668. [Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela].

Asamblea Nacional Panamá. (2013). *Ley que adopta medidas para prevenir la violencia contra las mujeres y reforma el Código Penal y Judicial*, Ley N° 82, 24 de octubre de 2013. Gaceta Oficial N° 27393-A.

Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. (2019). *Resolución 2306 (2019): Violencia ginecológica y obstétrica*. Organización de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*.

Assembleia Legislativa do Santa Catarina. (2017). *Lei que altera a Lei n° 12.608, de 25 de abril de 2003, que dispõe sobre o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher – CEDIM, e adota outras providências*, Lei N° 17.097, 17 de enero de 2017. Diário Oficial do Estado N° 20.449

Assembleia da República do Portugal. (2025). *Lei n.º 33/2025, de 31 de marzo*. Diário da República, I Série, N.º 63, 31 de marzo de 2025.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (2025, 21 de febrero). *Dictamen del Comité en virtud del artículo 4, párrafo 1, del Protocolo Facultativo respecto de la Comunicación núm. 164/2021*. Naciones Unidas.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (2023, 7 de marzo). *Dictamen del Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo respecto de la Comunicación núm. 154/2020*. Naciones Unidas.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (2022, 13 de julio). *Dictamen del Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo respecto de la Comunicación núm. 149/2019*. Naciones Unidas

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (2020, 28 de febrero). *Dictamen del Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo respecto de la Comunicación núm. 138/2018*. Naciones Unidas.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (1992). *Recomendación General No. 19: La violencia contra la mujer*. Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/general-recommendation-no-19-violence-against-women-1992>

Congreso de la Ciudad de México. (2021). *Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México* (Reformas publicadas en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 15 de enero de 2021).

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2022). *Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad* (Serie A: Resoluciones, Opiniones y Sentencias, No. 29).

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2022). *Caso Brítez Arce y Otros Vs. Argentina*. Sentencia de 16 de noviembre de 2022 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas). Serie C No. 473.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2023). *Caso Rodríguez Pacheco y Otra Vs. Venezuela*. Sentencia de 1 de septiembre de 2023 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas).

Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2009). *Ley de Protección Integral a las Mujeres, Ley N° 26.485*. [Boletín Oficial de la República Argentina]

Honorable Congreso Nacional de Chile. (2024). *Ley 21.675 que estatuye medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia en contra de las mujeres, en razón de su género*. [Diario Oficial de la República de Chile]

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2022). *Acceso a la justicia para las mujeres: Una guía para los Estados*.

Organización de los Estados Americanos. (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belém do Pará")*

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud* (WHO/RHR/14.23). <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241550215>

Parlament de Catalunya. (2020). *Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista*. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 8324, 28 de diciembre de 2020.

Poder Legislativo de Uruguay (2017). *Ley de Violencia Basada en Género contra las Mujeres*, Ley N° 19.580, 22 de diciembre de 2017. [Diario Oficial N° 29.863].