

Fenomenología social y marco normativo de la violencia obstétrica a nivel internacional con especial enfoque en Latinoamérica

Social phenomenology and regulatory framework of obstetric violence at the international level with a special focus on Latin America

Phénoménologie sociale et cadre normatif de la violence obstétricale au niveau international, avec un accent particulier sur l'Amérique latine

María de las Mercedes Ales Uría Acevedo

 <https://orcid.org/0000-0003-2800-7696>

Universidad del CEMA. Argentina

Correo electrónico: mivickas@ucema.edu.ar

Recepción: 12 de julio de 2023

Aceptación: 13 de abril de 2024

DOI: <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2025.40.18368>

RESUMEN: Este trabajo se propone contribuir en la definición de *violencia obstétrica* desde el plano sociológico y legal. La hipótesis es que se trata de una forma de violencia de género naturalizada y con insuficiente sanción jurídica, a pesar de poseer un extenso marco normativo para su abordaje. Esto se debe a un proceso de *patologización* del proceso de gestación y nacimiento; una enajenación del cuerpo femenino, y la pervivencia de patrones psicológicos de maltrato y abuso. La metodología desarrollada es cualitativa, a partir del relevamiento de fuentes normativas y jurisprudencia. Asimismo, se toman contribuciones de disciplina médica, psicológica y sociológica. Con este trabajo se espera visibilizar la faceta jurídica operativa de la violencia obstétrica.

Palabras clave: violencia obstétrica; género; daños; consentimiento informado; gestación.

ABSTRACT: This work intends to contribute in defining “obstetric violence” from a sociological and legal point of analysis. Its hypothesis is that obstetric violence is a naturalized form of gender violence that still bears insufficient legal sanctions despite having an extensive international, supranational and – in some cases national regulatory framework– for its approach. This is due, to a large extent, to a process of pathologizing gestation and birth processes; an alienation of the female body; and the persistence of psychological patterns of mistreatment and abuse. The paper applies a qualitative based methodology based on the survey of normative sources and jurisprudence. Likewise, contributions from medical, psychological and sociological disciplines are taken. With this work we aspire to improve the visibility of legal and judicial consequences of obstetric violence.

Keywords: obstetric violence; gender; torts and liability; informed consent; gestation.

RÉSUMÉ: Ce travail entend contribuer à la définition de la violence obstétricale sur le plan sociologique et juridique. L’hypothèse est qu’il s’agit d’une forme de violence de genre naturalisée et avec une sanction juridique insuffisante malgré un cadre réglementaire étendu pour son approche. Cela est dû à un processus de pathologisation du processus de gestation et de naissance; une aliénation du corps féminin; et la persistance de schémas psychologiques de mauvais traitements et d’abus. La méthodologie développée est qualitative basée sur l’enquête des sources normatives et de la jurisprudence. De même, les contributions des disciplines médicales, psychologiques et sociologiques sont prises. Avec ce travail, il est prévu de rendre visible la facette juridique opérationnelle de la violence obstétricale.

Mots-clés: violence obstétricale; genre; dommage; consentement éclairé; grossesse.

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Modalidades de la violencia obstétrica.* III. *Frente a la violencia obstétrica: movimientos y propuestas superadoras.* IV. *Marco normativo internacional en materia de violencia obstétrica.* V. *Derecho local en materia de violencia obstétrica.* VI. *Conclusiones.* VII. *Bibliografía.*

I. Introducción

El término *violencia obstétrica* que se leerá a lo largo de estas páginas, es una terminología creada para referirse al trato deshumanizado que recibe la mujer durante la atención al parto. Si bien el término *humanizado*, en relación con el proceso de gestación, parto y puerperio también será objeto de definición, es importante aclarar preliminarmente que el maltrato puede significar tanto una medicaliza-

ción excesiva o innecesaria (convirtiendo lo sano en patológico y creando dificultades, allí donde no las hay), como el abuso de la posición dominante del personal de salud en cuanto a la desinformación del paciente lego, la ausencia de un consentimiento informado en el paciente, originado en un actuar deliberado del profesional o, incluso, el abuso verbal, físico o psicológico. Argentina fue el primer país en definir este concepto, en el año 2004, seguida de Venezuela, en el 2007. No obstante, el fenómeno social sobre el que se asienta es, tristemente, de larga data y gran extensión mundial.

En un primer paso, corresponde aclarar qué se entiende por cada uno de los términos que componen la expresión *violencia obstétrica*. La palabra *violencia* es definida por el *Diccionario de la Real Academia Española* conforme las siguientes acepciones: “1. f. Cualidad de violento. 2. f. Acción y efecto de violentar o violentarse. 3. f. Acción violenta o contra el natural modo de proceder. 4. f. Acción de violar a una persona”.¹ Violar es definido como “1. f. infringir o quebrantar una ley, un tratado, un precepto, una promesa, etc.”.² Para completar, la palabra natural tiene estos significados en nuestra lengua: “1. adj. Pertenciente o relativo a la naturaleza o conforme a la cualidad o propiedad de las cosas. [...] 6. adj. Regular y que comúnmente sucede. 7. adj. Que se produce por solas las fuerzas de la naturaleza, como contrapuesto a sobrenatural y milagroso”.³

Más fácil resulta abordar el concepto de *obstétrica*, ya que nos encontramos frente a un término no tan polifacético. Según nuestro diccionario, se trata de aquello “1. adj. Med. Pertenciente o relativo a la obstetricia”.⁴ La *obstetricia* es “1. f. Med. Parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio”.⁵

De la simpleza del significado literal de los términos podemos colegir que en la denominada *violencia obstétrica* confluyen factores que tienen que ver con el acceso forzado del cuerpo; el apartamiento de la regularidad de los procesos comunes de las cosas, el quebrantamiento de pactos y avasallamiento de voluntades. Todo ello, en el marco de la atención médica a los procesos de embarazo, parto y puerperio.

¹ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23a. ed. (versión electrónica), s.v. “Violencia”. <https://dle.rae.es/violencia>

² *Ibidem*, “Violar”. <https://dle.rae.es/violar>

³ *Ibidem*, “Natural”. <https://dle.rae.es/natural>

⁴ *Ibidem*, “Obstétrica”. <https://dle.rae.es/obstetricia>

⁵ *Ibidem*, “Obstetricia”. <https://dle.rae.es/obstetricia>

Conviene recordar la distinción establecida por Slavoj Žižek entre las formas de violencia: subjetiva, simbólica y objetiva.⁶ La violencia subjetiva es aquella que se produce irrumpiendo sobre un estado natural de cosas y resalta en esa individualidad. La objetiva es la que puede considerarse sistémica e integra el orden normalizado de cosas. La tercera forma de violencia, la simbólica, es la que se encuentra en el lenguaje verbal y gráfico. Es decir, que la violencia obstétrica puede manifestarse en cualquiera de estas tres variantes y así afectar la vivencia de un individuo, como en el propio sistema de atención al embarazo, parto y puerperio y en la simbología con que la sociedad refleja a la gestante, el hecho del parto y se refiere a las víctimas.

II. Modalidades de la violencia obstétrica

A partir del abordaje interdisciplinario, cabe destacar la existencia de diferentes modalidades de violencia obstétrica de acuerdo con las características de las conductas que se estén analizando. La modalidad de ejercicio de la violencia influirá sobre su tratamiento y consecuencias legales. Tomando como base uno de los estudios más comprensivos sobre el tema, llevado adelante en los últimos diez años, pueden distinguirse siete tipos de violencia que atraviesan tanto el trato interpersonal como el ámbito de desarrollo; así como también la aplicación de procedimientos médicos.⁷ Estos tipos de violencia, son: 1) maltrato físico; 2) abuso sexual; 3) estigmatización y discriminación; 4) mal trato verbal; 5. Incumplimiento de estándares médicos de cuidado; 6) Falta de comunicación entre el equipo médico y la paciente y, 7) condicionamientos y restricciones institucionales.

A continuación, se reproduce la sistematización realizada por Goberna Tricas y Boladeras, ordenadas según la gravedad de la agresión:⁸

⁶ Žižek, Slavoj, *Sobre la violencia. Seis reflexiones marginales*, Barcelona, Espasa Calpe, 2013. Véase también el trabajo que desarrolla en profundidad esta temática de Birulés, Fina, “Violencia, una palabra para un contenido desbordante”, en Goberna Tricas, Josefina y Boladeras, Margarita (coords.), *El Concepto “violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento*, Madrid, Tecnos, 2018, pp. 31-38.

⁷ Freedman, Lynn y Kruk, Margaret, “Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agenda”, *The Lancet*, 2014.

⁸ También puede consultarse la clasificación de Pereira Nery, Vanilde y Pereira de Lucena,

Cuadro 1. Sistematización organizada según la gravedad de la agresión

<i>Primer orden</i>	<i>Segundo orden</i>	<i>Tercer orden</i>
Maltrato físico	Uso de la fuerza física	Golpes, bofetadas, patadas o pellizcos durante el parto
	Inmovilización	Ataduras en la cama o mordazas durante el parto
Abuso sexual	Abuso sexual	Abuso sexual, vejaciones o violación
Maltrato verbal	Lenguaje áspero	Lenguaje áspero, grosero o soez
	Amenazas y culpabilización	Juicios y acusaciones
Estigmatización y discriminación	Con base en características demográficas	Etnia, religión, edad, estatus socioeconómico
	Con base en características médicas	HIV
Incumplimiento de estándares médicos de cuidado	Ausencia de consentimiento informado y de confidencialidad	Ausencia del proceso de consentimiento informado
		Violación de la confidencialidad
	Procedimientos y exámenes físicos	Exámenes vaginales dolorosos
		Negación de medicamentos para aliviar el dolor
		Intervenciones quirúrgicas no consentidas
	Negligencia y abandono	Negligencia, abandono, esperas largas sin atención
Ausencia de asistente experto o idóneo en el momento de la prestación		

Glauca, “Principais tipos de violências obstétricas sofridas pelas parturientes”, *Revista Científica de Enfermagem*, vol. 27, núm. 9, 2019, pp. 89-98.

Relación deficiente entre personal sanitario y mujer	Comunicación ineficaz	Escasa comunicación
		Desconsideración de las preocupaciones o intereses de la mujer
		Problemas de lenguaje o interpretación
		Actitudes deficientes de los empleados
	Ausencia de cuidados de apoyo	Ausencia de cuidados de apoyo por parte de sanitarios
		Denegación de acompañamiento en el parto
	Pérdida de autonomía	La mujer es tratada como participante pa- siva durante el parto
		Denegación de alimentos, líquidos o mo- vilidad
		Falta de respeto por las posiciones de par- to preferidas por la mujer
		Denegación de prácticas tradicionales seguras
		Deshumanización de la mujer
		Reclusión en las instalaciones
	Condiciones y limitaciones del sistema de salud	Carencia de recursos
Factores limitantes de la actualización de los profesionales		
Escasez de personal		
Limitaciones de suministros		
Carencia de privacidad		
Carencia de políticas		Falta de reparación de errores
Cultura asistencial		Soborno y extorsión
		Estructura de cobros confusa
		Peticiones irracionales por parte de los sanitarios

Fuente: elaboración propia con base en: Goberna Tricas, Josefina y Boladeras, Margarita, “Análisis del concepto de violencia obstétrica desde las perspectivas legal, médica, filosófica, socio-política y pedagógica”, en Goberna Tricas, Josefina y Boladeras, Margarita (coords.), *El Concepto “violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento*, Madrid, Tecnos, 2018, pp. 39-68.

III. Frente a la violencia obstétrica: movimientos y propuestas superadoras

El parto es un proceso natural y mecanismo necesario para la supervivencia de la especie, en términos biológicos. Pero es innegable también que, su carga emocional, es un evento trascendental en la existencia de todo aquél que lo atraviesa. En ese sentido, puede intuirse un imperativo ético de responsabilidad por parte de la comunidad —tanto a través de la práctica médica como en el accionar de los agentes que hacen al Estado de derecho—, de brindar todos los beneficios a nivel físico y emocional. La trascendencia emocional que se menciona lleva implícita la exigencia de que, la atención de este hecho de la naturaleza — el nacimiento—, sea tratado con el mayor respeto hacia los derechos humanos que se ven involucrados, y con el máximo grado de humanización posible. El ofrecimiento del servicio sanitario precisa cuidados y atenciones especiales, dando a los protagonistas de este la importancia que demandan.

Desde los albores de la humanidad, las mujeres han dado a luz en compañía de otras mujeres experimentadas de su familia o comunidad (parteras tradicionales o comadronas); una costumbre que sigue siendo habitual en muchas poblaciones indígenas de América Latina y de otras partes del mundo.⁹

Es recién en el periodo medieval que los médicos centraron sus intereses en el conocimiento teórico de la procreación, actuando sólo en casos excepcionales, como cuando se necesitaba desmembrar algún feto muerto para sacarlo del útero. En el siglo XVII se nota un cambio de rumbo, pues se incorporaron cirujanos en la atención al parto y da inicio la instrumentación con el fórceps (inventado por la familia Chamberlain), dando paso, de este modo, a la tecnificación de la asistencia en el nacimiento.¹⁰ A partir de aquí, se inicia un derrotero en el que la asistencia femenina al parto es desplazada gradualmente por cirujanos y médicos, pero mayormente en el ámbito domiciliario. La atención institucionalizada se da en los casos marginales de mujeres indigentes, privadas de la libertad o aquellas que quedaban embarazadas por fuera del matrimonio

⁹ Macías Intriago, Mariela *et al.*, “Importancia y beneficios del parto humanizado”, *Dom. Cien.* vol. 4, núm. 3, 2018, pp. 392-415.

¹⁰ Biurrun Garrido, Ainoa y Goberna Tricas, Josefina, “La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto”, *Revisión Bibliográfica, Matronas Prof.*, vol. 14, núm 2, 2013.

legítimo y eran recluidas para salvaguardar el honor de las familias o evitar el repudio social.¹¹

En cuanto al parto medicalizado, que es donde se da la intervención a través de tecnologías, medicamentos y procedimientos, empezó a darse en la Revolución Industrial, en el siglo XIX. Durante este período, se buscaba darle seguridad al parto. Sin embargo, parte de la bibliografía señala que se han ido incorporando procedimientos que ya se han convertido en un ritual del parto, configurándose muchas veces un hecho despersonalizado.¹²

A mitad del siglo XX, se institucionalizó el proceso de parto, pasando de los partos domiciliarios a la asistencia hospitalaria del evento obstétrico de manera generalizada. Al considerarse el parto un proceso hospitalario, se incluyeron ciertas prácticas rutinarias y protocolizadas como la episiotomía, el rasurado, los enemas, la estimulación del parto; sin estar avalado el uso rutinario de las mismas por la evidencia científica. Se incluyó el parto en el modelo sanitario de enfermedad.¹³ En este momento, el proceso de nacimiento abandonó el ámbito de la tradición humanista para incluirse en el ámbito de la medicina especializada, tratando a la gestante como una mujer enferma que requiere asistencia médica.¹⁴

1. El origen histórico del término “violencia obstétrica”

Ya en el siglo XX, en 1920, surgen voces en obstetricia para denunciar las salvajes prácticas a las que eran sometidas las parturientas. El obstetra inglés James Blundell acuña el término *obstetric violence* para referirse al tratamiento del cuerpo femenino y del feto en el vientre materno como objetos de la práctica

¹¹ Ruiz-Berdún, Dolores, “Análisis histórico de la violencia obstétrica”, en Goberna Tricas, Josefina y Boladeras, Margarita (coords.), *El concepto “violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento*, Tecnos, Madrid, 2018, p. 31.

¹² Alonso, Cristina y Gerard, Tania, “El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil”, Freyermuth, Graciela y Sesia, Paola (coords.), *La muerte materna, Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 2009.

¹³ Maroto Navarro, Gracia *et al.*, “El reto de la maternidad en España, dificultades sociales y sanitarias”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, 2004, pp. 13-23.

¹⁴ Biurrun Garrido, Ainoa y Goberna Tricas, Josefina, “La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto”, *Revisión bibliográfica, Matronas Prof.*, vol. 14, núm 2, 2013, pp. 62-66.

médica destinada a intentar, fundamentalmente, acelerar o corregir la fisiología del proceso. En un trabajo publicado en 1927, Blundell expresa: “una partería entrometida es mala, sostengo, por lo tanto, es mejor esperar y no, insensata e irrealistamente, desconfiar de la mejor de las parteras —la Naturaleza— madre de todos nosotros”.¹⁵

En la siguiente década, el obstetra inglés Grantly Dick-Read acuñó el concepto de *parto natural*, para referirse a una atención sin anestesia e intervenciones menores. Su primera obra, *Natural childbirth (Parto natural)*, del año 1933, recibió el escarnio de sus colegas. El punto central de su tesis radicaba en que la construcción social hacía que la mujer tuviese temor al parto: ello creaba un estado de tensión que, a su vez, incrementaba el dolor. Casi diez años después, en 1942, Dick Read publicó *Childbirth without fear (Introducción al parto sin dolor)*, que se convirtió en un *best seller* internacional. Esta obra está dedicada a un público lego y trabaja sobre las premisas de brindar confianza en el entorno para que la mujer atraviese el proceso de parto sin que este se convierta en una experiencia traumática.¹⁶

En la misma década, en la ex Unión Soviética, un grupo de médicos comenzó a aplicar a las mujeres en trabajo de parto las técnicas del fisiólogo Iván Pavlov, considerando que las mujeres estaban condicionadas por su cultura a tener dolor durante el parto y vivirlo como una experiencia traumática; por eso había que “limpiar la mente” con ese reacondicionamiento conocido después como psicoprofilaxis. Al inicio de los cuarenta, se describieron las bases fisiológicas de cómo el temor interfiere con el trabajo de parto, al aumentar el dolor y ansiedad. Con estos elementos de base, el médico francés Fernand Lamaze perfeccionó el método psicoprofiláctico, como una alternativa a la intervención médica durante el parto, considerando la respiración y las técnicas de la relajación para mejorar la oxigenación y disminuir el dolor.¹⁷

¹⁵ Blundell, James, “Theory and practise of midwifery, delivered at Guy’s Hospital, Lecture X, “Duties of the accoucheur”, *The Lancet*, Londres 1927-28, vol. I, p. 417.

¹⁶ Caton, Donald, “Who said childbirth is natural?: The Medical Mission of Grantly Dick Read”, *Anesthesiology*, vol. 84, núm. 4, 1996, pp. 955-964.

¹⁷ El “método de Lamaze” ganó renombre en los Estados Unidos después de que Marjorie Karmel escribiera sobre su experiencia en 1959 en su libro *Thank You, Dr. Lamaze*. En ese mismo año se creó la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia (ASPO) y en 1960, la Asociación Internacional de Educadoras para el Parto (ICEA).

2. El “parto humanizado”

Es a partir de 1970 que comienza a tomar impulso un movimiento que comprende no solamente el objetivo de disminución del dolor, sino la visión del nacimiento como un hito en la salud psicofísica y emocional de la díada madre-hijo. Esta visión se cristaliza, fundamentalmente, en los trabajos de dos médicos obstetras franceses: Frederick Leboyer y Michel Odent. Las investigaciones de ambos han sido ampliamente difundidas, tanto en la prensa médica como en el público general, y puede considerárselos los generadores o motivadores de lo que hoy denominamos *parto humanizado*.

En términos normativos, la respuesta al incremento de la medicalización y patologización del proceso de parto y el incremento sostenido de la instrumentalización del nacimiento, puede encontrarse en la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del año 1985: “el nacimiento no es una enfermedad”. Puede marcarse a esta declaración internacional como el instrumento que dio inicio al proceso de transformación del modelo de atención del parto, lo que actualmente se conoce como *parto humanizado*.¹⁸ Con las recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, se inicia un proceso de *normalización del parto*, se insta a los Estados a revisar la tecnología aplicada a los partos, y reconoce que cada mujer debe elegir el tipo de parto que desea, contribuyendo de este modo a devolver el protagonismo a la mujer. La implantación a nivel nacional e internacional de este nuevo modelo es un hecho y requiere cambios en la praxis profesional, como la creación de protocolos o guías de práctica clínica consensuadas que detallen una forma de actuación humanizada de asistencia al parto.¹⁹

No obstante, subsisten diferentes visiones de atención entre los profesionales sanitarios del área obstétrica y la práctica está sesgada de polémicas al encontrarnos, aún hoy en día, con defensores de la actuación tradicional basada en una atención medicalizada. Un ejemplo ilustrativo es el recurso a la intervención cesárea. La tasa de cesáreas es considerada un indicador de buena práctica clínica al relacionarse con el buen control del embarazo y con una correcta

¹⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento*, Lancet, 1985.

¹⁹ Biurrun Garrido, Ainoa y Goberna Tricas, Josefina, “La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto”, *Revisión bibliográfica, Matronas Prof.*, vol. 14, núm 2, 2013.; Martínez Galiano, Juan, “Implantación del nuevo modelo de atención al parto. Actitud de los profesionales”, *Rev. Enferm. Ref.*, vol. 3, núm. 5, 2011, pp. 65–71.

asistencia al parto.²⁰ En general, el porcentaje de cesáreas practicadas está más vinculado con el tipo de asistencia sanitaria que ofrece el profesional sanitario que a comorbilidades o complicaciones materno-fetales.

Al iniciar el recorrido en la premisa de que el parto es un momento transformador en la vida de una familia (sobre todo en el de la mujer y el niño que está por nacer), el parto respetado refiere a una modalidad de atención que contempla el respeto a los derechos de los padres y e hijos por nacer.²¹ Considera los valores de la mujer, sus creencias y sentimientos, respetando su dignidad y autonomía durante el proceso de dar a luz. Esto conlleva implícito que el nacimiento debe ser una experiencia segura y positiva para toda la familia. El parto debe ser tratado como un proceso natural, con la madre en el centro de la toma de decisiones y sólo se debe intervenir cuando el equipo de salud así lo disponga por situaciones que así lo requieran.²²

Además del respeto de la gestante y el recién nacido, en tanto personas y pacientes, una atención *humanizada* del proceso se refiere a la adopción de medidas y procedimientos que son beneficiosos para un desarrollo que evite prácticas intervencionistas innecesarias. La innecesaridad radica en que se trata de acciones, no benefician a la mujer ni al recién nacido, y que con frecuencia acarrear mayores riesgos para ambos.

Existe consenso en considerar que el nacimiento humanizado debe de incluir los siguientes elementos:

- Los protagonistas son madre, padre y su hija/o.
- Interferir únicamente en situaciones de riesgo.
- Derecho de la mujer y su pareja a la educación para el embarazo y parto.
- Reconocer y respetar las necesidades individuales.
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.

²⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre tasas de cesárea*, 2015. Véase también: Hernández Martínez, Antonio *et al.*, “Diferencias en el número de cesáreas en los partos que comienzan espontáneamente y en los inducidos”, *Rev. Esp. Salud Pública*, 2014, vol. 88, pp. 383-393.

²¹ El término *humanización del parto* se contempla por primera vez en Ceará (Ministerio de Salud de Brasil, 2000), recogido en el Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento.

²² Organización Mundial de la Salud (OMS), *Hablemos de parto humanizado y la “hora sagrada”*, 2018; OMS, *Organización Mundial de la Salud (OMS), Cuidados en el parto normal: Una guía práctica*, 1996.

- Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.
- Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto.
- Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
- Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto.
- Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o.²³

3. La atención del parto y la salud materno fetal

El *parto humanizado*, como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno infantil, se basa en tres ideas fundamentales: i) el parto y nacimiento son procesos fisiológicos que, por naturaleza, la mujer tiene su cuerpo preparado y capacitado, por lo tanto, la mujer debe ser la protagonista; ii) las herramientas médicas de atención al embarazo y parto son necesarias para salvaguardar la vida, y se debe utilizar sólo en caso de emergencia, y iii) capacitación y conciencia que deben tener las mujeres para ser madres, ya que la experiencia del parto debe ser satisfactoria. La idea de “humanización en el parto” se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, sus parejas y, en general, de sus familias.

En los albores de la Conferencia de Fortaleza de 1985, la investigadora del CONICET, doctora Graciela Irma Climent, al referirse a la tecnología apropiada para el parto, explicaba que

[se] parte de la hipótesis de que, para lograr satisfacer las necesidades de salud de la población, es preciso, entre otras cosas, que los servicios de salud utilicen tecnologías apropiadas. El problema que surge es el de definir lo que se considera “adecuado” y quiénes lo definen [...] Pueden detectarse dos tipos de necesidades con relación a la salud: 1) resolver una contingencia o problema de salud —curarse, prevenir, controlar la salud, recibir información y orientación y 2) recibir una atención humanizada

²³ Almaguer González, José *et al.*, “Nacimiento humanizado: aportes a la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio”, *Género y Salud en Cifras*, vol. 10, núm. 2/3, 2012, p. 44. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimiento-humanizado.pdf>

—propia del ser humano, no animal o cosa— y una atención personalizada —propia de cada individuo— implica comprender que la salud y la enfermedad se dan en un hombre que pertenece a determinada cultura e integrado a distintos grupos y medio. Sólo cuando la población logre satisfacer estas dos necesidades podrá decirse que sus necesidades con relación a la salud están cubiertas o satisfechas.²⁴

La tecnología apropiada en la atención del embarazo y parto se basa en la síntesis entre el respeto a la naturaleza y la aplicación de los conocimientos científicos. Permite el control del proceso, sin interferir en su fisiología ni en las relaciones del grupo familiar. Implica también un parto *humanizado* y *personalizado*, es decir adecuado a las características del ser humano —no cosa, no animal— y a la individualidad propia de cada persona.²⁵ La atención sanitaria contemporánea se ha desarrollado bajo un modelo tecnocrático y protocolizado con base, muchas veces, en el riesgo, el costo y el temor a la judicialización.

IV. Marco normativo internacional en materia de violencia obstétrica

Al tratarse de un aspecto eminente, pero no únicamente vinculado con la pertenencia al género femenino y la violencia que sobre el cuerpo de la mujer se ejerce debido a sus capacidades biológicas propias de su sexo, es de referencia primera e ineludible la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), así como su Protocolo Facultativo.²⁶ El artículo 12 de este instrumento obliga a “eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica [...]” y que “[...] los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto”.

Ello no es más que la aplicación en el campo de la salud, particularmente la salud reproductiva y ginecoobstétrica, de los principios de igualdad y trato digno de la mujer. En las propias palabras del preámbulo de la CEDAW, es que “[...] el papel de la mujer en la procreación no debe ser causa de discriminación”.

²⁴ Climent, Graciela, “Tecnología apropiada en obstetricia: definición y evaluación desde las perspectivas de la población y del personal de salud”, *Rev. Saúde Públ.*, vol. 21, 1987, pp. 413-426.

²⁵ *Idem.*

²⁶ Aprobado por la Ley 26.171.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer emitió la Recomendación General número 24 de CEDAW, que especifica y provee lineamientos en materia de salud en general y salud reproductiva; en particular, propios de la mujer.²⁷ La Recomendación mencionada se estructura en torno a los dos incisos que integran el artículo 12 de la CEDAW. Es especialmente importante que ubique en el plano de la responsabilidad al Estado la implementación de programas activos de prevención y erradicación de los obstáculos, al pleno goce de los derechos por parte de la mujer. Pero también abarca la necesidad de llevar a cabo evaluaciones, recopilación de datos, estadísticas de manera tal que exista un conocimiento adecuado de la realidad.²⁸

Entre otros puntos especialmente relevantes para la erradicación de la violencia obstétrica, figura la obligación del Estado de establecer los “procedimientos justos y seguros para atender las denuncias e imponer las sanciones correspondientes a los profesionales de la salud culpables de haber cometido abusos sexuales contra las pacientes”.²⁹

Ya adentrándose en los procesos de embarazo y nacimiento, el documento realiza la importancia del consentimiento informado de la mujer. En el contexto del instrumento internacional que se analiza, esto significa que el derecho a emitir un consentimiento informado y tomar una decisión que alcanza a todo paciente capaz y en uso de sus facultades, no se excluye en el caso de una mujer por estar atravesando una gestación o encontrarse en situación de parto o cesárea. De manera conjunta, pesa sobre los Estados la obligación de indicar en qué medida prestan los servicios gratuitos necesarios para garantizar que los embarazos, los partos y los puerperios tengan lugar en condiciones de seguridad.

Adicionalmente, y en forma de refuerzo, puede citarse la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), que establece las obligaciones del Estado respecto de la erradicación de la violencia de género. Es el único tratado multilateral de derechos humanos que trata solamente sobre la violencia de género.³⁰

²⁷ El texto de la Recomendación General 24 puede consultarse en: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), *Observaciones generales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*: https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CEDAW/00_4_obs_grales_CEDAW.html#GEN24.

²⁸ *Idem*.

²⁹ *Idem*.

³⁰ Véase el trabajo de Gorkiewicz Moroni, Erica, *La violencia de género en los pactos internacio-*

Ésta es la norma madre de las diferentes leyes latinoamericanas que abordan la violencia de género enfocada en la mujer. Define la violencia contra la mujer incluyendo la violencia física, sexual y psicológica, y aclara que las acciones y conductas pueden provenir de agentes públicos o privados y darse en ámbitos educativos, de salud y cualquier otro.

De lo anterior se desprende que un trato que implique deshumanización, condiciones degradantes y afecte la integridad física, sexual y psicológica de la mujer, constituye una forma de violencia de género. No es una excepción la atención médica que represente un trato indigno y deje secuelas psicológicas más —allá de las físicas— o afecte la sexualidad en un sentido integral; implica una transgresión a la protección convencional. El Estado será responsable si la misma es perpetrada por sus agentes —supóngase que se realiza en el contexto de una institución de salud pública— o tolerada por el Estado —bien podría aplicarse a los casos que suceden en el ámbito privado de manera sistemática y sin que las autoridades arbitren medidas para prevenir, reducir o castigar—.

Otros instrumentos de Naciones Unidas, también receptados en Argentina con jerarquía constitucional, garantizan en el derecho a gozar de salud y de condiciones que permitan lograr una buena salud: la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Todos ellos precisan una remisión a la noción de *salud* tal como es planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “[l]a salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.³¹

Sin olvidar que, en el contexto de atención a la gestación y parto, junto con la mujer, es protagonista indiscutido el hijo o hija por nacer o recién nacido, es de aplicación la Convención de los Derechos del Niño del año 1989. El niño o niña posee derechos, y uno de ellos es el respeto a su salud —concepto que se identifica con la ya mentada definición de la OMS con las particularidades que hacen al neonato—, a su dignidad en tanto ser humano y a su vida familiar de

nales, su recepción legislativa a nivel nacional y su impacto en los Estados provinciales del NOA. Cita online: AR/DOC/2855/2011.

³¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Official Records of the World Health Organization*, núm. 2, 100.

la forma en que pueda gozar de ella. En concreto, los artículos 3o.; 5o.; 9o., inciso 1, y el artículo 24.

El neonato es sujeto de derechos, en tanto persona bajo el ordenamiento jurídico, pero también es titular de ciertos derechos debido a su situación vital. Por otra parte, el niño nacido prematuro goza de ciertos derechos, especialmente considerados por su estado de salud. Así, en el año 2013 UNICEF enumeró el Decálogo de derechos del prematuro.³²

Durante el proceso de nacimiento, el interés superior del niño y el respeto por la dignidad de la mujer deben primar, al establecer las condiciones de trato y prestación médica. Se trata de un delicado equilibrio que puede justificar la toma de medidas de urgencia, pero que también puede generar consecuencias jurídicas, cuando el accionar de los agentes de salud prioriza otros intereses, en desmedro de la atención integral de la salud de ambos actores. En este contexto, también es responsabilidad de los actores del sistema de salud el respeto y adecuación a las pautas sociales y culturales de la familia: desde el nivel de alfabetización hasta las identidades étnicas que puedan estar involucradas.

Otros instrumentos internacional que refieren al derecho a la salud, y en particular la reproductiva de la mujer, son la Constitución de la OMS, la Plataforma de Acción de Beijing, el Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; Conferencia sobre el Uso de las Tecnologías Apropriadas para la Atención al Parto, celebrada por la OMS en Fortaleza en 1985; el *Informe sobre cuidados en el parto normal: una guía práctica*, presentado por el Grupo Técnico de Trabajo de la OMS de Ginebra en 1996, y el Taller de Cuidados Perinatales, celebrado en Venecia en 1998.

1. Observatorios, comités y grupos de acción

Además de las disposiciones contenidas en instrumentos internacionales, tanto de manera expresa como implícita, cabe destacar que existen en el plano internacional —global como regional— observatorios, comités y grupos de acción cuyo campo de trabajo es el de la violencia contra la mujer. Dado que existe

³² UNICEF, *Sitio oficial de UNICEF*. <https://www.unicef.org>

consenso en que la violencia obstétrica, estudiada como fenómeno social o como categoría jurídica, es uno de los tipos de violencia de género, la acción de estas entidades también se refiere a ella. En algunos casos se ha dado la mención expresa de la categoría y en otros las declaraciones o líneas de acción hacen alusión tangencial.

A. Naciones Unidas y UNFPA

A nivel de la Organización de Naciones Unidas, pueden citarse declaraciones, informes y evaluaciones de comités especializados que hacen referencia a la temática. Por otra parte, la “Agenda para el Desarrollo Sostenible” de la Asamblea General de Naciones Unidas, publicada el 21 de octubre de 2015, incluye dentro de su punto 20 la búsqueda de la igualdad real entre los géneros y el empoderamiento femenino.³³ También, el “Programa de Seguimiento y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible-Agenda 2030”,³⁴ en su Objetivo 5, impulsa al Estado Nacional a llevar a cabo políticas en materia de parto respetado y violencia obstétrica.³⁵

El trabajo de este organismo también pone de resalto la importancia de la atención obstétrica por parte de parteras o licenciadas en obstetricia. La adecuada formación en partería permitiría que estos profesionales brindasen el 87% de los servicios básicos y esenciales relacionados con salud sexual, reproductiva y cuidados durante el embarazo y parto de bajo riesgo, manteniendo niveles óptimos de reducción de morbilidad materno infantil.³⁶ El Fondo de Na-

³³ Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

³⁴ Creado el 30 de diciembre de 2015. Naciones Unidas, *Sitio oficial de las Naciones Unidas*. <https://www.un.org>

³⁵ Naciones Unidas, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.96.IV.13), cap. I, resolución 1, anexo II.

³⁶ A su vez, los servicios de salud en países donde el acompañamiento y asistencia profesional del embarazo y parto son primaria y mayormente brindados por profesionales licenciados en obstetricia, demuestran índices significativamente menores en intervenciones en el parto y necesidad de recurrir a la corrección del proceso mediante intervenciones quirúrgicas o uso de fórceps, ventosas, etc. Al respecto, véase: OMS/WHO, *WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*, 2018; Zhihua, Wang; Wenchao, Sun y Hong, Zhou, “Midwife-led care model for reducing caesarean rate: A novel concept for worldwide

ciones Unidas para la Población reporta que, una de cada cuatro mujeres, sufre malos tratos durante el embarazo.

El Comentario General 14, del año 2000, del Consejo Económico y Social de la ONU, llamó a los Estados a adoptar la perspectiva de género como elemento necesario para alcanzar el mejor estándar posible de salud.³⁷ El Comité recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre.

Como principal organismo de las Naciones Unidas en el ámbito de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) respondió a los temores de las mujeres en relación con la atención del parto, publicando una declaración en 2015 (Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud) en la que condenaba, rotundamente, el maltrato físico, la humillación y la agresión verbal, los procedimientos médicos coercitivos o no consentidos (incluida la esterilización), la falta de confidencialidad, el hecho de no obtener el consentimiento plenamente informado, la negativa a suministrar medicación contra el dolor, las graves violaciones de la intimidad, la denegación de admisión a los centros de salud, el abandono de las mujeres durante el parto, que puede llevarles a sufrir complicaciones evitables y que puede amenazar su vida y la detención de las mujeres y sus hijos recién nacidos en los centros, tras el parto, debido a su incapacidad para hacer frente al pago.³⁸ En su declaración, la OMS también reconoció que ese maltrato no sólo viola el derecho de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también puede poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física y a no ser objeto de discriminación.

birth units where standard obstetric care still dominates”, *Journal of Medical Hypotheses and Ideas*, vol. 6, núm. 1, enero de 2012, pp. 28-31; Cox, Kim y King, Tekoa, “Preventing Primary Cesarean Births: Midwifery Care”, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 58, núm. 2, junio de 2015, pp. 282-292; Kingdon, Carol; Downe, Soo y Betran, Ana, “Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section targeted at organisations, facilities and systems: Systematic review of qualitative studies”, *PLoS one*, vol. 13, núm. 9, 2018.

³⁷ ACNUR, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR Observación General 14. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

³⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud*, WHO/RHR/14.23, 2015.

B. Informe especial de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre violencia obstétrica

En julio de 2019, la Relatora Especial de Naciones Unidas presentó su informe especial “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”, de conformidad con la Resolución 71/170 de la Asamblea de Naciones Unidas.³⁹ Tuvo por finalidad exponer las principales afrentas al respeto por la dignidad y derechos humanos de la gestante y parturienta, así como indagar en las causas profundas de la sistematicidad y extensión —geográfica y social— de tan deplorable fenómeno. Conforme el mismo texto del documento

En los últimos años, el maltrato y la violencia contra la mujer experimentados durante la atención del parto en los centros de salud y en otros servicios de salud reproductiva han generado gran interés a nivel mundial debido, entre otras cosas, a los numerosos testimonios publicados por mujeres y organizaciones de mujeres en los medios sociales; se ha demostrado que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático.

Con respecto a la terminología, la Relatora Especial utiliza el término *violencia obstétrica* para referirse a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud. También utiliza el término “violencia contra la mujer durante la atención del parto”. El informe también aborda la cuestión del consentimiento informado como derecho humano y como salvaguardia contra ese tipo de violencia.

El relevamiento también da cuenta del fenómeno de las cesáreas crecientes, con particular incremento en la región de América Latina, donde esta cirugía se está eligiendo como sustituto cada vez mayor al parto vaginal. También hay pruebas que sugieren que las mujeres se convierten en víctimas de sistemas de salud deficientes donde los servicios se planifican y gestionan centrándose en la eficacia en función de los costos y el tiempo. Además, las cesáreas pueden

³⁹ Naciones Unidas, Asamblea General, *Intensificación de los esfuerzos para prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas: la violencia doméstica*, Resolución 71/170, aprobada el 19 de diciembre de 2016, sobre la base del informe de la Tercera Comisión (A/71/477). <https://undocs.org/sp/A/RES/71/170>

programarse y pueden realizarse en días laborables seleccionados, frente a los fines de semana, y los médicos suelen cobrar honorarios más altos de las compañías de seguros privadas por esta práctica.⁴⁰ Cuando se practica sin el consentimiento de la mujer, una cesárea puede constituir violencia por razón de género contra la mujer, e incluso tortura. El grupo de trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica ha señalado específicamente el uso excesivo de la práctica de la cesárea en muchos países como prueba de una medicalización excesiva durante el parto y considera que “las mujeres no tienen la posibilidad de elegir libremente entre distintas formas de dar a luz”, especialmente si la primera opción es una cesárea.⁴¹

Otro problema es el uso excesivo o rutinario de la episiotomía (corte profundo en el perineo), realizado sin el consentimiento de la parturienta, que resulta contrario a las recomendaciones de la OMS.⁴² La práctica de la episiotomía oscila entre el 30% de las mujeres que dan a luz de forma vaginal en México, el 50% en Italia⁴³ y hasta el 89% en España.⁴⁴ La episiotomía y la sutura posterior al parto, cuando se practican sin consentimiento informado y sin anestesia, pueden tener repercusiones importantes en la vida sexual y reproductiva y en la salud mental de una mujer, y las cicatrices resultantes de esta práctica acompañan a la mujer durante el resto de su vida. Cuando esta práctica no está justificada por la necesidad médica, debe considerarse que constituye una violación de los derechos de la mujer, un trato degradante, y una forma de violencia de género contra la mujer.

⁴⁰ UNFPA, *Comunicación del UNFPA a la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*. <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>

⁴¹ Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, *Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica*, A/HRC/32/44, 2016, párr. 74.

⁴² WHO, Reproductive Health Library, *WHO recommendation on episiotomy policy*, 2018. <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-episiotomy-policy-0>.

⁴³ Italian Observatory for Domestic Violence, *Comunicación del Italian Observatory for Domestic Violence a la Relatora Especial*. <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>

⁴⁴ Wagner, Marsden, “El nacimiento en el nuevo milenio”, ponencia presentada en el *I Congreso Internacional de Parto en Casa*, Jerez de la Frontera, Cádiz, 2000. <https://www.elparto-es-nuestro.es>

También se señala que el uso excesivo de la oxitocina sintética como agente utilizado para inducir las contracciones y el alumbramiento también presenta un daño para su salud. Aplicada de forma indebida, la oxitocina puede causar mortinatalidad y ruptura uterina, y puede ocasionar grandes dolores a la madre si no se suministra medicación para el alivio del dolor.⁴⁵ La práctica de la presión manual del fondo uterino durante la segunda fase del alumbramiento, también conocida como “maniobra Kristeller”, no es recomendada por la OMS,⁴⁶ aunque sigue siendo una práctica generalizada.⁴⁷

También cobra especial relevancia el consentimiento informado en el contexto de la atención al embarazo y parto. El consentimiento informado para el tratamiento médico, relacionado con los servicios de salud reproductiva y el parto, es un derecho humano fundamental.⁴⁸ El consentimiento informado es un proceso de comunicación e interacción continua entre el paciente y el personal sanitario, y una firma por sí sola no es una indicación de consentimiento informado.⁴⁹ El personal sanitario debe adoptar una actitud proactiva a la hora de facilitar la información.

Por último, y sin descartar su importancia, el informe señala la asimetría entre médico y paciente, particularmente en el contexto vulnerable del embarazo y nacimiento, como una de las causas profundas de existencia de la violencia obstétrica. La figura del profesional tiene el poder del conocimiento médico acreditado y el privilegio social de la competencia médica reconocida, mientras que las mujeres dependen básicamente de la información y la atención del centro de salud. La percepción social hace que, inclusive en el caso de mujeres universitarias y formadas, todo aquello que sostenga el profesional —inclusive cuando

⁴⁵ Hidalgo-Lopezosa Pedro *et al.*, “Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes”, *National Library of Medicine*, vol. 24, núm. e2744, 2016. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0765.2744>

⁴⁶ WHO Reproductive Health Library, *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>.

⁴⁷ *Konovalova c. Rusia*, núm. 37873/04, Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2014.

⁴⁸ International Federation of Gynecology and Obstetrics, *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (Directrices sobre el consentimiento informado), Londres, 2012.

⁴⁹ Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Views on communication 4/2004: Ms. A.S. c. Hungría (CEDAW/C/36/D/4/2004); véase también International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (Directrices sobre el consentimiento informado), Londres, FIGO, 2012.

no posee evidencia científica que lo sostenga— sea tenido como válido. Aunque los profesionales sanitarios no necesariamente tienen intención de tratar mal a sus pacientes, la autoridad del servicio médico puede fomentar por ese motivo una cultura de impunidad, cuando las violaciones de los derechos humanos no sólo no se remedian, sino que pasan inadvertidas. Este desequilibrio de poder se hace especialmente evidente en los casos en que los profesionales sanitarios abusan de la doctrina de la necesidad médica para justificar el maltrato y los malos tratos durante la atención del parto, momento en que la mujer y su entorno son especialmente vulnerables.

C. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

El Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación de la CEDAW. El Comité de CEDAW está compuesto por 23 expertas en materia de derechos de la mujer procedentes del mundo entero. Los países que se han adherido al tratado tienen la obligación de presentar al Comité informes periódicos relativos a la aplicación de los derechos amparados por la Convención. En sus reuniones, el Comité examina los informes y formula a cada Estado parte sus preocupaciones y recomendaciones en forma de observaciones finales.⁵⁰

También en el contexto de este Comité, se exhortó a diferentes gobiernos, como Croacia y Reino Unido, a llevar a cabo investigaciones sobre la atención médica a las embarazadas y parturientas y acciones destinadas a erradicar ciertas prácticas lesivas de los derechos humanos. Entre estas se pueden mencionar: atar a las mujeres durante el parto; la obligación de llevar a término embarazos inviábiles o fruto de violación, y la negación de atención obstétrica a las mujeres reclusas.⁵¹

⁵⁰ Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. el Brasil*, comunicación núm. 4/2004, CEDAW/C/49/D/17/2008, párr. 7.6. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), *Recomendación General núm. 24 sobre la mujer y la salud (artículo 12)*, 1999. párr. 31 e).

⁵¹ Véase <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24198&LangID=E>. La anterior Relatora Especial, en su informe de 2013, expresó preocupación por la práctica de atar a las embarazadas durante el parto, A/68/340, párr. 57. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Investigación sobre el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte en virtud del artículo 8o. del Protocolo Facultati-

2. La región iberoamericana

En la región iberoamericana, la Organización de Estados Americanos (OEA) cuenta con la Comisión Interamericana de Mujeres⁵² que, desde el año 1928, es el primer foro intergubernamental cuya misión es trabajar hacia el reconocimiento de los derechos de la mujer. En este espacio cobra radical importancia la Convención de Belém do Pará, que cuenta con Mecanismos de Seguimiento (MESECVI) que impulsan la evaluación y seguimiento periódico de los derechos consagrados en ella. Por último, cabe destacar que, en esta región, la Corte Interamericana de Derechos Humanos se ha pronunciado en diferentes precedentes acerca de los derechos de la mujer en el contexto de embarazo, nacimiento, posparto y, también, interrupción voluntaria o fisiológica del embarazo. Es también en este espacio geopolítico que se han redactado las dos primeras leyes que dan un marco a la violencia obstétrica: Argentina y Venezuela.

V. Derecho local en materia de violencia obstétrica

1. Argentina: primera aproximación al marco normativo aplicable

En Argentina, la Constitución nacional hace referencias precisas a la protección de la situación vital del proceso de gestación y parto. Así el artículo 75, inciso 23, señala a la mujer como colectivo merecedor de especial tutela constitucional y, en la situación de embarazo, parto y lactancia, como una categoría vulnerable que debe ser protegida por la acción integral del Estado.

A manera de refuerzo, se pueden citar los tratados internacionales en materia de derechos humanos con jerarquía constitucional, enumerados en el inciso 22 del artículo 75 de la carta magna nacional y los derechos implícitos que menciona el artículo 33. Estos en todo aquello que hace alusión a la igualdad real de personas, sin distinción —entre otros— por razón de sexo, condición social o

vo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer: Informe del Comité, CEDAW/C/OP8/GBR/1, párr. 83 a). Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, L.C. c. el Perú, Comunicación núm. 22/2009, CEDAW/C/50/D/22/2009. 69 K.L. c. el Perú, Comunicación núm. 1153/2003, CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005.

⁵² OAS: Inter-American Commission of Women. <http://www.oas.org/en/cim/>

elecciones de vida; la protección integral de la familia y la prevención de todo trato cruel, inhumano o degradante.

En relación con la situación de la mujer mientras cursa un embarazo, parto y posparto se aplica en todo el campo médico sanitario la Ley de Derechos del Paciente, o Ley No. 26.529. Esta norma plasma, formalizando, los principios bioéticos que asisten a toda persona en la materia que concierne a su tratamiento médico, también en el campo preventivo y de preservación de la salud. Entre sus principios rectores encontramos el de autonomía del paciente, del cual, las denominadas “directivas anticipadas”, son una clara aplicación (artículo 60).

Llevado al campo específico de la gineco obstetricia y la atención perinatal, la Ley de Parto Respetado, o Ley No. 25.929, constituye la norma guía. Aunque algunos pueden considerar su contenido como programático, sirve para plasmar determinados consensos en materia del respeto de la díada madre e hijo (inclusive la tríada cuando se considera a la pareja de la gestante) en el proceso de nacimiento.⁵³

Con posterioridad se dictó en Argentina la Ley de Protección Integral de las Mujeres contra Actos de Violencia, o Ley No. 26.485. Esta norma contempla distintos tipos de violencia de las que pueden ser víctimas las mujeres. Una de ellas es la violencia contra la libertad reproductiva, que vulnera el derecho a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, y su marco regulatorio es la Ley No. 25.673, que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. La violación del derecho que tiene la mujer a un parto digno constituye violencia obstétrica que es una de las formas de violencia prevista en la Ley No. 26.485.⁵⁴

Por otra parte, en el campo del derecho privado, el Código Civil y Comercial de la Nación provee amplio margen para trabajar el tema, tanto desde la óptica de la persona y su dignidad, como desde el ángulo de los derechos personalísimo. Así, serán de cita ineludible el artículo 51 (Inviolabilidad de la persona humana) y el artículo 52 (afectaciones a la dignidad). También los artículos 55; 56; 59 y 60 en cuanto al campo de la autonomía de la voluntad, el consentimiento informado y disposición sobre el propio cuerpo. También en el campo

⁵³ Sobre esta cuestión véase el trabajo de Perceval, M. C., “Ley 25.929: Derechos durante el proceso de nacimiento”, ADLA2004-E, 6584.

⁵⁴ Casas, Laura, “Impacto de las leyes dictadas en la última década en la Argentina respecto a la salud sexual y la salud reproductiva”, DJ16/09/2015, 12 (cita online: AR/DOC/1614/2015).

del derecho de familia, la responsabilidad parental en la tutela del hijo por nacer o recién nacido. Y, sin lugar a duda, el régimen general de la responsabilidad por daños, en particular lo que hace a la afectación de los derechos personalísimos y las dimensiones morales y psicológicas del ser humano.

2. Venezuela

Argentina no es el único país que ha abordado legislativamente este fenómeno. En Latinoamérica, Venezuela definió como un tipo de violencia de género en el artículo 15, numeral 13, de la Ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.⁵⁵ Venezuela fue la primera nación en conferirle la categoría de tipo penal a esta forma de violencia de género y sirvió como modelo para otros países de la región.⁵⁶ Esta norma fue promulgada el 19 de marzo de 2007 y posee rango de ley orgánica, que, conforme el ordenamiento jurídico venezolano, la convierte en norma de estricto cumplimiento desde su publicación sin posibilidad de esgrimir su desconocimiento.⁵⁷

En su “Exposición de motivos”, la ley indica que la violencia de género hunde sus raíces en características sociales patriarcales y de subordinación de la mujer. Entre los derechos protegidos en el marco de la violencia obstétrica, cabe destacar el derecho a la protección de la dignidad e integridad física, psicológica y sexual, tanto en el ámbito público como en el privado, con énfasis en las mujeres particularmente vulnerables a la violencia basada en el género. Enumera específicamente a la violencia obstétrica dentro de lo que debe reconocerse como violencia de género. Esta es definida, conforme el artículo 11 de la ley venezolana, como

[...] 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

⁵⁵ Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. <http://www.fiscalia.gov.ve/leyes/10-LEYDERECHOMUJER.pdf>.

⁵⁶ Acerca de la notable paradoja que se da en la región latinoamericana entre el ensalzamiento tradicional del rol materno y el maltrato a la parturienta, véase la columna “Latin America Claims to Love Its Mothers. Why Does It Abuse Them? How the region became home to an epidemic of obstetric violence”, de la periodista Vanessa Barbara publicada el 11 de marzo de 2019 en *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2019/03/11/opinion/latin-america-obstetric-violence.html>.

⁵⁷ Código Civil de Venezuela, *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, Caracas, lunes 26 de julio de 1982.

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.

La definición citada nos habla de una transferencia no voluntaria de las decisiones sobre el propio cuerpo, que es efectuada por el personal de salud. Esta transferencia involuntaria —o no deseada— se caracteriza por la deshumanización, la patologización y el cercenamiento de la autonomía en el campo médico (la ausencia de un consentimiento libre e informado). La doctrina ha señalado que, en relación con esta definición, redactada en términos confusos, se habla del personal de salud lo cual incluye al personal auxiliar, de enfermería, estudiantes de medicina, residentes en formación, personal médico de diversas especialidades y no exclusivamente al obstetra.⁵⁸

En una mejor técnica legislativa, el artículo 51 enumera una serie de actos que constituyen violencia obstétrica. Así, se entiende que constituyen actos de violencia obstétrica:

- 1) No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- 2) Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas.
- 3) Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada.
- 4) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- 5) Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

La realización de cualquiera de tales conductas conllevará la imposición de una multa al responsable, por vía administrativa, y la remisión de las actuaciones con la sentencia final al colegio profesional que corresponda a los fines de

⁵⁸ Pérez D'Gregorio, Rogelio, “Cuatro años después de la promulgación de la Ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, *Rev Obstet Ginecol Venez*, vol. 71, núm. 2, 2011, pp. 73-76.

que se acumulen, eventualmente, con las sanciones disciplinarias que el caso amerite.

3. México

En México se han llevado adelante iniciativas destinadas a dar un marco legal a la violencia obstétrica. La Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas en México (2014), la define la *violencia obstétrica* como aquella violencia ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. No obstante, el carácter federal de dicho país, pueden relevarse algunas normas nacionales y locales que ayudan a brindar una respuesta legislativa al problema. En el plano nacional, se puede invocar la Ley General de Salud, de 1984; la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, de 2006, así como la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, de 2007.⁵⁹ Respecto a la *violencia obstétrica*, es importante señalar que, si bien la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia no incluye en sus definiciones este término, las leyes locales de Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz, sí la han contemplado.

Se debe considerar que, la Norma Oficial Mexicana 007, de atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, aprobada y publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, busca disminuir los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las mujeres y de sus hijos; asimismo busca tener presente que la violencia obstétrica es considerada en la modalidad de violencia institucional, que, de acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

⁵⁹ En el nivel estatal, el estado de Oaxaca contempla la igualdad de la mujer en su Constitución política de 1922; en la Ley Estatal de Salud de 1994; la Ley de Igualdad entre Mujeres y Hombres para el Estado de Oaxaca, de 2009; la Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia de Género, también del 2009, y la Ley para Atender, Prevenir y Eliminar la Discriminación en el Estado de Oaxaca, de 2013.

Diferentes estados mexicanos han elaborado definiciones específicas de la violencia obstétrica en leyes locales de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, que conviven con la ley general del mismo nombre. En casi todos los casos, se trata de leyes referidas a la protección de la mujer como grupo particularmente vulnerable en los distintos estadios de su vida. Así, se establece en los estados de Veracruz,⁶⁰ Chihuahua,⁶¹ Durango,⁶² Colima,⁶³ Ciudad de México, Hidalgo,⁶⁴ Tamaulipas,⁶⁵ San Luis Potosí,⁶⁶ Chiapas⁶⁷ y Quintana Roo.⁶⁸

VI. Conclusiones

El concepto de violencia obstétrica se integra con elementos de las ciencias sociales, el derecho y la medicina. Implica un rango de acciones, de diversa índole

⁶⁰ En su artículo 7o. indica que la violencia obstétrica “[...] trae consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitirla atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétrica, obligar a la mujer a parir en posición supina, y con las piernas levantadas, existiendo los medios para realizar el parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”.

⁶¹ Sel artículo 5o. define a la violencia obstétrica como “[...] todo acto u omisión intencional que por parte del personal de salud que, en el ejercicio de su profesión u oficio, dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la negligencia en su atención médica y alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración u practicar el parto por vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural”.

⁶² Idéntico a Chihuahua.

⁶³ El artículo 30 *bis* indica que, como consecuencia, la violencia obstétrica debe significar “[...] la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, un daño físico o psicológico, o la muerte de la madre o del producto”.

⁶⁴ Idéntico a Chihuahua.

⁶⁵ *Idem*.

⁶⁶ *Idem*.

⁶⁷ Indica como violencia obstétrica a “[...] omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina, y con las piernas levantadas, existiendo los medios para realizar el parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre”.

⁶⁸ Idéntico a Chiapas.

y magnitud, que constituyen afrentas a los derechos de autonomía, libertad corporal, trato digno y reproductivos, eminentemente de la mujeres y personas gestantes. En ocasiones, también implican la vulneración de derechos del neonato.

Atravesar un proceso de gestación y parto no debe ser, para la mujer, causa de recibir un trato que, en otras esferas del actuar médico y con pacientes masculinos, sería inaceptable. En otras palabras, en razón de que se transita un embarazo, una pérdida gestacional, un parto vaginal o una cesárea, no existe justificación legalmente aceptable para que al paciente se le nieguen derechos tales como información completa, veraz y adaptada a su capacidad de comprensión; autonomía para decidir aceptar tratamientos invasivos o intervenciones quirúrgicas sobre su cuerpo; o “simplemente” ser forzado a soportar insultos, malos tratos, adjetivos descalificativos o manifestaciones de humor que puede no compartir.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que el embarazo y parto caen, indubitablemente, dentro del campo de protección de los derechos reproductivos.⁶⁹ En la base del respeto y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos resalta la autonomía sobre el propio cuerpo y la información necesaria para controlar y disponer de las funciones sexuales y reproductivas, con el objetivo de alcanzar el mayor nivel posible de salud y goce en ambos. Todo individuo posee derecho a realizar sus elecciones en materia sexual y reproductiva de manera informada y libre: el parto y el embarazo no son la excepción. No obstante, también ha señalado que, a nivel mundial, hay una falta de consenso sobre el modo de definir y medir la violencia contra la mujer durante la atención del parto en los centros de salud.

Las modalidades de atención violenta de la gestación y parto fueron identificadas en los movimientos pioneros de obstetricia a mediados del siglo XX y, durante la última parte del siglo pasado, dieron lugar a una profunda reflexión en torno a la tecnología, la prevención de la morbilidad materno-infantil y el respeto de la paciente gestante y parturienta.

Distintos relevamientos en el orden internacional dan cuenta de que, el fenómeno de la violencia en torno al embarazo y nacimiento, no son eventos aisla-

⁶⁹ <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>. Como antecedentes, se utiliza la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, de 1993; la Conferencia Internacional de 1994 sobre la Población y el Desarrollo, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en 1995.

dos, sino que poseen una fuerte incidencia social. En la región de Latinoamérica esa incidencia es marcada. Como contracara, son tres jurisdicciones latinoamericanas —Venezuela, Argentina y México— las que han brindado las primeras herramientas normativas positivas, a nivel constitucional y legal, para un encuadre legal del fenómeno, buscando su prevención, mitigación y reparación.

VII. Bibliografía

- ACNUR, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Almaguer González, José *et al.*, “Nacimiento humanizado: aportes a la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio”, *Género y Salud en Cifras*, vol. 10, núm. 2/3, 2012, 44. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
- Alonso, Cristina y Gerard, Tania, “El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno – infantil”, en Freyermuth, Graciela y Sesia, Paola (coords.), *La muerte materna, Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 2009.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), *Orientaciones sobre Protección Internacional: Persecución por motivos de género en el contexto del Artículo 1A (2) de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y/o su Protocolo de 1967*, Ginebra, ACNUR, 2002. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>.
- Barbara, Vanessa, “Latin America Claims to Love Its Mothers. Why Does It Abuse Them? How the region became home to an epidemic of obstetric violence”, *The New York Times*, 11 de marzo de 2019. <https://www.nytimes.com/2019/03/11/opinion/latin-america-obstetric-violence.html>
- Birulés, Fina, “Violencia, una palabra para un contenido desbordante”, en Goberna Tricas, Josefina y Boladeras, Margarita (coords.), *El concepto “violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento*, Madrid, Tecnos, 2018, pp. 31-38.

- Biurrun Garrido, Ainoa y Goberna Tricas, Josefina, “La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto”, *Revisión bibliográfica, Matronas Prof.*, vol. 14, núm 2, 2013.
- Blundell, James, “Theory and practise of midwifery, delivered at Guy’s Hospital, Lecture X, “Duties of the accoucheur”, *The Lancet*, Londres 1927-28, vol. I.
- Casas, Laura, “Impacto de las leyes dictadas en la última década en la Argentina respecto a la salud sexual y la salud reproductiva”, DJ16/09/2015, 12 (cita online: AR/DOC/1614/2015).
- Caton, Donald, “Who Said Childbirth Is Natural?: The Medical Mission of Grantly Dick Read”, *Anesthesiology*, vol. 84, núm. 4, 1996.
- Climent, Graciela, “Tecnología apropiada en obstetricia: definición y evaluación desde las perspectivas de la población y del personal de salud”, *Rev. Saúde públ.*, vol. 21, 1987.
- Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. el Brasil*, comunicación núm. 4/2004, CEDAW/C/49/D/17/2008, párr. 7.6.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), *Observaciones generales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*. https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CEDAW/00_4_obs_grales_CEDAW.html#GEN24
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), *Recomendación General núm. 24 sobre la mujer y la salud (artículo 12)*, 1999. párr. 31 e).
- Cox, Kim y King, Tekoa, “Preventing Primary Cesarean Births: Midwifery Care”, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 58, núm. 2, junio de 2015.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud*, WHO/RHR/14.23, 2015.
- Freedman, Lynn y Kruk, Margaret, “Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agenda”, *The Lancet*, 2014.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Sexual and Reproductive Health*, sitio web oficial. <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), sitio web oficial. <https://www.unicef.org>
- Goberna Tricas, Josefina y Boladeras, Margarita, “Análisis del concepto de violencia obstétrica desde las perspectivas legal, médica, filosófica, sociopolítica y pedagógica”, en Goberna Tricas, Josefina y Boladeras, Margarita (coords.), *El Concepto “violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento*, Madrid, Tecnos, 2018.
- Gorkiewicz Moroni, Erica, *La violencia de género en los Pactos Internacionales, su recepción legislativa a nivel nacional y su impacto en los Estados Provinciales del NOA*. Cita online: AR/DOC/2855/2011
- Hernandez Martinez, Antonio *et al.*, “Diferencias en el número de cesáreas en los partos que comienzan espontáneamente y en los inducidos”, *Rev. Esp. Salud Pública*, vol. 88, 2014.
- Hidalgo-Lopezsoza, Pedro *et al.*, “Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes”, *National Library of Medicine*, vol. 24, 2016, e2744. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0765.2744>
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (Directrices sobre el consentimiento informado), Londres, FIGO, 2012.
- Italian Observatory for Domestic Violence, *Comunicación del Italian Observatory for Domestic Violence a la Relatora Especial*. <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>
- Kingdon, Carol *et al.*, “Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section targeted at organisations, facilities and systems: Systematic review of qualitative studies”, *PloS one*, vol. 13, núm. 9, 2018.
- Konovalova c. Rusia*, núm. 37873/04, Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2014.
- Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. <http://www.fiscalia.gov.ve/leyes/10-LEYDERECHOMUJER.pdf>
- Macías Intriago, Mariela *et al.*, “Importancia y beneficios del parto humanizado”, *Dom. Cien.* vol. 4, núm. 3, 2018.
- Maroto Navarro, Gracia *et al.*, “El reto de la maternidad en España, dificultades sociales y sanitarias”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, 2004.

- Martínez Galiano, Juan, “Implantación del nuevo modelo de atención al parto. Actitud de los profesionales”, *Rev. Enferm. Ref.*, vol. 3, núm. 5, 2011.
- Naciones Unidas, Asamblea General, *Intensificación de los esfuerzos para prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas: la violencia doméstica*, Resolución 71/170, aprobada el 19 de diciembre de 2016, [sobre la base del informe de la Tercera Comisión (A/71/477)], disponible en: <https://undocs.org/sp/A/RES/71/170>
- Naciones Unidas, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.96.IV.13), cap. I, resolución 1, anexo II.
- Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Naciones Unidas, Sitio oficial de las Naciones Unidas. <https://www.un.org>
- OAS: Inter-American Commission of Women. <http://www.oas.org/en/cim/>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), sitio web oficial. <https://www.un.org>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), “Objetivos de Desarrollo Sostenible”. Sitio web oficial. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica*, 1996.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento*, Lancet, 1985.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre tasas de cesárea*, 2015.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Hablemos de parto humanizado y la “hora sagrada”*, 2018.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Official Records of the World Health Organization*, N° 2, 100.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud*, WHO/RHR/14.23, 2015.

- Pereira Nery, Vanilde y Pereira de Lucena, Glaucia, “Principais tipos de violências obstétricas sofridas pelas parturientes”, *Revista Científica de Enfermagem*, vol. 27, núm. 9, 2019.
- Pérez D’Gregorio, Rogelio, “Cuatro años después de la promulgación de la Ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, *Rev Obstet Ginecol Venez*, vol. 71, núm. 2, 2011.
- Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23a. ed. (versión electrónica), s.v. “Natural”. <https://dle.rae.es/natural>
- Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23a. ed. (versión electrónica), s.v. “Obstétrica”. <https://dle.rae.es/obstetrica>
- Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23a. ed. (versión electrónica), s.v. “Violar”. <https://dle.rae.es/violar>
- Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23a. ed. (versión electrónica), s.v. “Violencia”. <https://dle.rae.es/violencia>
- Ruiz-Berdún, Dolores, “Análisis histórico de la violencia obstétrica”, en Goberna Tricas, Josefina y Boladeras, Margarita (coords.), *El concepto “violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento*, Tecnos, Madrid, 2018.
- UNFPA, *Comunicación del UNFPA a la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*. <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>
- Wagner, Marsden, “El nacimiento en el nuevo milenio”, ponencia presentada en el *I Congreso Internacional de Parto en Casa*, Jerez de la Frontera, Cádiz, 2000. <https://www.elpartoesnuestro.es>
- WHO Reproductive Health Library, *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>.
- WHO Reproductive Health Library, *WHO recommendation on episiotomy policy*, 2018. <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartumcare/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-episiotomypolicy-0>
- Zhuhua, Wang *et al.*, “Midwife-led care model for reducing caesarean rate: A novel concept for worldwide birth units where standard obstetric care still dominates”, *Journal of Medical Hypotheses and Ideas*, vol. 6, núm. 1, enero de 2012.

Zizek, Slavoj, *Sobre la violencia. Seis reflexiones marginales*, Barcelona, Espasa Calpe, 2013.

Cómo citar

IJ-UNAM

Ales Uría Acevedo, María de las Mercedes, “Fenomenología social y marco normativo de la violencia obstétrica a nivel internacional con especial enfoque en Latinoamérica”, *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, México, vol. 21, núm. 40, 2025, pp. 39-73. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2025.40.18368>

APA

Ales Uría Acevedo, M. M. (2025). Fenomenología social y marco normativo de la violencia obstétrica a nivel internacional con especial enfoque en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 21(40), 39-73. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2025.40.18368>