

Violencia obstétrica

Obstetric violence

Isabel Maravall Buckwalter
CUNEF Universidad
isabel.maravall@cunef.edu

Cita recomendada:

Maravall Buckwalter, I. (2025). Violencia obstétrica. Un concepto internacional inconcluso. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, 28, pp. 332-354.

DOI: <https://doi.org/10.20318/eunomia.2025.9501>

Recibido / received: 28/06/2024
Aceptado / accepted: 08/04/2025

Resumen

El concepto de «violencia obstétrica» es reconocido internacionalmente, pero carece de una definición definitiva y universalmente aceptada. Esto implica que, aunque existe cierto consenso sobre el concepto, todavía hay debates y dudas en curso sobre su significado y alcance precisos. Este artículo analiza la evolución y definición internacional actual de «violencia obstétrica», desglosando sus elementos y examinando la polémica surgida en torno a su uso. Por último, el artículo ofrece una reflexión sobre los principales problemas de las definiciones internacionales actuales y sus implicaciones.

Palabras clave

Violencia obstétrica, Derecho Internacional, violencia reproductiva, Derechos Humanos.

Abstract

The concept of «obstetric violence» is recognized internationally, though it lacks a definitive and universally accepted definition. This indicates that, while some consensus exists, debates and uncertainties remain regarding its precise meaning and scope. This article explores the evolution of international definitions of obstetric violence, breaking down its key elements and examining the controversies surrounding its use. It concludes by reflecting on the main challenges posed by current definitions and their broader implications.

Keywords

Obstetric violence, International Law, reproductive violence, Human Rights.

SUMARIO. 1. Introducción. 2. La definición internacional de violencia obstétrica. 3. Los elementos de la definición internacional de violencia obstétrica. 3.1. «Violencia» o «una forma de violencia». 3.2. «Sufrida por las mujeres», «basada en el género» o «sobre las personas gestantes». 3.3. «Durante la atención al parto»; «durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto». 3.4. «En los centros de salud» o ser «ejercida por los encargados de la atención



en salud. 4. La polémica surgida en torno al concepto de «violencia obstétrica». 5. Una reflexión sobre la definición actual y sus implicaciones. 6. Conclusión.

1. Introducción

La violencia es un fenómeno complejo que ha moldeado la historia del ser humano y la sociedad en la que vive. Desde la fuerza física, al abuso o maltrato psicológico, o la inequidad de oportunidades de distintos grupos, es un fenómeno que se manifiesta de múltiples formas. Identificar las diferentes formas de violencia y las características que las define como fenómeno sociológico es un paso necesario para abordar sus causas y consecuencias. Al identificar qué constituye un acto violento, numerosas veces se trasladará a los códigos jurídicos, para que den una respuesta efectiva a dichos actos protegiendo a sus víctimas. Ello permitirá que se genere una respuesta que brinde un apoyo específico social para prevenir dicha violencia y la elaboración de políticas públicas que aborden este fenómeno e impulsen el cambio cultural y social necesario.

Un tipo de violencia que viene estudiándose desde hace décadas y que sigue siendo un fenómeno sistemático y severo, con una naturaleza multifacética, es la denominada violencia contra la mujer. A lo largo de los años se han estudiado, a través de diversas disciplinas, formas de violencia contra la mujer, *inter alia*, sexual, reproductiva, doméstica, económica, para abordar sus raíces y consecuencias. Una forma de violencia contra la mujer que, de forma no tan reciente, pero que todavía sigue siendo objeto de un intenso debate es la denominada «violencia obstétrica»¹. El término «violencia obstétrica» aparece por primera vez en textos médicos que datan de 1828 (Blundell, 1828; O'Brien, E., & Rich, M., 2022; Davis, D. A., 2019)², sin embargo, comienza a gestarse a nivel internacional a partir de la década de los 90', en el contexto regional latinoamericano, donde organizaciones defensoras de derechos humanos comenzaron a señalar prácticas de maltrato o abuso que tenían cierto parecido a otras formas de violencia contra las mujeres, pero que sucedían en contextos médicos, durante la atención al parto (Sadler *et al.*, 2016, p. 50).³ Esta discusión, provocó que Venezuela fuese el primer país en adoptar el término «violencia obstétrica» en su legislación (Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), *Brítez Arce y Otros vs. Argentina*, 2022, nota a pie de página 101). Años después, varios trabajos de investigación liderados por universidades prestigiosas y la Organización Mundial de la Salud (OMS) visibilizaron que el fenómeno generalizado y sistematizado del maltrato, el abuso y la violencia en contextos obstétricos suceden de forma sistemática y generalizada a nivel internacional. En el 2020 la Relatora de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias hizo referencia por primera vez a este concepto⁴. A partir de entonces varios Estados han sido condenados a nivel internacional por no cumplir con su obligación de asegurar el acceso a los servicios esenciales de salud reproductiva y en dichos dictámenes y sentencias condenatorias, se ha ido moldeando un concepto de violencia obstétrica interesante y que está siendo y seguirá siendo objeto de un intenso debate.

¹ Se han escrito muchos trabajos sobre la «violencia obstétrica». Debido a que este trabajo aborda un análisis conceptual, se han usado referencias principalmente con el objetivo de analizar esta cuestión.

² «[...] I should, with forceps, and by moderate efforts, co-operating with the uterine, endeavour to extract, the child, - frequently examining the pulse and the countenance, and bearing in my mind the fatal consequences of obstetric violence» (Blundell, J., 1828).

³ Sobre la violencia obstétrica experimentada en el contexto latinoamericano véase Castro, 2019

⁴ Ver epígrafe 4: La polémica surgida en torno al concepto de «violencia obstétrica».

Este trabajo analiza el concepto internacional de «violencia obstétrica». En primer lugar, examina los dictámenes y sentencias internacionales que han reconocido y moldeado este concepto, para, en segundo lugar, desglosar los elementos definitorios del concepto. En tercer lugar, considera la polémica que se ha generado a raíz de su uso, cada vez más extendido, haciendo un análisis de los principales trabajos que han contribuido a este desarrollo. En último lugar, este artículo ofrece una reflexión crítica, abordando algunas de las implicaciones del concepto actual en desarrollo.

2. La definición internacional de «violencia obstétrica»

Si bien se atribuye al Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará el reconocimiento por primera vez de la violencia obstétrica como violación de los derechos humanos (A/74/137, 2019, párr. 12), fue en el año 2020, que la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias abordó específicamente el fenómeno. En su informe «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», la Relatora Especial manifestaba que 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, había demostrado ser un fenómeno generalizado y sistemático (A/74/137, 2019, párr. 4).

Reconociendo la falta de una definición de violencia consensuada (2019, párr. 11), la Relatora Especial hizo referencia a la definición de violencia en el artículo 1 de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (AG, *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, 1993, párr. 6) que define la violencia como: «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada». También recogió la definición aportada en la Recomendación general N.º 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer que define la violencia por razón de género contra la mujer como «la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta de forma desproporcionada (CEDAW, Recomendación General N.º 19, párr.6)».

En su informe, la Relatora Especial identificó determinadas manifestaciones de maltrato y violencia de género en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto en los centros de salud. Definió de forma específica «la «sinfisiotomía», la esterilización y el aborto forzados, la cesárea o el parto por cesárea sin consentimiento de la mujer y las episiotomías innecesarias y sin previo consentimiento previo de la mujer, como formas de violencia (A/74/137, 2019, paras. 20- 25). El resto de prácticas –la inmovilización física durante el parto, la detención posterior al parto de las mujeres y sus hijos recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad para pagar los gastos de hospitalización, el uso de personal médico sin experiencia para llevar a cabo los exámenes ginecológicos, el uso excesivo de la oxitocina sintética, la práctica de la presión manual del fondo uterino durante la segunda fase del alumbramiento, también conocida como «maniobra Kristeller», la falta de respeto a la intimidad y confidencialidad, los procedimientos quirúrgicos por aborto espontáneo, el legrado y la sutura tras el parto, así como la extracción de óvulos durante el procedimiento de reproducción asistida, sin anestesia, la falta de autonomía y capacidad de toma de decisiones, incluida la posibilidad de elegir su posición de parto preferida, las prácticas profundamente humillantes, agresiones verbales y observaciones sexistas durante la atención del parto, la falta

del consentimiento informado o su uso indebido (2019, paras. 22-38)— las consideró como formas de maltrato.

Fue en el 2020, que el Comité de la Convención sobre la Eliminación de todas formas de Discriminación contra la mujer (en adelante CEDAW, por sus siglas en inglés) por primera vez, calificó unos hechos de violencia obstétrica y definió el concepto, en el caso de *S.F.M. contra España*. En este caso, S.F.M. fue ingresada en un hospital público tras cumplir treinta y nueve semanas de gestación. Tras dicho ingreso fue sometida a diez tactos vaginales, se le administró oxitocina sin información y sin consentimiento, no le fue permitido incorporarse para dar a luz, ni se permitió a su pareja estar presente en el parto, se le practicó una episiotomía, tras la cual se extrajo a su hija con una ventosa y se llevó a cabo una extracción de la placenta contraria a la guía de práctica clínica sobre la atención al parto. Tras nacer, se llevaron a su hija por haber contraído una infección producida por la bacteria *E. coli*. No se le permitió ver a su hija hasta el día siguiente, y a partir de entonces, durante los siete días que permaneció ingresada, solo se le permitió verla quince minutos cada tres horas y al padre, dos intervalos de treinta minutos al día. Tampoco se permitió que la madre diese de lactar a su hija durante ese tiempo. Los progenitores tuvieron que acudir a terapia por un trastorno de estrés postraumático además de que la autora necesitase tratamiento de fisioterapia especializada para recuperarse de los daños producidos por la episiotomía (CEDAW/C/75/D/138/2018, 2020, paras. 2.1-2.9). En este caso el Comité de la CEDAW, mencionó por primera vez el término «violencia obstétrica», fundamentándose en el informe de la Relatora Especial «para referirse a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención al parto en los centros de salud» (2020, párr. 7.3). Sin embargo, si bien reconoce el término, no ofreció una definición de violencia obstétrica, ni reconoció los hechos como constitutivos de violencia, sino como vulneraciones de derechos humanos (2020, párr. 7).

El segundo caso, cuyos hechos la CEDAW calificó de violencia obstétrica, fue en el 2022, el caso *N.A.E. contra España*. Los hechos fueron los siguientes: N.A.E. ingresó en un hospital público, en su 38 semana de gestación, tras haber roto aguas. Catorce horas más tarde se le indujo el parto con oxitocina, de manera anticipada y sin necesidad, saltándose el protocolo establecido por el hospital de 24 horas, sin proporcionarle información ni solicitar su consentimiento. Si bien la autora ingresó a las 8:00 de la mañana, solicitó autorización para comer antes de la inducción, que se produjo a las 17:10, nueve horas más tarde, pero el hospital no se le permitió. Se le realizaron diez tactos vaginales y finalmente a las 10 de la mañana del día siguiente, se le practicó una cesárea sin proporcionarle información ni solicitar su consentimiento, además de que dicha cesárea se realizó por estudiantes, supervisados por un tutor y sin presencia del padre (CEDAW/C/82/D/149/2019, 2022, paras. 2.2-2.10). Según lo descrito por la autora:

Me pusieron en la mesa de operaciones como si fuera una muñeca. Nadie se presenta, nadie me habla, nadie me mira a la cara. Nadie se preocupa en intentar calmarme. Lloro mucho. Me ponen los brazos en cruz. El quirófano está lleno de gente, parece una plaza pública, me ignoran y gritan entre ellos “alta el bote de la placenta”, “donde está la pulsera del niño”. Estoy allí sola y desnuda y la gente va y viene, la puerta no para de abrirse y cerrarse [...]. Hablan entre ellos de sus cosas, qué hicieron el fin de semana, hablan sin importarles que estoy allí y que va a nacer mi hijo, él, que solo puede nacer esa vez, y no me dejan vivirlo (2022, párr. 2.9).

Tras nacer, el relato de los hechos sigue de la siguiente forma:

el bebé fue separado de su madre para ser llevado al pediatra sin ninguna razón y la autora no tuvo oportunidad de hacer contacto piel con piel con él; la autora solo alcanzó a verle de lejos. Cuando lo volvieron a traer, limpio y vestido, se lo enseñaron a la altura de su mano, pero no

pudo acariciarlo porque desde la operación seguía con los brazos atados. Le ordenaron que le diera un beso, acercándose a la cara, pero llevándose inmediatamente sin que le pudiera decir nada. La autora solicitó que le dieran el niño a su padre, a lo que se le respondió “tranquila, chavalilla, que ya está”. La autora oyó cómo explicaban a los estudiantes la forma en la que había que coserla. Terminaron sin decirle nada [...] A lo largo de las siguientes horas la autora solicitó que le trajeran al niño, pero no se lo trajeron (2022, paras. 2.11. y 2.12).

A la separación materna se le sumó la administración de biberones sin consentimiento de los padres que habían manifestado su deseo de alimentar a su hijo mediante la lactancia materna. La autora también denunció el trauma físico y psicológico derivado de la falta de respeto y cuidados derivados del parto (2022, paras. 2.13 - 2.17). En este caso, la CEDAW volvió a hacer referencia al informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias refiriéndose a la violencia obstétrica como «la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud (2022, párr.15.4)». Según el Comité «es parte de una forma continuada de violaciones (2022, párr. 15.4)» y consideró que constituyen violencia obstétrica: la inducción del parto de la autora mediante oxitocina 14 horas solamente después de que rompiera aguas sin proporcionarle información ni solicitar su consentimiento, la realización de diversos tactos vaginales, la prohibición de comer, la infantilización, la realización de una cesárea por médicos internos y residentes y sin que la autora haya otorgado su consentimiento, sin que haya podido estar acompañada por su esposo y para la cual se le ataron los brazos, la separación del recién nacido imposibilitando el contacto piel con piel, la imposición de la lactancia artificial contrario al deseo de los padres, y las consecuencias físicas y psicológicas para la autora (2022, párr. 15.7).

El mismo año 2022, la Corte Interamericana de Derechos Humanos hizo referencia a este concepto por primera vez en su Opinión Consultiva OC-29/22 de 30 de mayo de 2022, «Enfoques Diferenciados Respecto de Determinados Grupos de Personas Privadas de la Libertad». En este caso la Comisión Interamericana requirió a la Corte pronunciarse sobre las obligaciones específicas a cargo de los Estados a efecto de garantizar condiciones de detención adecuadas para las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes privadas de libertad atendiendo a sus circunstancias particulares. Una cuestión abordada de forma específica por la Corte fue la prevención, investigación y erradicación de la violencia obstétrica en el contexto carcelario (CIDH, Opinión Consultiva OC-29/22, 2022, párr. 125). La Corte reconoció «las diversas conceptualizaciones respecto de la violencia obstétrica como una violación de derechos humanos (CIDH, Opinión Consultiva OC-29/22, 2022, párr. 160)» y adoptó la definición de 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 posparto, en centros de salud públicos o privados (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233., 2019, párr. 181; OEA/Ser.L/V/II. Doc. 44/17., 2017, párr. 80)» y la aportada por la Relatora Especial y la CEDAW como aquella «violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud (CIDH, Opinión Consultiva OC-29/22, 2022, párr. 160, nota a pie de página 313)». La Corte subrayó que «la violencia que se ejerce contra las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y después del parto constituye una forma de violencia basada en el género» (2022, párr. 160), y que es contraria a la Convención de Belem do Pará (CIDH, Opinión Consultiva OC-29/22, 2022, párr. 160). Haciendo referencia al trabajo de la Organización Mundial de la Salud, la Corte enfatizó la importancia de proteger «la dignidad, privacidad y confidencialidad, ...la integridad física y el trato adecuado, ...tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto (2022, párr. 161)» y que permita una «comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto, mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables (2022, párr. 161)». La Corte además subrayó la necesidad de que se garantice el acceso a la

justicia para las mujeres víctimas de violencia obstétrica, tipificando este tipo de violencia (2022, párr. 162).

También en el 2002, en el caso *Brítez Arce y otros contra Argentina*, la Corte desarrolló el concepto de violencia obstétrica de forma más profunda que en la OC-29/22, concluyendo que los hechos sufridos por Cristina Brítez Arce constituyeron violencia obstétrica. En este caso, Cristina Brítez Arce, de origen paraguayo, de 38 años y más de cuarenta semanas de embarazo, falleció en un hospital público, por paro cardíaco respiratorio, mientras daba a luz a su hijo muerto. Cristina había acudido a controles prenatales con frecuencia y durante estos controles había reportado antecedentes de hipertensión arterial, sin embargo, no se le dio ningún tratamiento diferenciado por ser paciente de alto riesgo. En sus últimos tres meses de embarazo aumentó más de diez kg. Al acudir al hospital, se quejó de molestias lumbares, fiebre y escasa pérdida de líquido por sus genitales. Tras verificar con la ecografía la muerte del feto, se la internó para inducirle el parto. Después de la dilatación completa, falleció al ser trasladada a la sala de partos. Su hijo declaró que tuvo que esperar dos horas en una silla durante la dilatación (CIDH, *Brítez Arce y Otros vs. Argentina*, 2022, paras. 27, 28 y 29). En el análisis del fondo, la Corte resaltó que lo ocurrido a la Sra. Brítez Arce constituía violencia obstétrica (2022, párr. 57). Después de analizar las definiciones aportadas por diferentes mecanismos de protección de Derechos Humanos, y las definiciones en derecho nacional latinoamericanas, la Corte aportó una definición propia de violencia obstétrica como:

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

La Corte concluyó que los factores de riesgo de la Sra. Brítez Arce (su edad, un aumento importante de peso, un antecedente de presión arterial alta en un embarazo anterior y presión arterial de 130/90 en uno de los controles), constituían un embarazo de alto riesgo por la posibilidad que tenía de padecer preeclampsia ya que esta afección provoca altos índices de mortalidad materna. La Sra. Brítez Arce no obtuvo tratamiento médico especializado y diligente, tampoco se le garantizó el acceso a la información de los riesgos derivados de su estado de salud, o se le brindaron recomendaciones de cuidado para prevenir o tratar el cuadro de hipertensión, o se garantizó su acceso a información precisa y oportuna sobre su estado de salud. Tampoco, añadió la Corte, recibió información suficiente sobre el procedimiento a seguir una vez tuvo conocimiento de que el feto estaba muerto. Todo ello sumado a que, no obraban pruebas en el expediente que justificasen la necesidad de someter a la Sra. Brítez a trabajo de parto de un feto muerto por más de tres horas, dos de ellas sentada en una silla sometiendo a la Sra. Brítez Arce a un estado de estrés, ansiedad y angustia. La Corte concluyó que, el diagnóstico, la decisión de someter a la señora Brítez Arce a trabajo de parto, la falta de información completa sobre las posibles alternativas de tratamiento y sus implicaciones, y la espera de dos horas en una silla mientras se llevaba a cabo el procedimiento, sometieron a la Sra. Brítez Arce a un estado de estrés, ansiedad y angustia sumado a la situación de especial vulnerabilidad provocada por el parto, implicaron un trato deshumanizado constitutivo de violencia obstétrica (2022, paras. 82-85).

El tercer caso que la CEDAW calificó de violencia obstétrica, fue en el año 2023, el caso M.D.C.P. contra España. En este caso, M.D.C.P. acudió a un hospital público tras cuarenta semanas de gestación sin más complicaciones que una hernia de hiato. Los profesionales sanitarios procedieron a romper artificialmente la bolsa amniótica prescribiendo oxitocina sintética sin anotar la causa clínica. Se le obligó a dilatar en posición de litotomía en contra de su voluntad, solicitó agua en reiteradas ocasiones y no se le proporcionó, se la sometió a 10 punciones lumbares dolorosas y peligrosas de epidural por estudiantes de prácticas y dieciséis horas más tarde, con 8 centímetros de dilatación y registro toco-cardiográfico normal, se practicó una cesárea en contra de su expresa voluntad. Tras el parto no se le suministró medicamento analgésico para el dolor producido por la cesárea y la punción lumbar. En consecuencia M.D.C.P. sufrió trastorno por estrés postraumático a raíz del parto y del puerperio (CEDAW/C/84/D/154/2020, 2023, paras. 2.1-2.6). El Comité observó que, «si bien aún no se cuenta con una definición oficial de «violencia obstétrica (2023, párr. 7.8)», reiteró la definición aportada en sus anteriores casos, haciendo referencia a la definición de la Relatora Especial como «la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud (2023, párr. 7.8)». Como en N.A.E. contra España, la define como «una forma continuada de violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos (2023, párr. 7.8)». Concluyó que la pérdida de dignidad, el abuso y el maltrato sufrido por la autora, la aplicación irregular de anestesia epidural y la falta de consideración de patologías previas sin el consentimiento informado y/o sin haber justificado la necesidad de dichas intervenciones y la omisión de recabar el consentimiento informado previo a realizar una cesárea, todo lo cual dejó secuelas físicas y psicológicas en la autora, constituyen violencia obstétrica (2023, párr. 7.12).

3. Los elementos de la definición internacional de violencia obstétrica

Tras analizar el desarrollo de estas definiciones, y el reconocimiento de determinadas prácticas como «violencia obstétrica», se puede concluir lo siguiente: La CEDAW, siguiendo la definición de la Relatora Especial, define la violencia obstétrica como «la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud (CEDAW/C/75/D/138/2018, 2020, párr. 7.3; CEDAW/C/82/D/149/2019, 2022, párr. 15.4; CEDAW/C/84/D/154/2020, 2023, párr. 7.8)», mientras que la CIDH, la define como «una forma de violencia basada en el género [...] 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 (CIDH, *Brítez Arce y Otros vs. Argentina*, 2022, párr. 81)». Tanto la Relatora Especial, como la CEDAW y la CIDH identifican prácticas como constitutivas de violencia obstétrica.

De dichas definiciones se pueden desglosar unos elementos comunes de este concepto: primero, es «violencia» o «una forma de violencia», segundo «sufrida por las mujeres», basada en el género» o «sobre las personas gestantes», tercero «durante la atención al parto» o «durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto» y cuarto «en los centros de salud» o «ejercida por los encargados de la atención en salud».

3.1. «Violencia» o «una forma de violencia»

Los casos analizados resueltos en instancias internacionales manifiestan una ausencia de consenso hacia el concepto de «violencia». En su informe, la Relatora especificó que, si bien el maltrato no siempre es violencia por no tener el elemento de

la intencionalidad, «en determinadas circunstancias, algunas formas de maltrato podrían constituir violencia contra la mujer en casos concretos y en función de las circunstancias (A/74/137, 2019, párr. 13)». Dichos casos concretos y circunstancias se abordan en el apartado C) de su informe, que recoge determinadas manifestaciones que califica de «maltrato» o de «violencia de género» en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto. Concretamente la «sinfisiotomía», la define como una forma de violencia contra la mujer, ya que consiste en «en la separación y ampliación quirúrgicas de la pelvis para facilitar el parto...sin el conocimiento ni el consentimiento libre e informado de las mujeres afectadas... [que ha causado] dolor y discapacidad permanentes a muchísimas mujeres (2019, párr. 20)». La «esterilización forzada y el aborto forzado» son «formas de violencia de género (2019, párr. 21)». Al llamarse «forzadas», se entiende que se llevan a cabo usando la fuerza, o «sin consentimiento informado (2019, párr. 21)» y «pueden causar daños físicos y psicológicos (2019, párr. 21)». La cesárea «cuando se practica sin el consentimiento de la mujer...puede constituir violencia por razón de género (2019, párr. 24)». La episiotomía «si no es necesaria o se hace sin el consentimiento informado de la madre, puede tener efectos físicos y psicológicos en la madre, ... puede constituir violencia de género (A/74/137, 2019, párr. 25)» y cuando «esta práctica no está justificada por la necesidad médica, debe considerarse que constituye ...una forma de violencia de género contra la mujer (2019, párr. 25)».

En el caso S.F.M., la CEDAW reconoció el término «violencia obstétrica» y lo define, al igual que la Relatora Especial, como «toda forma de violencia contra las mujeres en los centros de salud (CEDAW/C/75/D/138/2018, 2020, párr. 7.3)». Sin embargo, no se pronuncia sobre si los hechos son violencia, sino que concluye que los hechos ocurridos son violaciones de los derechos humanos (2020, paras. 7.1-7.8). En los casos N.A.E. y M.D.C.P., de la misma manera, el Comité reconoce el concepto de «violencia obstétrica» como «la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud (CEDAW/C/82/D/149/2019, 2022, párr. 15.4; CEDAW/C/84/D/154/2020, 2023, párr. 7.8)». Al igual que en S.F.M., tampoco ofrecen una definición de «violencia»; sin embargo, caracteriza este tipo de violencia como «una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también como consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos (2022, párr. 15.4; 2023, párr. 7.8)». La CIDH tampoco define el concepto de «violencia» en el caso Brítez Arce; sin embargo, ofrece una definición más amplia de «violencia obstétrica» que la CEDAW, definiéndola como una forma de violencia

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 (CIDH, *Brítez Arce y Otros vs. Argentina*, 2022, párr. 81).

En N.A.E. y M.D.C.P., la CEDAW, caracterizó de forma conjunta los hechos específicos ocurridos a las dos mujeres, como violencia obstétrica. En el caso N.A.E., el Comité calificó

la inducción del parto de la autora mediante oxitocina 14 horas solamente después de que rompiera aguas sin proporcionarle información ni solicitar su consentimiento, la realización de diversos tactos vaginales, la prohibición de comer, la infantilización, la realización de una cesárea por médicos internos y residentes y sin que la autora haya

otorgado su consentimiento, sin que haya podido estar acompañada por su esposo y para la cual se le ataron los brazos, la separación del recién nacido imposibilitando el contacto piel con piel, la imposición de la lactancia artificial contrario al deseo de los padres, y las consecuencias físicas y psicológicas para la autora como violencia obstétrica (CEDAW/C/82/D/149/2019, 2022, párr. 15.7).

Como en el caso N.A.E., el Comité en M.D.C.P consideró que

el cúmulo de hechos del presente caso, en particular, la pérdida de dignidad, el abuso y el maltrato sufrido por la autora, la aplicación irregular de anestesia epidural y la falta de consideración de patologías previas sin el consentimiento informado y/o sin haber justificado la necesidad de dichas intervenciones y la omisión en recabar el consentimiento informado previo a realizar una cesárea, todo lo cual dejó secuelas físicas y psicológicas en la autora, constituyen violencia obstétrica» son constitutivos de violencia obstétrica (CEDAW/C/84/D/154/2020, 2023, párr. 7.12).

3.2. «Sufrida por las mujeres», «basada en el género» o «sobre las personas gestantes»

En segundo lugar, las definiciones desarrolladas por los mecanismos de protección de derechos humanos indican que la violencia obstétrica es una forma de violencia «sufrida por las mujeres», «basada en el género» o «sobre las personas gestantes». La Recomendación General N.º 19 define la violencia de género o violencia contra la mujer como «la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada» (CEDAW, Recomendación General N.º 19, 1992, párr. 6). «Desproporcionada», significa que, si bien la violencia no solo tiene por víctima a la mujer, la forma de violencia «se comete contra las mujeres en mayor número que contra los hombres» (Freeman, M. A., Rudolf, B., & Chinkin, C. (Eds.), 2012, p. 452), y es un tipo de violencia que tiene un impacto desigual en la vida de las mujeres (2012, p. 452)».

Es relevante señalar dos aspectos importantes en relación con estos términos. En primer lugar, la definición propuesta por la Relatora y la CEDAW reconoce exclusivamente a la mujer como receptora de este tipo de violencia, al ser considerada la persona biológicamente capaz de gestar. En contraste, la CIDH utiliza el término «personas gestantes», incorporando así a personas trans y no binarias en su definición. Si bien esta formulación resulta más inclusiva, sería conveniente reformular la expresión como «mujeres y demás personas gestantes», a fin de evitar que el uso genérico del término «persona gestante» termine por desdibujar la especificidad del fenómeno que se pretende visibilizar: *i.e.* la violencia contra la mujer.

En segundo lugar, en los casos analizados los padres son excluidos del proceso, no se les permite acompañar a las mujeres en el parto, o no se les tiene en cuenta en la toma de decisiones y también sufren las consecuencias del estrés postraumático. Si bien la violencia obstétrica, en sentido estricto, tiene como sujeto pasivo a la mujer y persona gestante, el modelo institucional que la posibilita también genera efectos perjudiciales en las personas del entorno afectivo, especialmente en sus parejas. La exclusión sistemática del padre durante el parto puede entenderse como una forma de violencia institucional y simbólica (Bourdieu, 2000)⁵, que reproduce estereotipos de género, debilita el vínculo temprano con el recién nacido y vulnera el derecho a la vida familiar. Reconocer esta dimensión no implica desdibujar

⁵ Sobre este tipo de violencia aplicada al concepto de «violencia de género», véase Villareal, M., 2022, p. 134-135.

el concepto de violencia obstétrica, sino ampliar el enfoque de los derechos en el nacimiento, hacia una atención más humanizada, relacional e inclusiva.

3.3. «Durante la atención al parto»; «durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto»

Si tenemos en cuenta el término «obstetricia», según la RAE, «obstetricia hace referencia a la parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio» (RAE, 2001). Proviene del latín, *obstetrīcia* [ob/obs lat. 'delante de', 'contra' + *stā-/stē-/sti-* lat. 'estar de pie' + -trīc(em) lat. 'que hace'] (Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico, sf) refiriéndose principalmente a las funciones de la partera (ibíd), la acción de un tercero en el arte de acompañar, proteger, cuidar a la madre e hijo en el proceso del embarazo, parto y puerperio (Sedano, L. M., Sedano, M. C., & Sedano, M. R., 2014, p. 866).

En las definiciones analizadas, la formulación adoptada por la Relatora y por la CEDAW, al referirse únicamente a la violencia «durante la atención al parto», resulta considerablemente más limitada que la propuesta por la CIDH, que se extiende al «acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto». Esta última definición es notablemente más amplia y adecuada, ya que permite incluir dentro del alcance del concepto posibles y múltiples formas de violencia que pueden producirse a lo largo de todo el proceso reproductivo, no solo durante el parto.

3.4. «En los centros de salud» o ser «ejercida por los encargados de la atención en salud»

En cuarto lugar, las definiciones de violencia obstétrica analizadas recogen que la violencia deberá producirse «en los centros de salud» o ser «ejercida por los encargados de la atención en salud». En este caso la protección es distinta. En la definición de la CEDAW se excluyen los «partos en casa», ya que no son centros de salud. También la definición es ambigua, puesto que, si bien la violencia sucede en los centros de salud, se olvida de precisar el sujeto activo, es decir, el responsable de realizar material o mediatamente, o bien coopera a la ejecución del hecho. La definición de la CIDH sin embargo sí que incluye una referencia al sujeto activo que serían «los encargados de la atención en salud», y también incluye dentro de su definición, los partos en casa, ya que no exige que el parto se lleve a cabo en un centro de salud. Sin embargo, sigue siendo ambiguo conceptualmente debido a que «los encargados de la atención de la salud» cubre un amplio espectro de profesionales y, dentro de éste, hay diferentes niveles de responsabilidad.

4. La polémica surgida en torno al concepto de «violencia obstétrica»

Para entender el concepto de violencia obstétrica, es importante hacer un análisis de los principales trabajos que reconocieron la existencia de este fenómeno generando un intenso debate académico que ha ido permeando gradualmente las instituciones internacionales y los sistemas jurídicos nacionales. Ello es importante también para comprender el rechazo social, por diferentes sectores, que dicho concepto suscita.

En el año 2010, Bowser y Hill (2010) publicaron un importante informe, liderado por la *Harvard School of Public Health*. Este estudio se basó en los resultados de una extensa revisión de la literatura, así como en los resultados de discusiones grupales estructuradas y entrevistas individuales con informantes expertos. En el trabajo se identificaron siete categorías que se podían definir como una atención al parto «irrespetuoso y abusivo»: el abuso físico, atención clínica no consentida, atención no

confidencial, atención no digna (incluyendo abuso verbal), discriminación basada en atributos específicos del paciente, abandono de la atención y detención en instalaciones.

La primera categoría hacía referencia al «abuso físico», en la que se recogían informes de diferentes países denunciando que en los centros de salud las mujeres eran golpeadas, amenazadas con ser golpeadas o bofetadas, atadas a la camilla, o sometidas a la práctica por parte de las matronas de empujar enérgicamente el abdomen de la mujer para intentar sacar al bebé durante el parto. También la práctica de episiotomías de forma generalizada e innecesaria, en algunos casos sin uso de anestesia, y sutura posparto de desgarros vaginales. Los informes también denunciaban que dichas prácticas no se llevaban a cabo en algunos casos por necesidad médica, sino por motivos económicos (Bowser y Hill, 2010, p. 9). El informe indicaba pocos casos de «abuso sexual» durante el parto, haciendo referencia a la denuncia de una mujer en Kenia por «haber sido abusada sexualmente durante parto por parte de un proveedor de salud masculino» (2010, p. 10).

La segunda categoría a la que hacían referencia las autoras como una forma de trato irrespetuoso o abusivo era la falta de consentimiento en la atención al parto para la práctica de intervenciones como la episiotomía sin consentimiento del paciente y las crecientes y excesivas tasas de cesáreas innecesarias. La tercera categoría definida como trato irrespetuoso o abusivo hacía referencia a la falta de privacidad y confidencialidad para muchas mujeres en todo el mundo (2010, p. 10). La cuarta categoría hacía referencia al trato no digno brindado a las mujeres durante el parto. Como violaciones a la dignidad de la mujer en el parto, el informe mencionaba la humillación intencionada, culpar a la mujer, el trato rudo, regañar, gritar, divulgar públicamente información privada de un paciente. Como alertan las autoras, a diferencia de formas más manifiestas de abuso, como los golpes o el abandono en la atención al parto, esta categoría, según los autores, dependía mucho del contexto cultural (2010, p. 11). La quinta categoría, hacía referencia a la discriminación por color, origen étnico, edad, idioma, estado serológico respecto del VIH/SIDA, creencias y preferencias tradicionales, situación económica, y nivel educativo en el parto como forma de trato irrespetuoso y abusivo (2010, p. 12). Otra forma de falta de respeto o de trato abusivo era el abandono, sexta categoría del estudio. Numerosos informes indicaban que, en varios países, las mujeres eran abandonadas durante el parto, no se les permitía una persona de confianza que las acompañase, incluso una ausencia de monitoreo y una falta de intervención en casos de emergencias obstétricas (2010, p. 13-14). Los informes hacían referencia a las muertes maternas producidas por falta de personal sanitario o la tecnología para atender emergencias obstétricas. La última categoría a la que hacía referencia el informe era la detención en algunos países de mujeres y de sus bebés recién nacidos en establecimientos de salud, generalmente debido a la falta de pago (2010, p. 14).

Las categorías de Bowser y Hill constituyeron la base conceptual de diversos estudios posteriores (Savage, V., & Castro, A., 2017, p. 4). Como indican Freedman y Kruk (2014), basándose en la investigación de Bowser y Hill:

la prevalencia y la naturaleza del «trato irrespetuoso y abusivo» revela que éste no es el fenómeno de unas pocas manzanas podridas. Más bien, está muy extendido en los servicios de maternidad de muchos países. Y el espectro del trato irrespetuoso y abusivo también es amplio: desde gritos y regaños, hasta bofetadas y pellizcos, abandono de pacientes, discriminación e intervenciones no consentidas. El trato irrespetuoso y abusivo no sólo lo infligen los proveedores individuales, sino también los sistemas de salud cuando las condiciones en las instalaciones se desvían mucho de los estándares aceptados de atención y de infraestructura, personal, equipo y suministros necesarios para brindar esa atención (Freedman y Kruk (2014), p. 42).

Freedman y Kruk (2014) alertaban sobre el «trato irrespetuoso y abusivo», que se materializaba no solo a un nivel individual, sino también estructural y político (2014, p. 42) y que una respuesta adecuada a este problema debía tener en cuenta las tres causas. En este sentido, en un artículo publicado el mismo año, Freedman *et al.* (2014), indicaban que, si bien ha sido de utilidad agrupar las formas de trato irrespetuoso y abusivo en siete categorías (haciendo referencia al estudio de Bowser y Hill) ... «Estas categorías describen tipos de trato irrespetuoso o abusivo que ocurren en los establecimientos de salud, pero no los definen en términos de las características del comportamiento de los proveedores de atención médica, las condiciones de las instalaciones u otros factores (Freedman *et al.*, 2014, p. 915)».

Para estos autores una definición robusta de trato irrespetuoso y abusivo debía capturar el comportamiento individual (*i.e.* Comportamientos específicos de los proveedores experimentados o intencionados como irrespetuosos o humillantes, tales como abofetear o regañar a las mujeres), como el estructural (*i.e.* Deficiencias sistémicas que crean un ambiente irrespetuoso o abusivo, como una sala de maternidad superpoblada y con poco personal, donde las mujeres dan a luz en el suelo, solas y en condiciones antihigiénicas) (2014, p. 915). Asimismo, los autores sostenían que la definición debía incluir acciones cometidas con la intención de provocar un daño, sin embargo, indicaban que, la intencionalidad no debía ser un requisito para definir el trato irrespetuoso y abusivo, sino que debía alcanzar también el trato irrespetuoso y abusivo no intencionado (2014, p. 916). Las autoras definieron finalmente en su artículo «la falta de respeto y el abuso en el parto como interacciones o condiciones de las instalaciones que el consenso local considera humillantes o indignas, y aquellas interacciones o condiciones que se experimentan como o tienen la intención de ser humillantes o indignas (2014, p. 916)».

En su estudio del 2015, Bohren *et al.* reconocieron que «a pesar del creciente reconocimiento del trato negligente, abusivo e irrespetuoso de las mujeres durante el parto en los centros de salud, no existe un consenso a nivel mundial sobre cómo se definen y miden estos casos» (2015, p. 32). En su estudio cualitativo de 65 publicaciones en cuatro idiomas diferentes, categorizaron las experiencias contadas por mujeres en los centros de salud durante la atención al parto en siete tipologías: (1) abuso físico, (2) abuso verbal, (3) estigma y discriminación (4) incumplimiento de los estándares profesionales de atención, (5) mala relación entre mujeres y proveedores, y (6) condiciones y limitaciones del sistema de salud (2015, p. 2).

Como abuso físico, el estudio incluyó el uso de la fuerza física (palizas, agresión, abuso físico, tacto brusco y uso de fuerza extrema, pellizcos, golpear y abofetear, ya sea con la mano abierta o con un instrumento) y la coerción física (sujeción a la cama a la fuerza y el uso de mordazas) (2015, p. 9). Como abuso verbal, el lenguaje agresivo o grosero, observaciones críticas y acusatorias, especialmente hacia las mujeres adolescentes y no casadas, las amenazas y el culpar a las madres (2015, p. 10). Como tercera forma de maltrato, el estudio consideró como otra forma de maltrato, el estigma y la discriminación durante el parto. Durante el parto los estudios analizados recogían la información por parte de las mujeres de sentirse discriminadas por razón de etnia/raza/religión, edad, nivel socioeconómico y condiciones médicas previas (como, por ejemplo, tener VIH) (2015, p. 15). Como cuarta categoría el estudio indicó que las mujeres informaban sobre el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud de los estándares profesionales de atención destinados a abordar las necesidades básicas de las mujeres durante el parto, particularmente en lo que respecta a (1) falta de consentimiento informado y confidencialidad, (2) realización inadecuada de exámenes físicos y procedimientos médicos, y (3) negligencia y abandono de las mujeres.

En el estudio, se comentaba que las mujeres en muchas ocasiones no daban su consentimiento a procedimientos médicos, como las cesáreas, también, que, a la hora de pedir consentimiento, no se les informaba adecuadamente de los riesgos y de los beneficios de los procedimientos a los que estaban consintiendo. En algunos países, la falta de confidencialidad hacia la privacidad de la mujer provocaba que muchas mujeres decidieran quedarse en casa y no acudir a centros médicos (2015, p. 16). Muchas mujeres también relataron que se las había sometido a frecuentes y dolorosos tactos vaginales durante el parto que en muchos casos consideraban ser excesivos, deshumanizantes y humillantes, al llevarse a cabo en público, en algunos casos, y sin el consentimiento previo por parte de la mujer. Sobre los procedimientos, las mujeres denunciaban que se les negaba medicamentos para aliviar el dolor o no tener medicamentos analgésicos disponibles, debido a desabastecimientos o pago insuficiente por parte de la paciente. En último lugar, las mujeres numerosas veces reportaban largas esperas para ser atendidas, en algunos casos referidas a otros hospitales y en casos extremos, daban a luz sin la presencia de una matrona o médico (2015, p. 17).

La quinta categoría analizada por Bohren *et al* hacía referencia a la mala relación entre mujeres y proveedores. En numerosas ocasiones las mujeres relataban una comunicación no efectiva con los profesionales de la salud, problemas derivados del idioma y la interpretación, la falta de atención y de apoyo por parte de los profesionales de la salud, falta de persona de confianza durante el parto, falta de autonomía traducida en no tener en cuenta sus preferencias y decisiones en la posición elegida de parto o las prácticas tradicionales seguras, sentirse objetivadas, haciéndolas sentir como entes pasivos y ser detenidas en algunos casos con sus bebés por no poder pagar (2015, pp. 17-18).

La sexta categoría analizada, hacía referencia a los fallos sistémicos y estructurales de los sistemas de salud como: la falta de salubridad de los centros, la escasez de personal cualificado y preparado, suministros médicos inadecuados, incluidos medicamentos, guantes y sangre, la falta de privacidad e incapacidad de expresar sus opiniones sobre el tratamiento y los servicios prestados durante el parto, la necesidad de recurrir a los sobornos, un sistema de tarifas poco claro y exigencias irrazonables (2015, pp. 19-20). Por último, los estudios hacían referencia al impacto que dichas prácticas estaban teniendo sobre los sistemas de salud: La normalización del maltrato derivada de la autoridad jerárquica y de poder en el sistema de salud y la asistencia tardía a los centros, y el deseo de dar a luz en casa (2015, pp. 21-22).

Bohren *et al.*, hacían referencia al hecho de que, si bien diferentes países, organizaciones y autores habían adoptado diferentes terminologías (como «violencia obstétrica», «atención deshumanizada» y «falta de respeto y abuso») para describir estas experiencias, el término «maltrato a las mujeres» era «más amplio e inclusivo y que captaba mejor toda la gama de experiencias que las mujeres y los proveedores de atención médica han descrito en la literatura (2015, p. 21)». El artículo indicaba que, si bien el maltrato por parte de los proveedores de atención médica no era necesariamente intencional, las experiencias de las mujeres debían ser consideradas igualmente como maltrato. Si bien el maltrato podía derivarse de la estructura o el contexto de un sistema de salud, dichos fallos derivados del sistema no debían ser justificación para su perpetración (2015, p. 23).

El estudio de Bohren *et al.* ha sido tomado de referencia por la OMS (Savage, V., & Castro, A., 2017, p. 5), no obstante, ha sido muy criticado. Rachel Jewkes y Penn- Kekana han argumentado precisamente que el maltrato a la mujer debería ser considerado como una subcategoría del concepto «violencia contra la mujer» en este

contexto⁶ y que «la característica esencial de la violencia contra las mujeres es que surge de la desigualdad estructural de género» (Jewkes, R., & Penn-Kekana, L., 2015, p.1). Como explican las autoras, el concepto desigualdad estructural de género se refiere a la división desigual del poder y los recursos entre mujeres y hombres, que acaba manifestándose a nivel individual y social en un daño (2015, p.1).

En el año 2016, Sadler *et al.*, explicaron que «[a] pesar de estar citado en registros del siglo XIX (Sadler *et al.*, 2016, p. 49-50)» el concepto de «violencia obstétrica» comenzó a tomar forma durante la década de los '90 en el contexto latinoamericano, dónde investigadores y activistas fundamentaron la existencia de dicho fenómeno en las experiencias vividas y narradas por mujeres que daban a luz en contextos institucionalizados denunciando la deshumanización del cuidado en la atención obstétrica como una forma de violencia contra las mujeres (2016, pp. 47-48). Sadler *et al.*, defendían que el concepto de «violencia obstétrica» se ha usado como sinónimo de «trato irrespetuoso o abusivo» o de «maltrato», pero que debería usarse de forma independiente, para poder apreciar los factores macro que influyen en los diferentes modos de experimentar el maltrato o el trato irrespetuoso o abusivo (2016, p. 49), y que este tipo de trato muchas veces no se deriva del comportamiento individualizado del profesional sanitario, sino de la normalización de prácticas «que están integradas en el tejido de la sociedad, produciendo y reproduciendo desigualdades sociales entre grupos» (2016, p. 50). Estas autoras defendían que «centrar el debate en las malas prácticas individuales tiene el potencial de generar una hostilidad improductiva especialmente entre los profesionales de la salud» (2016, p. 51) y que «una de las razones por las que el término violencia obstétrica no está más difundido es que los profesionales de la salud se resisten al uso del concepto de violencia, que es contrario a su *ethos*» (2016, p. 51).

Siguiendo con la discusión, Sen *et al.*, en un artículo publicado en el 2018, hicieron hincapié en que la razón de una falta de una definición conceptual clara y acordada del trato deshumanizado, irrespetuoso, indiferente hacia una mujer durante el trabajo de parto, podía deberse a dos razones principales: «la presencia de una diversidad de partes interesadas, con diferentes perspectivas sobre lo que es importante [...] y la mezcla de percepciones subjetivas de las mujeres, comportamiento interpersonal, prácticas médicas objetivas y estándares normativos...Dependiendo de quién aborde el tema, se incluyen o excluyen diferentes aspectos, y cómo se denomina el fenómeno varía considerablemente» (Sen *et al.*, 2018, p. 7). Las autoras especificaban que el término «violencia obstétrica», si bien surge en un momento concreto, tiene el potencial de producir un «[e]fecto antagónico [...] en la comunidad de profesionales clínicos», con quienes la necesidad de colaborar es fundamental si se quiere lograr un cambio (2018, p. 8). Como explica el artículo «[l]a palabra violencia suele conllevar intencionalidad, lo que no es un marcador consistente de abuso en el contexto de la atención obstétrica. Por ejemplo, los proveedores pueden afirmar que evitar que un bebé tenga sufrimiento puede ser la razón para utilizar una presión contundente en el abdomen durante una segunda etapa prolongada del trabajo de parto. Puede que no tengan la intención de causar daño (2018, p. 8)». Sen *et al.*, se pronunciaban a favor del término «falta de respeto y abuso», a cambio del «violencia obstétrica» y «maltrato», como un punto medio entre el término «maltrato», más aceptado y menos controvertido por parte de la comunidad médica y «violencia», rechazado por la comunidad médica, pero galvanizado por las mujeres cuyas experiencias dan voz a estas prácticas (2018, p. 8). El artículo además destaca y explora las raíces del trato irrespetuoso y abusivo en contextos médicos

⁶ Si bien no aportan una justificación de dicho argumento o una delimitación conceptual entre maltrato y violencia aplicada al ámbito de la medicina o de la obstetricia.

identificando dos: las desigualdades económicas y las estructuras y procesos institucionales que enmarcan la atención obstétrica (2018, p. 9-14).

En su artículo publicado en *Hypatia* en el 2023, Camilla Pickles se pronuncia vehemente a favor del uso del término de «violencia obstétrica», además de los términos «maltrato» y «trato irrespetuoso y abusivo» porque da a las mujeres una herramienta para comunicar experiencias concretas, que los términos de maltrato y abuso no abarcan o matizan. Ello es importante porque permite desarrollar una conciencia que habilita a las mujeres divisar prácticas que son normalizadas por contextos y prácticas sociales locales (Pickles, 2023, p. 13). Para Pickles «[e]s valioso tener varios nombres para comunicar experiencias, y esos nombres deben ser desarrollados por quienes viven esas experiencias (2023, p. 13-14)». Los términos «maltrato» o «trato irrespetuoso o abusivo» tienen un poder limitado a la hora de comunicar experiencias y dichos términos sugieren que hay poco o ningún tipo de violencia en contextos médicos, de tipo estructural o de otro tipo (2023, p. 14). Un argumento relevante en el texto de Pickles es que, en los trabajos académicos que han contribuido al debate conceptual, se han denominado como abuso o maltrato, prácticas que en otros ámbitos, fuera del ámbito médico, se denominan violencia: «por ejemplo, la penetración vaginal no consentida se considera violencia sexual, abofetear o restringir a una persona a una cama constituye violencia y está explícitamente prohibido en la mayoría de las leyes penales, incluidas las leyes sobre violencia doméstica» (2023, p. 14). El denominar estas prácticas como «maltrato» y no «violencia» o abuso» en contextos médicos las invisibiliza o minimiza su seriedad.

Cuando el uso de un término minimiza o distorsiona su seriedad, como indica Pickles «oscurece nuestra capacidad de ver, relacionarnos y responder significativamente a las experiencias vividas, y las estructuras opresivas más amplias no pueden exponerse ni cuestionarse» (2023, p. 14). De todos modos, Pickles reconoce las limitaciones conceptuales, derivadas de un concepto amplio de violencia, como estructural e indirecta ya que puede ser «difícil de utilizar de manera práctica» (2023, p. 14).

En su artículo más reciente, reconoce que la violencia obstétrica corre el riesgo de convertirse en un concepto sobre generalizado y nebuloso (2024, p. 2). Pickles opina que una definición tradicional de violencia, como conducta u omisión directa e interpersonal que tiene por intención causar un daño (2024, p. 10) es inadecuada, ya que, si bien es una definición que permite establecer límites conceptuales precisos, «deja por fuera demasiado que debería incluirse (2024, p. 10)». Para Pickles, la identificación de prácticas como violencia obstétrica sin una consistencia conceptual ha provocado un uso expansivo a lo largo del tiempo. Este uso expansivo «alimenta la sensación de que se trata de un concepto demasiado generalizado o especialmente vago porque sus posibles límites no son fácilmente discernibles (2024, p. 12)». Debido a este motivo, la falta de una coherencia a la hora de definir el concepto de «violencia obstétrica», promueve su rechazo (2024, p. 16). Por esta razón, Pickles sugiere una definición de violencia obstétrica, apoyando la propuesta de Bufacchi planteada en su libro *Violence and Social Justice*, como la violación de la integridad física y mental (2024, pp. 17-21; Bufacchi, 2007, pp. 40-44).

5. Una reflexión sobre la definición actual y sus implicaciones

Un análisis detallado de dichas definiciones, individual y comparado, revela unos elementos comunes que caracterizan este concepto, que, a su vez, ponen de relieve su complejidad.

En primer lugar, la falta de una definición consensuada de violencia a nivel internacional es un problema a la hora de sistematizar y delinear los bordes entre lo que se debería considerar violento y, por tanto, reprehensible como tal, y lo que no. Este problema se manifiesta cuando se comparan las definiciones de violencia en los dictámenes y sentencias analizados. Por un lado, el informe de la Relatora Especial caracteriza como «violencia» una serie de prácticas: la sinfisiotomía, la esterilización y el aborto forzados, la cesárea no consentida y las episiotomías innecesarias y no consentidas, como formas de violencia. Explica en su informe los motivos para poder ser consideradas violencia e identifica los siguientes elementos: el primer elemento (la separación y ampliación quirúrgica de la pelvis; el aborto y la esterilización; el uso de cirugía para alumbrar; las incisiones quirúrgicas); el segundo elemento (a través de la fuerza, sin consentimiento o de forma innecesaria); y el tercer elemento (que produzca o pueda causar daños físicos y psíquicos para la madre). Todo lo demás lo define como maltrato, una vulneración de los derechos humanos, pero no una forma de violencia. Sin embargo, por otro lado, la CEDAW, en los casos N.A.E. y M.D.C.P., califica todos los hechos ocurridos como violencia obstétrica, identificando prácticas (desde una cesárea no consentida, hasta el uso de personal médico en formación para llevar a cabo exámenes ginecológicos) como violencia, sin matizaciones. Esto se debe a que el enfoque para definir la violencia es diferente. El informe de la Relatora define de forma individualizada una práctica como violenta, mientras que en los casos N.A.E. y M.D.C.P el Comité aplica el concepto *continuum* de violencia para definir un conjunto de hechos como constitutivos de violencia.

El término *continuum* de violencia fue desarrollado por Kelly en 1988 en su influyente obra *Surviving Sexual Violence*, refiriéndose, no a la violencia obstétrica, sino a la violencia sexual (Kelly, 2013). Basándose en una investigación de naturaleza sociológica, Kelly utilizó el término *continuum* para describir diversas formas de violencia, desde las sutiles y sistémicas hasta las evidentes y físicas. Para Kelly estas formas están interconectadas y forman parte de un espectro más amplio de comportamientos y prácticas opresivas, desafiando la noción binaria de la violencia y enfatizando las graduaciones y la presencia arraigada de la violencia en la sociedad, especialmente contra mujeres y grupos marginados (Kelly, 2013, pp. 97 y ss.).

N.A.E. y M.D.C.P. aplican este concepto de *continuum* de violencia, no individualmente a cada práctica, como lo hace el informe de la Relatora sino de forma general, englobando todos los hechos. Si bien es cierto que, desde un punto de vista teórico, el *continuum* de violencia es un concepto fundamental e importante para entender la especial naturaleza multifacética de la violencia contra la mujer, el problema que se deriva de esta calificación de la violencia corre el riesgo de generar un concepto demasiado amplio, por tanto, ambiguo, con umbrales poco definidos, que al final desdibujan el concepto, más que reforzarlo. No es lo mismo y no tienen la misma gravedad una cesárea no consentida, una episiotomía no necesaria o la inmovilización, que la infantilización, el uso de personal médico en formación o dar al bebé leche de sustitución sin el consentimiento de los padres. Es importante por este motivo, partir de una definición de violencia⁷, para poder establecer un sistema jurídico coherente y bien definido, porque de ello se deriva la respuesta más severa o menos, de nuestro ordenamiento.

También es importante resaltar que, aunque una práctica no sea considerada como violenta, puede constituir una vulneración de los derechos humanos y dar lugar

⁷ Si bien no hay un consenso sobre la definición de violencia, este concepto ha sido ampliamente estudiado y existe una extensa bibliografía sobre el tema: Véase <https://www.oxfordbibliographies.com/display/document/obo-9780199730414/obo-9780199730414-0063.xml>; Vorobej, M. (2016).

a una correspondiente sanción social. Por otra parte, algunas violaciones de derechos humanos pueden no percibirse inicialmente como actos de violencia, pero aun así representar la antesala de fenómenos violentos de mayor gravedad.

En relación con la falta de consenso acerca del concepto de «violencia», el motivo central, quizá el más polémico en el desarrollo del concepto de violencia obstétrica es el elemento de la intencionalidad⁸. En los trabajos de investigación analizados en este artículo⁹, se evidencia una confusión conceptual entre los términos maltrato, abuso y violencia¹⁰. Como se ha mencionado anteriormente¹¹, algunos autores han sugerido el uso del término maltrato o abuso, en vez de violencia para no antagonizar a los profesionales sanitarios. Esto ha provocado fuertes críticas, al señalar que determinadas prácticas cometidas en entornos clínicos, por sus características, deberían llamarse violencia, al igual que las mismas conductas en otros contextos se denominan como tal. Además, muchos autores coinciden en que el concepto de violencia tradicional, como una conducta intencionada que causa un daño, es inadecuado¹². De hecho, los dictámenes y sentencias analizados en este trabajo utilizan el término «violencia estructural»¹³ y prescinden de la intencionalidad en la definición de la violencia, definiéndola con base en el daño producido y una gama de posibles acciones. El informe de la Relatora Especial argumenta que «aunque muchas formas de maltrato relacionadas con la atención al parto y otros servicios de salud reproductiva no son actos deliberados o intencionados de violencia contra la mujer [...] en determinadas circunstancias, algunas formas de maltrato podrían constituir violencia contra la mujer en casos concretos y en función de sus circunstancias (A/74/137, 2019, párr. 13)». Es decir, que, si bien hay formas de maltrato que no son violencia porque no son deliberados o intencionados, hay algunas formas de maltrato que pueden considerarse violentos, aun no siendo intencionados o deliberados. Estas son la sinfisiotomía, la esterilización y el aborto forzados la cesárea no consentida y las episiotomías innecesarias y no consentidas. Su carácter violento se deriva de la falta de consentimiento, y la falta de necesidad de la intervención y el daño producido sobre la mujer. Tampoco la CEDAW requiere la intencionalidad para calificar los hechos como violencia. En Britez Arce, la CIDH no menciona la intencionalidad y considera que es violencia el trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente, la denegación de tratamiento e información

⁸ Este trabajo hace referencia al concepto de intencionalidad usado en Derecho Internacional que es más amplio que el concepto de dolo, que se usa en el derecho penal continental.

⁹ Véase epígrafe 4º de este trabajo.

¹⁰ Savage y Castro, argumentan que el estudio del maltrato en contextos obstétricos debe ser abordado desde una perspectiva interdisciplinar (salud pública, derechos humanos, medicina, bioética, estudios de género y antropología entre otros) y que los problemas terminológicos se derivan de una ausencia de análisis interdisciplinar. Savage, V., & Castro, A. (2017).

¹¹ Ver epígrafe 5, especialmente los trabajos de Pickles.

¹² Ibid.

¹³ El concepto de violencia estructural es un término que fue acuñado por Johan Galtung y la teología de la liberación durante la década de 1960. Galtung estudió que existe otro tipo de violencia, que no es directa, ni individual, que se deriva de la estructuras sociales –económicas, políticas, jurídicas, religiosas y culturales– que impiden a individuos, grupos y sociedades alcanzar su máximo potencial (Galtung J (1969). Aplicado al mundo de la medicina, implicaría que, las enfermedades tienen su causa en los determinantes sociales que producen que algunos individuos o grupos las sufran más que otros. Sin embargo, como indican Farmer *et al.*, «debido al contacto con los pacientes, los médicos fácilmente pueden apreciar que las fuerzas sociales a gran escala, como el racismo, la desigualdad de género, la pobreza, la violencia política y la guerra, y a veces las mismas políticas que intentan abordarlos, a menudo determinan quién se enferma y quién tiene acceso a la atención médica» (Farmer *et al.*, 2016, p. 1686). Según estos autores, «desafortunadamente, esta conciencia rara vez se traduce en marcos formales que vinculen el análisis social con la práctica clínica cotidiana» (2016, p. 1686). Una razón detrás de esta falta de vinculación se encuentra en «que el santo grial de la medicina moderna sigue siendo la búsqueda de la base molecular de la enfermedad. [...] Ello ha contribuido al aumento de la “desocialización” de la investigación científica: una tendencia a hacer solo preguntas biológicas sobre lo que son, de hecho, fenómenos biosociales» (2016, p. 1686).

completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables, las intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y 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 (CIDH, *Brítez Arce y Otros vs. Argentina*, 2022, párr. 81).

El concepto de violencia estructural influye profundamente en el concepto de violencia obstétrica a nivel internacional. Este concepto hace referencia a un tipo de violencia, que no es intencionada o deliberada, sino que es indirecta, estructural e institucional, pero que, de la misma forma, causa un daño y que puede no haber sido intencionado, pero se podría haber previsto y evitado¹⁴. Por ejemplo, la desigual distribución de los recursos conlleva una discriminación de determinados grupos en su disfrute del derecho a la salud. En muchos lugares del mundo, una financiación perversa de la salud materna lleva a índices elevados de muertes maternas (Maravall-Buckwalter, I., Dubin, A., Durojaye, E., 2024). Para los teóricos de la violencia estructural, la violencia está incorporada en el sistema y se manifiesta como un poder desigual y, en consecuencia, en oportunidades de vida desiguales. Si las personas están muriendo de hambre y estas muertes se podrían haber previsto y evitado, entonces estaría ocurriendo violencia (Bufacchi, 2007, pp. 82-83). El concepto de violencia estructural ha sido objeto de crítica, principalmente por prescindir de la intencionalidad y definir el concepto de violencia solo por el daño que produce (Coady, 2008, pp. 25-35; Keane, J., 1996, p. 66). Ello tiene por consecuencia, ampliar demasiado el concepto, para al final, no poder diferenciarlo de otras conductas, que pueden constituir discriminación, pero no necesariamente violencia (Bufacchi, 2007, p. 83). A la hora de conceptualizar la violencia de género se ha definido como poco útil a efectos prácticos:

Dado que al bloquear la identificación separada de la violencia de otros aspectos de la desigualdad de género se impide cualquier análisis efectivo de la relación entre violencia y desigualdad de género. Investigar la relación entre los sistemas sociales y la violencia es una parte importante de un programa de investigación, pero no es definitorio. Aunque las variaciones en la estructura social son relevantes para explicar los patrones de violencia, no deben tratarse como parte de la definición de violencia (Walby *et al.*, pp. 32-36).

Si bien, como se ha explicado, el concepto de violencia estructural ha recibido muchas críticas, como Bufacchi indica «[h]ay cierto valor en la noción de violencia estructural, en particular en el hecho de que nos obliga a pensar en la violencia desde la perspectiva de quienes son los receptores de tales actos (Bufacchi, 2007, p. 83)». Para los autores que han defendido el concepto de violencia estructural, un fenómeno violento no debe definirse solo desde la perspectiva del sujeto activo, sino del pasivo, es decir, de la víctima o potencial víctima. Y es precisamente esta deslegitimación o validación de las voces de las víctimas, en la definición misma de la violencia - al centrarse en lo que considera violento quien la ejerce o un tercero que no la experimenta - lo que permite que estos últimos impongan a las primeras (es decir, a

¹⁴ Bufacchi explica que el requisito de la intencionalidad en la definición del concepto de violencia ahonda sus raíces en el trabajo de los primeros teólogos cristianos, la doctrina de la guerra justa, así como la filosofía moral de Kant. Sin embargo, este autor argumenta que entender la violencia solo como una conducta intencionada excluye otras conductas que también deberían considerarse violentas, ya que causan un daño en quienes la padecen, y no son intencionadas, pero sus consecuencias eran previsibles (Bufacchi, 2007, p. 68).

las víctimas) qué conductas son susceptibles de rechazo y cuáles no (Frazer & Hutchings, 2020)¹⁵.

Al ser un concepto reconocido internacionalmente, la identificación como fenómeno violento, la responsabilidad y la naturaleza de las medidas, se resolverán a través de los instrumentos típicos de los procedimientos de esta naturaleza. La responsabilidad derivada de los dictámenes y sentencias condenatorias en Derecho Internacional es de los Estados, que responden por su falta de diligencia debida en la prevención de la violencia. En este tipo de procedimientos, el concepto de violencia estructural, como violencia indirecta, no plantea grandes dificultades, ya que la naturaleza misma del Derecho Internacional de los Derechos Humanos es la reestructuración de un sistema anclado en la desigualdad en el disfrute de los derechos. Sin embargo, inevitablemente, este concepto de violencia estructural, como violencia indirecta, planteará problemas al trasladarse al derecho nacional, especialmente cuando se trate de configurarlo penalmente, ya que la responsabilidad penal es individual, no del Estado¹⁶.

En segundo lugar, además del concepto de «violencia», este artículo ha hecho referencia a otros problemas asociados a las definiciones internacionales, en particular en lo relativo al alcance del sujeto pasivo, del sujeto activo y al ámbito de protección. Los límites de estas definiciones pueden generar situaciones de desprotección en determinados contextos y para ciertas personas.

Por último, es importante mencionar, para concluir, que el concepto de «violencia obstétrica» no es el resultado de demandas partidistas, sino de un intenso debate académico, interdisciplinar e internacional, entre el derecho, la antropología,

¹⁵ En la identificación de la violencia la denominada *politics of naming* (la política de nombrar) hace referencia al proceso de nombrar fenómenos como violentos como un acto político que invisibiliza a algunos y permite a otros seguir adelante con sus conductas sin reproches o consecuencias. La *politics of naming* como idea, ha sido desarrollada por autores, entre otros, Foucault, M. (2013), Butler, J. (1990). Sobre el silenciamiento de las mujeres y la desautorización de sus testimonios: Ferrer (2023).

¹⁶ Varias prácticas consideradas como violencia obstétrica suelen en varios ordenamientos ser tipificadas como negligencias médicas, siempre que no sean dolosas, y por tanto son justiciables a través de esta vía. Sin embargo, muchas, no. Y las que sí, en los ordenamientos que no tienen tipificada la violencia obstétrica, dichas prácticas no son sancionables como violencia, sino como negligencia. Si bien un análisis detallado de la regulación de la violencia obstétrica civil o penal, nacional o penal, excede del alcance de este artículo, me parece interesante incluir la siguiente reflexión de Karen Brennan que invita a la reflexión sobre esta cuestión: «Hace cuatro años, escribí *Reflections on Criminalising Obstetric Violence: A Feminist Perspective*, un capítulo sobre la criminalización de la violencia obstétrica que aboga por una ley penal centrada en la mujer que tenga en cuenta los daños que las mujeres experimentan en este contexto. Mi argumento fue que, suponiendo que la criminalización sea una respuesta adecuada, sería necesario tipificar un delito específico de violencia obstétrica. Sin embargo, como alguien que generalmente cree que el derecho penal debe usarse de manera restrictiva y que anteriormente ha cuestionado la individualización de la responsabilidad penal en otros contextos, tenía algunas reservas persistentes sobre si criminalizar a los profesionales médicos, particularmente en entornos de atención de salud pública con escasos recursos, y si esta sería la respuesta más justa y adecuada a la violencia obstétrica, y el resultado más eficaz para proteger y reparar a las víctimas. Relacionado con esto está la preocupación por el impacto del miedo a una posible criminalización en términos de seguridad del paciente, algo de lo que me he vuelto más consciente después del Informe Okenden. El argumento de mi capítulo se basó en la necesidad de un delito “centrado en la mujer”, y otro aspecto a considerar es la importancia de adoptar un enfoque inclusivo. Desde que escribí este capítulo, también tuve mi primera experiencia de parto. Habiendo experimentado ahora las complejidades del evento confuso, impredecible, emocional, doloroso, natural/normal y, sin embargo, potencialmente peligroso, del parto, y los sistemas y prácticas médicos que lo gobiernan, me siento impulsada a reflexionar más sobre mis argumentos anteriores». Centre for Ethics and Law in the Life Sciences and the Centre for Criminal Law and Criminal Justice, el 30 de septiembre del 2022, “Criminalising obstetric violence: An appropriate response to abuse within the maternity system?” (<https://www.durham.ac.uk/departments/academic/law/news-and-events/events/2022/criminalising-obstetric-violence/>)

la medicina y la bioética, que lleva estudiando desde hace décadas las experiencias de las mujeres en contextos obstétricos, a nivel internacional. Si bien el concepto de violencia obstétrica suscita mucho rechazo¹⁷ y por el momento es un concepto internacional inconcluso y en muchos aspectos indeterminado, surge de las voces de las mujeres que, a través de sus experiencias, han posicionado este concepto en el discurso público y le han dado forma. Es fundamental, en los procesos de reconocimiento de violencia, creer a las víctimas y validar su voz. La violencia puede darse en cualquier ámbito de la vida, y no es un argumento válido, descartar que se pueda producir en el ámbito de la salud, porque es contraria al *ethos* de los profesionales de la medicina. De la misma manera que, no es válido afirmar que, en el ámbito de la familia, no se puede dar violencia de padres a hijos, ya que el *ethos* de los padres es querer a sus hijos. Hoy en día resultaría impensable negar la existencia de la violencia intrafamiliar entre padres e hijos, así como del maltrato y el abuso en ese contexto. Muchos tipos de violencia, hoy reconocidos como tal, social y jurídicamente, tardaron mucho tiempo en admitirse y recibir una respuesta jurídica adecuada (Maravall Buckwalter, 2019, pp. 38-39).

El reconocimiento de la violencia como fenómeno sociológico es un proceso largo y complejo; el problema radica en cómo la definimos, para lograr un sistema coherente, que proteja y repare a las personas que la sufren y resuelva los problemas estructurales que la causan para impedir que siga sucediendo. En este proceso, además de la importancia que tiene para una sociedad, la validación de la voz de las víctimas, en el proceso de diálogo, debate y reflexión sobre la mejor forma de regular la violencia obstétrica, es fundamental reflexionar con mucho cuidado sobre las implicaciones de una regulación que tiene por objeto el trabajo de un sector de la medicina que se dedica a una especialización que es agotadora, peligrosa e impredecible en muchos casos y particularmente emotiva.

6. Conclusión

El concepto de «violencia obstétrica» ha sido reconocido internacionalmente, aunque carece de una definición definitiva y universalmente aceptada y aunque existe cierto consenso sobre el concepto, todavía hay debate y dudas en curso sobre su significado y alcance preciso. El concepto no es novedoso y lleva ya más de un siglo usándose para hacer referencia a determinadas prácticas y tratos que reciben las mujeres durante el embarazo, parto y el posparto. A raíz del impacto de determinadas investigaciones sobre el maltrato, abuso y violencia en contextos obstétricos a nivel mundial, la Relatora de las Naciones Unidas reconoció el término por primera vez en el 2020 y articuló el concepto a nivel internacional. El término ha sido posteriormente, como se ha analizado en este artículo, recogido y definido por la CEDAW y la CIDH.

Aunque existe variabilidad en las definiciones, hay consenso en identificar la «violencia obstétrica» como una forma de violencia contra la mujer y persona gestante durante el embarazo, parto y posparto, ejercida principalmente por profesionales de la salud en centros de atención. Sin embargo, un análisis de dichas definiciones

¹⁷ La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O) en un comunicado firmado por la Junta Directiva titulado «Violencia Obstétrica» ha expresado lo siguiente: «Nos parece inapropiado, tendencioso e injusto el término “violencia obstétrica” por su significado jurídico doloso, como intención de causar daño, ánimo de lesionar, empleo de fuerza o amenazas, tipificable penalmente, que debemos rechazar por completo. No debe confundirse en modo alguno la praxis inadecuada con las expectativas de parto no cumplidas. Sin embargo, es un término que ha permitido poner de manifiesto las experiencias desagradables de muchas mujeres y posicionarlo en el debate público» ([comunicado-sego-julio2021.pdf](https://fundacionvoto.org.ar/comunicado-sego-julio2021.pdf) (fundacionvoto.org.ar). Recientemente un artículo publicado criticando el concepto de «violencia obstétrica»: Chervenak *et al.*, (2024). Sobre los argumentos en contra: Chadwick (2023).

permite resaltar su complejidad. Este artículo ha ofrecido una reflexión sobre los límites y problemas de las definiciones actuales y sus implicaciones. Concretamente, enfocar la discusión y el debate hacia una definición coherente de violencia, los elementos que la definen y la precisión del alcance del sujeto pasivo y activo, son los primeros pasos y vías argumentativas hacia un posible consenso.

Bibliografía

- Blundell, J. (1828). Lectures on the theory and practice of midwifery. *Lancet*, 222, 329-335. <https://www.coccyx.org/medabs/blundell.htm>.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, 12(6), <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Editorial Popular.
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis, USAID-Traction project. *Harvard School of Public Health University Research Co., LLC* September 20, 2010 https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf.
- Bufacchi, V. (2007). *Violence and social justice*. Palgrave Macmillan UK.
- Castro, A. (2019). Witnessing obstetric violence during fieldwork: Notes from Latin America. *Health and human rights*, 21(1), 103.
- Centre for Ethics and Law in the Life Sciences and the Centre for Criminal Law and Criminal Justice, 30 de septiembre del 2022, evento sobre “Criminalising obstetric violence: An appropriate response to abuse within the maternity system?” (<https://www.durham.ac.uk/departments/academic/law/news-and-events/events/2022/criminalising-obstetric-violence/>)
- Chadwick, R. (2023). The dangers of minimizing obstetric violence, *Violence against women*. 29(9), 1899-1908.
- Chervenak, F. A., McLeod-Sordjan, R., Pollet, S. L., Jones, M. D. F., Gordon, M. R., Combs, A., ... & Grünebaum, A. (2024). Obstetric violence is a misnomer. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3), DOI: 10.1016/j.ajog.2023.10.003.
- Coady, C.A.J., (2008), *Morality and Political Violence*, Cambridge University Press.
- Davis, D. A. (2019). *Reproductive injustice: Racism, pregnancy, and premature birth*. New York University Press.
- Farmer, P., Nizeye, B., Stulac, S., & Keshavjee, S. (2016). Structural violence and clinical medicine. *PLoS medicine*, 1686-1691.
- Ferrer, R. G. (2023). La judicialización del parto. Un ejercicio de injusticia epistémica testimonial. *Eunomia. Revista en Cultura de la Legalidad*, (24), 163-183.
- Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948), e42-e44.
- Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwigwa, C., Warren, C. E., ... & Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 915-917.
- Freeman, M. A., Rudolf, B., & Chinkin, C. (Eds.). (2012). *The UN convention on the elimination of all forms of discrimination against women: A commentary*. Oxford University Press, pág. 452.
- Galtung J (1969). Violence, peace and peace research. *J Peace Res*, (6), 167–191.

- Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS medicine*, 12(6), e1001849.
- Keane, J. (1996). *Reflections on Violence*. Verso
- Kelly, L. (2013). *Surviving sexual violence*. John Wiley & Sons.
- La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O), COMUNICADO S.E.G.O.: VIOLENCIA OBSTÉTRICA. comunicado-sego-julio2021.pdf (fundacionvoto.org.ar).
- Maravall Buckwalter, I. (2019). *La declaración del menor en el proceso penal: admisibilidad y práctica en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. Tirant Lo Blanch.
- Maravall-Buckwalter, I., Dubin, A., Durojaye, E., (forthcoming 2024). The Contribution of Uganda's Constitutional Court Petition 16 Judgement to the Right of Access to Quality Emergency Obstetric Care under International Law. *Journal of African Law* (Cambridge University Press).
- O'Brien, E., & Rich, M. (2022). Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399 (10342), 2183-2185.
- 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.
- 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
- 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.
- Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reproductive health*, 14, 1-27
- Sedano, L. M., Sedano, M. C., & Sedano, M. R. (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 866-873.
- Sen, G., Reddy, B., & Iyer, A. (2018). Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reproductive health matters*, 26(53), 6-18.
- Villareal, M., (2022). La "violencia de género" como concepto normativo en Argentina. Elementos para avanzar hacia interpretación conforme al marco jurídico internacional que protege los derechos humanos de las mujeres. Universidad de Antioquia; *Estudios de Derecho*; 79; 174; 10-2022; 117-142.
- Vorobej, M. (2016). *The concept of violence*. Routledge.
- Walby, S., Towers, J., Balderston, S., Corradi, C., Francis, B., Heiskanen, M., ... & Strid, S. (2017). *The concept and measurement of violence against women and men*. Policy Press, 32-36.

Jurisprudencia y Dictámenes de Órganos de Tratados

- CEDAW, *M.D.C.P contra España*, CEDAW/C/84/D/154/2020, 7 de marzo de 2023.
- CEDAW, *N.A.E. contra España*, CEDAW/C/82/D/149/2019, 13 de julio de 2022.
- CEDAW, *S.F.M. contra España*, CEDAW/C/75/D/138/2018, 6 de marzo de 2020.
- CIDH, *Caso Brítez Arce y Otros vs. Argentina*, Sentencia de 16 de noviembre de 2022, nota a pie de página 101.
- CIDH, *Opinión Consultiva OC-29/22*, de 30 de mayo de 2022 "Enfoques Diferenciados Respecto de Determinados Grupos de Personas Privadas de la Libertad".

Otros documentos de naturaleza internacional



- AG, *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, 1993
- CEDAW, Recomendación General N° 19 de la CEDAW: La violencia contra la mujer (11° periodo de sesiones, 1992).
- CIDH. *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 44/17. 17 abril 2017.
- CIDH. *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233. 14 noviembre 2019.
- Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, “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”, A/74/137, 1 de julio de 2019.