

Desafíos de la conceptualización jurídica de la violencia obstétrica en Uruguay y sus derivaciones prácticas

Autoras

Lucía Giudice*

Romina Gallardo Duarte**

Cómo citar este artículo

Giudice, L. y Gallardo Duarte, R. (2025). Desafíos de la conceptualización jurídica de la violencia obstétrica en Uruguay y sus derivaciones prácticas, REV. IGAL, 4 (1), 32 - 47.

*ORCID: 0000-0002-2570-9556

**ORCID: 0000-0003-2909-9190

RESUMEN

Este artículo analiza cómo se conceptualiza la violencia obstétrica en Uruguay y las dificultades para su aplicación en la práctica jurídica, destacando las tensiones existentes entre el marco jurídico, la práctica médica y las luchas feministas. El trabajo sostiene que el reconocimiento jurídico de la violencia obstétrica en Uruguay es un avance simbólico, pero insuficiente. Persisten problemas conceptuales, vacíos normativos y resistencias institucionales que limitan la protección efectiva de los derechos de las mujeres y personas gestantes. Para superar estos desafíos, se propone por parte de las autoras, repensar la noción de autonomía desde una perspectiva feminista, interseccional y relacional, que además incorpore los aportes teóricos sobre injusticia epistémica, e implementar mecanismos efectivos de prevención, denuncia y sanción.

PALABRAS CLAVE:

VIOLENCIA OBSTÉTRICA - VIOLENCIA EPISTÉMICA - AUTONOMÍA REPRODUCTIVA - VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO - TEORÍAS FEMINISTAS.

ABSTRACT

This article analyzes how obstetric violence is conceptualized in Uruguay and the difficulties in applying it in legal practice, highlighting the tensions between the legal framework, medical practice, and feminist struggles. The paper argues that the legal recognition of obstetric violence in Uruguay is a symbolic but insufficient advance. Conceptual problems, regulatory gaps, and institutional resistance persist, limiting the effective protection of the rights of women and pregnant people. To overcome these challenges, the authors propose rethinking the notion of autonomy from a feminist, intersectional, and relational perspective, incorporating theoretical contributions on epistemic injustice, and implementing effective mechanisms for prevention, reporting, and punishment.

KEYWORDS:

OBSTETRIC VIOLENCE - EPISTEMIC VIOLENCE - REPRODUCTIVE AUTONOMY - GENDER-BASED VIOLENCE - FEMINIST THEORIES

1. Introducción

La violencia durante el embarazo, parto y puerperio es conceptualizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) como una "falta de respeto" o un "maltrato durante la atención" y reivindicada desde Latinoamérica como "violencia obstétrica", a partir de la lucha feminista. Se trata de un fenómeno global, y así lo demuestran diversos estudios (Bohren et al., 2015) y documentos, como el informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra las mujeres y niñas (Simonovic, 2019).

El esfuerzo de visibilización y posicionamiento político de la violencia obstétrica por parte de los feminismos en América Latina es precedido por un largo proceso de desmedicalización y destecnicificación del parto, liderado por diversos grupos activistas en todo el continente (Gallardo, 2022).

Lejos de ser un fenómeno "nuevo", la historia muestra que el daño violento está entrelazado con la medicina obstétrica y ginecológica. El uso del término violencia obstétrica data de principios del siglo XIX (Chadwick, 2021) y surge de la propia disciplina médico-obstétrica, que señala con preocupación esta problemática. La distinción fundamental radica en que el primer uso de la expresión violencia obstétrica, atribuido al obstetra James Blundell, refería a prácticas o conductas perjudiciales en la atención obstétrica, mientras que la reivindicación feminista aporta un giro novedoso al análisis. Este giro considera el carácter estructural del fenómeno, enmarcado en la violencia de género que sufren mujeres y disidencias sexuales, asociado a los estereotipos de género y las relaciones desiguales de poder que sientan las bases de esas conductas (Gallardo y Echetto, 2022: 1-19).

En Argentina, por ejemplo, las activistas feministas introdujeron en la esfera política la denominación violencia obstétrica: "como una contraparte política de los derechos vinculados al parto humanizado, como una violación a los derechos reproductivos. Cuando éstos no se cumplen durante la atención del parto, entonces, la violencia aparece en escena" (Jerez, 2022: 4). En sentido similar, en Uruguay el reconocimiento normativo de la violencia obstétrica también ha sido, en gran parte, una conquista de las luchas feministas (Gallardo y Echetto, 2022).

La violencia obstétrica, sin embargo, no es una categoría conceptual neutral ni universalmente aceptada por todos los actores del sistema. Nombrar y argumentar a nivel epistémico implica e involucra disputas políticas y usos o negaciones estratégicos por las diferentes partes interesadas. Como explica Sesia, estamos frente a un fenómeno que podría definirse como una contienda o disputa epistémica, en la que lo legal, lo judicial y lo político se encuentran fuertemente imbricados (Sesia, 2020).

Si bien en América Latina se observa una prolífica legislación sobre el tema (Gallardo, 2024), así como grandes aportes desde las ciencias sociales, la relevancia de abordar la violencia obstétrica desde los estudios críticos de Derecho se ha vuelto imperativa. Así lo demuestran los recientes fallos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante "Corte" o "Corte IDH") en los casos *Brítez Arce vs. Argentina* (2022) y *Rodríguez Pacheco vs. Venezuela* (2023).

En estas sentencias, la Corte profundizó en el concepto violencia obstétrica, que comenzó a desarrollar en opiniones consultivas previas (CortelDH, Opinión Consultiva OC-29/22) en las que señaló que el Estado tiene la obligación de garantizar el acceso a la información sobre la salud, especialmente la salud reproductiva y materna durante todas las etapas del embarazo, la cual debe basarse en evidencia científica, emitida sin prejuicios, libre de estereotipos y discriminaciones (CortelDH, Caso *Brítez c. Argentina*, 2022, párr. 73 y ss.). El posicionamiento de los feminismos latinoamericanos, tanto desde el activismo como desde la academia, ha sido clave para que la violencia obstétrica sea comprendida hoy como una manifestación de la violencia de género. Desde esta perspectiva, no se trata únicamente del resultado de prácticas médicas individuales, sino de un fenómeno arraigado en estructuras y relaciones de poder desiguales. Concebir el problema en estos términos ha permitido evidenciar su dimensión estructural y su impacto sobre mujeres y disidencias sexuales. Esta mirada también pone de relieve el papel de los estereotipos de género y las dinámicas de poder entre el personal médico y las pacientes. La patologización de los procesos reproductivos naturales y la desconfianza en el autoconocimiento de las mujeres sobre sus propios cuerpos son manifestaciones de esta violencia estructural.

La institucionalización del concepto violencia obstétrica en el marco normativo, sin embargo, no garantiza, por sí sola, una transformación real en las dinámicas de poder que la sustentan. Aunque la legislación uruguaya la reconoce expresamente en el marco de la ley integral de violencia basada en género contra las mujeres, su conceptualización en torno de la autonomía de las mujeres requiere un análisis más profundo que considere tanto una perspectiva interseccional como los aportes teóricos sobre injusticia epistémica. Estas dimensiones permiten evidenciar cómo, más allá del reconocimiento legal, persisten estructuras y prácticas que continúan reproduciendo desigualdades y limitando el ejercicio efectivo de los derechos reclamados por los feminismos.

En este sentido, a partir del análisis documental de fuentes primarias y secundarias, una de las hipótesis que defendemos en este trabajo es que la indeterminación de la concepción de autonomía en la que se basa la definición de violencia obstétrica en Uruguay habilita un amplio margen de discrecionalidad para los equipos médicos. Esta situación se ve agravada por la ausencia de mecanismos y procedimientos efectivos de denuncia, así como por las características arraigadas de la cultura institucional-médica en el país. Así, en las páginas que siguen presentamos un análisis crítico de la normativa uruguaya, exploramos aspectos clave del concepto violencia obstétrica y exponemos algunas de sus manifestaciones más comunes en el sistema de salud uruguayo.

1. Un repaso de la conceptualización de violencia obstétrica

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia de género que se produce en el contexto de la atención sanitaria durante el embarazo, el parto y el puerperio. En ella, los modelos biomédicos de atención y la sobremedicalización desempeñan un papel central, perpetuando la desconfianza en el autoconocimiento de las mujeres sobre sus propios cuerpos (Sadler, 2004; Murialdo, 2019; Gallardo, 2022). Este tipo de violencia adopta diversas formas: desde el trato deshumanizado y negligente hasta la denegación de tratamiento e información completa, y las intervenciones médicas forzadas o coaccionadas. La conceptualización de la violencia obstétrica como tal ha evolucionado significativamente: de ser identificada inicialmente como un conjunto de prácticas o conductas perjudiciales en la atención obstétrica, a pasar a redefinirse e incorporarse en un marco que incluye un análisis estructural y de género.

En línea con la tendencia de los feminismos del nuevo milenio, que han rescatado la diversidad de voces y miradas contrahegemónicas indígenas, negras, jóvenes, mayores, lesbianas, así como una visión descolonial e interseccional de clase, etnia y género (Carosio, 2019), estas nuevas reflexiones se han trasladado también al terreno de la violencia obstétrica. De este modo, Jerez (2024) señala un cambio reciente en la concepción actual de los sujetos pasibles de violencia obstétrica, expandiendo el significado de la violencia gineco-obstétrica al manifestar los padecimientos que atraviesan las personas con posibilidad de gestar que no se identifican como mujeres cis (Gallardo, en prensa). En tanto, estudios provenientes de Brasil, país donde el racismo y la violencia obstétrica se interseccionan de manera directa hasta identificarse con el "racismo obstétrico"¹ como categoría autónoma, han sido pioneros en Latinoamérica al señalar las particularidades que esta manifestación de violencia despliega en las mujeres negras².

En definitiva, este tipo de violencia no es un fenómeno aislado, sino que está profundamente arraigado en estereotipos de género y las relaciones de poder desiguales que, en este caso, incluyen la situación de subordinación de las mujeres a saberes especializados en momentos de específica vulnerabilidad física y emocional. En este sentido, los movimientos feministas subrayan su carácter estructural, vinculándola a la violencia de género que sufren mujeres y disidencias sexuales. Este enfoque destaca cómo las relaciones de poder desiguales y los estereotipos de género se manifiestan en la atención médica, afectando negativamente la autonomía y los derechos reproductivos de las mujeres.

La lucha contra la violencia obstétrica en América Latina tiene una rica historia que se entrelaza con movimientos más amplios de desmedicalización y destecnificación del parto.

Estos movimientos han buscado transformar la atención obstétrica desde una perspectiva que privilegie la autonomía, el respeto por las decisiones de las mujeres sobre sus propios cuerpos, promoviendo prácticas más humanizadas y menos intervencionistas. La historia muestra que el intervencionismo en la atención obstétrica no es un fenómeno reciente, sino que está profundamente arraigado en la práctica médica. De esta forma, el uso excesivo de intervenciones médicas durante el parto ha sido una preocupación desde el siglo XIX, cuando se comenzaron a documentar prácticas perjudiciales en la atención obstétrica propias del modelo biomédico dominante, el cual, a menudo, se caracteriza por un alto grado de intervencionismo y desconfianza en las mujeres como agentes capaces de tomar decisiones autónomas (Gallardo, 2022).

Existe una amplia bibliografía que atribuye la violencia obstétrica a la conjunción de diversos factores: sociales, médicos, culturales e, incluso, bioéticos. Sin embargo, desde una perspectiva jurídica, la violencia obstétrica afecta de forma concomitante, al menos, a dos derechos: el derecho a la salud y el derecho a una vida libre de violencia. En este contexto, en un caso reciente, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado que el derecho a la salud sexual y reproductiva es parte integral del derecho a la salud, relacionándose directamente con la autonomía y la libertad reproductiva.

¹ Consultar el "Pequeño Manual de Antirracismo Obstétrico", elaborado para la REHUNA, por Thais Ferreira, <https://www.instagram.com/rehunabrasil/>

² En Brasil, más del 70 % de los casos de Violencia obstétrica está constituido por mujeres negras, según el documento "Obstáculos a la participación políticas de las mujeres afrobrasileñas". [com/rehunabrasil/](https://www.instagram.com/rehunabrasil/)

En definitiva, la Corte IDH sostuvo, en el año 2022, que la violencia obstétrica, prohibida por diferentes instrumentos de derechos humanos, constituye "una forma de violencia de género ejercida por las personas encargadas de la atención de la salud sobre las mujeres embarazadas, durante el acceso a los servicios durante el embarazo, el parto y el postparto" (Corte IDH, Caso *Brítez c. Argentina*, 2022, párr. 75). Esto se manifiesta mayoritaria aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la negativa de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos adecuados; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas; y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales. Tales manifestaciones, en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio, tienen el potencial de poner en peligro la vida de las mujeres y violan inequívocamente las obligaciones del Estado en materia de derechos humanos (Corte IDH, Caso *Brítez c. Argentina*, 2022, párr. 81).

Luego, en el año 2023, en el caso *Rodríguez Pacheco vs. Venezuela*, la Corte IDH profundizó en su análisis y definición de las obligaciones de los Estados ante la violencia obstétrica. En esta oportunidad, afirmó que la violencia obstétrica afecta el derecho a la salud de las mujeres:

"El derecho a la salud sexual y reproductiva es parte del derecho a la salud. Este derecho se relaciona, por un lado, con la autonomía y la libertad reproductiva, en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación". Así también el derecho a una vida libre de violencia: "A la luz de lo anterior, la Corte reitera que la violencia obstétrica es una forma de violencia basada en el género prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención de Belém do Pará, ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto" (Corte IDH, Caso *Rodríguez Pacheco y otros vs. Venezuela*, 2023).

Estos movimientos han buscado transformar la atención obstétrica desde una perspectiva que privilegie la autonomía, el respeto por las decisiones de las mujeres sobre sus propios cuerpos, promoviendo prácticas más humanizadas y menos intervencionistas. La historia muestra que el intervencionismo en la atención obstétrica no es un fenómeno reciente, sino que está profundamente arraigado en la práctica médica. De esta forma, el uso excesivo de intervenciones médicas durante el parto ha sido una preocupación desde el siglo XIX, cuando se comenzaron a documentar prácticas perjudiciales en la atención obstétrica propias del modelo biomédico dominante, el cual, a menudo, se caracteriza por un alto grado de intervencionismo y desconfianza en las mujeres como agentes capaces de tomar decisiones autónomas (Gallardo, 2022).

Existe una amplia bibliografía que atribuye la violencia obstétrica a la conjunción de diversos factores: sociales, médicos, culturales e, incluso, bioéticos. Sin embargo, desde una perspectiva jurídica, la violencia obstétrica afecta de forma concomitante, al menos, a dos derechos: el derecho a la salud y el derecho a una vida libre de violencia. En este contexto, en un caso reciente, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado que el derecho a la salud sexual y reproductiva es parte integral del derecho a la salud, relacionándose directamente con la autonomía y la libertad reproductiva.

En definitiva, la Corte IDH sostuvo, en el año 2022, que la violencia obstétrica, prohibida por diferentes instrumentos de derechos humanos, constituye "una forma de violencia de género ejercida por las personas encargadas de la atención de la salud sobre las mujeres embarazadas, durante el acceso a los servicios durante el embarazo, el parto y el postparto". Esto se manifiesta mayoritaria aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la negativa de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos adecuados; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas; y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales. Tales manifestaciones, en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio, tienen el potencial de poner

en peligro la vida de las mujeres y violan inequívocamente las obligaciones del Estado en materia de derechos humanos.

Luego, en el año 2023, en el caso Rodríguez Pacheco vs. Venezuela, la Corte IDH profundizó en su análisis y definición de las obligaciones de los Estados ante la violencia obstétrica. En esta oportunidad, afirmó que la violencia obstétrica afecta el derecho a la salud de las mujeres: "El derecho a la salud sexual y reproductiva es parte del derecho a la salud. Este derecho se relaciona, por un lado, con la autonomía y la libertad reproductiva, en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación". Así también el derecho a una vida libre de violencia:

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

2. La conceptualización jurídica de la violencia obstétrica en Uruguay y su recepción por parte del poder médico

2.1. La definición legal

En Uruguay, la violencia obstétrica se define en la Ley N°19.580, conocida como Ley de violencia hacia las mujeres basada en género, aprobada en diciembre de 2017. Este cuerpo normativo se enmarca en el enfoque de las "leyes integrales", un fenómeno jurídico transnacional que tiene lugar a partir de la primera década del siglo XXI en los Estados iberoamericanos para combatir la violencia de género. Este estadio de juridificación alineada con determinadas agendas feministas responde a la conjunción de dos condiciones consecutivas: por un lado, como es sabido, el movimiento feminista se encargó primero de criticar y exhibir el descuido por parte del Derecho respecto de las violaciones de derechos acaecidas en el marco de las relaciones entre particulares, privadas o domésticas. Sin embargo, es en la medida de la tarea llevada adelante por el "feminismo de la gobernanza"³ en los distintos foros internacionales, por otro lado, incentivó y propició la actualización de instrumentos normativos, especificando a las mujeres como sujeto de protección (Giudice Graña y Remersaro Coronel, en prensa).

Estas leyes, a pesar de las diferencias que podemos identificar en los distintos sistemas jurídicos que las incluyen, tienen en común partir de la consideración de la violencia de género como un problema social derivado de la subordinación de la mujer por medio de distintas manifestaciones, entre ellas, la violencia física, psíquica o sexual. Por lo tanto, este enfoque parte de la identificación de las mujeres como las potenciales víctimas de estas conductas, buscando así superar la objeción universalista de la que ha sido objeto el derecho en general y el derecho penal en particular (Giudice Graña y Remersaro Coronel, en prensa).

Las leyes integrales, que pueden distinguirse hasta en tres generaciones según sus contenidos, procuran detener las agresiones concretas a las mujeres, pero fundamentalmente, buscan crear una estructura jurídica que reconozca entornos sobre todo riesgosos para el ejercicio del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, como en el ámbito político, publicitario, laboral, social (Bode-

³ La categoría "feminismo de la gobernanza" permite rastrear la forma como las ideas feministas logran convertirse en dispositivos efectivos de regulación de la vida social. De esta forma, contribuye al entendimiento de cómo los proyectos feministas traspasan fronteras y son incorporados en el derecho y se consolidan en conocimientos especializados, al tiempo de conocer cuáles son las transformaciones que sufren cuando son adoptados y utilizados por individuos, comunidades, Estados u organizaciones. Para un análisis adecuado del fenómeno, sugerimos ver, entre otros: HALLEY, Janet. *Split Decisions: How and Why to Take a Break from Feminism*. Princeton University Press, 2008. *The Move to Affirmative Consent*. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 42 (1), 2016 pp.257-79; HALLEY, Janet et al. *Introducing Governance Feminism*. In *Governance Feminism: An Introduction*, ix-xxi. Minneapolis, University of Minnesota Press, 2018; Jaramillo Ruiz, F., y Céspedes-Báez, L.-M. (2020). *El feminismo de la gobernanza en la CEDAW: La cuestión sobre el trabajo sexual y la prostitución*. *Cadernos Pagu*.

lón, 2008, p. 74) y, en particular, para el tema que nos convoca: el ámbito de la atención de salud. El artículo 6 de la ley uruguaya enuncia y define, de forma no excluyente, diversas manifestaciones de violencia de género. Entre ellas, la violencia obstétrica se define como: "Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos" (Uruguay, 2017: Art. 6°).

A pesar de que su inclusión en el sistema jurídico fue considerada un logro significativo, la definición de violencia obstétrica en la ley, finalmente aprobada, difiere considerablemente del proyecto inicial. Aquí surge uno de los principales problemas: la insuficiencia de la definición para capturar los procesos, acciones y estereotipos que los colectivos feministas han denunciado como violencia obstétrica. Al respecto, en ocasión de la discusión parlamentaria de la ley, representantes del movimiento feminista expresaron que la definición original del proyecto de ley enviado al Parlamento para su consideración recogía las principales manifestaciones de la violencia institucional que se ejerce sobre las mujeres cursando procesos reproductivos. Con el cambio, sin embargo, aseguraron que quedaron tres asuntos esenciales fuera de la previsión: el trato, el abuso de medicalización y la patologización de los procesos, sin expresar los argumentos que expliquen tal omisión. Por tanto, según plantearon, "con la modificación introducida se vació de contenido explicativo la propia definición de violencia obstétrica" (Morelli, 2020, p. 6).

En efecto, el texto del proyecto enviado oportunamente por el Poder Ejecutivo al Parlamento definía con el nombre de violencia obstétrica: "Toda acción, omisión o patrón de conducta del personal de la salud, dirigida a la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de una mujer, que afecta su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo y que se expresa en un trato deshumanizado, el abuso de medicalización y la patologización de los procesos naturales"⁴. Las dificultades que tuvieron los y las legisladoras (algunos incluso de formación profesional médica) para abordar esta redacción y sus alternativas surgieron manifiestamente del tratamiento del proyecto en las comisiones de trabajo parlamentario, en las que expresaron que la versión original presentaba "neologismos" (como "apropiación del cuerpo"), poco adecuados para el lenguaje de las leyes⁵.

En particular, la no inclusión del "trato" en la definición final genera especial perplejidad si se tiene en cuenta que la violencia obstétrica está intrínsecamente relacionada con la manera como la medicina, y en específico, la disciplina obstétrica, trata a las mujeres situándolas en una posición de sumisión, control e injusticia epistémica (Cohen Shabot, 2018). Esta práctica desacredita sus palabras, experiencias y sensaciones en relación con sus propios procesos reproductivos. Un punto recurrente en los testimonios de mujeres que denuncian violencia obstétrica es que sus expresiones durante el parto o el trabajo de parto son frecuentemente desestimadas por el personal de salud. Por lo tanto, nos enfrentamos a situaciones que trascienden el trato humillante o discriminatorio, involucrando dinámicas de poder presentes en las relaciones médicas, que a menudo se manifiestan de manera más sutil o simbólica. En otras ocasiones, estas dinámicas se expresan de forma explícitamente violenta, mediante rezongos, gritos, comentarios ofensivos o incluso amenazas, quedando también estas manifestaciones fuera de la definición legal.

La definición finalmente adoptada por la ley prioriza la afectación de autonomía como elemento central para la determinación de la existencia del tipo de violencia que aquí nos encontramos analizando. Sin embargo, al hacerlo sin otras referencias, la delimitación de cuándo esa autonomía puede verse afectada por el accionar médico, tal como propone la definición legal, puede resultar una tarea particularmente compleja.

Como explica Silvina Álvarez Medina, la autonomía personal es un principio fundamental en los sistemas jurídicos y en la estructura de derechos individuales que estos resguardan y fomentan. No obstante, y a pesar del discurso dominante en la concepción liberal del derecho, la autonomía es una capacidad progresiva, cuyo ejercicio está condicionado por un entramado complejo de relaciones personales y factores contextuales. Desde esta perspectiva, la autonomía no puede entenderse como una facultad absoluta, sino que se configura con distintos grados de intensidad.

El derecho interviene también en la delimitación de estos matices que modelan la autonomía y, por tanto, resulta imprescindible situar las decisiones en el contexto en el que se toman, considerando las relaciones y los significados que influyen en la construcción de las opciones que tienen los sujetos (Álvarez Medina, 2017). En este sentido, desde una perspectiva relacional, la autonomía puede verse comprometida en diversos escenarios, que además pueden variar dependiendo de las características de la paciente. Atendiendo al contexto, el ingreso de una mujer a una institución de

⁴ Proyecto de ley enviado por el Poder Ejecutivo al Poder Legislativo de la República Oriental del Uruguay el 18 de abril de 2016. Disponible en <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/repartido/senadores/48/528/0/PDF>

⁵ Sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo, Cámara de Senadores, 3 y 17 de octubre de 2016. Disponibles en <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/ficha-asunto/129185/tramite>

salud para parir constituye, por sí mismo, una pérdida de autonomía, intimidad y privacidad. Durante la internación, las mujeres quedan expuestas en su corporalidad y genitalidad ante decenas de personas que no conocen, muchas de las cuales ni siquiera se identifican o solicitan consentimiento para el manejo de sus cuerpos, como en el caso de realizar un tacto vaginal.

La definición se refiere también al "abuso" de técnicas o procedimientos invasivos, dejando por fuera el hecho de que este tipo de violencia no necesariamente se configura desde el "abuso" entendido como "exceso de", sino bastando que se lleve adelante una única conducta obstétrica no consentida por la mujer. Por otra parte, el término "invasivo" presenta, además, dificultades, ya que muchas de las conductas obstétricas implican una invasión de la corporalidad en sí mismas, pero, en ciertos casos, no configuran tal violencia si efectivamente se justifican desde el punto de vista médico y son informadas y consentidas.

Asimismo, la definición legal fue reglamentada por las disposiciones administrativas establecidas en el decreto N°339/019. Este decreto, con el título "Prevención de la Violencia Obstétrica", establece: "Las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento constituyen normas técnicas de aplicación obligatoria para los prestadores de servicios de salud. El apartamiento injustificado de las mismas, así como toda forma de trato humillante o discriminatorio, constituye violencia obstétrica (literal h del art. 6 de la Ley N.° 19.580 de 22 de diciembre de 2017) y dará lugar a las sanciones administrativas que correspondan y habilitará el derecho al cambio de prestador de salud en las condiciones y conforme al procedimiento previsto en el lit. c del art. 2 del Decreto N.° 375/012 de 12 de noviembre de 2012" (Uruguay, 2019, Art. 16°).

Esta definición, proporcionada por la autoridad administrativa uruguaya, pretendió ofrecer mediante vía administrativa las herramientas para identificar casos de violencia obstétrica que, por su especificidad, no pudieron incluirse en la ley. En especial, se buscó prever casos en los que los profesionales de la salud se apartan injustificadamente de las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y el parto. Sin embargo, es crucial considerar que los decretos reglamentarios tienen en Uruguay menor jerarquía que las leyes, siendo pasibles de anulación en caso de que el Tribunal de lo Contencioso Administrativo considerase a instancia que hubo exceso por parte de la Administración en el ejercicio de la potestad reglamentaria delegada. En este contexto, el personal de salud podría argumentar que el decreto reglamentario excede los límites establecidos por la ley, la cual, ciertamente, no delega a la Administración la potestad de definir acciones, omisiones o patrones de conducta más allá de lo que establece la propia ley. Esta distinción es esencial, dado que las situaciones de violencia obstétrica deben evaluarse caso por caso.

Un problema adicional al vincular la definición de violencia obstétrica a las recomendaciones del MSP es la posibilidad de que estas cambien con el tiempo, dependiendo de las concepciones de maternidad, mujer y familia de las autoridades administrativas en funciones. Esta variabilidad podría generar inconsecuencias en las directrices y, por consiguiente, en la protección contra la violencia obstétrica. La fluctuación en las recomendaciones podría debilitar la efectividad de las medidas preventivas y sancionatorias, haciendo más difícil garantizar un estándar uniforme de atención y protección para las mujeres. Además, en relación con el parto humanizado, la legislación indica que es uno de los objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva, promover el parto humanizado, garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados (Uruguay, 2008, Art. 3).

En cualquier caso, resulta esencial preguntarnos acerca de cuál es la concepción de autonomía que subyace a las definiciones jurídicas uruguayas. El liberalismo clásico ha concebido la autonomía como la capacidad de determinar nuestras propias máximas de actuación de acuerdo con la racionalidad y la independencia. Sin embargo, estas condiciones, aunque fundamentales, resultan insuficientes a fin de explicar el complejo recorrido que debe seguir un sujeto racional e independiente para conformar una decisión autónoma. Esta insuficiencia se hace más evidente cuando se examina la relación entre la autonomía personal y la distinción entre lo público y lo privado, una relación que ha tenido profundas consecuencias en los sistemas jurídicos y constitucionales modernos (Giudice Graña, 2023a). Históricamente, esta distinción ha influido en la creación de herramientas jurídicas que, al basarse en un sujeto abstracto —un ente racional y libre—, han desatendido las necesidades y los intereses de ciertos grupos, particularmente de las mujeres. Este sujeto abstracto, concebido en la Modernidad, se corresponde en la práctica con un tipo específico de individuo: masculino y blanco.

Las leyes, al amparo del manto de la neutralidad, han perpetuado una visión parcial y excluyente que conduce a una protección insuficiente de las mujeres en el goce de sus derechos.

Especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, en relación con los procesos de gestación, parto y puerperio, podemos observar que, en muchas ocasiones, la autonomía de las mujeres y su libertad de elección se ven afectadas, en gran medida, por los estereotipos de género reinantes en los servicios de salud materna (Gallardo, 2022). Al respecto, desde la jurisprudencia uruguaya, se observa un escaso cuestionamiento a las limitaciones del ejercicio de autonomía por parte de las mujeres en sus procesos reproductivos, así como una legitimación tácita a ciertos mecanismos de control hacia las mujeres que surgen en el marco de litigios civiles por responsabilidad médica (Gallardo y Echetto, 2022).

Esta crítica nos remite a la germinal reflexión feminista sobre la utilidad de emplear las herramientas del amo para resolver los problemas que el propio sistema produce (Lorde, 1984). Desde esta perspectiva, conviene reflexionar sobre la viabilidad de esperar que el derecho moderno, como producto intrínsecamente androcéntrico, proporcione soluciones efectivas a los problemas que afectan típicamente a las mujeres. No podemos olvidar que las estructuras inspiradas en un sistema de opresión cuentan con fuertes dispositivos de resistencia ante los intentos de su desmantelamiento. En este sentido, la reflexión feminista permite cuestionar si resulta estratégicamente consecuente utilizar un marco jurídico diseñado bajo las concepciones enunciadas para avanzar en la defensa de los derechos de las mujeres y en el diseño de instituciones que se ocupen de los problemas que, de manera específica, las afectan. En esta línea, como explica Sesia:

la violencia obstétrica es una categoría epistémica poderosa —aun siendo polisémica, imprecisa y hasta ambigua— para explicar lo que sucede en muchos de los partos que ocurren dentro del sistema público de salud, precisamente, porque nombra una realidad compleja y a veces escurridiza, pero innegablemente presente en estos contextos; además de que engloba un argumento convincente de que este tipo de violencia es de naturaleza sistémica, siendo una manifestación imbricada de violencia de género y, al mismo tiempo, de violencia institucional, que se manifiesta en ciertos espacios sociomédicos específicos: las unidades de salud y, especialmente, los hospitales del sector público (Sesia, 2020, p.3).

El traslado de estos conceptos a un marco normativo plantea importantes desafíos vinculados tanto al ámbito médico como a la violencia de género. Aun así, Sesia (2020) señala que la expresión violencia obstétrica tiene un potencial transformador desde el punto de vista político y legal. La autora atribuye a la opción epistémica, por el concepto violencia obstétrica en la judicialización de estos casos, el potencial de transformar incluso las políticas de salud y el sistema de salud de asistencia al parto. Incluso, algunas autoras, como Pickles, argumentan que designar ciertas conductas o prácticas como violencia permite distinguir entre lo socialmente aceptable y lo inaceptable que, como tal, necesita una atención especial, una respuesta, una justificación, una explicación y como algo que debe ser detenido (Pickles, 2024).

Righetti y Di Marco analizan los trabajos que estudian la violencia obstétrica desde un enfoque legal, señalando que, en un principio, se enfocaron en la calidad del cuidado obstétrico, para luego ampliar el enfoque hacia la experiencia de las mujeres durante el parto (Righetti y Di Marco, 2022). Tal vez, en esta capacidad del concepto de capturar las experiencias de violencia, es que vemos una de sus fortalezas. Tomando cierta distancia de los aspectos estrictamente técnicos en relación con las prácticas obstétricas, sin pretender excluirlos, es que podemos evitar caer en la idea errónea de que la violencia obstétrica es un problema que se presenta sólo durante la labor de parto (Arguedas, 2016).

En términos de Arguedas (2016), el ejercicio de violencia obstétrica constituye un mecanismo de acción de una forma de poder/saber específica, la cual denomina poder obstétrico; una expresión de un poder disciplinario que opera desde la construcción social del género, en un entramado encarnado, a su vez, desde la raza, la clase y la edad, en el marco de sociedades sexistas, y está atravesado también por un ejercicio de violencia epistémica, o dicho de otra forma, por un proceso de injusticia epistémica, siguiendo el esquema conceptual de la filósofa Miranda Fricker. De acuerdo con Arguedas, esa injusticia epistémica es un factor estructural del poder obstétrico, el cual se ejerce desde un saber institucionalizado sobre los cuerpos que son disciplinados, precisamente, desde el momento cuando se les despoja de la condición de sujetos cognoscentes.

2.2. Las trampas del poder médico

Al campo de la indeterminación lingüística de la normativa uruguaya se suman, por un lado, las dificultades para la denuncia y el procesamiento de este tipo de violencia; y, por otro, las características propias de la cultura institucional médica de larga data en Uruguay. En primer término, una posible vía para denunciar la violencia obstétrica en Uruguay es por medio de un procedimiento administrativo ante el Ministerio de Salud Pública. Dicho proceso se rige de acuerdo con lo establecido en el Decreto 192/019 del 28 de junio de 2019, que regula la tramitación de "denuncias, insatisfacciones, sugerencias y agradecimientos de los usuarios de los Servicios de Salud" (Uruguay, 2019).

El procedimiento cuenta con algunas características, las cuales, en un inicio, pueden ser beneficiosas para las y los usuarios del sistema de salud, como el principio de informalismo a favor del denunciante. Este principio permite un mecanismo de acceso a la justicia poco complejo en términos materiales, pudiéndose iniciar el trámite de denuncia mediante un sitio web o en oficinas del propio ministerio. También habilita la posibilidad de realizar estas denuncias sin asistencia letrada. Sin embargo, la organización de la sociedad civil Gestar Derechos ha recomendado que se cuente con representación letrada o el asesoramiento de alguna organización especializada en salud sexual y reproductiva. Teniendo en cuenta que las denuncias son respondidas por médicos que vuelcan en sus respuestas todo su conocimiento especializado en técnica, además de contar con el asesoramiento y la representación de importantes estudios jurídicos dedicados a patrocinar a los corporativos médicos en estos temas, el acceso efectivo a la justicia en esta materia administrativa se encuentra signado por una palmaria desigualdad, en caso de no contar con patrocinio legal privado.

Por otra parte, como se desprende del título del decreto reglamentario, en Uruguay no existe un procedimiento específico para denunciar la violencia obstétrica ni tampoco para otras violaciones de derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Esta ausencia dificulta la identificación del problema y, en consecuencia, su adecuado abordaje. Asimismo, el Ministerio de Salud no ha implantado herramientas específicas para diferenciar las denuncias de violencia obstétrica ya presentadas, de otras quejas, lo que dificulta visibilizar la magnitud del problema. Como resultado, estas denuncias ingresan en el sistema con la denominación que les asigna el denunciante o el funcionario administrativo, lo que puede llevar a que un caso de violencia obstétrica, por ejemplo, sea registrado como un problema de 'calidad en la asistencia', y quede indistinguible de otros trámites¹¹.

Si bien en el artículo 1° del decreto 192/019 se establece que el objeto de la norma es garantizar y resolver las peticiones, reclamos o consultas que formulen los usuarios y usuarias en protección de sus derechos o intereses directos, velando a su vez por el cumplimiento de los deberes de los mismos, no existen plazos específicos para que la autoridad competente -en este caso el Ministerio de Salud- emita un dictamen, lo que lleva a que las denuncias se encuentren con un tiempo de espera de mínimo entre tres y cuatro años para su resolución, lo que en definitiva vulnera el acceso a la justicia de los denunciantes. Este aspecto de las denuncias por violencia obstétrica en Uruguay afecta una de las garantías del debido proceso, que es la existencia de un plazo razonable y, en estos casos, el derecho de acceso a la justicia administrativa. Tal y como ha señalado la Corte IDH para el caso de los procesos judiciales, el derecho de acceso a la justicia implica que la solución de la controversia se produzca en tiempo razonable, ya que una demora prolongada puede llegar a constituir, por sí misma, una violación de las garantías judiciales (Corte IDH, 2008).

En Uruguay, la vía para denunciar la violencia obstétrica por medio de un proceso administrativo ante el Ministerio de Salud Pública presenta obstáculos significativos. Por ejemplo, puede existir un vínculo laboral entre los profesionales que asesoran al Ministerio en estos casos y las instituciones médicas denunciadas, una situación que hemos constatado en la práctica. Además, estas denuncias suelen ser evaluadas por autoridades con formación en ginecología y obstetricia, quienes integran el Área de Salud Sexual y Salud Reproductiva, el programa ministerial al que se refieren estos casos. Alternativamente, también pueden ser atendidas por funcionarios que se basan en informes de médicos legistas. Este aspecto es especialmente relevante, dado que el reconocimiento de la violencia

¹¹ Realizado un pedido de acceso a la información pública en el marco de la ley Ley N° 18.381, de 17 de octubre de 2008, el Ministerio de Salud Pública respondió: "De acuerdo a lo informado por el Departamento de Atención al Usuario de la División Servicios de Salud, se realizó una búsqueda por palabras clave "Violencia Obstétrica" en el sistema informático del Ministerio de Salud Pública (Integradoc). Se debe considerar que, por el método de búsqueda, pueden haber quedado excluidas denuncias con la misma temática, pero ingresadas con diferente tipología; dado que no todos los usuarios ingresan las denuncias de la misma forma. En relación con el sistema propio del departamento "Es por aquí," no se puede realizar dicha búsqueda, ya que el programa no cuenta con la etiqueta "violencia obstétrica".

obstétrica aún enfrenta resistencia dentro del ámbito médico en Uruguay, en particular en el campo de la gineco-obstetricia (Gallardo y Echetto, 2022).

A pesar de la incorporación legal de la violencia obstétrica, esta forma de violencia es, por demás, naturalizada a nivel social, especialmente entre los profesionales de la salud. Lo que ha llevado, por un lado, a mantener o imponer algunas prácticas obstétricas, aunque sean nocivas hacia la mujer; y por el otro, a la resistencia en asumir que ciertas estructuras y dinámicas violentas tienen lugar en las salas de parto (Gallardo y Echetto, 2022).

En ese sentido, las investigadoras Carolina Farias y Natalia Magnone afirman que:

la existencia de la violencia obstétrica (VO) en la norma jurídica ayudó a su visibilización social, pero puede haber resultado en procesos más difíciles para las mujeres, ya que se encuentran con equipos que reaccionan más violentamente al ser interpellados... La Ley de Violencia de Género ha sido más asumida y apropiada por las mujeres que por los equipos sanitarios, haciendo posible que las mujeres puedan identificar que lo que les ocurrió fue producto de actos de VO ejercidos por la institución de salud.

Al respecto, si bien la positivización de la "violencia obstétrica" podría constituir una contribución significativa en el plano de lo simbólico para algunas mujeres⁷, su eficacia jurídica es cuestionable. A pesar de que las potenciales víctimas de este tipo de violencia puedan nombrarla, no cuentan con las herramientas necesarias para su denuncia y tramitación adecuada.

Por su parte, el corporativo médico, algunas declaraciones públicas de médicos gineco-obstetras, dan cuenta de las resistencias por parte del corporativo médico a la utilización del término "violencia" aplicado a la disciplina obstétrica, así como la minimización de este fenómeno en Uruguay. Veamos algunos ejemplos: "los casos de malos tratos hacia las mujeres ahora son excepcionales" (El País, 2022); "en Uruguay puede haber algún ginecólogo que aún realice prácticas abusivas -pero son los menos-" (El País, 2022). Estas posturas también surgen ante las denuncias que presentan las mujeres usuarias del sistema de salud. Este discurso que se opone a reconocer la existencia de la violencia obstétrica no es patrimonio de los profesionales médicos uruguayos⁸.

Cuando en una reciente entrevista televisiva⁹ se consultó a la doctora Risel Suárez sobre el alto índice de cesáreas en Uruguay, su respuesta fue:

"Hoy el mundo pasa por la información inmediata, la información que queremos ahora, la mujer que necesita planificar la finalización de su embarazo porque necesita trabajar, la mujer que posterga su maternidad porque necesita cumplir con determinadas condiciones laborales, tener su profesión, comenzar a desarrollarse en la misma para luego formar una familia, eso implica que cada vez los embarazos son en mujeres más adultas, y eso trae aparejado mayores complicaciones en el embarazo, por lo cual mayor indicación de interrupción antes de la interrupción espontánea fisiológica que el organismo debería".

Según las expresiones de dicha profesional, parecería entonces que el alto índice de cesáreas en Uruguay es responsabilidad de las mujeres: primero, porque se informan; luego, porque se insertan en el mercado laboral y priorizan su carrera antes que la maternidad y, por supuesto, como se mencionará luego en la entrevista, "porque tienen derechos y entonces deciden". La negación de la existencia de violencia obstétrica en Uruguay la sostiene el Estado uruguayo, lo cual se evidencia en la falta de instrumentación de políticas públicas para su abordaje y erradicación o, puntualmente, ante los recientes dichos de una de las expertas integrantes del CEDAW¹⁰, la doctora Leticia Bonifaz Alonzo. Esta expresa: "La violencia obstétrica no existe prácticamente en Uruguay"¹¹, dichos no controvertidos por las autoridades allí presentes.

Ahora bien, los datos oficiales del Estado uruguayo muestran que, entre las mujeres de 15 años y más que tuvieron algún parto, el 17,4 % reporta haber vivido situaciones de violencia obstétrica durante el último parto o cesárea, lo cual representa aproximadamente 185 000 mujeres (INE, 2019).

⁷ Nos referimos a la posibilidad de denominar que ese malestar vivido y, a veces, no identificado en palabras fue efectivamente violencia obstétrica.

⁸ En España, es común que se publiquen comunicados de asociaciones médicas en rechazo de la utilización del término violencia obstétrica y de su existencia. Otro ejemplo es la reciente publicación en la *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, de un artículo que critica el uso del término violencia obstétrica.

⁹ La doctora Suárez es ginecóloga, especialista en gestión de servicios de salud. Es también directora del Hospital de la Mujer. Este es un hospital de tercer nivel de atención docente asistencial, con servicios y prestaciones de referencia nacional. De allí la trascendencia de sus declaraciones. <https://www.youtube.com/watch?v=m78YB5w9e1M&t=892s>

¹⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

¹¹ Intervención realizada en el 86° periodo de sesiones celebrado en Uruguay en el mes de octubre: <https://webtv.un.org/es/asset/k1s/k1sp898btj>

Si se incluye la dimensión de orientación sexual, "en mujeres no heterosexuales alcanza un 39,4 %, más del doble de la declarada por las mujeres heterosexuales (INE, 2019).

Asimismo, de acuerdo con cifras recabadas por la organización "Mujer y Salud" en Uruguay, con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, de 1192 respuestas recibidas, un 56 % manifestó haber vivido una situación de violencia obstétrica en Uruguay, y 3 de cada 10 afirma haber experimentado situaciones de este tipo en los últimos cinco años (MYSU, 2022). En particular, la cesárea injustificada es una de las prácticas que dan cuenta del estado de situación de la violencia obstétrica en Uruguay. Esta práctica representa una expresión tangible de violencia obstétrica y requiere una mirada crítica sobre cómo el poder médico influye en los cuerpos de las mujeres.

Durante la pandemia por el COVID-19, las mujeres en América Latina enfrentaron presiones para aceptar cesáreas, y Uruguay no fue la excepción. Según cifras oficiales de 2022, más de la mitad de los partos en Uruguay, el 52 %, fueron por cesárea, cifra que aumenta cada año, alcanzando un "nuevo récord de cesáreas". En algunos seguros médicos privados, este porcentaje llega hasta el 85.7 %.

El informe del Observatorio de Violencia Obstétrica del colectivo feminista "Gestar Derechos" destaca una tendencia creciente de nacimientos por cesárea en Uruguay entre 2000 y 2019, en detrimento de los nacimientos vaginales. Además, señala una notable proporción de gestantes con antecedentes de, al menos, una cesárea previa dentro del grupo de nacimientos por cesárea. Esto subraya la necesidad de evaluar cuidadosamente las indicaciones para realizar una cesárea, especialmente la primera, y promover el parto vaginal después de una cesárea (PVDC) siempre que sea seguro y apropiado, a fin de reducir las tasas de cesáreas innecesarias (Gestar Derechos, 2023).

Dado que la cesárea es una cirugía mayor con riesgos y que, según Coppola (2015), en los niveles actuales contribuirá a un aumento de la morbimortalidad materna y fetal, cabe preguntarse por qué estas cifras siguen aumentando en Uruguay. Los gineco-obstetras suelen atribuirlo a múltiples causas, tales como el aumento de solicitudes por parte de las mujeres y la presión familiar. Sin embargo, Coppola refuta esto al señalar que la contribución de la cesárea a pedido es marginal y que muchas madres informan haber sentido presión por parte del profesional de salud para realizársela (Coppola, 2015).

Como señalamos, la violencia obstétrica constituye una serie de conductas o prácticas que se dan en el marco de la atención a los procesos reproductivos, entre las cuales la cesárea sin justificación es apenas una de sus manifestaciones. Sin pretender enumerarlas de forma taxativa, podemos afirmar que estas conductas abarcan desde la realización de episiotomías, inducciones farmacológicas del parto sin justificación o la rotura de membranas sin justificación, consentimiento o mínima información, hasta la realización de maniobras, como Kristeller.

Cuando son consultados al respecto los gineco-obstetras de Uruguay, en general se repiten las mismas respuestas: "es un fenómeno multicausal", "las mujeres la piden más", "la familia presiona". Sin embargo, este punto es rebatido por Coppola:

Sí. Hay cada vez más cesáreas a solicitud, originado esto en el falso concepto de que la cesárea es más segura que el parto, pero los estudios realizados en otros países con tasas elevadas demuestran que la contribución de la cesárea a pedido es por ahora marginal. Muchos ginecólogos hablan de presiones por parte de las mujeres embarazadas, pero lo cierto es que cuando se les pregunta a ellas, una cuarta parte de las madres que tuvieron cesáreas informan que habían experimentado presión desde el profesional de la salud para que se le practique una cesárea; no tenemos estudios en ese sentido en nuestro país (Coppola, 2015: 9).

Estos datos reflejan no solo la existencia de violencia obstétrica sostenida en el tiempo, sino que también nos muestran que es una realidad actual, aún lejos de ser erradicada. La opinión pública también se ha hecho eco de este tipo de casos. En el año 2023, una mujer puérpera (a pocos días de parir por cesárea) fue denunciada por el personal de salud de una de las maternidades públicas más grandes del Uruguay, a raíz de un altercado verbal con un enfermero. Aparentemente, el enfermero no le permitía acercarse a sus mellizos recién nacidos que lloraban, mientras se encontraban alojados en cuidados moderados. Este hecho tomó dimensión mediante diversos medios de comunicación nacionales, cuando Fiscalía solicitó que la mujer fuera conducida por la policía hacia una sede judicial para ser formalizada. Allí permaneció detenida lejos de sus bebés y, una vez decretado el cese de su detención, fue nuevamente conducida al hospital bajo custodia policial¹².

¹² Compartimos algunos de los titulares que se publicaron a raíz de este caso. Fiscalía mantuvo detenida a una mujer que había parido gemelos prematuros y no tenía el alta, por un altercado en el Pereira Rossell: "La fiscal Mirna Busich pretendía que la mujer fuera a prisión preventiva por violencia privada, pero finalmente cesó la detención y la Justicia pidió que se garantice el contacto con sus bebés recién nacidos" (La Diaria, 2023). Tensión en Hospital Pereira Rossell: madre quiso atender a sus hijos y la detuvieron. Los gemelos recién nacidos se encontraban en tratamiento médico con un neonatólogo. La mujer pasó una noche en carcelaje; luego volvió al hospital con custodia policial (El País, 2023).

La concepción desde la que se pronuncian los profesionales de la salud referenciados no es sorpresiva si se tiene en cuenta que en Uruguay la intersección del discurso médico y jurídico ha contribuido a una disminución de la autonomía personal de las mujeres, consolidando un modelo hegemónico que sigue vigente y que refuerza la idea de que los médicos deben controlar y regular el cuerpo femenino. En esta línea, Farias y Magnone afirman: "el establishment médico concibe este tipo de asuntos como problemas de la calidad de atención en la relación médico-paciente, invisibilizando de esta forma la condición estructural, y por tanto también institucional, del problema" (Farias y Magnone, 2020: 65).

La regulación de la salud en Uruguay ha sido una prioridad desde los primeros años del siglo XX, destacándose como uno de los países pioneros en América Latina en establecer un marco normativo robusto para la protección y promoción de la salud pública, caracterizada por la intervención estatal en la vida privada de las personas, como la Ley de Profilaxis de Enfermedades Infecciosas. De esta forma, se instala así un paradigma sanitarista que mantiene su vigencia en la actualidad.

En la segunda mitad del siglo XX, Uruguay siguió avanzando en la regulación de la salud con la Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 2007, que unificó y coordinó los servicios de salud públicos y privados, para asegurar una cobertura más amplia y equitativa. También, la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud de 2009 reforzó la protección de los derechos de los pacientes. El paradigma sanitarista en Uruguay ha sido un enfoque central en la política de salud pública desde principios del siglo XX, caracterizado por un fuerte énfasis en la prevención y control de enfermedades a través de intervenciones sistemáticas y organizadas por el Estado.

La Ley de Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva estableció en 2008 que los derechos sexuales y reproductivos son derivaciones del derecho a la salud. La reglamentación de la ley, mediante el decreto del Poder Ejecutivo N°293/010 del 30 de septiembre de 2010, acentúa aún más el paradigma establecido por la ley, al adoptar las definiciones de la Organización Mundial de la Salud sobre salud sexual y salud reproductiva.

Tanto la aprobación de las leyes relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Uruguay, así como los debates que las precedieron demuestran la inserción del ejercicio de estos derechos dentro de un paradigma sanitarista que confía en el poder médico la conducción del poder decisonal de aquellos agentes distintos al varón cis (Giudice Graña, 2023b). En este sentido, las definiciones de los límites o espacios para el desarrollo de la autonomía personal de las mujeres en Uruguay demuestran una tensión entre el reconocimiento teórico de la autonomía y las prácticas que, en la realidad, continúan subordinando dicha autonomía a saberes y poderes externos, especialmente en el ámbito de la salud. Esta situación subraya la necesidad de una revisión crítica que considere verdaderamente los condicionantes específicos y las experiencias de las mujeres en el ejercicio de su autonomía personal.

3. Reflexiones finales

El incremento constante de la tasa de cesáreas en Uruguay y su falta de atención con políticas públicas concretas¹³ constituyen un asunto de salud pública en el sentido actual del concepto: la Nueva Salud Pública (NSP) define objetivos mensurables de mejora de la salud del individuo y de la comunidad. Abordan tanto el entorno social y el físico como los servicios personales que tratan las necesidades individuales de salud. La NSP reúne aspectos de salud pública que están dirigidos a la comunidad y a la atención personal orientada al individuo. Un aspecto ya no puede estar separado del otro, si queremos resolver las necesidades de la sociedad en materia de salud en el siglo XXI (Tulchinsky y Varavikova, 2000).

Se ha señalado que la violencia obstétrica en sí misma es un problema de salud pública de alta tasa de prevalencia en la atención materna, lo que no solo ha sido ampliamente documentado, sino que, de manera alarmante, se vuelve prominente en todo el mundo (Traducción propia: Edward y Kibanda, 2022). De acuerdo con el concepto desarrollado, la misión de la Nueva Salud Pública es: "maximizar la salud humana, el bienestar y ayudar a corregir las desigualdades sociales y globales" (Tulchinsky y Varavikova, 2010). Es por ello por lo que consideramos al aumento incesante de las tasas de cesáreas y la existencia de la violencia obstétrica en general como un problema de salud pública que afecta directamente el derecho a la salud de las mujeres.

¹³ Un ejemplo de estas políticas podría ser la obligación de realizar auditorías en los prestadores de salud, a fin de saber qué profesionales cuentan con más índices de cesáreas, así como la realización de encuestas de calidad de atención durante el postparto para evaluar la VO en general.

Entendemos que este problema debe ser atendido de manera urgente por parte del Estado, en el marco de un ideal de justicia reproductiva que busca no solo otorgar derechos (sexuales, reproductivos, a la salud, etc.), sino garantizar su ejercicio pleno. Los sutiles discursos que influyen en las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio forman parte de los mismos engranajes de opresión que anulan su capacidad de decisión en otros ámbitos. Pero, además, los mecanismos de sujeción que operan sobre la autonomía de las mujeres pueden tomar nuevas formas y colocarnos en una situación en la que: "Quedamos presas de un nuevo discurso social que enaltece los partos que se desarrollan sin ningún tipo de intervención, no como una elección, sino como una imposición" (Saulo y Osorio, 2019: 183-197).

Frente a este escenario, resulta necesario un enfoque integral para tratar este problema como un asunto de salud pública, el cual afecta directamente los derechos de las mujeres. Pero, además, reclama un cambio de perspectiva al momento de considerar la autonomía y sus límites.

La inclusión de la violencia obstétrica en la legislación debe ser vista como un hito significativo en un proceso continuo de lucha que no se agota en sí mismo. En el contexto que venimos de relatar, resulta imperativo demandar a las autoridades y los operadores médicos y jurídicos que interpreten y apliquen las leyes priorizando las necesidades de las mujeres usuarias del sistema de salud, en lugar de proteger a los actores sanitarios en el ejercicio de sus funciones.

Esta discusión es crucial para comprender el papel del derecho en la defensa de los derechos de las mujeres y evaluar la pertinencia de incorporar estas problemáticas en contextos jurídicos caracterizados por instituciones diseñadas para perpetuar una visión androcentrista de la autonomía y la justicia. Así, parece preciso re-imaginar y reconstruir las estructuras legales desde una perspectiva que verdaderamente incorpore la equidad de género y desafíe las bases mismas del orden jurídico tradicional. De este modo, se abre un espacio para explorar alternativas jurídicas que no solo reconozcan, sino que también respondan a las experiencias y necesidades específicas de las mujeres, cuestionando las bases epistemológicas y normativas del derecho clásico.

Bibliografía

- Argüedas, G. (2016). Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. *Solar* | Año 12, Volumen 12, Número 1, Lima, pp.89. DOI. 10.20939/solar.2016.12.0105.
- Bodelón, Encarna. (2008). «De la seguridad a los derechos: el debate sobre la violencia de género en el ámbito jurídico y en el movimiento feminista», en *Violencia y sistema penal*, ed. Roberto Bergalli, Rivera Beiras, y Bombini (Buenos Aires: Del Puerto, 2008), 74.
- Bohern, Meghan et al (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*.
- Carosio, Alba (2019). Sin disociar la investigación de la lucha: feminismos militantes en la academia latinoamericana y caribeña. *Revista CS. Estudios Sociales sobre América Latina*. Núm. 29.
- Chadwick, Rachele (2021). The Battle for Recognition: Obstetric Violence and its Long Controversies. En *Obstetric Violence Blog*, Inglaterra: Durham University.
- Duarte, Ana (2013). En Chauvet, Eduardo (Direc.) "El renacimiento del parto". Brasil: Netflix.
- Edward, Majani y Kibanda, Zakia (2022). Obstetric violence: A public health concern. En *Health Science Reports*, número 1, vol.6, Estados Unidos: John Wiley & Sons.
- Fariás, Carolina y Magnone, Natalia (2021). PARIR EN URUGUAY EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR EL COVID-19. En Heil, Georgiane, Silva, Joseli Maria Silva y Janza (organizadoras) *Vivências de mulheres no tempo e espaço da pandemia de Covid-19: Perspectivas transnacionais*, Brasil: Editora CRV, 71-87.
- Farias, Carolina y Magnone, Natalia (2022). Violencia Obstétrica en Uruguay. Desafíos para la protección de los derechos reproductivos de las mujeres. *Musas*. Vol. 7, núm. 2.
- Gallardo, Romina (2022). Violencia Obstétrica en Uruguay. Un enfoque de género y bioético. Dilemata. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*. Núm. 37.
- Gallardo, Romina y Echetto, María (2022). Violencia obstétrica y acceso a la justicia: análisis desde una perspectiva de género. *Revista de Facultad de Derecho*. Número especial sobre Género y Derecho.
- Gallardo (2024). La violencia obstétrica y sus estándares de protección en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. *Estudios sobre Género y Derecho*. Asociación Civil Derecho y Sociedad. Perú.
- Gallardo, Romina (en prensa). Violencia obstétrica. Evolución del concepto e influencia de los movimientos feministas latinoamericanos del Cono Sur en su construcción política. *Obra colectiva del Seminario Permanente de Bioética Feminista*. UNAM.
- Gestar Derechos (2023). Informe sobre Encuesta Nacional de Nacimientos 2021. Uruguay: Observatorio de Violencia Obstétrica Gestar Derechos.
- Giudice Graña, Lucía. (2023a). La dicotomía público/privado y la violencia contra las mujeres en el ámbito de la pareja. Un análisis a través de la jurisprudencia de los sistemas europeo y americano de protección de derechos humanos. *EUNOMÍA. Revista en Cultura de la Legalidad*, (24), 184-208.
- Giudice Graña, L. (2023b). Las condiciones de legalidad del aborto en Uruguay: El poder médico y la eterna minoría de edad de las mujeres. *Revista IusGénero América Latina*, 1(2).
- Giudice Graña, Lucía y Remersaro Coronel, Lucía. (en prensa). El stealthing en Uruguay. Posibilidades y desafíos de su persecución bajo el paradigma de la Ley Integral de Violencia contra las Mujeres basada en género. En Correa Flórez, María Camila (ed.) *Stealthing: aproximaciones teóricas y tratamiento jurídico en América Latina y el Caribe*. Universidad del Rosario.
- Jerez, Celeste (2022). Darle voz a la violencia más silenciada. Experiencias de sufrimiento de activistas críticas de la violencia obstétrica en Buenos Aires. En *Religación. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. Vol. 7, N° 34. Ecuador: Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades desde América Latina.

- JERÉZ, Celeste, 2024, "El consultorio de salud es político: la violencia gineco-obstétrica en la encrucijada del avance de la ultra-derecha", *Diario con vos*, <https://www.diarioconvos.com/2024/09/24/violencia-gineco-obstetrica/>
- Medina, S. Á. (2017). La autonomía reproductiva. Relaciones de género, filiación y justicia. *Revista jurídica Universidad Autónoma de Madrid*, (35).
- Parentelli, Karen (2022). El triste caso del bebé fallecido en La Paloma y los partos en el hogar, permitidos pero cuestionados. *Uruguay: Diario El País*.
- Pickles, Camilla (2024). 'Everything is Obstetric Violence Now': Identifying the Violence in 'Obstetric Violence' to Strengthen Socio-legal Reform Efforts. *Oxford Journal of Legal Studies* 2024, Vol. XX, No. XX pp. 1–29 <https://doi.org/10.1093/ojls/ggae016>
- Righetti, N. y Di Marco, M (2022). Un análisis crítico de las conceptualizaciones de la violencia obstétrica. En Castro R. y Frías S. Coords. *Violencia obstétrica y ciencias sociales: estudios críticos en América Latina*.
- Sadler, Michelle (2004). "ASÍ ME NACIERON A MI HIJA." APORTES ANTROPOLÓGICOS PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN BIOMÉDICA DEL PARTO HOSPITALARIO. En: Sadler, Acuña y Obach (2004), *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Chile: Editorial Catalonia, 15-66.
- Saulo, Julieta y Osorio, Violeta (2019). Parir sin nombre, vivir sin voz. En *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Argentina: Tinta Limón Ediciones, 183-197.
- Sesia, P. (2020). Naming, framing and shaming through obstetric violence: A critical approach to the judicialisation of maternal health rights violations in Mexico. En *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and from Latin America*, edición de Jennie Gamlin, Sahra Gibbon, Paola M. Sesia y Lina Berrio, Reino Unido, UCL Press, University College London, 2020, 286 p. (*Embodying Inequalities: Perspectives from Medical Anthropology*), p. 222-247.
- Sesia, P. (2021). Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En Quattrocchi, P. y Magnone N. *Violencia obstétrica en América Latina conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Colección Cuadernos del ISCo Serie Salud Colectiva.
- Šimonović, Dubraska (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Organización de las Naciones Unidas, 1-26.
- Tulchinsky, Theodore y Varavikova, Elena (2000). Introduction to the First Edition. En *The New Public Health*. Estados Unidos: Elsevier Press, xxiii.
- Tulchinsky, Theodore y Varavikova, Elena (2010). What is the "New Public Health"? En *Public Health Reviews*, número 1, vol. 32. Suiza: Swiss School of Public Health.