

VOLUMEN 4 / NÚMERO 1
[2025]

*i*GAL

Ius Género
América Latina

| RED | ALAS |



VOLUMEN 4 / NÚMERO 1
[2025]

*i*GAL

Ius Género
América Latina

| RED | ALAS |



Derecho,
Feminismos,
Género y
Diversidades

JUNTA EDITORA

Gladys Luisa Acosta-Vargas

Maestría y Licenciatura en Sociología, Universidad La Sorbona – París V, Francia. Sus áreas de interés abarcan mujeres indígenas, igualdad de género, violencias contra la mujer, entre otras.

Silvina Álvarez Medina

Doctorado en Derecho, Universidad Autónoma de Madrid. Es profesora en la Universidad Autónoma de Madrid. Sus áreas de interés abarcan derechos humanos, derechos de las mujeres, derechos reproductivos, autonomía personal, multiculturalismo, entre otras.

Kerry Carrington

Ph.D. en Sociología, Universidad Macquarie. Es profesora investigadora en el Centro para la Justicia de la Universidad Tecnológica de Queensland. Sus áreas de interés abarcan criminología, violencia de género carcelaria, justicia juvenil y violencia de las niñas, justicia global y derechos humanos, entre otras.

Rebecca Cook

J.S.D., Escuela de Derecho, Universidad de Columbia. Es profesora emérita en la Facultad de Derecho, la Facultad de Medicina y el Centro Conjunto de Bioética de la Universidad de Toronto. Sus áreas de interés abarcan derechos sexuales y reproductivos y derechos de la mujer, entre otras.

Josep Ferrer-Riba

Doctorado en Derecho, Universidad de Barcelona. Es catedrático de la Universidad Pompeu Fabra. Sus áreas de interés abarcan derecho de familia, sucesiones y entidades no lucrativas.

Daphne Gilbert

LL.M., Escuela de Derecho, Universidad de Yale. Es profesora asociada en la Facultad de Derecho de la Universidad de Ottawa. Sus áreas de interés abarcan derechos de igualdad, derechos reproductivos y violencia sexual, entre otras.

Yamila González-Ferrer

Doctorado en Ciencias Jurídicas, Universidad de la Habana. Es profesora de la Facultad de Derecho de la Universidad de La Habana y miembro del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Sus áreas de interés abarcan derecho de familia, género y derecho, sexualidades diversas, entre otras.

Berta Esperanza Hernández-Truyol

LL.M., Escuela de Derecho, Universidad de Nueva York. Es profesora en Levin College of Law de la Universidad de Florida. Sus áreas de interés son género, raza, etnia, cultura, sexualidad, idioma y otras vulnerabilidades, así como sus interconexiones.

Prabha Kotiswaran

S.J.D., Escuela de Derecho, Universidad de Harvard. Es Profesora de Derecho y Justicia Social en King's College London. Sus áreas de interés abarcan derecho penal, derecho penal transnacional, estudios jurídicos feministas y sociología del derecho.

Lena Lavinias

Ph.D., Universidad de París. Es profesora en el Instituto de Economía de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Sus áreas de interés abarcan: políticas públicas, cambios demográficos y problemas del mercado desde una perspectiva de género, entre otras.

Silvia Loli-Espinoza

Maestría en Gerencia de Programas y Proyectos Sociales, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Sus áreas de interés abarcan derechos de las mujeres, derechos sexuales y reproductivos, violencias contra las mujeres, derechos de las personas LGBT.

Miriam Pillar Grossi

Doctorado en Antropología Social y Cultura, Universidad de París V. Es profesora del Departamento de Antropología de la Universidad Federal de Santa Catarina. Sus áreas de interés abarcan historia de la mujer en el campo antropológico, teorías queer y feministas sobre los temas de violencia contra las mujeres y lesbo-trans-homofobia, identidades LGBTTT, arte homoerótico, religiones y sexualidades, políticas públicas y movimientos feministas y LGBTTT.

JUNTA EDITORA

Martha Prieto-Valdés

Doctorado en Ciencias Jurídicas, Universidad de la Habana. Es profesora de la Facultad de Derecho de la Universidad de La Habana. Sus áreas de interés abarcan teoría del Estado y del Derecho, metodología de la investigación jurídica y derecho constitucional, entre otras.

Esteban Restrepo

J.S.D., Escuela de Derecho, Universidad de Yale. Es profesor de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes. Sus áreas de interés abarcan derecho constitucional, constitución y democracia y teoría del Estado, entre otras.

Tracy Robinson

Senior Lecturer y Decana Asociada del programa de Estudios Graduados e Investigación, Universidad de las Indias Occidentales en Manoa, Jamaica. Experiencia profesional como abogada y comisionada de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sus áreas de interés abarcan Derecho de Familia, Derecho Constitucional, Género y Ciudadanía, Derechos Humanos.

Ruth Rubio-Marin

Doctorado, Instituto Universitario Europeo de Florencia. Es profesora en la Universidad Internacional de Sevilla y Directora de la Cátedra Unesco de Derechos Humanos e Interculturalidad de la Universidad Internacional de Andalucía. Sus áreas de interés abarcan género y derechos humanos, derecho constitucional comparado, jurisprudencia feminista, derechos de las minorías, entre otras.

Macarena Sáez-Tórres

LL.M., Escuela de Derecho, Universidad de Yale. Es Directora Ejecutiva de la División Derechos de las Mujeres en Human Rights Watch. Sus áreas de interés abarcan derechos sexuales y reproductivos, género y derecho, derecho y sexualidades diversas, derecho comparado y litigio estratégico, entre otras.

Rachel Sieder

Doctorado en Ciencias Políticas, Universidad de Londres. Es profesora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) en la Ciudad de México e investigadora asociada del Chr. Michelsen Institute de Bergen y del Instituto de Estudios de las Américas de la Universidad de Londres. Sus áreas de interés incluyen derechos humanos, derechos indígenas, movimientos sociales, antropología jurídica, Estado y violencia, entre otras.

María del Rocío Villanueva-Flóres

Doctorado en Filosofía del Derecho, Universidad de Castilla - La Mancha. Es profesora y actual Decana de la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Sus áreas de interés abarcan violencia contra la mujer, derechos humanos y género, entre otras.

COMITÉ EDITORIAL

Esther Vicente

Directora de la Revista

Facultad de Derecho, Universidad Interamericana de Puerto Rico.

Integrante de Red ALAS.

Yanira Reyes Gil

Co-editora

Facultad de Derecho, Universidad Interamericana de Puerto Rico.

Integrante de Red ALAS.

Carmen Hein de Campos

Co-editora

Universidade Federal de Río Grande - FURG

Coordinadora General de Red ALAS

María Camila Correa Flórez

Co-editora

Facultad de Jurisprudencia, Universidad del Rosario.

Integrante de Red ALAS.

Celeste Elorriaga

Asistente editorial

Lillia del R. Cruz Viñas

Colaboración en la edición de los textos en español

Marana Vitória Carvalho

Colaboración en la edición del texto en portugués

Número temático: Antes y después de la legalización del aborto:
reflexiones críticas sobre derechos reproductivos en América Latina y el Caribe

Editoras invitadas: Isabel Cristina Jaramillo, Alma Luz Beltrán
y Puga Catalina Martínez Coral

Introducción

Antes y después de la legalización del aborto: reflexiones críticas sobre
derechos reproductivos en América Latina y el Caribe
Isabel Cristina Jaramillo, Alma Luz Beltrán y Puga y Catalina Martínez Coral 7-12

Artículos

Ciudadanías sexuales en Argentina (2015–2019): Los derechos (no)
reproductivos, los casos de Santa Fe y Tucumán
Valeria Roxana Venticinque y Rose Chabot 14-31

Desafíos de la conceptualización jurídica de la violencia obstétrica
en Uruguay y sus derivaciones prácticas
Lucía Giudice y Romina Gallardo Duarte 32-47

Transición discursiva sobre el parto en tiempos del COVID-19:
México entre la medicalización y la sinergia de saberes
Wendy Marilú Sánchez Casanova 48-61

O caso Janaína Aparecida Quirino: quando a maternidade não é destino
Fabiana Gil de Pádua y Ana Gabriela Mendes Braga 62-78

¿Consenso latinoamericano y margen de apreciación? El Aborto en los
Estados del Sistema Interamericano de Derechos Humanos
Enrique Arcipreste Morales 79-92

Los derechos sexuales y reproductivos en la jurisprudencia interamericana:
un análisis crítico del caso Beatriz y otros vs. El Salvador
Belissa Guerrero Rivas y Salvador Herencia-Carrasco 93-104

Reseña

*Reseña del libro Derechos reproductivos:
reflexiones interdisciplinarias*
María de Jesús Medina-Arellano 106-108

INTRODUCCIÓN

Antes y después de la legalización del aborto: reflexiones críticas sobre derechos reproductivos en América Latina y el Caribe

Autoras

Isabel Cristina Jaramillo, profesora titular de la Facultad de Derecho de la Universidad de Los Andes de Colombia.

Alma Luz Beltrán y Puga, académica de tiempo completo del Departamento de Derecho e investigadora afiliada al Centro de Estudios Críticos de Género y Feminismos (CECRIGE) de la Universidad Iberoamericana de México.

Catalina Martínez Coral, vicepresidenta regional para América Latina y el Caribe del Centro de Derechos Reproductivos, e integrante del movimiento Causa Justa de Colombia.

Los últimos cinco años han traído buenas noticias para las mujeres en América Latina: tres de los cuatro países más grandes de la región –Argentina, México y Colombia– ampliaron significativamente el acceso al aborto, y otros dos –Ecuador y Chile– están en camino de hacerlo.¹ El endurecimiento en la persecución de las mujeres en países como El Salvador, Nicaragua y Guatemala, por otra parte, está siendo contenido por las Cortes Constitucionales de estos países y por la misma Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) y el Comité CEDAW.²

¹ Sobre estos casos, véase: Alma Beltrán y Puga, "The Long Quest for Reproductive Justice in Mexico: Feminist Legal Strategies and Challenges to Changing Abortion Precedent in a Federal System", *Georgetown Journal of International Affairs*, vol. 15, 2024; Isabel Cristina Jaramillo Sierra, "The New Colombian Law on Abortion" in *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 160, no. 1, 2023, pp. 345-350; María Camila Moncada Guevara, "Marcos discursivos para la despenalización del aborto durante la marea verde argentina de 2018. Análisis del hashtag #abortolegalya", en *Análisis político* (Bogotá, Colombia), 2023-09, Vol.36 (106), p.5-30; y Alma Beltrán y Puga, Isabel C Jaramillo y Catalina Martínez, "Nuevos y viejos dilemas en el campo de los derechos sexuales y reproductivos", en *Debates emergentes y reflexiones críticas sobre derechos sexuales y reproductivos en América Latina*, Bogotá, Universidad de los Andes (en prensa).

² De manera más explícita, el Comité de Derechos Humanos ha señalado cómo impedir a las niñas interrumpir sus embarazos vulnera sus derechos humanos en dos casos planteados contra Nicaragua y uno contra Guatemala por la organización IPPF Global: Comité CDH, Dictamen Caso Susana contra Nicaragua (Comunicación No.3626/2019) Doc. de la ONU. CPR/C/142/D/3626/2019 del 17 de enero de 2025 (en adelante, *Susana contra Nicaragua*); Comité CDH, Dictamen Caso Lucía contra Nicaragua (Comunicación No.3627/2019) Doc. de la ONU. CCPR/C/142/D/3627/2019 del 17 de enero de 2025 (en adelante, *Lucía contra Nicaragua*); Comité CDH, Dictamen Caso Fátima contra Guatemala (Comunicación No. 3629/2019) Doc. de la ONU. CCPR/C/143/D/3629/2019 del 11 de julio de 2025 (en adelante, *Fátima contra Guatemala*).

VOLUMEN 4 / NÚMERO 1
[2025]

La jurisprudencia de la Corte Interamericana muestra los aportes de los casos de derechos reproductivos en la construcción de la salud reproductiva como derecho humano, exigible de forma directa por medio de la aplicación del artículo 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos.³ Asimismo, las sentencias de la Corte IDH obligan a los Estados a proteger los derechos de las mujeres, al promover la obligación de sus agentes públicos a todos los niveles, particularmente en el sector salud y lo judicial, de garantizar la autonomía reproductiva de las mujeres, niñas y adolescentes.

La experiencia global en relación con el aborto, sin embargo, nos invita a ser cautas y seguir atentas a las maneras como este continúa siendo penalizado –sobre todo, socialmente– y a las nuevas formas que asume su oposición. Así, en los casos de Paulina contra México; KL y Camila contra Perú; Lucía y Susana contra Nicaragua; y Norma contra Ecuador, tenemos recordatorios de cómo la institucionalidad médica puede anteponer creencias religiosas y sesgos de raza, etnia, edad y clase a la garantía de los derechos reproductivos de las mujeres.⁴

Los retrocesos legislativos en El Salvador, Nicaragua y Guatemala a inicios del siglo XXI también nos llaman a reflexionar sobre las alianzas entre nuevos grupos religiosos radicales y los gobernantes autoritarios (tanto de izquierda como de derecha) en contextos de empobrecimiento económico y volatilidad política. Los casos de la sentencia *Dobbs vs. Jackson Women's Health Organization* de la Corte Suprema de Estados Unidos en 2022,

–que anuló el derecho fundamental al aborto al amparo de la Constitución de ese país, establecido en *Roe vs. Wade* en 1973–, y las políticas contrarias a la provisión de servicios de salud reproductiva de la Isla Prince Edward de Canadá, finalmente, ofrecen excelentes contrastes en materia de la fragilidad de los cambios logrados a nivel federal y la urgencia de trabajar a nivel local para mantener las garantías de los derechos reproductivos.⁵

³ Corte IDH. Caso *Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) vs. Costa Rica*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Serie C No. 257.; Caso *Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1.º de septiembre de 2015. Serie C No. 298.; Corte IDH. Caso *Guzmán Albarraín y otras vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de junio de 2020. Serie C No. 405.; Corte IDH. Caso *Manuela y otros vs. El Salvador*. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C No. 441.; Corte IDH. Caso *Brítez Arce y otros vs. Argentina*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. Serie C No. 474.; Corte IDH. Caso *Angulo Losada Vs. Bolivia*. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 18 de noviembre de 2022. Serie C No. 475.; Corte IDH. Caso *I.V. Vs. Bolivia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329.; Corte IDH. Caso *Rodríguez Pacheco y otra vs. Venezuela*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1.º de septiembre de 2023. Serie C No. 504.; Corte IDH. 4.º Caso *Beatriz y otros vs. El Salvador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2024. Serie C No. 549.

Sobre el caso *Paulina* véase: GIRE, *Paulina 5 años después*. Ciudad de México: GIRE, 2004; GIRE, *Paulina, justicia por la vía internacional*. Ciudad de México: GIRE, 2008. Sobre el caso *KL vs. Perú*, véase: CLADEM, *Caso KL v. Perú*, Lima: CLADEM-AECID, 2011; Comité CEDAW, *Dictamen caso L.C. contra Perú (Comunicación No.22/2009)*. Doc. de la ONU. CEDAW/C/50/D/22/2009 del 25 de noviembre de 2011; Comité CDN, *Dictamen caso Camila contra Perú (Comunicación No.136/2021)*. Doc. de la ONU. CRC/C/93/D/136/2021 del 13 de junio de 2023; Comité CDH, *Dictamen caso Norma contra Ecuador (Comunicación No.3628/2019)*. Doc. de la ONU. CCPR/C/142/D/3628/2019 del 17 de enero de 2025; Comité CDH, *Dictamen caso Susana contra Nicaragua (Comunicación No.3626/2019)*. Doc. de la ONU. CPR/C/142/D/3626/2019 del 17 de enero de 2025; Comité CDH, *Dictamen caso Lucía vs. Nicaragua (Comunicación No.3627/2019)*. Doc. de la ONU. CCPR/C/142/D/3627/2019 del 17 de enero de 2025.

⁵Por ejemplo: Rachel Rebouché, "Un enfoque funcionalista al derecho comparado del aborto" en *El Aborto en el derecho transnacional: casos y perspectivas*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica y CIDE, 2016; Joanna N Erdman, "A constitutional future for abortion rights in Canada" en *Alberta Law Review*, 2017–03, Vol.54 (3), p.727–751; y Renée Monchalin, Danette Jubinville, Astrid V. Pérez Piñán, Willow Paul, Madison Wells, Arie Ross, Kimberly Law, Meagan Chaffey, Harlie Pruder, "I would love for there not to be so many hoops...": recommendations to improve abortion service access and experiences made by Indigenous women and 2SLGBTQIA+ people in Canada" en *Sexual and reproductive health matters*, 2023–12, Vol.31 (1), p. 224.

VOLUMEN 4 / NÚMERO 1
[2025]

Convocamos este volumen especial de la Revista IGAL con el doble propósito de mantener abiertos los espacios para la reflexión en el contexto del optimismo por los avances logrados en América Latina en la última década, y para ampliar en cantidad y diversidad a quienes participan en ellos. En contraste, el pesimismo puede ser una buena razón para la desmovilización y el apaciguamiento, sin embargo, queremos contener estas tendencias con un llamado a seguir construyendo conocimiento conjuntamente entre el activismo y la academia feminista.⁶ Igualmente, creemos que es un excelente momento para escuchar y aprender de diversas voces: las de las más jóvenes, las de las mujeres racializadas, las de las personas con orientación sexual e identidad de género diversas, entre otras.⁷

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como un campo jurídico interdisciplinario, el cual se nutre de diversas perspectivas médicas, éticas y sociales, ha tenido una relación estrecha con el activismo feminista que intervino en su creación, y la academia legal feminista empezó a teorizarlo. Tanto las activistas como las académicas feministas han colaborado en la construcción y difusión de normas y principios de derechos humanos, que son la base de los estándares internacionales sobre los que se han desarrollado el acceso, la protección y la garantía de la salud sexual y reproductiva como derechos fundamentales de todas las personas.

Los derechos sexuales y reproductivos en la arena internacional han involucrado a diversos movimientos sociales a favor y en contra de su reconocimiento como derechos humanos.⁸ A finales de los años noventa, hubo un cambio de paradigma en su comprensión, ya que se acuñó, por primera vez, el término salud sexual y reproductiva, en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (El Cairo, 1994), adoptado por 197 Estados. Más allá de ser entendidos como parte de las políticas poblacionales para "planificar" y controlar la natalidad, los principios de no discriminación, libertad para elegir y ausencia de coerción (no violencia) fueron esenciales para concebirlas dentro del marco de los derechos humanos en esta conferencia.⁹

A partir de este cambio de paradigma que los enmarcó como derechos humanos, se ha generado un debate global en torno al lenguaje adoptado en estándares internacionales y documentos de políticas públicas nacionales para su protección y realización.¹⁰ La disputa por el lenguaje normativo es, sin duda, un reflejo de las batallas culturales e ideológicas que siempre han estado presentes alrededor del campo de los derechos sexuales y reproductivos,¹¹ puesto que incluyen un amplio paraguas de temas moralmente controvertidos: las decisiones sobre el aborto y el parto, el uso de los anticonceptivos, la educación sexual integral, las relaciones sexuales entre adolescentes, la capacidad de consentir de estos sobre su vida reproductiva, la concientización sobre la violencia ligada a la sexualidad y la reproducción, así como el acceso a las técnicas de reproducción asistida, entre otros.

⁶ La cuestión del apaciguamiento ha estado presente en los debates sobre la movilización social desde los años ochenta. Para un resumen de este argumento, véase: Isabel Cristina Jaramillo Sierra, "Instrucciones para salir del discurso de los derechos" en *La Crítica a los Derechos*, Bogotá, Universidad de los Andes, 2006.

⁷ Sobre la interseccionalidad en el debate latinoamericano véase: Isabel Cristina Jaramillo Sierra, "Latin American Feminist Legal Theory: Taking Multiple Subordinations Seriously" en *Handbook of Latin American Law and Society*, New York, Routledge, 2019.

⁸ Berro Pizarrossa, Lucía. "Here to stay: The evolution of sexual and reproductive health and rights in international human rights law." *Laws* 7.3 (2018): 29.

⁹ *Idem*.

¹⁰ Sobre las variaciones en el cambio de lenguaje adoptado en El Cairo en diversos instrumentos internacionales de política pública, ver el estudio empírico de Gilby, Lynda, Meri Koivusalo, and Salla Atkins. "Global health without sexual and reproductive health and rights? Analysis of United Nations documents and country statements, 2014–2019." *BMJ global health* 6.3 (2021).

¹¹ Nowicka, Wanda. "Sexual and reproductive rights and the human rights agenda: controversial and contested." *Reproductive Health Matters* 19.38 (2011): 119–128.

VOLUMEN 4 / NÚMERO 1
[2025]

Esta disputa jurídica está inmersa en debates religiosos y morales sobre el principio y fin de la vida, la violencia y los estereotipos de género que discriminan a las mujeres, jóvenes, niñas y a personas que no se adhieren a los moldes heterosexuales binarios, obstaculizando el ejercicio libre e informado sobre su sexualidad y la reproducción. Entre los principales opositores para el reconocimiento, garantía y protección de estos derechos han sido el Vaticano y las iglesias católicas, cristianas y evangélicas, así como los Estados musulmanes. Algo en común que tienen es que también están en contra de la igualdad de género.¹²

Por otra parte, la definición y el significado de los derechos reproductivos también ha sido un objeto de prolíficos debates entre quienes abogan por su cumplimiento en la práctica y quienes realizan investigación al respecto.¹³ Las preguntas sobre su contenido y alcance están ligadas a aquellas de cómo operativizar y contextualizar el lenguaje de los derechos humanos que los cobija en el ámbito nacional.¹⁴ El posicionamiento de estos derechos en la agenda política global, desde una perspectiva de derechos humanos, así como su implementación en los sistemas públicos de salud nacionales, ha sido una fuente de preocupación compartida por el activismo jurídico feminista y la academia legal desde hace cuatro décadas por lo menos.¹⁵

La priorización de estos derechos en la agenda de las políticas globales no ha sido una cuestión fácil de implementar para los Estados,¹⁶ ni de monitorear y exigir para el activismo. En este sentido, la oposición religiosa y las reacciones de grupos anti-derechos, a nivel nacional e internacional buscan imponer la heterosexualidad en las normas y las políticas públicas, los entendimientos biológicos binarios sobre el género. Esta contra-movilización ha promovido un discurso sobre los daños generados por la "ideología de género" en la conservación de la familia nuclear y la educación religiosa de los niños, niñas y adolescentes.¹⁷

Sin embargo, la movilización legal feminista en la última década ha promovido la constitucionalización del aborto en países como México y Colombia, así como la liberalización de las leyes penales para favorecer la autonomía reproductiva de las mujeres en Argentina, Uruguay y Chile. Asimismo, las teorías feministas que circulan en las decisiones judiciales de las cortes supremas han avanzado el rol del control de convencionalidad y los derechos humanos en la salud materna y las decisiones reproductivas, como el derecho a un parto humanizado y la eliminación de la violencia obstétrica. En contraste, existen todavía desafíos constantes en la regulación de la objeción de conciencia y las técnicas de reproducción asistida que sean compatibles con los más altos estándares de derechos humanos.

En este contexto, este número es una apuesta conjunta del activismo y la academia legal feminista en América Latina de promover la participación y difusión de nuevas voces que refresquen la discusión académica alrededor de los significados de la despenalización del aborto en varios países de la región. De igual forma, nos interesa visibilizar los retos existentes en el acceso a los servicios de salud reproductiva libres de violencia y discriminación basada en género.

¹² Berro, op.cit.

¹³ Ver, Starrs, A. M., & Anderson, R. (2016). Definitions and debates: sexual health and sexual rights. *The Brown Journal of World Affairs*, 22(2), 7-23.

¹⁴ Standing, H., Hawkins, K., Mills, E. et al. Introduction: contextualising "rights" in sexual and reproductive health. *BMC Int Health Hum Rights* 11 (Suppl 3), S1 (2011). <https://doi.org/10.1186/1472-698X-11-S3-S1>

¹⁵ Hadi, Manizha. "Historical development of the global political agenda around sexual and reproductive health and rights: a literature review." *Sexual & Reproductive Healthcare* 12 (2017): 64-69.

¹⁶ En el 2014, la Organización Mundial de la Salud promovió una Estrategia de Salud Reproductiva, refrendando su compromiso de que este tema figurara en la agenda de salud global post-2015. Ver, Temmerman, Marleen, Rajat Khosla, and Lale Say. "Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority." *The Lancet* 384.9941 (2014): e30-e31.

¹⁷ Corredor, Elizabeth S. "Unpacking "gender ideology" and the global right's antigender countermovement." *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 44.3 (2019): 613-638.

VOLUMEN 4 / NÚMERO 1
[2025]

Por lo tanto, estamos muy contentas de haber recibido los excelentes aportes que siguen a esta introducción. Pensamos que las intervenciones que se proponen en este número especial, al promover debates necesarios para la región, son de la mayor importancia y representan muy bien nuestros objetivos.

Por una parte, en los escritos de los profesores Arcipreste y Guerrero, encontramos desarrollos críticos de las posturas de la Comisión Interamericana y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que plantean la importancia de posicionar la despenalización del aborto como un estándar regional. Por otra parte, en el texto de las profesoras Sánchez, Venticinque, Chabot, Giudice, Gallardo, Gil de Pádua y Mendes Braga, contamos con agudas miradas a la forma en la que localmente se despliega la violencia contra las mujeres en la atención a sus solicitudes reproductivas y algunas alternativas para trabajar hacia entornos más justos.

En efecto, en su artículo titulado "¿Consenso latinoamericano y margen de apreciación? El Aborto en los Estados del Sistema Interamericano de Derechos Humanos", Enrique Arcipreste Morales critica el salvamento de voto de tres integrantes de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos suscrito en 2024 en el sentido de indicar que en la región no existe un consenso sobre la despenalización del aborto y que ésta es una razón suficiente para que los Estados puedan decidir libremente sobre la cuestión. Arcipreste muestra no sólo que tres cuartas partes de los países de la OEA aprueban la realización del aborto en ciertas circunstancias, sino que la doctrina del margen de apreciación no está consignada en la Convención Interamericana de Derechos Humanos y no es la mejor interpretación de este documento legal.

Belissa Guerrero y Salvador Herencia-Carrasco, por su parte, hacen una lectura crítica del fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de Beatriz contra el Salvador en su artículo "Los derechos sexuales y reproductivos en la jurisprudencia interamericana: análisis crítico a la luz del caso Beatriz vs. El Salvador". El texto plantea que frente a la oportunidad que tenía la Corte IDH para dejar en claro la existencia de un estándar latinoamericano de protección de los derechos sexuales y reproductivos, ésta decidió enfocarse en los mecanismos que El Salvador alegó tener en operación para proteger la vida de las mujeres en casos de embarazos de alto riesgo para las mujeres. De esta manera, la Corte ordenó al Estado desarrollar un protocolo de atención médica que aclarara la actuación de las instituciones de salud en casos como el de Beatriz, considerando que las mujeres más pobres y vulnerables son las más expuestas a violaciones de sus derechos reproductivos.

Sin embargo, Guerrero y Herencia-Carrasco también estiman que la Corte IDH debió establecer claramente que la penalización absoluta del aborto viola los derechos reproductivos de las mujeres, reconocidos y protegidos dentro del sistema interamericano para ser leal con sus propios precedentes. Asimismo, no debe dejarse de lado la orden clara que se le dio al Estado de El Salvador de atender las urgencias obstétricas de manera que se garanticen los derechos humanos de las mujeres.

Como señalamos arriba, los cuatro artículos adicionales aportan aproximaciones socio jurídicas a la garantía de los derechos reproductivos en el terreno. Así, el artículo de Lucía Giudice y Romina Gallardo titulado "Desafíos de la conceptualización jurídica de la violencia obstétrica en Uruguay" plantea la importancia de abrazar el concepto de violencia obstétrica en el Uruguay dado el incremento inusitado del número de cesáreas y las pobres prácticas de consentimiento informado que las acompaña. Por su parte, el artículo de Fabiana Gil de Pádua y Ana Gabriela

VOLUMEN 4 / NÚMERO 1
[2025]

Mendes Braga, "O caso Janaína Aparecida Quirino: quando a maternidade não é destino", presenta el caso de una mujer negra y empobrecida que es esterilizada después de dar a luz a su último hijo por orden judicial, pero sin su consentimiento. Las autoras plantean cómo Janaína es construida como una "mala madre" que no puede hacerse responsable de sus hijos y, por esta razón, tampoco puede decidir sobre su propia reproducción. Contrastan esta apreciación de los jueces con la opuesta: la que criminaliza a las mujeres de clase media por querer ser madres.

Los dos últimos artículos de este volumen recogen también descripciones socio jurídicas de prácticas relacionadas con la reproducción, pero acompañan estos relatos críticos con sugerencias sobre cómo progresar en la protección de derechos. El artículo de Wendy Marilú Sánchez Casanova titulado "Transición discursiva sobre el parto en tiempos del COVID-19: México entre la medicalización y la sinergia de saberes", muestra cómo la emergencia del COVID-19 puso en juego los saberes tradicionales en materia de atención de partos y posibilitó que se retara de manera real el predominio del modelo medicalizado. La autora resalta cómo las parteras apoyaron los partos en situaciones en las que las mujeres temían acudir al hospital y contagiarse o aumentar el riesgo de contagio para su prole y cómo estas interacciones permitieron una nueva apreciación de las prácticas tradicionales.

El artículo de Valeria Roxana Venticinque y Rose Chabot titulado "Ciudadanías sexuales en Argentina (2015-2019): Los derechos sexuales, reproductivos y (no) reproductivos en las provincias de Santa Fe y Tucumán", finalmente, ilustra la importancia de tener en mente las variaciones locales en el acceso al aborto, más allá que los cambios en las políticas nacionales derivadas del cambio de gobierno. Las autoras examinan la manera en la que se prestaron servicios relacionados con el aborto mientras el partido de derecha neoliberal Cambiemos estuvo en el poder. Encuentran que, si bien en las dos provincias analizadas se notaron cambios, la situación en Santa Fe fue distinta a la de Tucumán, existiendo en la primera una mejor atención y mayor acceso que en la segunda. Las autoras también resaltan la importancia que tuvo en ambos escenarios la movilización feminista y la creación de redes que apoyaron el acceso al aborto. En este sentido, además de su hallazgo analítico sobre la variación subnacional, es relevante su conclusión sobre el papel de las organizaciones de mujeres en contrarrestar los retrocesos resultado de ganancias políticas de los conservadores.

Estamos igualmente contentas de poder incluir una reseña de María de Jesús Medina Arellano, experta en bioética y feminismo de la UNAM, sobre el libro *Derechos reproductivos: reflexiones interdisciplinarias* (Ciudad de México: Bonilla Artiga editores y Universidad Nacional Autónoma de México, 2024), coordinado por María del Pilar González Barreda, Arturo Sotelo Rodríguez y Lourdes Enríquez Rosas. Este libro aborda diversos temas de derechos reproductivos desde enfoque interdisciplinarios, concentrando varios de sus capítulos en las dinámicas jurídicas y sociales del aborto.

Uno de los aciertos de esta obra es traer a la conversación a distintas voces de personas expertas en diversas áreas disciplinarias, así como exponer los retos que todavía subsisten para el ejercicio de estos derechos de las mujeres y de las personas históricamente excluidas para tomar decisiones libres e informadas. Asimismo, la bioética laica se presenta como una alternativa y un piso mínimo de discusión para la orientación de las políticas públicas sobre salud reproductiva. Esperamos con esto integrar esas discusiones a las nuestras y seguir cosechando frutos de este campo dinámico y diverso que hemos creado en torno a la discusión de los derechos sexuales y reproductivos.

ARTÍCULOS

Ciudadanías sexuales en Argentina (2015-2019): Los derechos sexuales, reproductivos y (no) reproductivos en las provincias de Santa Fe y Tucumán

Autoras

Valeria Roxana Venticinque*

Rose Chabot**

Cómo citar este artículo

Venticinque, V. y Chabot, R. (2025). Ciudadanías sexuales en Argentina (2015-2019): Los derechos (no) reproductivos, los casos de Santa Fe y Tucumán, REV. IGAL, 4 (1), 14. - 31.

*ORCID: 0000-0002-9894-8937

**ORCID: 0000-0002-1941-3679

RESUMEN

Este trabajo busca visibilizar y poner en discusión las formas que adquieren las ciudadanía sexuales en distintas realidades subnacionales en la Argentina reciente. Después del giro a la izquierda, en el periodo entre el 2015 y el 2019, bajo la gestión del gobierno de Cambiemos se inauguró un estilo de gestión nacional cercano al modelo neoliberal del new-management, que buscó reorganizar, rediseñar y focalizar las instituciones, políticas y prácticas públicas. En este contexto, sin embargo, los movimientos feministas se masificaron tratando de resignificar las ciudadanía sexuales y desafiando las relaciones de género, mientras las condiciones ideológicas y materiales del Estado promovían varias formas de subordinación y marginalidad.

En este artículo, que se adopta una perspectiva feminista, proponemos indagar dos territorios provinciales: Santa Fe y Tucumán, a partir de la reformulación y rearticulación de las relaciones entre los estilos de gestión, las políticas que construyen los derechos de las corporatividades, y los movimientos feministas. De acuerdo con el análisis cualitativo de entrevistas, noticias periodísticas, y un corpus integrado por informes de gestión y de organizaciones no gubernamentales, la discusión expondrá las transformaciones en las formas como se asumen las relaciones de género durante ese periodo, y de qué maneras van marcando los límites de la inclusión de sectores marginalizados en distintos contextos subnacionales.

PALABRAS CLAVE:

CIUDADANÍAS SEXUALES; CONTEXTOS SUBNACIONALES; ARGENTINA

ABSTRACT

This paper seeks to make visible and discuss the forms that sexual citizenship acquires in different subnational realities of contemporary Argentina. Following the Pink Tide era, in the period between 2015 and 2019, the Cambiemos government instituted a governance style close to the neoliberal model of new-management, which sought to reorganize, redesign and focus institutions, policies, and public practices. In this context, however, feminist movements have also expanded, striving to redefine sexual citizenship and challenge gender power relations, as the ideological and material conditions promoted by the national government seemed to foment different forms of subordination and marginalization.

In this sense, adopting a feminist perspective, we propose to investigate the construction and reformulation of the rights to bodily autonomy in two provincial territories, Santa Fe and Tucumán, amid new relationships and reconfigurations between management styles, sexual and reproductive health policies, and feminist movements. Based on the qualitative analysis of interviews, news reports, and a corpus of governmental and non-governmental organizations' reports, the discussion exposes the transformations of gendered exclusions from sexual citizenship during this period, and how they were shaped by contextualized limits of inclusion present in different subnational contexts.

KEYWORDS:

SEXUAL CITIZENSHIPS; SUBNATIONAL CONTEXT; ARGENTINA.

Introducción

El periodo de 2015-2019 en la Argentina se caracterizó por el surgimiento de las mareas violeta (2015) y verde (2018): dos movimientos feministas populares movilizados en contra de las violencias patriarcales y por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito.

Mientras marchas, asambleas, prácticas artísticas y redes de acceso al aborto se expandieron, culminando en una masiva ola de protestas conocida como Marea Verde en 2018, este periodo también estuvo marcado por la elección a nivel nacional de una coalición de centroderecha: Cambiemos. Esta experiencia, liderada por Mauricio Macri (Propuesta Republicana, PRO), condujo los destinos de Argentina en este tiempo con rasgos neoliberales y con un menor enfoque hacia los derechos de las personas, a pesar de haber habilitado los primeros debates legislativos sobre la legalización del aborto en el año 2018 (Rovetto, 2019). ¿Cómo este contexto, que siguió a tres gobiernos peronistas de centroizquierda y notables avances en materia de derechos sexuales y reproductivos, ha impactado en la ciudadanía sexual en Argentina?

Al tiempo que los estudios existentes han analizado la gestión del gobierno de Cambiemos en relación con los derechos de las mujeres y personas LGBTQI+ desde una perspectiva nacional (Bosio et al., 2019; Rovetto, 2019; Lopreite y Rodríguez Gustá, 2021; Coenga-Oliveira y Chabot, 2024), pocos consideran las distintas realidades locales, sobre todo las del interior del país. Aunque el nivel nacional argentino regula y orienta la salud en general, son los gobiernos provinciales, enmarcados en sus propias constituciones, los responsables de garantizar el derecho a la salud de su ciudadanía. El sistema de salud argentino está inmerso en una compleja estructura federal (política, institucional y administrativa), que impacta directamente el contenido y el acceso a los derechos de la ciudadanía (Franceschet y Piscopo, 2012; Venticinque, 2020). Por lo tanto, analizar el nivel subnacional resulta imprescindible para entender la manera como los cambios de gobierno a nivel nacional afectan el real ejercicio de los derechos. Con distintas actuaciones involucradas, tanto del Estado como de los movimientos feministas, observaremos la palestra sanitaria con redes y puentes que necesitarán nuevas formas de pensar la política. Entonces, buscaremos pensar en la forma como el nuevo contexto institucional del periodo 2015-2019 en Argentina impactó en las interrelaciones entre lo estatal, las ciudadanías sexuales, y la construcción de la salud sexual y (no) reproductiva, tomando como casos testigos las provincias de Santa Fe y Tucumán. Se procurará delinear una aproximación a estos dos perfiles subnacionales diferentes, cuyas trayectorias con las políticas de salud (no) reproductiva, los movimientos feministas y de mujeres, y las resistencias conservadoras difieren considerablemente. El argumento se construirá a partir de un conjunto de entrevistas en profundidad con activistas feministas y funcionarios estatales provinciales y nacionales realizados entre el año 2020 y 2022, notas periodísticas e informes de gestión y de organizaciones de la sociedad civil producidos durante el periodo estudiado.

En primer lugar, proponemos indagar brevemente el concepto ciudadanía sexual y después de describir la metodología empleada, exploraremos su adopción en el contexto argentino durante el periodo que se ha llamado la ola rosada (Pink tide) en América Latina (Balán y Montambeault, 2020; Díez, 2020). En segundo lugar, enfocándonos en el periodo de 2015-2019, analizaremos los cambios y las continuidades a nivel subnacional en las provincias argentinas de Santa Fe y de Tucumán, en relación con el periodo anterior. El artículo concluirá con una discusión comparativa, seguido por algunas reflexiones finales.

1. Ciudadanías sexuales: entre derechos sexuales, reproductivos, y (no) reproductivos

Como señala Graciela Di Marco (2012), el concepto ciudadanías sexuales está ligado a las relaciones de poder y formación de significados sociales de género en torno de los derechos humanos asociados a la sexualidad y la reproducción. El concepto se basa en la comprensión de que la constitución del ciudadano/a tiene lugar no solo a través de derechos políticos, civiles y sociales formales, sino también por medio de una serie de recursos simbólicos que permiten la participación en los múltiples planos de la vida social. Por lo tanto, el pleno goce de la ciudadanía sexual exige tanto eliminar las condiciones ideológicas y materiales que refuerzan la subordinación y marginalidad de mujeres y personas LGBTQI+ por medio de su sexualidad y comportamiento reproductivo, así como poner en valor conocimientos y adquirir otros nuevos reconociendo las necesidades de los grupos sociales, para

actuar tanto en ámbitos públicos como en privados. El fundamento de esta posición está en que la inclusión en la ciudadanía depende del dismantelamiento de las relaciones de poder desiguales y binarias, producidas simbólicamente y materialmente entre varones y mujeres.

De acuerdo con Mario Pecheny (2001), adoptar una perspectiva de género da cuenta cómo las diferencias sociales, culturales y políticas entre varones y mujeres significan que puede haber grupos, como las personas trans y no binarias, que no se identifiquen con esas identidades binarias. La cuestión de la orientación sexual, por otro lado, da cuenta de la realidad de personas lesbianas, gays, bisexuales y otros grupos.

Considerando la existencia de una pluralidad de identidades y preferencias sexuales y de género, las leyes y políticas basadas en el orden heteronormativo y en el binarismo de género generan la exclusión y discriminación de estos grupos, impactando en su posibilidad de ser ciudadano/a o no. Estos criterios son condicionantes para la hora de hablar de ciudadanías sexuales, como señala Pecheny (2001). Esto se debe a que la identidad sexo/género afecta fundamentalmente la pertenencia y participación en la ciudadanía; en esta línea, cuerpo y voz son dos notas distintivas sobre las cuales puede pensarse la ciudadanía sexual.

Además de definir a quienes están incluidos o excluidos de la ciudadanía, Monte (2010) establece que la ciudadanía sexual implica la concreción de los derechos en general y de los sexuales y reproductivos en particular. El proceso político de establecer, reducir o ampliar los límites de la inclusión de lo que es la ciudadanía sexual implica garantizar la igualdad de oportunidades y el acceso a derechos sexuales y reproductivos. En esta línea, el policiamiento de los cuerpos por medio del aborto negado, así como su incapacidad de decidir sobre su sexualidad y reproducción mediante el goce de su sexualidad, el acceso a la educación sexual o a métodos anticonceptivos hace de las mujeres y personas gestantes ciudadanas incompletas (Monte, 2010).

Por lo tanto, abordamos el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, como la oportunidad de los/as seres humanos de regular su capacidad reproductiva, sin coerción o violencia, hacia el pleno goce de la autonomía, particularmente la de las mujeres y personas con capacidad de gestar (Marques-Pereira y Raes, 2002). Estos derechos implican, entre otros, el derecho a la información sobre su salud sexual y reproductiva, a elegir un método de anticoncepción, así como el derecho al aborto. Además, en el contexto argentino en el cual nos enfocamos, la agenda feminista se basa en lo que feministas denominaron derechos reproductivos y no reproductivos, para centrarse tanto en la posibilidad de las personas gestantes a tener hijos/as, como en las que no deseen hacerlo, o elegir cuándo y con quién hacerlo (Brown, 2008).

Desde un enfoque de derechos y de justicia reproductiva adaptado al contexto argentino, abordamos también la capacidad (o no) de acceder a estos mismos derechos, estando atentas a las exclusiones de clase y raciales que generan las transformaciones económicas neoliberales sobre los cuerpos de las mujeres y personas gestantes (Morgan, 2015; Ross y Solinger, 2017).

2. Metodología

En este artículo, adoptamos una perspectiva feminista atenta a las relaciones y representaciones de género producidas desde el Estado y en la sociedad, que subordinan a las mujeres y personas de las diversidades sexuales y de género (Ackerly y True, 2018). Por esto analizamos las formas de desatención del principio de autonomía que exige el respeto a las decisiones de los seres humanos en el marco de su proyecto de vida, que se institucionaliza en el derecho de todos/as a elegir, según sus propias convicciones, el método anticonceptivo que desean utilizar y la posibilidad de elegir experimentar físicamente la paternidad o la maternidad.

Proponemos un análisis comparativo multinivel de procesos institucionales y sociales en torno de las ciudadanías sexuales, enfocado en los cambios que ocurrieron a nivel nacional y en dos provincias argentinas: la provincia de Santa Fe y la de Tucumán. Por un primer lado, la provincia de Santa Fe, ubicada en la región del litoral, es una de las más productivas y ricas de Argentina, comparable al nivel de desarrollo socioeconómico de sus vecinas, las provincias de Buenos Aires y de Córdoba.

La provincia y, particularmente, la municipalidad de Rosario es considerada pionera en la creación e implantación de políticas de salud sexual y (no) reproductiva. De acuerdo con la Constitución provincial, la salud es un derecho, y en este municipio se crea tempranamente el Programa de Procreación Responsable, a través de la Ordenanza N° 6.244, que luego, en 1998, se transformó en el Programa de Salud Integral de la Mujer. Hacia 2001, la Ordenanza N° 7.282 promueve la anticoncepción de emergencia, antes de que en el año 2003 se promulgara la Ley Nacional N° 25.673 de Salud

Sexual y Procreación Responsable. Estas ordenanzas y, luego, las leyes provinciales en materia de derechos sexuales y reproductivos serían empujados por fuertes movimientos feministas a nivel local.

Por otro lado, la provincia de Tucumán, situada en el noroeste de Argentina, ha sido históricamente un importante bastión de actores políticos conservadores y moldeada por una fuerte influencia de la Iglesia católica en los asuntos estatales. Su descenso económico a partir de los años 1960 la ubican como una provincia con altos niveles de pobreza y desigualdad. Además, la supervivencia del bussismo a través del partido político Fuerza Republicana durante la década del 1990, centrado en la figura del general Antonio Domingo Bussi quien gobernó de facto la provincia durante la última dictadura militar, atestigua el fuerte conservadurismo social de la provincia, pero también los legados autoritarios en el estado provincial y la sociedad tucumana (Crenzel, 1999). Por ende, en esta provincia las ciudadanía sexuales han sido históricamente restringidas por un profundo sistema patriarcal reforzado desde el Estado, tanto por la ausencia de políticas estatales como por la dominancia de fuertes valores conservadores (Luna, 2023).

Las políticas de salud reproductiva en la provincia, generalmente, han reproducido entonces los modelos maternalista y pronatalista históricamente dominantes en las políticas de salud de las mujeres en la Argentina (Acuña y Tuozzo, 2000). Esto se debe, en parte, debido a la resistencia de la legislatura provincial de Tucumán a las leyes y programas nacionales de procreación responsable, educación sexual integral o identidad de género, los bancos multilaterales de desarrollo y las Naciones Unidas, que han sido cruciales a la hora de desarrollar, financiar e implantar políticas de salud reproductiva, así como en varias provincias del norte de Argentina.

Para realizar el análisis empírico de ambos casos de estudio, proponemos el método de rastreo de procesos (o *"process tracing"*) (Bennett y Checkel, 2015), que nos permite entender de manera cronológica, los procesos, actores, y mecanismos de cambios y continuidades observados en cada provincia durante el periodo 2015-2019, así como sus efectos sobre las ciudadanía sexuales. Realizamos este análisis a partir de fuentes documentales provenientes de los estados nacionales, provinciales, municipales, reportes y archivos de organizaciones de la sociedad civil, y notas periodísticas. Además, en el caso de Tucumán, 27 entrevistas semiestructuradas se realizaron en persona y en línea con activistas feministas y trabajadores del estado, entre 2020 y 2022¹.

3. El contexto nacional argentino reciente (2003-2019): ciudadanía sexuales en expansión

3.1 La ola de izquierda (2003-2015)

Al contrario de otros países de la región que tuvieron, desde la segunda mitad del siglo XX, programas de planificación familiar y de distribución de métodos anticonceptivos (por ejemplo, Colombia, Chile, y Perú), la Argentina ha sido históricamente caracterizada por una fuerte impronta pronatalista (Biernat, 2005). Sin embargo, a partir de las Conferencias sobre Población de las Naciones Unidas en el Cairo (1994) y Beijing (1995), los derechos sexuales y reproductivos han surgido en la agenda internacional como nuevas categorías de derechos humanos. Con ellos, se empezó una progresiva pero desigual transición desde un paradigma basado en el control de los cuerpos, particularmente de las mujeres y personas con capacidad de gestar, hacia un paradigma de derechos a la autonomía corporal y reproductiva (Cáceres y Aggleton, 2004; Miller, 2000; Miller y Roseman, 2011). Las políticas públicas en materia de derechos reproductivos en Argentina han tenido una creciente expansión a partir de la década de los 90; sin embargo, la concepción cultural sobre la reproducción todavía se inclina fuertemente hacia patrones androcéntricos y maternalistas (Brown, 2004).

La administración que sucede a la crisis económica, institucional y social que surgió en el año 2001, con la elección del gobierno de centroizquierda del Frente para la Victoria en 2003, inaugura una nueva tradición de políticas a nivel nacional que presentarán una forma innovadora de pensar a las mujeres y las diversidades. Después de la crisis de 2001, en la que las provincias del norte experimentaron aumentos drásticos en las tasas de pobreza extrema, desempleo y mortalidad infantil, las instituciones internacionales y el gobierno nacional argentino se volcaron hacia un enfoque de salud más integral, centrado en los controles de salud y atención durante el embarazo, el parto y los controles postnatales, especialmente dirigidos a las mujeres que viven en las condiciones más vulnerables del país. A partir de ese periodo, ha prevalecido el enfoque basado en el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, y en relación con esto, tres cuestiones son fundamentales: la

¹ Las entrevistas fueron realizadas por Rose Chabot, en el marco de su tesis doctoral (Chabot 2025). Las entrevistas fueron anonimadas para proteger la confidencialidad de las personas entrevistadas. Algunas entrevistas fueron conducidas en línea en 2021, porque el contexto de la pandemia de Covid-19 impedía la realización de un trabajo de campo de forma presencial.

mejora en el acceso a los medicamentos; la creación de un posgrado en salud social y comunitaria; y el Plan Nacer, que ha tenido incidencia directa en la reducción de la mortalidad infantil, producto de la prolongación del cuidado y la cobertura tanto de la madre como del niño/a (Venticinque, 2013).

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSS y PR), vigente desde el mes de mayo del año 2003, además, comprende la creación de consejerías en salud sexual y reproductiva y el acceso gratuito a métodos anticonceptivos. Por medio del programa, se propone mejorar la satisfacción de la demanda y adoptar un enfoque preventivo y de disminución de riesgos; instrumentando acciones tendientes a ampliar y perfeccionar la red asistencial. En el año 2006, la adopción de la ley nacional de educación sexual viene a fortalecer, a nivel educativo, el acceso a la información de los jóvenes, contribuyendo al pleno goce de sus derechos sexuales y reproductivos. Durante ese periodo, los derechos sexuales y de las personas LGBTQI+ se vieron expandidos también, conforme a la ley de matrimonio igualitario (2006) y la ley de identidad de género (2012), disputando de manera significativa el orden heteronormativo y patriarcal precedentemente vigente.

Si bien el cambio de siglo trajo modificaciones normativas disruptivas en los distintos niveles de políticas y prácticas públicas que atienden las sexualidades y reproducciones de las mujeres y personas LGBTQI+, quedaba por afuera y demandante la Interrupción Voluntaria del Embarazo (en adelante, la IVE). A partir del 2005, el surgimiento de la Campaña Nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito acompañaría una creciente movilización en favor de la ampliación del marco legal, que hasta ese momento penalizaba el aborto que no fuese realizado cuando estuviese en peligro la salud o la vida de la mujer embarazada, o cuando no fuese resultado de una violación cometida sobre una mujer "demente," según el Código Penal (1921).

A partir de este momento, las demandas sociales para ampliar los derechos reproductivos se han enfocado en la interrupción legal y voluntaria del embarazo. Las aperturas hacia la liberalización del aborto desde el Estado se hicieron cada vez más notables, incluso con el denominado Fallo F.A.L. que, en 2012, que reafirma las condiciones para la realización de interrupciones legales del embarazo (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2012), y la legalización del aborto voluntario hasta la semana 15 de embarazo en 2020.

A pesar de cambios importantes a nivel nacional durante el giro a la izquierda (2003-2015), las particularidades del sistema de salud argentino generan una complejidad institucional a la hora de implantarlos. Un rasgo distintivo del sistema de salud de la Argentina es la coexistencia desarticulada de tres grandes subsectores: el público, el de la seguridad social (obras sociales) y el privado. A nivel agregado, cada uno de estos sectores puede ser considerado como un entramado de reglas donde coexisten múltiples actores, a la vez que se diferencian entre sí; principalmente, respecto de su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de sus recursos. Asimismo, también se observa una diversidad de intereses y de fundamentos ideológicos en el interior de cada uno de estos sectores. En el caso específico del subsector público, el mapa de actores incluye a protagonistas de los diferentes niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal); pero también debe considerarse su relación con los actores de la seguridad social y, más recientemente, de los organismos internacionales de crédito (Repetto et al., 2001).

3.2. La gestión de Cambiemos (2015-2019)

El partido político Propuesta Republicana (PRO), liderado por el presidente Macri, puede ser definido como una vertiente de la nueva derecha, que contiene en su interior la amalgama de dos tradiciones políticas históricamente contrapuestas: el liberalismo y el conservadurismo (Souroujon, 2021). De esta manera, Cambiemos fue construyendo su gestión a partir de ciertas premisas claves; su impronta neoliberal se observaba en la orientación de las políticas públicas implantadas, al postular un Estado activo que promoviera y posibilitara el funcionamiento de las fuerzas del mercado (Iglesias y Luca, 2020). Además, este estilo de gestión diferente de la salud y de las políticas de equidad de género trajo necesidades inéditas y puso en evidencia la compleja situación que sufren las personas gestantes en situación de vulnerabilidad material. Así, su cotidianeidad se agravó profundamente, aumentando la brecha de acceso al sistema sanitario y, particularmente, en relación con sus derechos sexuales y (no) reproductivos.

El periodo que recorre el arco temporal comprendido entre el año 2015 y el 2019 produjo modificaciones significativas en el sector de la salud, que hicieron tambalear algunas de las conquistas adquiridas en las décadas anteriores. En este marco, el derecho a la salud pública se extinguía nuevamente detrás de las promesas de "cambio", idea difusa que permitió la adhesión de las mayorías a un

proyecto que aparecía como inocuo ante la mirada desatenta de los desencantados por el populismo nacional. Como señaló Gabriel Vommaro (2016), este periodo se caracterizó por correr de los espacios de decisión a los abogados, ubicando a actores provenientes del sector privado: los *Chief Executive Officers* (o comúnmente llamados CEOs).

En relación con la salud de las mujeres, la desjerarquización del ministerio de la salud a nivel nacional golpeó, de manera directa, las políticas de salud sexual y (no) reproductivas, de manera tanto simbólica como material. En términos reales, se hizo evidente en el deterioro que sufrieron las prestaciones del PNSS y PR, cuestión que se expresó en crecientes dificultades en cuanto al acceso a la información y a ciertos servicios e insumos, así como también, en relación con la provisión de métodos anticonceptivos y del misoprostol para las interrupciones legales del embarazo. Es importante aclarar que, en el año 2018, se creó la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, y que el PNSS y PR funciona en el interior de esta, situación que no se reflejó en una mejora en el financiamiento de esta área. Estas restricciones tuvieron como contracara la consolidación de un modelo de acceso privilegiado a estos recursos por parte de sectores minoritarios de la población y con mayor poder adquisitivo.

En relación con el sistema sanitario en el marco de la administración nacional de Cambiemos, como señala Ase (2019), es difícil pensar que un proceso de reformas sanitarias pueda ser expansivo respecto de la garantía del derecho a la salud cuando se produce en simultáneo al proceso de achicamiento del actor que debería conducirlo. De esta manera, como señala Clemente (2018), la gestión a cargo de la coalición Cambiemos inicia un proceso que implicará un retroceso, entendiendo la enfermedad como un "problema de pobres", situación que ya tiene antecedentes en la historia de la salud pública nacional.

Estos cambios institucionales, sin embargo, ocurren en un contexto de alta movilización social feminista y también en el auge de grupos antifeministas, autodenominados provida, que ponen los derechos sexuales y reproductivos en el centro de la agenda social y política. En el año 2018, nuevamente se intenta legalizar el aborto con la pujante Campaña Nacional por el aborto legal, seguro y gratuito, el cual integran los movimientos feministas argentinos acompañando para interpelar al Congreso Nacional. En esta línea y, como señala Claudia Anzorena (2018), el nuevo gobierno constituyó un enemigo común claro para los feminismos, situación que permitió la confluencia en un espacio compartido, de una diversidad de colectivas, grupos y organizaciones, de diferentes ídoles, que venían luchando por los derechos de las mujeres y las disidencias sexuales en términos generales.

No obstante, los intensos debates en el Congreso Nacional terminaron con el rechazo del proyecto de ley por la legalización en el Senado y presentado por la Campaña Nacional. A pesar de este primer rechazo legislativo, es posible pensar que las discusiones sociales y políticas que se desataron en Argentina durante ese periodo en torno de la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo implicaran cuestionar uno de los pilares en los que se asentó la sociedad argentina históricamente: el natalismo.

De todos modos, los últimos años del gobierno Macri y los primeros meses del gobierno siguiente, el del peronista Alberto Fernández, se caracterizarían por un crecimiento de las movilizaciones feministas, sostenidas por las mareas violeta y verde. Además, se notaría una expansión de redes activistas feministas y de profesionales del Estado presionando para la expansión de los derechos sexuales y reproductivos, los cuales, finalmente, se concretarían con la legalización del aborto voluntario hasta la semana catorce de gestación, en diciembre del 2020.

En las próximas dos secciones, nos enfocaremos en dos contextos subnacionales distintos: la provincia de Santa Fe y la de Tucumán, para evidenciar las transformaciones contextuales que ocurrieron en las ciudadanías sexuales en Argentina, entre los gobiernos de la ola rosada y la gestión de Cambiemos.

4. El caso de Santa Fe, expandiendo las ciudadanías sexuales

A partir del principio del siglo XXI y durante el giro a la izquierda, el municipio de Rosario desarrolló estrategias de Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva, con el objetivo fundamental de lograr la igualdad de género.

En 2004, comenzó a regir la política de Parto Respetado y Maternidad Segura y Centrada en la Familia; y en el 2007, por medio de la Ordenanza N° 8186, se promulgó el Protocolo de Atención de Abortos no punibles en efectores públicos de salud, el desafío que tiene la salud pública es que todo aquello que esté disponible, esté disponible para todas. De modo que en esta provincia ya

existía una norma que resguardaba los derechos de las personas con capacidad de gestar, aunque, es preciso aclarar, que Santa Fe se encontraba entre aquellos territorios provinciales cuyas normas habían sido vetadas por el poder político (Pautassi y Zibecchi, 2010). Ponemos especial énfasis en esta delimitación, ya que un rasgo fundamental de las políticas de salud es que su puesta en marcha se hace específica en su diálogo con el territorio: los efectores de salud se localizan en territorios con características particulares, al tiempo que atienden a poblaciones que los habitan (Di Virgilio, 2015).

Durante el año 2007 cambió el estilo de gestión. De esta manera, en el periodo de 2007 a 2011, se planificó y descentralizó el gobierno santafesino. En el periodo de 2011 a 2015, se articularon y consolidaron las políticas sobre la estructura de nodos, que propició el trabajo en redes impulsado por la expansión de alianzas políticas y la generación de acuerdos más amplios. Después del año 2015 solo en algunas realidades provinciales, como es el caso de la Provincia de Santa Fe, sobrevivió con mejores perspectivas el PNSS y PR.

En términos generales, la Provincia litoraleña buscó seguir siendo reconocida como la más progresista del país, consolidando una ciudadanía sexual en su territorio. De esta forma, durante ese periodo el Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) profundizó su liderazgo como productor y proveedor de anticonceptivos orales y misoprostol. Las políticas que garantizaron los DSR continuaron su cauce y mejoraron, acompañadas por los feminismos provinciales que fueron tejiendo una red inédita evidenciada en el lazo que se construye desde las diferentes generaciones, clases sociales, etnias, disciplinas, espacios de gestión, cátedras, redes de docentes, sindicatos, acciones colectivas estudiantiles y no docentes interesados/as. Se vio fortaleciendo un colectivo que avanzaba hacia una sociedad más equitativa y libre de violencias; este es un proyecto que fue cobrando cada vez más fuerza en la última década en Santa Fe.

5. Los derechos sexuales y (no) reproductivos en Santa Fe durante la gestión de Cambiemos

En el periodo 2015-2019, otros de los rasgos más importantes fueron el crecimiento de la infraestructura, la formación de recursos humanos y la consolidación de la inversión pública en salud. El gasto público en salud de la Provincia durante el arco temporal de 2010 a 2017 representó alrededor de un 9 % del presupuesto provincial (Defensoría del Pueblo, 2019, p.16.). Esto permitió, más allá de los cambios de la gestión nacional, continuar pensando los DSR como una posibilidad en la salud pública, mientras en la gestión nacional la idea de igualdad de oportunidades dejó de ser un propósito para la gestión. Desde el año 2018, la Dirección Provincial por la Salud de la Niñez, Adolescencia, Sexualidades y Reproducción Nacional es la oficina que tiene la misión de entender sobre lo concerniente a la implantación y evaluación de las acciones necesarias para garantizar la atención integral de los temas relacionados con la salud sexual y (no) reproductiva, así como también los de la salud de las personas gestantes, las infancias y adolescencias de la provincia. La modalidad de este espacio de gestión no contempla programas en ninguna de sus áreas, por lo que la política pública se aplica de modo transversal y sostenido con los recursos financieros y humanos disponibles en el Ministerio de Salud.

Las políticas y los programas nacionales se aplican mediante la intervención de la dinámica sanitaria santafesina, de manera que se pueda ir sosteniendo la complejidad sistémica con paliativos provenientes de la mencionada jurisdicción. En este marco, la salud sexual y (no) reproductiva está incluida en el área de Promoción y Prevención de la Salud de la mencionada Dirección. Estos nuevos trayectos de las políticas de salud sexual y (no) reproductivas no implicarán grandes cambios cualitativos ni tampoco cuantitativos, en términos de financiamiento (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2019.). Las ciudadanías continúan cierta lógica y ordenamiento que no permiten superar las injusticias. En este sentido, esto implicaría, de acuerdo con Fraser (2015), algunas disposiciones que les permitan a todos/as participar como iguales en la vida social, es decir, una democratización del subsistema de salud pública para encontrar equidad (no) reproductiva.

La provincia de Santa Fe buscó proteger su tradición de instituciones construidas desde la lógica de los derechos ante las transformaciones institucionales de Cambiemos con mecanismos ligados al funcionamiento empresarial, y se mantuvo atenta a un rol social activo, disminuyendo los costos de la retirada nacional. De esta manera, los debates en torno de la interrupción legal del embarazo (ILE), que repercutieron en la política sanitaria de la administración Macri, dieron cuenta de esa impronta conservadora de esta nueva derecha que no se asumió como tal. Como contrapartida, la ILE

fue un elemento fundamental para establecer y poner en marcha en Santa Fe un nuevo protocolo en el año 2016. Por consiguiente, a través del Protocolo para el abordaje de situaciones vinculadas al embarazo en la adolescencia temprana, adoptado en 2015, se reconocieron los derechos de las ciudadanías más vulnerables, pensando en la importancia de una herramienta que se propone visibilizar y ordenar, desde una perspectiva de género, el abordaje de los cuidados de la situación de este grupo poblacional. Así el desfinanciamiento a nivel nacional impactó gradualmente en el ámbito provincial santafesino y, aunque siguió en pie una salud pública sexual y (no) reproductiva, sus tareas se vieron limitadas para garantizar derechos (Venticinque, 2018). Por ello, la población se vio sumergida en la perspectiva neoliberal, que celebra la elección individual y cierra las posibilidades al intercambio entre iguales y el logro meritocrático, al tiempo que no observa las desigualdades estructurales laboriosamente descubiertas y cuestionadas durante las décadas anteriores por los grupos subalternos (Fraser, 2015).

En el ámbito de la provincia litoraleña, la legislación vigente en materia de salud en Santa Fe es de carácter amplio, ya que regula lo relacionado con la prevención de patologías clínicas y de salud mental, prácticas médicas, anticoncepción, entre otras, aunque no posee una normativa marco que regule el derecho a la salud en su totalidad, es decir, una ley de salud. Desde el año 2008, la gestión de la salud en la provincia de Santa Fe se fundó según el precepto marco, que implicó universalizar la cobertura de cuidados integrales. Entonces se estableció que, con la llegada de este estilo de gestión "progresista," comenzó a pensarse en un sistema de salud público, en el que la salud fuese un derecho incorporado. Por tanto, se inició en la provincia un momento marcado por una administración que planificó y descentralizó el sistema sanitario.

En el segundo gobierno, desde el año 2011 se articularon y consolidaron las políticas generadas y se buscó un trabajo en red impulsado por la expansión de alianzas políticas y una generación de acuerdos más amplios. A partir del año 2015, uno de los aspectos más relevantes fue el crecimiento de la infraestructura, la formación de recursos humanos y la consolidación de la inversión pública en salud. El gasto público en salud de la provincia durante el arco temporal de 2010-2017 representó alrededor de un 9 % del presupuesto provincial (Quiroga, 2019). En este camino, la salud, durante el año de 2015, conservó el espíritu de los primeros periodos frentistas, con un lugar privilegiado para la obra pública y la articulación territorial de todas las áreas.

En materia de salud, existían distintas dimensiones o cuestiones que se trabajaron de manera coordinada, y las violencias por razones de género ocuparon un lugar significativo durante esta gestión. Se trabajó en nuevas formas de articular con el servicio local de denuncias por violencias en todas sus modalidades y en la no revictimización. También se buscó desarrollar el rol central que poseen los centros de salud públicos de primer nivel, en relación con la labor social cotidiana mediante la articulación de todas las áreas y la reflexión sobre una salud integral. En este mismo sentido, se trabajó la cuestión más territorial y de acompañamiento, así como el rol central que ahí también cumplen los centros de salud de primer nivel con los equipos que lo integran. La red territorial fue generando la necesaria articulación que necesita la salud pública, y, en particular, una perspectiva integral de la salud.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se implantó en el marco de las acciones de la Dirección Provincial por la Salud de la Niñez, Adolescencia, Sexual y Reproductiva. Esta oficina tenía la función de entender sobre lo concerniente a la implementación y evaluación de las acciones necesarias, para garantizar la atención integral de los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, así como también los derechos de los gestantes, las infancias y las adolescencias en la provincia. La modalidad de gestión no contempló programas en ninguna de sus áreas, por lo que la política pública se aplica de modo transversal y sostenido con los recursos financieros y humanos disponibles en el Ministerio de Salud.

El gobierno que asumió las riendas de la provincia en el año 2015, un administrador del socialismo regional, fue el tercer gobernador del espacio de centro izquierda que logró llegar a la casa gris por primera vez en el año 2007. Fue Hermes Binner, fundador del Frente Progresista Cívico y Social y el primer gobernador de Santa Fe que no perteneció a la histórica Unión Cívica Radical o al Partido Justicialista que gobernó la provincia durante varias décadas ininterrumpidamente. Como señala Higo Quiroga, la diferenciación política fundamental pasaba por cierto agotamiento del peronismo luego de 24 años de gobierno. A esto se le debe sumar una voluntad colectiva de cambio y el reconocimiento de la eficacia de la gestión socialista en la ciudad de Rosario, tanto del exintendente Binner, médico de amplia trayectoria, como del ahora nuevo gobernador provincial Miguel Lifschitz. Además de incluir la consagración del fundador del Frente como líder popular, de larga trayectoria política y reconocida actuación pública en el ámbito sanitario (Quiroga, 2020).

6. La provincia con ciudadanía sexual que no son: Tucumán

El caso de la provincia de Tucumán ilustra un contexto de altas restricciones de las ciudadanía sexual de las mujeres y personas LGBTQI+ en su territorio. Si bien la política nacional avanzó significativamente a principios de la década de 2000 en Argentina, los legisladores provinciales de Tucumán han bloqueado de modo sistemático el tratamiento de las leyes que buscan reducir las desigualdades de género y transformar la estructura social heteropatriarcal².

De hecho, la provincia no se ha adherido a la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003) ni ha creado su propia ley provincial, limitando sustancialmente la autonomía corporal de las mujeres y personas gestantes en esta provincia. Aun así, presionado por el Ministerio de Salud nacional, se creó, después de 2003, una oficina del programa nacional para gestionar la distribución de métodos anticonceptivos enviados por el Ministerio de Salud nacional, así como clínicas de planificación familiar en la provincia³. Del mismo modo, la Ley Nacional de Educación Sexual Integral (2006) para las escuelas de gestión provincial nunca llegó a los debates legislativos, a pesar de haber sido presentada en múltiples ocasiones por diputados y organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo, los escasos recursos humanos y materiales de las políticas de género, la falta de apoyo político local y la dependencia del gobierno nacional han impedido el despliegue de la educación sexual integral o de políticas en salud sexual y (no) reproductiva⁴.

Además de la debilidad de los derechos sexuales y reproductivos y, particularmente, los que implican la autonomía de las personas gestantes en la decisión de no procrear, el Estado provincial también ha desempeñado un papel activo en la criminalización y judicialización de personas por eventos obstétricos, incluidos abortos espontáneos y abortos legales dentro del marco de los causales establecidos por el fallo F.A.L anteriormente mencionado. Según un estudio realizado por la ONG Mujeres X Mujeres, entre 2003 y 2012 se abrieron alrededor de 282 causas judiciales sobre el aborto, incluidas las clasificadas como "aborto," "incitación al aborto," "aborto provocado," "aborto espontáneo" y "aborto incompleto."⁵

Por lo tanto, la colaboración interinstitucional entre los actores sanitarios, políticos y judiciales ha sido clave para instalar un marco interpretativo por el cual cualquier evento obstétrico está potencialmente sujeto a sanciones penales (Deza, 2015). Es así como las ciudadanía sexual en esta provincia del noroeste han quedado aisladas de la mayoría de los cambios normativos observados a nivel nacional durante los primeros 15 años del siglo XXI en Argentina. Es en un contexto específico provincial, caracterizado por un alto conservadurismo social y la debilidad institucional del sistema de salud, y la llegada del gobierno neoliberal de Cambiemos en el año 2015.

6.1 Los derechos (no) reproductivos en Tucumán durante el gobierno de Cambiemos

A lo largo del periodo 2015-2019, Tucumán fue testigo tanto de la continuidad de la resistencia estatal a los DD. SS. y RR. en la formulación de políticas, como de un aumento sin precedentes de los movimientos, redes y organizaciones feministas locales que ejercen presión sobre el Estado provincial para su expansión. Después de doce años bajo la gobernación del peronista José Alperovich, en 2015 el exministro nacional de Salud José Luis Manzur (Partido Justicialista) es elegido gobernador de la provincia, formando parte ahora del bloque opositor al gobierno nacional. Entre 2015 y 2019, Tucumán no permaneció aislada de los desarrollos recientes en los movimientos feministas a nivel nacional.

Si bien la legislatura continuó con su resistencia habitual a la legislación de salud sexual y reproductiva, a partir de 2017 las reorientaciones del gobierno nacional hacia la prevención del embarazo adolescente y la política materno-infantil en la provincia pasan a atender las necesidades específicas de esta población, incorporando, por primera vez, una perspectiva de género e incluyendo minorías de género y sexuales. El Plan Enia fue implantado con el apoyo técnico de organismos de las Naciones Unidas y la colaboración de organizaciones de la sociedad civil. El programa provincial de salud sexual y procreación responsable, sin embargo, lucha por contar con recursos adecuados, ya que dependen exclusivamente de la provisión de medicamentos y métodos anticonceptivos provenientes del gobierno nacional.⁶

² Entrevista con una persona activista dentro de la rama feminista de una organización política. En San Miguel de Tucumán, el 27 de febrero del 2020.

³ Entrevista con una persona empleada del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tucumán. En San Miguel de Tucumán, el 28 de febrero del 2020.

⁴ Entrevista con una persona activista dentro de la rama feminista de una organización política. En San Miguel de Tucumán, el 27 de febrero del 2020.

⁵ Entrevista con una persona activista dentro de la rama feminista de una organización política. En San Miguel de Tucumán, el 27 de febrero del 2020.

⁶ Entrevista con una persona empleada del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tucumán. En San Miguel de Tucumán, el 28 de febrero del 2020.

A partir del 2017 el desarrollo de nuevos activismos a favor del aborto dentro del sistema público de salud y fuera de él marca el comienzo tímido de la implantación del aborto legal en la provincia. De hecho, en el año 2018 surgen los primeros grupos activistas y de profesionales de la salud que empiezan a acompañar a personas gestantes en sus abortos, en un contexto de fuerte rechazo social e institucional a los derechos reproductivos. Las primeras colectivas⁷ de Socorristas en Red hacen su aparición en la capital de San Miguel de Tucumán, junto a otros grupos más pequeños en el interior de la provincia.⁸ Así mismo, de la Red de Profesionales de la Salud por la Vida y el Aborto Legal, creada en 2018, nace en la provincia una rama regional de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, más explícitamente a favor de legalizar el aborto voluntario, sin restricciones.

En Tucumán, las pequeñas grupos socorristas han trabajado a menudo en colaboración con la Red de Profesionales de la Salud y Actores Claves del SIPROSA, con el objetivo de facilitar el acceso al aborto en el sistema de salud para aquellos que así lo desean.⁹ En consecuencia, las nuevas articulaciones entre las redes nacionales y provinciales de profesionales de la salud, los programas de salud sexual y reproductiva y las Socorristas en Red han permitido que las interrupciones legales del embarazo se practiquen por primera vez en los hospitales provinciales.

Si bien la mayoría de los cambios se han desarrollado principalmente en la capital de San Miguel de Tucumán y fueron impulsados por un número limitado de activistas comprometidas, estos abrieron la puerta al desarrollo de nuevas prácticas institucionales existentes, a pesar de un vacío legal y político en las interrupciones legales del embarazo. Sin embargo, el aborto a pedido siguió siendo un tema muy debatido entre los movimientos de mujeres y los profesionales de la salud, que inicialmente permanecieron divididos en líneas religiosas.¹⁰ Las nuevas redes están constituidas por solo un puñado de activistas que son superados en gran medida en número por las demandas provenientes de la provincia, pero también de las provincias vecinas con contextos igualmente restrictivos en cuanto a los abortos legales.

El crecimiento de las redes activistas y de salud pública a favor del derecho al aborto también se vio reflejada en la aparición de un movimiento feminista local con presencia más activa y masiva en las calles. Dos años después de la primera protesta de Ni Una Menos en el año 2015, el 8 de marzo de 2017 tuvo lugar la huelga del 8M, centrada en la violencia de género en todas las esferas de la sociedad, así como la violencia sexual contra mujeres y niñas (La Gaceta, 2017a). La protesta, en la que los socorristas locales hicieron una polémica performance escenificando una representación de la Virgen María abortando frente a la Catedral de la ciudad, contó con la presencia de mujeres de todas las generaciones (La Gaceta, 2017b). Este evento multitudinario puso, en primer plano, el pañuelo verde de la Campaña Nacional, en una provincia en la que este símbolo había sido ampliamente resistido.

En este contexto de creciente movilización feminista en todo el país, la rearticulación de los movimientos locales de mujeres y feministas en Tucumán se hizo también en torno de casos específicos de movilización legal, los cuales se convirtieron en emblemas del movimiento (Augier, 2022; Chabot, 2025). Durante este periodo, la provincia fue testigo de movilizaciones legales y callejeras sin precedentes respecto de los casos de María Magdalena (2012), Belén (2016-2018) y Lucía (2019), lideradas por una alianza multisectorial de organizaciones de derechos humanos, organizaciones de la sociedad civil feministas y activistas, sindicatos, legisladores y periodistas. María Magdalena y Belén fueron procesadas judicialmente por abortos espontáneos, mientras que, a Lucía, niña de once años, el personal de salud le negó un aborto legal tras haber sido violada por su tío (Augier, 2022). Las tres sufrieron graves violaciones a sus derechos humanos cuando recurrieron al sistema de salud público de la provincia, las cuales, con la crecida de la marea verde, fueron ampliamente denunciadas por el movimiento feminista. Mientras que María Magdalena fue sobreseída en el 2015, su pedido de justicia por las violaciones a sus derechos sigue sin respuesta (Blog Mujeres x Mujeres, 2023). A finales de 2018, después de una amplia movilización social y legal, en definitiva, Belén fue absuelta de los cargos penales, y su caso se ha convertido en emblemático en la Campaña Nacional e, incluso, llegó a audiencias internacionales. Finalmente, el caso de Lucía es uno en que la movilización feminista logró hacerle acceder a su derecho.

⁷ Los colectivos y grupos feministas que participaron en este estudio se referían a las palabras "colectivas" y "grupos," feminizando las palabras usuales como gesto político. Decidimos entonces referirnos a estos términos, respetando el posicionamiento epistemológico de las participantes.

⁸ Entrevista con una persona activista feminista de Socorristas en Red. En línea, el 2 de diciembre 2021.

⁹ Entrevista con una persona activista feminista de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. En San Miguel de Tucumán, el 29 de febrero del 2020. Entrevista con una persona activista feminista de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. En San Miguel de Tucumán, el 31 de mayo del 2022.

¹⁰ Entrevista con una persona activista feminista de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. En San Miguel de Tucumán, el 29 de febrero del 2020.

Estas experiencias permitieron sacar a la luz la interrelación de la negación de los derechos sexuales y (no) reproductivos y la violencia de género institucional en la provincia de una manera sin precedentes. Consistieron en importantes formas de resistencia al régimen de ciudadanía sexual negada en la provincia. Junto con otros miembros del Colectivo Ni Una Menos, entonces bien establecido en la provincia, el movimiento de mujeres y feministas exigió la aplicación adecuada del protocolo nacional para el aborto legal, enmarcando el embarazo infantil como una forma de tortura (Vignoli et al., 2022). Estos tres casos generaron debates importantes sobre el derecho al aborto, la violencia institucional de género, la violencia sexual y el abuso sexual infantil en Tucumán. Colocaron nuevos temas en la agenda política y ejercieron presión sobre el SIPROSA y el gobierno provincial bajo un mayor escrutinio de un creciente movimiento feminista local estrechamente conectado con la Campaña Nacional.

Sin embargo, este crecimiento importante de los movimientos feministas locales también desencadenó la contramovilización notable de los sectores antiaborto que ya se beneficiaban de un gran apoyo político y social. La creación de Médicos por la Vida Tucumán en 2018, una agrupación autoproclamada "provida," afianzó aún más las posturas contra el aborto dentro del sistema de salud provincial, que ya se resistía, en gran medida, al derecho al aborto.

Los sectores antiaborto también se movilaron de nuevo por medio de la legislatura provincial, para solidificar el statu quo al declarar a la provincia "provida," diez días antes de los debates sobre el proyecto de ley presentado por la Campaña en el Congreso Nacional en Buenos Aires (López 2018).

En definitiva, a pesar de la existencia de programas de salud reproductiva centrados en la salud materno-infantil, la ausencia de un sistema primario de salud sólido y la concentración de recursos económicos y humanos en maternidades de alta complejidad ha impedido que las políticas existentes lleguen a la gran mayoría de la población, incluidas las comunidades más marginadas. Estas barreras institucionales implican el desconocimiento de amplias mayorías que reclaman por el ejercicio de sus ciudadanía. Es finalmente en el año 2019, con el cambio de gobierno a nivel nacional, que el programa provincial obtiene y comienza a distribuir misoprostol, que en ese entonces se utilizaba en Argentina para los abortos con medicamentos, y ya disponible en muchas provincias del país.

Discusión

Los cambios en las gestiones políticas implican abordar las modificaciones que ocurren en la cobertura y equidad de los derechos, pensando con Fraser (2015) en las injusticias materiales y también en las simbólicas, las cuales caracterizan las relaciones de género, de clase y raciales. Podemos establecer que, cambiando los estilos de gestión, y esto implica transformar el paquete técnico desde el cual influenciar a la sociedad política, podemos lograr una construcción democrática de todos los espacios, en tanto engranajes de una misma maquinaria. Pero más allá de los cambios ideológicos que se observan en el estado nacional entre gestiones de centroizquierda y de centroderecha, este estudio revela que las ciudadanía sexual en Argentina están insertadas en una compleja arquitectura institucional federal que genera una importante heterogeneidad en el contenido y el acceso a los derechos de las personas a lo largo del territorio (Leiras, 2013; Smulovitz, 2015; Ruibal, 2018).

Además, y más allá de esta complejidad institucional, la construcción de las ciudadanía sexual durante el periodo de 2015-2019 fue caracterizada por distintos procesos de contestación, reapropiación y reconstrucción sociales y políticas, llevadas adelante por movimientos feministas en expansión. Estos procesos incluyeron movimientos sociales callejeros, redes de acompañamiento al aborto y de comunicación social, esfuerzos legislativos y litigio estratégico, que constituyeron un conjunto de demandas y mecanismos de inclusión y resignificación de la ciudadanía sexual.

En el caso del aborto, en particular, estos procesos tuvieron impactos heterogéneos en la sociedad y los estados provinciales y nacional, logrando reducir, en distintas medidas, las desigualdades de género y las sexuales entre las personas por medio de políticas públicas. En la provincia de Santa Fe, se observa la diversidad de intereses y recursos que convergen en la puesta en marcha para reconocer los derechos (no) reproductivos. En el caso específico del subsector de la salud pública, el mapa de protagonistas incluye a personalidades de los diferentes niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal); pero también debe considerarse su relación con las acciones colectivas que luchan por los derechos de las personas con capacidad de gestar. De esta manera, vemos cómo se fue construyendo un conjunto de representaciones, un nuevo imaginario que, desde un estilo de gestión distinto, propició la idea de pensar un territorio con buenas prácticas sanitarias. En esta línea, podemos señalar que los sectores dominantes juegan un rol central en la construcción de los imaginarios territoriales. Con

la ayuda de los medios de comunicación y pensando en los avances constantes en el Municipio de Rosario, se favorecen la construcción de ciertas imágenes sobre las ciudades y las políticas públicas que contribuyen a una determinada producción del espacio urbano (Ghilardi y Dalla Torre, 2020).

La confluencia compleja y heterogénea de la realidad provincial con el giro neoliberal a nivel nacional, sin embargo, disminuye la capacidad de dar respuestas cuando los proyectos se gestionan a partir de la lógica del servicio en detrimento de los derechos, como sucedió a nivel nacional durante la gestión de la coalición Cambiemos. O bien, cuando el respeto a las creencias y valores de algunos/as resultan más importantes que sostener los derechos consagrados de las mayorías. De todas maneras, los derechos sexuales y (no) reproductivos constituyen posibilidades tangibles en este territorio provincial, que con más desafíos que logros concretan la igualdad de trato en la complejidad de la arena sanitaria sexo-reproductiva.

En la provincia de Tucumán, al contrario, las instituciones con fuerte anclaje maternalista y pronatalista generan fuertes resistencias a nivel provincial, así como dificultades más allá de los cambios de gobierno experimentados a nivel nacional y de las organizaciones internacionales. Tucumán constituye un caso de vacío jurídico y normativo relativo en torno de la salud sexual y reproductiva, en un contexto de autonomía provincial parcial producida por el sistema federal argentino. Programas nacionales destinados a poblaciones y objetivos específicos, y financiados por organismos internacionales, como el Plan Enia para la prevención del embarazo adolescente, conviven entonces con la criminalización activa de los derechos (no) reproductivos y, particularmente, el aborto.

Las ciudadanía sexuales en Tucumán se ven altamente restringidas, criminalizadas y carecen de una perspectiva integral de los derechos. Estas resistencias institucionales y sociales producen y reproducen las desigualdades de género, clase y raza, mediante la exclusión de sectores sociales marginalizados. Por lo tanto, durante el gobierno de Cambiemos, los retrocesos, en término de derechos sexuales y reproductivos, fueron menores, dado que las ciudadanía sexuales ya estaban limitadas durante la ola a la izquierda en esta provincia.

Sin embargo, las crecientes movilizaciones feministas en los tribunales, los medios de comunicación y las calles han caracterizado el periodo de 2015 a 2019, así como nuevos esfuerzos para eliminar las importantes barreras a la autonomía reproductiva en el sistema de salud. Frente a un Estado no solamente ausente, sino activamente criminalizador en cuanto a derechos (no) reproductivos, las crecientes movilizaciones bajo el pañuelo verde en la provincia han motivado también a los sectores antiaborto a afianzar el statu quo, por medio de la adopción simbólica de una declaración legislativa "provida" en 2018. En respuesta a las redes y movimientos en favor del derecho al aborto, los sectores antiaborto expresaron públicamente su oposición, exponiendo aún más a las personas que abortan, así como a las activistas feministas y trabajadores de la salud que las asisten, a la violencia reproductiva desde el Estado. De esta manera, las ciudadanía sexuales se constituyen en un campo de lucha de las mujeres y personas LGBTQ+, que ven sus derechos en tensión permanente en función de sus identidades de género y sus sexualidades (Di Marco, 2012).

Reflexiones (no finales)

Para concluir, entendemos que las políticas públicas sanitarias destinadas a las argentinas fueron históricamente construidas desde el binomio mujer-madre, un paradigma patriarcal que genera herencias profundas en las instituciones de salud del país (Ramm, 2020). Este binomio, institucionalizado mediante la prohibición del aborto hasta el año 2020, restringe la autonomía corporal de las personas con capacidad de gestar en el goce de su propio cuerpo y el manejo de su procreación.

Durante la ola de la izquierda en Argentina (2003-2015), los avances nacionales en los derechos sexuales y reproductivos fueron notorios. Durante el periodo 2015-2019, la llegada al poder de un gobierno de tinte neoliberal fue caracterizada por un menor enfoque en los derechos humanos en general y en recortes en la gestión de la salud hacia un estilo de *new-management*, afectando la capacidad institucional de implantar los derechos sexuales y reproductivos. Pero, la crecida de la marea verde enfrentó a estas instituciones, pidiendo su transformación desde la inclusión de las mujeres y los cuerpos gestantes a la ciudadanía.

No obstante, como lo evidencian los casos de las provincias de Santa Fe y Tucumán, estos procesos ideológicos dentro del Estado y fuera de él tuvieron expresiones y resultados diferentes en el territorio. Estos fueron marcados por distintos grados de herencias institucionales, resistencias conservadoras y movilizaciones feministas, las cuales permitieron cierta permeabilidad o impermea-

bilidad a los cambios de gestión a nivel nacional. De esta manera, los debates incorporaron complejidad y conflicto, debiendo pensar imprescindiblemente en la idea de ciudadanía sexual (Marco, 2012; Monte, 2010; Pecheny y Petracchi, 2006).

La idea de ciudadanía sexual plural, que se contraponen a la invisibilización de la diferencia de los cuerpos con capacidad de gestar, se encuentra marcada en el plano político sexual de la subjetividad. Este artículo establece, entonces, que las ciudadanía sexual son producto del entendimiento y de la construcción de lo político como un proceso continuo y situado en cada contexto territorial, de modo que, durante los estilos de gestión centroderechistas, se vean obstaculizadas por los valores que esta perspectiva sostiene.

Bibliografía

- Ackerly, B. y Jacqui T. (2018). With or without feminism? Researching gender and politics in the 21st century. *European Journal of Politics and Gender* 1(1-2): 259-78.
- Acuña, C. y Tuozzo, M. (2000). Civil Society Participation in World Bank and Inter-American Development Bank Programs: The Case of Argentina. *Global Governance* 6: 433-56.
- Ase, I. (2019). Cobertura Universal en Salud: ¿garantía del derecho a la salud o el nuevo nombre del ajuste? En Nazareno, M. y otros (edit.). *Pasaron cosas*. Editorial Brujas.
- Anzorena, C. (2018). La institucionalización que supimos conseguir: debates necesarios. Ponencia presentada en las V Jornadas del CINIG.
- Augier, C. M. (2022). "Caso Belén y Caso Lucía: dos situaciones de violencia en el sistema público de salud de Tucumán, Argentina". *Revista Punto Género*, 126-55.
- Balán, M. y Montambeault, F. (2020). *Legacies of the Left Turn in Latin America: The Promise of Inclusive Citizenship*. University of Notre Dame Press.
- Biernat, C. (2005). Las dos vías de la imaginación poblacionista argentina: natalismo e inmigración entre 1914 y 1955. Buenos Aires: Ciclos.
- Brown, J. (2004). Derechos, ciudadanía y mujeres en Argentina. *Revista Política y Cultura* primavera 2004(1).
- Brown, J. (2008). Los derechos (no)reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas". *Cadernos pagu* January-June 2008(30): 269-300.
- Bosio, Maria Teresa, Alejandra Domínguez, Alicia Soldevila, and Gabriela Bard Wigdor. (2019). Demandas feministas en la argentina contemporánea: las políticas de género en el marco del neoliberalismo. En *Pasaron cosas: Política y políticas públicas en el gobierno de Cambiemos*, eds. Nazareno, Marcelo, María Soledad Segura y Guillermo Vázquez, Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Sociales. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/126069>.
- Burton, J. (2017). Prácticas feministas en torno al derecho al aborto en Argentina: aproximaciones a las acciones colectivas de Socorristas en Red. *Revista Punto Género* (7): 91-111.
- Cáceres, Carlos F., y Peter Aggleton, eds. (2004). *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. 1. ed. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Chabot, R. (2024). *The politics of intimacy in Argentina's interior: Reproductive rights and gender-based violence in the everyday (1990-2020)*. PhD Dissertation. Department of Political Science, Faculty of Arts, McGill University.
- Chabot, R. (2025). *Storytelling and the Campaign for Abortion Legalization in Argentina: The Emblematic Cases of Ana María Acevedo and Belén*. *International Feminist Journal of Politics*.
- Clemente, A. (2018). Cuando la desigualdad y la pobreza pasaron a ser problemas de la gerencia social notas sobre think tanks en los noventa. *Revista Ciudadanías* Nro. 3. Segundo semestre.
- Coenga-Oliveira, D. y Chabot, R. (2024). *Droits sexuels et reproductifs: entre avancées et résistances antiavortement et antigénre*". En *L'Amérique latine en transformation: Mobilisation et citoyenneté*, eds. Françoise Montambeault, Dan Furukawa Marques, y Nora Nagels. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Crenzel, E. (1999). *Memorias de la dictadura. Los Desaparecidos y el voto al General Bussi en Tucumán, Argentina*. RIFP 14.
- Deza, S. (2015). Gobierno del cuerpo de las mujeres: protocolos de aborto y objeción de conciencia. *Perspectivas Bioéticas* N°37(88): 76-99.
- Díez, J. (2020). *The Record of Latin America's Left on Sexual Citizenship*. En *Legacies of the Left Turn in Latin America: The Promise of Inclusive Citizenship*, eds. Manuel Balán y Françoise Montambeault. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 252-79.

- Di Marco, G. (2012). Las demandas en torno a la ciudadanía sexual en Argentina/ The demands around the Sexual Citizenship in Argentina. *SER Social* 14(30): 34.
- Di Virgilio, M. (2015). La dimensión territorial de la política sanitaria. En Chiara, M. (comp.). *Gestión territorial integrada a el sector salud*. (p-47-62). UNGS.
- Franceschet, S. y Piscopo, J. (2012). Federalism, decentralization, and reproductive rights in Argentina and Chile. *Publius: The Journal of Federalism* 43(1): 129-50.
- Fraser, N. (2015). Feminism's Two Legacies: A Tale of Ambivalence. *South Atlantic Quarterly* 114(4): 699-712. doi:10.1215/00382876-3157089.
- Iglesias, E. y Luca, J. (2020). La persistencia de la derecha argentina: Cambiemos, 2015-2019. En *La persistencia en la argentina de cambiemos*, eds. Esteban Iglesias y J. Luca. Rosario. Argentina.
- Keefe-Oates, B. (2021). Transforming Abortion Access Through Feminist Community-Based Healthcare and Activism: A Case Study of Socorristas En Red in Argentina. En *Abortion and Democracy: Contentious Body Politics in Argentina, Chile, and Uruguay*. London: Routledge.
- Leiras, M. (2013). Las Contradicciones Aparentes Del Federalismo Argentino y Sus Consecuencias Políticas y Sociales." *Cuánto Importan Las Instituciones*, 209-48.
- López, J. (2018). Movilización y contramovilización frente a los derechos LGBTI. Respuestas conservadoras al reconocimiento de los derechos humanos. *Estudios Sociológicos* 36(106): 161-88.
- Lopreite, D. y Rodríguez Gusta, A. L. (2021). Feminismo de Estado en la Argentina democrática (1983-2021): ¿modelo aspiracional o realidad institucional? *REVISTA SAAP*. 15 (2). <https://doi.org/10.46468/rsaap.15.2.A2>.
- Luna, I. (2023). Mujeres y militancia: rol político y social en la última dictadura cívico-militar en Tucumán (1976): Women and militancy: political and social role in the last civil-military dictatorship in Tucumán (1976). *Caminhos da História* 28(2): 144-61.
- Marques-Pereira, B. y Florence R. (2002). Les droits reproductifs comme droits humains : une perspective internationale". En *Corps de femmes, POL-HIS, Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur*, 19-38.
- Miller, A. (2000). Sexual but Not Reproductive: Exploring the Junction and Disjunction of Sexual and Reproductive Rights. *Health and Human Rights* 4(2): 68-109. doi:10.2307/4065197.
- Miller, A. y Mindy J. (2011). Sexual and reproductive rights at the United Nations: frustration or fulfillment? *Reproductive Health Matters* 19(38): 102-18.
- Monte, M. (2010). Del universo de 'lo político' a lo plural de 'l*s politic*s': distintos aportes teóricos en torno a la noción de ciudadanía sexual". *Claroscuro: Revista del Centro de Estudios sobre Diversidad Cultural* 4(9): 101-27.
- Morgan, L. (2015). Reproductive Rights or Reproductive Justice? Lessons from Argentina. *Health and Human Rights Journal* 17(1): 136-47.
- Pautassi, L. y Zibecchi, C. (2010). La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil: programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias. Santiago de Chile: CEPAL, División de Desarrollo Social.
- Pecheny, M. (2001). De la 'no-discriminación' al 'reconocimiento social'. Un análisis de la evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América Latina. Ponencia para el XXIII Congreso de la Latin American Association, Washington, D. C.
- Pecheny, M. y Petracci, M. (2006). Derechos humanos y sexualidad en la Argentina. *Horizontes Antropológicos* 12(26): 43-69.
- Ramm, A. (2020). Latin America: A Fertile Ground for Maternalism. En *Motherhood, Social Policies and Women's Activism in Latin America*, eds. Alejandra Ramm y Jasmine Gideon. Cham: Springer International Publishing, 13-37.

- Repetto, F. (coord.) (2001). Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino. Documento de trabajo nro. 55. Grupo Sophia.
- Ross, L. y Rickie S. (2017). Reproductive Justice: An Introduction. En *Reproductive Justice: A New Vision for the Twenty-First Century*, eds. Rickie Solinger, Khiara M. Bridges, Zakiya Luna, y Ruby Tapia. Oakland: University of California Press.
- Rovetto, F. (2019). Cuando sube la marea feminista: resistencias y disputas de sentido en tiempos macristas. En *La Argentina de Cambiemos*, eds. Esteban Iglesias, Juan Bautista Lucca, y Juan Bautista Lucca. Rosario, República Argentina: UNR Editora: Centro de Estudios Comparados.
- Ruibal, A. (2018). Federalism, two-level games and the politics of abortion rights implementation in subnational Argentina. *Reproductive Health Matters*, 26(54): 137-144.
- Smulovitz, C. (2015). Legal Inequality and Federalism: Domestic Violence Laws in the Argentine Provinces. *Latin American Politics and Society*, 57 (3): 1-26.
- Souroujon, G. (2021). El aborto: la manzana de la discordia de la nueva derecha. Los argumentos liberales y conservadores de los diputados de Propuesta Republicana (pro) en el debate del proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo en Argentina en 2018. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* Año LXVI (septiembre-diciembre de 2021).
- Venticinque, V. (2013). Las relaciones Estado-Sociedad civil. El caso del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Tesis doctoral. Disponible en: rehip.unr.edu.ar.
- Venticinque, V. (2018). El rol de las Organizaciones sociales feministas en el control de las políticas públicas: Una experiencia desde el PNSS y PR. V Jornadas CINIG de Estudios
- De Género y Feminismos: 15.**
- Venticinque, V. (2020). Las políticas públicas sanitarias desde la perspectiva de género. *Nueva época* (17).
- Vignoli, M., Fernández, M., Garat, C. y González, C. (2022). Mujeres y feminismos. Historias de luchas en Tucumán (1966-2021). Colección Puntos de fuga. Historia de las mujeres y estudios de género. San Miguel de Tucumán: Grupo Editor Universitario.
- Documentos oficiales, reportes y notas de diarios consultados**
- Ministerio de Justicia de la República Argentina. (1921). Código Penal de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-11179-16546/texto>.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012). FA12000021 Jurídica, Sistema Argentino de Información F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva. Buenos Aires.
- Defensoría del Pueblo (2019). Progresos y Desafíos de los Derechos en la provincia de Santa Fe: Evaluación del estado de avance. Santa Fe de la Vera Cruz: Provincia de Santa Fe. https://www.defensoriasantafe.gob.ar/sites/default/files/adjuntos/paginas/progresos_y_desafios_ii_0.pdf.
- Deza, S., Álvarez, M. e Iriarte, A. (2014). *Jaque a la Reina*. Ediciones Cienfuegos: Buenos Aires.
- Fundación Mujeres por Mujeres (2023). Caso María Magdalena: 11 años de lucha y un juicio oral en ciernes". Fundación Mujeres x Mujeres. <https://mujeresxmujeres.org.ar/caso-maria-magdalena-11-anos-de-lucha-y-un-juicio-oral-en-ciernes/> (19 de septiembre de 2023).
- La Gaceta (2017a). #NiUnaMenos: multitudinaria marcha de mujeres en Tucumán. *La Gaceta*. <https://www.lagaceta.com.ar/nota/721220/actualidad/niunamenos-multitudinaria-marcha-mujeres-tucuman.html> (9 de junio de 2023).
- La Gaceta (2017b). La Iglesia repudió que se haya parodiado a la Virgen en la marcha de mujeres". *La Gaceta*. <https://www.lagaceta.com.ar/nota/721340/actualidad/iglesia-repudio-se-haya-parodiado-virgen-marcha-mujeres.html> (9 de junio de 2023).
- Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología y Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia. 2017-2019. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2019). Informe de gestión 2015-2019.

Entrevistas citadas

Entrevista con una persona activista dentro de la rama feminista de una organización política. En San Miguel de Tucumán, el 27 de febrero del 2020.

Entrevista con una persona empleada del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tucumán. En San Miguel de Tucumán, el 28 de febrero del 2020.

Entrevista con una persona activista feminista de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. En San Miguel de Tucumán, el 29 de febrero del 2020.

Entrevista con una persona activista feminista de Socorristas en Red. En línea, el 2 de diciembre 2021.

Entrevista con una persona activista feminista de la Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir. En San Miguel de Tucumán, el 31 de mayo del 2022.

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 (CorteIDH, 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 (CorteIDH, 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 interpelados... 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.

La transición discursiva sobre el parto en tiempos del COVID-19: México entre la medicalización y la sinergia de saberes

Autora

Wendy Marilú Sánchez Casanova*

Cómo citar este artículo

Sánchez Casanova, W. (2025). Transición discursiva sobre el parto en tiempos del COVID-19: México entre la medicalización y la sinergia de saberes, REV. IGAL, 4 (1), 48 -61.

*ORCID: 0000-0001-6611-7664

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo analizar la transición discursiva entre dos modelos de atención al parto en México, con mayor visibilidad durante la pandemia por COVID-19. Se sustenta en el análisis de diversos discursos identificados desde la hipertextualidad, que constituyen una herramienta básica de construcción de ideología, sustento del poder y las prácticas que éste impone. Se examinan argumentos relacionados con el parto hospitalario y, en una aproximación a las páginas Web de Mujeres Aliadas, A. C., la Secretaría de Salud de México, el Congreso de la Unión de México, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se distinguen preocupaciones respecto de ese modelo medicalizado, que desde la violencia epistémica y la superioridad tecnológica, interviene abruptamente en los cuerpos con riesgo de violencia obstétrica. Esto, a diferencia del parto tradicional, que es un conjunto de saberes técnicos ancestrales que priman el acompañamiento durante la gestación, el parto y el posparto, respetando la ciclicidad corporal como una manifestación de la lucha por el territorio del cuerpo.

PALABRAS CLAVE:

ANÁLISIS DEL DISCURSO, HIPERTEXTUALIDAD, PARTERÍA TRADICIONAL, VIOLENCIA EPISTÉMICA, VIOLENCIA OBSTÉTRICA

ABSTRACT

This work aims to analyze the discursive transition between two models of childbirth care in Mexico, more noticeable during the COVID-19 pandemic. It is based on the analysis of different discourses identified from hypertextuality, which constitutes a basic instrument for the construction of ideology, support of power, and the practices that it enforces. Arguments are examined regarding hospital deliveries, and in an approach to the Web pages of Mujeres Aliadas, A. C., the Ministry of Health Mexico, the Congress of the Union Mexico, the World Health Organization, the World Intellectual Property Organization, and the Inter-American Court on Human Rights concerns are distinguished about that medicalized model. Epistemic violence and technological superiority abruptly intervenes in bodies at risk of obstetric violence, contrasting traditional childbirth, which is a set of ancestral technical knowledge that arranges accompaniment during pregnancy, childbirth, and postpartum period, respecting the body's cyclicity, as a manifestation of the defense of the body-territory.

PALABRAS CLAVE:

DISCOURSE ANALYSIS, HIPERTEXTUALITY, TRADITIONAL MIDWIFERY, EPISTEMIC VIOLENCE, OBSTETRIC VIOLENCE

1. Introducción

Este trabajo tiene como objetivo analizar diferentes discursos que contienen propuestas sobre la mejor manera de dar a luz en un contexto de tránsito entre paradigmas debido a la pandemia por COVID-19. En ese marco, se realizó una revisión documental con atención al análisis del discurso desde la hipertextualidad, porque "desde el punto de vista discursivo, hablar o escribir no es otra cosa que construir piezas textuales orientadas a unos fines y que se dan en interdependencia con el contexto" (Calsamiglia y Tusón, 1999, p. 15). De ahí que los discursos constituyan una herramienta básica que construye la ideología, sustenta el poder y las prácticas que éste impone.

Por su parte, la hipertextualidad es una herramienta crucial para acceder a una diversidad de discursos, ya que establece nuevas formas de acceso a la información, innovando en la organización de la interpretación y argumentación, además de que permite referencias cruzadas y el desarrollo de vínculos a materiales adicionales a los escritos (véase Ruiz, 2008, pp. 121-122). Por lo tanto, el texto es "una forma de interacción empaquetada que se mueve de un lugar a otro" (Hine, 2004, p. 65). De esa manera, la búsqueda se centró en aquellos discursos que cuestionaban el impacto de la vía hospitalaria para la atención de los partos que, bajo la premisa de prevenir riesgos neonatales, se sustentaba en herramientas y técnicas ensalzadas desde la violencia epistémica y la superioridad tecnológica como la solución idónea y deseada. Esto, porque "la medicina medicaliza la vida a través del lenguaje y de la manera en que esta organiza la experiencia y construye el mundo" (Mainetti, 2006, p. 78).

Esta investigación, además, intenta dar continuidad al análisis del discurso de organismos internacionales en el ámbito de la partería, por parte de Argüello y Mateo (2014, p. 25), quienes subrayan:

Desde la década de los noventa una constante ha sido considerar que las parteras tradicionales no pueden llegar a ser "profesionales de la salud", aunque tengan las habilidades y conocimientos para ser consideradas como "capacitadas". [...] El discurso se ha radicalizado hacia la colocación de las parteras como figuras externas al sistema de salud y cuya proximidad dependerá de su subordinación a los dictados de la biomedicina.

De ese modo, se analizaron las posibilidades que los conocimientos técnicos tradicionales ofrecen, a pesar del discurso predominante de la medicalización. Esta información fue encontrada en las páginas web de la organización Mujeres Aliadas, A.C.,¹ la Secretaría de Salud de México, el Congreso de la Unión de México, la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (WIPO, por sus siglas en inglés) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, identificándose una serie de preocupaciones respecto de los partos medicalizados en los que se niegan los cursos naturales de los cuerpos, situándose la violencia obstétrica con graves repercusiones en madres y recién nacidos.

Asimismo, se reconoce la eficacia y necesidad de los saberes tradicionales, entre los cuales se sitúan el empleo medicinal de plantas y prácticas de atención al parto. Por lo tanto, se trata de una trayectoria de encuentros y desencuentros entre diversas fuentes de conocimiento, especialmente en el plano discursivo, dentro del cual es cada vez más frecuente la idea de la incorporación de personas portadoras de conocimientos técnicos ancestrales a los sistemas de salud, en reconocimiento de la diversidad cultural expresa en el artículo 2º de la Constitución Mexicana.

2. Partos medicalizados y partos tradicionales

Si bien la partería se ha considerado un oficio ejercido a lo largo de la historia principalmente por mujeres y entre mujeres, además de que por muchos siglos no tuvo connotación patológica alguna, desde el siglo XVIII pueden distinguirse dos modelos de atención al parto: el medicalizado y el tradicional.

El parto medicalizado es el que se practica por profesionales de la medicina "occidental o biomedicina" (véase: Argüello y Mateo, 2014, p. 14), desde luego con el título académico correspondiente, y tiene lugar en hospitales. Al respecto, Rivera (2021) enumera las siguientes características:

- Tiene la visión academicista de una condición que debe atenderse con métodos modernos.
- Suele ser el más seleccionado en grandes concentraciones humanas.
- Se despliega de modo diferente en relación con las estructuras socioeconómicas, culturales y raciales.
- Requiere de una gran infraestructura y recurso económico.

¹ Mujeres Aliadas es una asociación civil con actividad en Michoacán, específicamente en los municipios de Pátzcuaro, Erongarícuaro, Quiroga, Huiramba y Tzintzuntzan. Se dedica a la formación de parteras profesionales, además de que proporciona consultas médicas, imparte pláticas, propicia encuentros interculturales y elabora productos medicinales bajo una perspectiva holística como estrategia para la reivindicación de derechos sexuales y reproductivos.

De esa manera, el parto es un núcleo de intervención de la medicina occidental o biomedicina como práctica provocativa que "no aguarda a que los procesos naturales se den por sí mismos, sino que los acelera, los modifica, los desvía, los racionaliza y los aprovecha en función de los fines humanos" (Linares, 2003, p. 31). Esto ocurre porque "los médicos han estado muy bien dispuestos a usar la tecnología para 'mejorar' los resultados en tocología, porque nuestra cultura cree en la superioridad de la tecnología respecto de la sabiduría natural del cuerpo" (Northrup, 2010, p. 608). La medicalización, que califica los procesos biológicos cotidianos como situaciones patológicas urgentes de atención desde la medicina occidental o biomedicina, suele favorecer la violencia obstétrica, sobre la cual Llamas et al. (2023, p. 16) detallan que ha sido:

Reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2014 y a partir de 2019 se convirtió en un término usado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que la define como violencia física y psicológica en la que se insulta, maltrata, agrede, engaña, infantiliza, mutila y hiere a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto.

Así, la violencia obstétrica se manifiesta en procedimientos y herramientas que implican maltrato y vulneración de derechos humanos durante la gestación, parto y posparto, siendo "la última frontera en la violencia de género" (Llamas et al., 2023, pp. 25-26), dando lugar a las siguientes repercusiones:

- Cuerpos que se intervienen sin necesidad como una de las más frecuentes violaciones a los derechos reproductivos de las mujeres y los derechos de las infancias.
- Incremento de costos, en virtud de implementos tecnológicos sofisticados para invadir los cuerpos.

La medicalización suele basarse en la perspectiva objetivista del conocimiento mediante la formalización, codificación y sistematización. En esta línea, "la medicalización del lenguaje, por tanto, no es una mera herramienta lingüística prestada por la medicina, sino una particular organización del mundo, creación de un objeto propio o construcción social de una realidad" (Mainetti, 2006, p. 81). Esto construye dilemas en las personas para presionarlas a acudir a servicios medicalizados como opciones racionales y científicas expuestas como las más idóneas, justificando así sus elevados costos y/o los maltratos durante las intervenciones a los cuerpos.

Situados en la problemática de la medicalización, es necesario concebir al cuerpo como una entidad compleja: Cuerpo destinatario de productos administrados con el fin de regularlo; por lo tanto, cuerpo también producto. Cuerpo mensaje: síntomas y malestares que se hacen presentes en el cuerpo. Y cuerpo emisor, que demanda mayor perfección y bienestar [Rodríguez, 2010, p. 13].

Los partos medicalizados expresan abiertamente el poder obstétrico, concepto acuñado por Arguedas (2014, p. 156) en los siguientes términos:

Forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. La microfísica del poder, que se hace presente en este ejercicio, produce unos cuerpos dóciles y sexuados; son los cuerpos que, en la estructura social del patriarcado, requieren de un disciplinamiento particular para encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias.

En otro orden de cosas, los partos tradicionales se guían por una perspectiva basada en la práctica: el saber hacer de la vivencia, constancia y significado. De esa manera, las prácticas ancestrales de atención al parto son mediaciones en los cuerpos, de acuerdo con su propia ciclicidad, por lo que impulsa el autoconocimiento según la guía de la partera tradicional, quien ha sido desplazada o considerada como una "asistente" o persona "no capacitada" desde la medicina occidental o biomedicina. De acuerdo con Rivera (2021), el parto tradicional:

- Se sustenta en una visión empírica.
- Quienes lo practican no recibieron una formación académica como tal.
- El espacio donde se lleva a cabo suele estar segregado. Por lo general, se asocia a personas y/o segmentos de población de bajo nivel económico y lejos de grandes concentraciones urbanas.
- No requiere de infraestructura.

De acuerdo con WIPO (2010), entre los conocimientos tradicionales se encuentran el empleo medicinal de plantas y prácticas de atención al parto. En este punto, los conocimientos técnicos

tradicionales suponen un redimensionamiento de la técnica, al no considerarse únicamente como prácticas que modifican la naturaleza, sino como filosofía respetuosa de los ciclos naturales. En este sentido, la partería tradicional representa un acompañamiento durante la gestación, el parto y el posparto, aunque durante la primera puede darse la necesidad de acomodamiento de un bebé y, en la tercera, suele realizarse el cierre de cadera, pero estas prácticas tienen como objetivo favorecer el curso natural de esas etapas. En este panorama, la partería tradicional amplía las opciones para las mujeres y las familias en una toma de decisiones informada, considerando sus grandes diferencias en relación con los partos medicalizados.

La medicalización, no obstante, parece prevalecer debido a que ofrece un estilo de vida separado de la naturaleza, pues las herramientas y máquinas sofisticadas aparecen mucho más confiables en un mundo organizado de acuerdo con la mercantilización. Esto se encuentra relacionado con la construcción social de la realidad en la que el conocimiento científico se considera como el único válido, pues "en el curso de su intento de acumular más y más capital, los capitalistas han intentado mercantilizar más y más procesos sociales en todas las esferas de la vida económica" (Wallerstein, 2009, p. 11), incluyendo el conocimiento sobre el cuerpo y la salud.

La coexistencia y tensión entre estos modelos de atención al parto no solo reflejan disputas epistemológicas, sino que también revelan profundas desigualdades en el acceso, el reconocimiento y la valoración de los saberes situados. En el entramado social, se produce un silenciamiento de voces y experiencias que, históricamente, han nutrido las prácticas de nacimiento en comunidades diversas. Así, el poder obstétrico, al institucionalizarse y mercantilizarse, genera una estructura en la que la legitimidad de los conocimientos tradicionales es cuestionada, desechando el aporte vital de las parteras y las personas gestantes en la construcción de alternativas para un parto digno y respetuoso. Esta exclusión se traduce en la negación del derecho a decidir sobre los propios cuerpos y en la imposición de un modelo biomédico que perpetúa la idea del control y la disciplina. El choque entre el paradigma médico hegemónico y los saberes ancestrales no solo ocurre en el ámbito de la atención clínica, sino también en la narrativa sobre la salud materna y los derechos reproductivos, en los que la autonomía y la agencia son constantemente disputadas.

Es precisamente en este cruce de caminos donde se gestan formas de violencia epistémica y obstétrica, las cuales se manifiestan tanto en la desvalorización de prácticas no institucionalizadas como en la invisibilización de experiencias de las personas gestantes que buscan alternativas fuera del modelo hospitalario predominante. Esta clara y continua expresión de injusticia epistémica llega a desdibujar el avance tecnológico en el campo de la salud materna y neonatal, debido a que ha fortalecido la violencia obstétrica, siendo su falta de prevención desde las instancias nacionales, lo que la ha trasladado a órganos judiciales internacionales como la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

Al respecto, es preciso mencionar el caso *I.V. vs. Bolivia* (presentado en 2016 y sentenciado en 2021), que sanciona al Estado boliviano por una esterilización no consentida durante los efectos de la epidural, basada en una relación desigual entre médico y paciente con base patriarcal, discriminatoria y violenta, negando la capacidad de la demandante a decidir de modo consciente e informado sobre su propio cuerpo. El caso en mención es un ejemplo claro de poder obstétrico, sobre el que Arguedas (2019, p. 573) afirma que su ejercicio "sobre los cuerpos gestantes tiene un objetivo disciplinario vinculado con la estructura de relaciones de poder dentro del modelo patriarcal de sociedad, pero ese ejercicio varía según otras características de los cuerpos gestantes, además del género", por lo que una mirada desde feminismos descoloniales fortalece el abordaje de situaciones relacionadas con las intervenciones en el territorio del cuerpo, en cuanto se vincula a la violencia epistémica. Carriño (2020, p. 274) la describe como "la idea que considera no científicos los conocimientos resultados de otras epistemologías que reconocen el lugar de enunciación y la subjetividad de quien investiga", pues "el papel que la colonialidad del saber jugó en el proceso de imposición de una interpretación del mundo en el que la clasificación de la población, en términos de género, ocupó un lugar igual de determinante que la raza" (p. 275).

Por ello, Valverde y Espinoza (2021, p. 362) recalcan que la salud sexual y reproductiva es "una expresión de la salud de las mujeres que se encuentra estrictamente relacionada con la autonomía y libertad para tomar decisiones en materia reproductiva". Esta mirada, que ha sido reforzada desde el criterio de la CIDH, se suma a la apertura para integrar modelos descoloniales de acompañamiento de la gestación, el parto y el puerperio respetuosos con la ciclicidad del cuerpo-territorio, factor que sustenta su vocación para garantizar los derechos sexuales y reproductivos.

En esta línea, Gómez-Robledo y Witker (2001, p. 94) apuntan que "no hay que soslayar las sentencias de la Corte que de acuerdo con el derecho internacional son fuentes importantes", así que "el Estado tiene la obligación de cumplir de buena fe con la sentencia dictada". En consecuencia, se está construyendo una oportunidad más de sentar precedentes que permitan sancionar, y sobre todo prevenir, la violencia obstétrica.

Según lo expuesto, es posible afirmar que la batalla entre ambos modelos de atención al parto, que se advierte desde el siglo XVIII por "razones económicas y no solo técnicas" (Argüello y Mateo, 2014, p. 25), encuentra, en la pandemia por COVID-19, una nueva etapa para su análisis, (re)valoración y (re)configuración.

3. ¿Qué sucede con los partos en México a partir de la pandemia por COVID-19?

La pandemia por COVID-19 contribuyó a desvanecer la disputa entre el parto medicalizado y el parto tradicional, por medio de la reconversión hospitalaria orientada a "la preparación para la recepción y atención de pacientes con síntomas respiratorios, así como evitar magnificar la propagación de la enfermedad entre los pacientes que aún requieren de atención médica hospitalaria por otras condiciones" (Secretaría de Salud, 2020, p. 9).

En el caso de México, el Lineamiento de Reconversión Hospitalaria fue emitido el 5 de abril de 2020 y consideró a los hospitales gineco-obstétricos entre las unidades médicas no contempladas para la reconversión hospitalaria, aunque, por otro lado, anticipó que, en los hospitales de reconversión, se pudiese brindar servicio a personas gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, además de atender a mujeres en el tercer trimestre de gestación con personal e infraestructura específicos (véase: pp. 9 y 12). En este último caso, no queda claro si ese servicio fuese únicamente para mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19, o en general.

Lo anterior supone una contradicción evidente, destacándose que "en México, la enfermedad de COVID-19 se convirtió en la primera causa de muerte materna, con 105 de los 394 decesos asociados al embarazo, parto y puerperio" (Cruz, 2020).

Ante ello, se soslayó el discurso que afirmaba la sensatez de los nacimientos en hospitales para situar, en su lugar la invitación a dar a luz en las casas, para "disminuir el contagio [de] COVID-19 de las mujeres embarazadas al no asistir a las unidades médicas [con] la posibilidad del aumento de partos vaginales y, por ende, la disminución de cesáreas innecesarias" (Chávez, Romero y Negrete, 2022, p. 39). Así se volvía la mirada hacia las mujeres sabias, "parteras empíricas, parteras tradicionales,² comadronas, comadres o matronas" (Argüello y Mateo, 2014, p. 17), que acompañaron a las parterías en casa, o en espacios alejados de los hospitales con alto riesgo de propagación del COVID-19. Esta posición fue fortalecida por WHO (2021), destacando que no era necesario practicar una cesárea en una mujer con sospecha o confirmación del ya mencionado padecimiento, ya que "el modo de parto debe individualizarse y basarse en las preferencias de la mujer junto con las indicaciones obstétricas".

Se puso también a consideración la diferencia de tarifas para cada tipo de parto. En el caso de México, un parto en un hospital público suele costar aproximadamente 270 USD (en el caso de personas sin afiliación a alguna institución de seguridad social), frente a los que se dan en hospitales privados, que oscilan a partir de los 1600 USD. Mientras tanto, un parto asistido por una partera tradicional oscila entre 270 y 550 USD.³

Ante esto, varias organizaciones que tienen años de experiencia en el acompañamiento de este proceso natural con una perspectiva de defensa de derechos reproductivos, partos humanizados, partería tradicional y partería autónoma, tuvieron una mayor visibilidad e incrementaron sus solicitudes de acompañamiento. Por esto el discurso emergente las situó en el escenario que la medicalización les había negado y se acentuó la crítica al discurso relativo al hospital como el mejor lugar para dar a luz. También se condenaron las cesáreas innecesarias, episiotomía, maniobras de Kristeller o Hamilton, negación del apego precoz y de la lactancia, anticoncepción no autorizada, y una nula o escasa atención en el posparto como prácticas recurrentes de violencia obstétrica.

Al respecto, el estudio⁴ de Méndez y Cervera (2002, p. 134) señala: "La mayor frecuencia de complicaciones maternas en el sistema hospitalario puede atribuirse al manejo inadecuado y

² A pesar de las múltiples denominaciones, en este trabajo se empleará únicamente el término partera tradicional. Esto también porque, en algunos países de América Latina, el término matrona se asocia a una partera técnica o enfermera con adscripción en hospitales.

³ Cifras recuperadas de los sitios web de Mujeres Aliadas, A.C. y Forbes México, así como de consulta directa en centros de salud pública de Mérida, Yucatán.

⁴ Realizado en el estado de Yucatán, en tres hospitales de Mérida (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) y con 21 parteras de Valladolid, Temozón, Ticul y Halachó, en los años 1989 y 1990.

a la utilización de tecnologías médicas innecesarias en la atención del parto por vía vaginal", lo que ocasiona que el desgarro perineal y la infección de la episiotomía sean las más frecuentes. Es decir, las intervenciones abruptas al proceso natural del parto mediante materiales o instrumentos hospitalarios suelen generar problemáticas que desmienten el discurso acerca de la conveniencia de parir bajo la mirada medicalizada.

Aunado a lo anterior, Ferguson (2010, p. 21) puntualiza que, en diferentes actividades de difusión de la salud por parte de Mujeres Aliadas, A.C. se encontró lo siguiente:

Las mujeres carecen de conocimientos básicos sobre su cuerpo, de sexualidad y reproducción, además de problemas de salud femenina. Sin este conocimiento, la mujer tiene un menor control sobre su propia salud y es más vulnerable a acatar las decisiones que cualquier persona del ámbito de la medicina le diga, sin que necesariamente esta sea la más apropiada (por ejemplo, las cesáreas innecesarias).

Por su parte, Rivera (2023) recalca que la complicación de partos, embarazos de alto riesgo y la misma edad de las parteras tradicionales han integrado por varias décadas la tendencia "negacionista y prohibitiva" de la medicalización para apartarlas de los alumbramientos. Esto ha generado una contradicción más: "Si el sector salud presume que ha capacitado a las parteras, entonces, ¿cuál es la razón para prohibir el oficio?"

Siguiendo esta cuestión, es de mencionar la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 7 de abril de 2016, que señala expresamente que las parteras tradicionales no se consideran personal profesional autorizado para prestar servicios de atención médica, subrayando con esto que la gestación, el parto y el posparto son eventos medicalizados en los que los conocimientos técnicos tradicionales quedan descalificados. Por otro lado, la misma norma establece que "los partos de bajo riesgo de término pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas" (5.1.1.1. segundo párrafo). Esto se enlaza con el afán de uniformar las prácticas para los alumbramientos desde el enfoque de la medicina occidental o biomedicina y, al mismo tiempo, deja sin claridad si se permitiese la participación de una partera tradicional o no.

En este contexto, se ejercen dos tipos de violencia. La primera es la violencia obstétrica, a la que ya se ha hecho referencia, siendo "la más invisibilizada y desconocida porque, por falta de información, las propias mujeres la consideran como un trato normal o esperado en las instituciones de salud" (Llamas et al., 2023, p. 26). La segunda es precisamente la violencia epistémica, que sitúa las prácticas de las parteras tradicionales "en la parte baja de una jerarquización de conocimientos, clasificados por un nivel requerido de cognición o cientificidad" (Beltrán, 2017, p. 119), negándoles el derecho a ejercer o a hacerlo bajo pautas medicalizadas.

Como puede apreciarse, la discusión en torno de las diversas fuentes de conocimiento sobre el parto ya estaba siendo abordada y cobró impulso como resultado de la pandemia por COVID-19, que ha desplazado la medicalización por la medicina, debido a la emergencia por una condición realmente patológica. Además, no puede negarse que las parteras y otras personas portadoras de conocimientos tradicionales (hierberos, hueseros, tiemperos, entre otros) siguen siendo muy valoradas en sus comunidades. De hecho, "muchas mujeres aún las visitan [a las parteras] para atención prenatal, puesto que no confían plenamente en los doctores" (Ferguson, 2010, p. 25).

Un poco antes de la pandemia, WHO (2018) resaltó una atención integral durante el parto, incluyendo cuestiones que hacen primar los derechos humanos para erradicar la violencia obstétrica, como el acompañamiento durante el trabajo de parto, la continuidad de los cuidados, las técnicas manuales para el manejo del dolor, la movilidad y posición materna, el método de pujo, el contacto piel con piel o la lactancia materna, prácticas que forman parte del acervo inmemorial de las parteras tradicionales. Al respecto, Iris Meza Bernal⁵ asevera: "Si desde el nacimiento se respetan nuestros derechos, algo en el ser de quien llega a la vida se graba para seguir siendo defensor de sus derechos para toda la vida" (UNFPA México, 2019).

La pandemia por COVID-19 motivó a recuperar fuentes alternativas de conocimiento para una defensa más consciente del territorio del cuerpo, y esto significa "la consideración de diferentes formas de producción y reproducción del orden material existente, nuevas formas de vida frente a dispositivos y mecanismos opresores y alienantes" (Novoa, 2014, p. 107). Por lo tanto, una partería sustentada en el conocimiento técnico tradicional constituye una de estas formas alternativas.

⁵ En ese entonces, directora de la Escuela de Partería Profesional de Mujeres Aliadas, A.C.

4. Transición discursiva reivindicatoria del territorio del cuerpo

La pandemia por COVID-19 hizo que la partería tradicional recuperara su presencia en el escenario de la salud, alimentando la idea del cuerpo como "entrecruzamiento de lo biológico, lo psicológico y lo social" (Antón y Damiano, 2010, p. 25), así como combatiendo la ruptura deliberada de la "medicalización como estrategia biopolítica" (Rodríguez, 2010).

Un panorama como el descrito en el párrafo anterior se traduce en repercusiones en cuerpos que son intervenidos sin necesidad y experimentan la violencia obstétrica como una de las más frecuentes violaciones a los derechos reproductivos de las mujeres y los derechos de las infancias, aunado al incremento de costos debido a implementos tecnológicos sofisticados para esos propósitos de dominio.

Entre las muchas transformaciones de las situaciones reproductoras se encuentra la médica, a través de la cual los cuerpos de las mujeres tienen fronteras permeables a la "visualización" y a la "intervención". Por supuesto, el quién controla la interpretación de las fronteras corporales en la hermenéutica médica es un tema feminista [Haraway, 1995, p. 289].

La pandemia por COVID-19 permitió convocar a la convergencia de saberes, para lograr un bienestar integral como parte de la lucha por el cuerpo como primer territorio. En todos los casos, la principal consigna es que las mujeres sean realmente quienes tomen toda decisión relacionada con su gestación, parto y posparto.

A este tenor, cabe referirnos a la *Estrategia para fortalecer la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva por el personal de enfermería y partería durante la pandemia por COVID-19* (2020), que ha señalado como objetivo:

Fortalecer la disponibilidad y continuidad de los servicios de SSR [salud sexual y reproductiva] con enfoque de atención y consejería en SSR, difusión de información para promover la atención del embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida, incluyendo la promoción de equidad de género, inclusión y no discriminación para una atención libre de violencia, en unidades de primer nivel de atención, con personal de Enfermería y Partería profesional, considerando la inclusión de la atención de Partería tradicional, durante la pandemia por COVID-19 (p. 2).

De esta manera, se especifican las competencias de diferentes personas especializadas en partería: enfermeras, parteras profesionales y parteras tradicionales. Para estas, se enlistan la consejería en temas reproductivos, el seguimiento de la gestación y la información a los servicios médicos de casos de alto riesgo u otros considerados como emergencia (incluyendo su monitoreo), la atención del parto en sí, los cuidados del recién nacido y los correspondientes al puerperio. Por lo tanto, se destaca el reconocimiento de que la partería tradicional comprende "las capacidades de una comadrona: estar al lado esperando, con una actitud de apoyo y cariño, mientras hacen muy poco en el sentido médico ortodoxo" (Northrup, 2010, p. 608). Esto es porque, en el conocimiento tradicional, los cuerpos se respetan en su ciclicidad, lo que remite a una técnica artesanal o premoderna configurada como una práctica que sigue el ciclo natural y necesario de los materiales, esto de acuerdo con el agradecimiento debido (véase: Heidegger, 2021, p. 18).

Al respecto, se aprecia un vínculo con los conocimientos técnicos tradicionales como saberes que encuentran su significado en la ancestralidad, territorialidad y sustentabilidad. Por esto, no aluden a una técnica meramente instrumental, dado que reconocen que el mundo tiene un ser moral (véase: Deloria, 2017). Así la interacción con los distintos espacios no genera afectaciones a los ciclos naturales, lo que supone un aspecto crucial y constante en el ejercicio de la partería tradicional.

La presencia de parteras tradicionales expresa "lo simbólico, la producción de sentido, la intención humana" (Novoa, 2014, p. 100). De acuerdo con esta premisa, no está de más recordar que, en los orígenes de la medicina, se consideraba la salud como un equilibrio en el ser humano. Por otro lado, la enfermedad era el desequilibrio entre las funciones biológicas, intelectuales y emocionales que albergaba el cuerpo. En este sentido, la práctica y la tecnología médica, incluso la más vanguardista, son capaces de ser aplicadas desde la voluntad de reunir las piezas que la parcelación del conocimiento ha esparcido.

Se estima que las mujeres en proceso de parto desencadenan sintomatología asociada a estrés, miedo e incertidumbre. Su evolución estará influida por factores biopsicosociales, siendo esencial en esta etapa disponer de evaluaciones mediante las que se obtenga un

pronóstico preventivo del conocimiento de la madre sobre su sexualidad y la relación con su ciclo menstrual, con el objeto de acompañar posteriormente el puerperio con tratamientos efectivos para el bienestar de las mujeres [Venegas, Santos y Sánchez, 2024].

En este sentido, es preciso mencionar la difusión de la autonomía corporal como el "derecho inherente de elegir lo que hacemos con nuestro cuerpo, de protegerlo y cuidarlo y de expresarnos a través de él como nos plazca" (UNFPA, 2021, p. 7), en relación con los derechos reproductivos, que en el caso de la Constitución Mexicana se sitúan en su artículo 4º, párrafo segundo. Sobre estos, Ávalos (2013, p. 2277) resalta que comprenden el "derecho a elegir libremente el número y espaciamiento de los hijos y a contar con métodos contraceptivos. Sin embargo, también incluyen el derecho a tener la información necesaria para estar en verdaderas condiciones de decidir libremente sobre la reproducción".

Esa libre toma de decisiones sobre la reproducción incluye la manera como una mujer desea parir, con información verídica sobre los modelos de atención disponibles y la preparación que esto implica. Asimismo, desde una mirada humanizada se considera también la decisión de las madres respecto de quién o quiénes desean que las acompañen durante la secuencia del parto, lo que lleva a una construcción comunitaria, que "no se concibe como un ente pasivo, sino como una persona colectiva que es capaz de planear y administrar los servicios de salud conjuntamente con los órganos del Estado" (Senado de la República, 2021, p. 18).

Por ello es preciso mencionar la intención discursiva del documento titulado *Entornos habilitantes para una experiencia positiva durante la atención integral de la salud materna y perinatal. Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor-parto-recuperación en las redes de servicios*, con fecha de 21 de febrero de 2022, el cual resalta el derecho de la persona gestante a elegir acompañantes durante el parto, considerando entre ellas a parteras tradicionales, educadoras perinatales o doulas. Aun así, ese entorno se sigue ubicando en la salud pública y su correspondiente medicalización, además de considerar la capacidad de la infraestructura en la que se pretende establecer esa experiencia positiva.

La transición discursiva encontrará su punto crucial en la iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman diversos artículos de la Ley General de Salud (LGS), presentada al Senado el 14 de diciembre de 2021, y en la cual las parteras tradicionales se definen como "aquellas personas que, siendo parte de las comunidades indígenas, afro mexicanas y equiparables, atienden el embarazo o preñez, el parto y la cuarentena después del parto, en las mujeres de dichas comunidades" (Senado de la República, 2021, p. 5).

La exposición de motivos que sustenta esta iniciativa compara los modelos tradicional y el hospitalario de atención al parto, señalando que el segundo es impersonal, medicalizado y propicio para la violencia obstétrica. Además, desde la medicalización se menosprecian los conocimientos ancestrales para la atención de la gestación, parto y posparto, enfatizando sus desventajas, imponiendo una capacitación obligatoria para las parteras tradicionales, aunque desconfiando al mismo tiempo de su labor de acompañamiento junto al rigor excesivo para la expedición de certificados de nacimiento, actitudes que remiten indudablemente a la violencia epistémica.

Esta concurrencia de violencias: la epistémica y la obstétrica, ha violentado los derechos reproductivos de las mujeres por décadas, por lo que desde la transición discursiva se lucha por una (re) apropiación del cuerpo como el primer territorio, y desde la partería tradicional:

Es también un espacio de poder en donde las mujeres conectan los mundos: material y espiritual, para mantener el rumbo y el sentido del cosmos; espacio irreductible frente al poder público y privado, porque parte del conocimiento y experiencias que las mujeres tienen sobre sus propios cuerpos y sus ciclos de vida, y que transmiten a otras mujeres, oralmente, de generación en generación, preservando la continuidad ritual del alumbramiento [Senado de la República, 2021, p. 7].

El proceso legislativo desarrollado en torno de esta iniciativa resultó en el decreto por el que *Se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de partería tradicional*, publicado en el DOF el 26 de marzo de 2024. Los segmentos modificados se transcriben a continuación:

Artículo 6º. El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:
[...]

VI Bis. Promover el respeto, conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones dignas, incluida la partería tradicional;
VII. Coadyuvar a la adopción de hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que presten para su protección;
[...]

Artículo 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:
[...]

Fracción IV. Acciones para respetar, garantizar y proteger el ejercicio de las parteras tradicionales, en condiciones de dignidad y acorde con sus métodos y prácticas curativas, así como el uso de sus recursos bioculturales. Para lo anterior, se les brindarán los apoyos necesarios sin condicionamientos o certificaciones, siendo suficiente el reconocimiento comunitario.

Artículo 389 Bis. [...]

El certificado de nacimiento será expedido por profesionales de la medicina, parteras tradicionales y personas autorizadas para ello por la autoridad sanitaria competente.

Artículo 392. [...]

Los [certificados de nacimiento] que se autoricen para las parteras tradicionales, o los que ellas elaboren, serán de la mayor sencillez, con lenguaje adecuado a su cultura e identidad y contendrán los datos básicos previstos en el artículo 389 Bis.
[...]

Cabe destacar que únicamente se reformaron cuatro de los diez artículos en el sentido preciso propuesto por la iniciativa y que se centran en cuestiones inherentes a la libre determinación y autonomía de los pueblos indígenas (aunque la iniciativa también incluye a comunidades afromexicanas), siguiendo lo establecido en el artículo 2o de la Constitución Mexicana, como el reconocimiento, promoción y protección de la medicina tradicional como parte del patrimonio biocultural, la participación en la toma de decisiones, la elección de parteras tradicionales, así como la excepción a las parteras tradicionales para exhibir documentos oficiales que acrediten su formación.

De cualquier modo, la mención de la partería tradicional refleja una transición entre paradigmas favorecida por medidas de urgencia durante la pandemia por COVID-19, aunque la semilla se sembró con mucha más anticipación desde el activismo en defensa de los derechos reproductivos, siendo también apoyado por las mismas parteras tradicionales, que son más visibles y conscientes del poder de sus saberes ancestrales.

Aunque la reforma ya se encuentra vigente, es importante apuntar que la normatividad de realización, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGSMPSAM), todavía tiene que reformarse de conformidad con las modificaciones de la LGS en un plazo de 180 días contados a partir del 26 de marzo de 2024 (de acuerdo al artículo segundo transitorio del decreto ya mencionado), por lo que en un seguimiento inicial se observará si "la Secretaría de Salud cumple o no lo que le toca a ella como cabeza de sector en la parte ejecutiva de hacer este cambio en el reglamento y todo dependerá, por supuesto, de voluntades políticas y de presión social" (Sevilla y Escobar, 2024).

Finalmente, cabe mencionar la reciente Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA-2025, *Para establecimientos de salud y el reconocimiento de la partería, en la atención integral materna y neonatal*, publicada en el DOF el 04 de marzo de 2025, que contempla entre sus objetivos el reconocimiento y vinculación de la partería tradicional en la institucionalización pública de la salud materna y neonatal. En este contexto, se reconoce a la partera(o) tradicional como la persona que desde su cosmovisión en específico asume saberes intergeneracionales para atender la gestación, parto y puerperio en conexión con sus recursos bioculturales y territoriales. Esta aceptación de la coexistencia abre también la posibilidad de inscripción voluntaria de parteras y parteros tradicionales al Registro Nacional de Partería (ReNaPa).

Se espera que esta transición discursiva detone transformaciones reales que garanticen plenamente los derechos reproductivos de las mujeres, así como los derechos de las infancias, pues el nacimiento es un momento crucial que influye inevitablemente en el desarrollo humano.

5. Conclusiones y pasos a seguir

¿Era necesaria una emergencia sanitaria global para reivindicar la partería tradicional? La pandemia por COVID-19 fue una oportunidad para hacer visible este modelo de atención al parto, que se caracteriza por su adecuación al ciclo natural del cuerpo y su sentido comunitario, por lo que su permanencia mediante el biopoder manifiesto en una constante defensa del territorio del cuerpo representa una tarea que inicia en lo individual para transformarse en una imperiosa acción colectiva.

La pandemia por COVID-19 ha reforzado el cuestionamiento del hecho de que "el sistema médico participa plenamente en trazar el parto como una urgencia que necesita una cura" (Northrup, 2010, p. 607) a través de tecnologías avanzadas que implican costes innecesarios de intervención, negando la sabiduría y el respeto a los ciclos naturales del cuerpo como principal línea de acción de la partera tradicional, esto desde el discurso de la medicalización como una de las claves para sostener la acumulación de capital.

De este modo, la transición discursiva se activa ante la pregunta sobre las formas más adecuadas de situar al conocimiento tradicional junto al conocimiento científico, pues al superarse la emergencia por la pandemia, queda nuevamente instituido el riesgo que desde la biopolítica se intenta recuperar la medicalización del parto. Por ello, una posición reflexiva sobre las intervenciones innecesarias en los cuerpos no significa un rechazo a la medicina, sino a la medicalización, como táctica de la mercantilización. Sin duda, distinguirlas adecuadamente es crucial.

Esta convergencia de conocimientos centrados en el bienestar puede recuperar lo humano del ser humano, pues "la primera máquina desarrollada por el capitalismo fue el cuerpo humano y no la máquina de vapor, ni tampoco el reloj" (Federici, 2010, p. 201). La lucha por el territorio del cuerpo busca que una medicalización contemporáneamente reñida deje de ser la única forma de entender la salud, y esto es porque se sustenta en la paradoja de la creación de enfermedades.

En este contexto, la práctica ancestral de la partería es una invitación a asumir los procesos biológicos con independencia y criterio, desde un biopoder que otorgue a las personas su verdadero lugar: como individuos y no como mercancías. En este punto, el hipertexto supone una herramienta del ciberactivismo, al generarse "una masa crítica suficiente de información y debate para que este debate trascienda la blogsfera y salga a la calle o se modifique de forma perceptible el comportamiento de un número amplio de personas (De Ugarte, 2007, p. 122). Entonces, en un ejercicio de conversión de información en conocimiento, los materiales disponibles en la Web

Bibliografía

- Antón, G. and Damiano, F. (2010). El malestar de los cuerpos. En G. Forte y V. Pérez (Comp.), *El cuerpo, territorio del poder* (pp. 19-38). Colectivo Ediciones/P.I.Ca.So.
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 146-169.
- Arguedas Ramírez, G. (2019). Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. En M. Sagot y D. Díaz Arias (Ed.), *Antología del pensamiento crítico costarricense contemporáneo* (pp. 569-589). Clacso.
- Argüello Avendaño, H. E. y Mateo González, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR Estudios Sociales y Humanísticos*, XII(2), 13-29.
- Ávalos Capín, J. (2013). Derechos reproductivos y sexuales. En E. Ferrer McGregor Poisot (Coord.), *Derechos humanos en la Constitución: comentarios de jurisprudencia constitucional e interamericana*, Tomo II (pp. 2267-2289). SCJN, IJJ.
- Beltrán, Y. (2017). Violencia epistémica en la protección de los conocimientos "tradicionales", *Ciencia Política*, 12(24), 115-136.
- Calsamiglia Blancafort, H. y Tusón Valls, A. (1999). *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Ariel.
- Cariño Trujillo, C. (2020). Colonialidad del saber y colonialidad de género en la construcción del conocimiento. Hacia epistemologías feministas y otras apuestas descoloniales. En L. R. Berrio Palomo et al. (Coord.), *Antropologías feministas en México: epistemologías, éticas, prácticas y miradas diversas* (pp. 269-287). UAM, UNAM, Bonilla Artigas Editores.
- Chávez-Courtois, M., Romero Pérez, I. y Negrete Martínez, V. (2022). La partería, una acción perinatal emergente en tiempos de COVID-19. *Revista Conamed*, 27(1), 36-40.
- Cruz Martínez, A. (2020, July 17th). Covid-19, primera causa de muerte materna en México este año: Inper. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2020/07/17/politica/004n1pol?fbclid=IwAR26y-mV4r58mtxjbhvv4aZeMOiPREBeBhgEG9xjRpPvnpGAhWfFTP-ZI0I>
- De Ugarte, D. (2007). *El poder de las redes. Manual ilustrado para personas, colectivos y empresas abocados al ciberperiodismo*. Ediciones El Cobre.
- Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de partería tradicional. *Diario Oficial de la Federación*, México, 26 de marzo de 2024.
- Deloria, V. (2017). Tecnología tradicional. *Tabula Rasa*, 26, 1-10.
- Federici, S. (2010). Calibán y la bruja. *Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Traficantes de Sueños*.
- Ferguson, R. (2010). Análisis del sistema de salud en la región de la cuenca del Lago de Pátzcuaro, Michoacán, México. Con énfasis en salud sexual y reproductiva de la mujer. *Mujeres Aliadas, A.C.*
- Gómez-Robledo Verduzco, A. y Witker, J. (Coord.) (2001). *Diccionario de derecho internacional*. Porrúa, UNAM.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra.
- Heidegger, M. (2021). *La pregunta por la técnica*. Herder.
- Hine, C. (2004). *Etnografía virtual*. UOC.

- Ley General de Salud [reformada]. Diario Oficial de la Federación, México, 07 de febrero de 1984.
- Linares, J. (2003). La condición heideggeriana técnica: Destino y peligro para el ser del hombre. *Signos Filosóficos*, 10, 15-44.
- Llamas Palomar, M., Reyes Beltrán, B., Choreño, N. J. y González Ruiz, A. K. (2023). *Violencia obstétrica*. Penguin Random House.
- Mainetti, J. A. (2006). La medicalización de la vida. *Electroneurobiología*, 14(3), 71-89.
- Méndez González, R. M. y Cervera Montejano, M. D. (2002). Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud pública de México*, 44(2), 129-126.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación, México, 07 de abril de 2016.
- Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA-2025, Para establecimientos de salud y el reconocimiento de la partería, en la atención integral materna y neonatal. Diario Oficial de la Federación, México, 04 de marzo de 2025.
- Novoa Torres, E. (2014). Las nuevas realidades del bios/zoe del cuerpo, entre la bioética y la biopolítica. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 14(1), 98-113.
- Northrup, C. (2010). *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer*. Urano.
- Rivera Acosta, J. (2021). Partería tradicional en el centro de México; ecología política entre medicinas y prácticas. *Pensamiento Crítico*, 8(14), 1-14.
- Rivera Balbuena, E. (10 de octubre de 2023). La prohibición médico-institucional del oficio de la partera tradicional indígena [Ponencia]. VI Encuentro de Estudios de las Culturas Indígenas: El derecho antiguo y actual en las comunidades indígenas, Morelia, México.
- Rodríguez Zoya, P. G. (2010). La medicalización como estrategia biopolítica. A parte Rei. *Revista de Filosofía*, (70), 1-27.
- Ruiz Torres, M. A. (2008). Ciberetnografía: comunidad y territorio en el entorno virtual. En: E. Ardèvol, A. Estalella y D. Domínguez (Coord.), *La mediación tecnológica en la práctica etnográfica* (pp. 117-132). Ankulegi.
- Secretaría de Salud (05 de abril de 2020). Lineamiento de Reversión Hospitalaria. Gobierno de México. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria_05042020_2.pdf
- Secretaría de Salud (2020). Estrategia para fortalecer la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva por el personal de enfermería y partería durante la pandemia por COVID-19. Gobierno de México. https://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/estrategia_fortalecer_ss_sexual_reproductiva_COVID-19.pdf
- Secretaría de Salud (21 de febrero de 2022). Entornos habilitantes para una experiencia positiva durante la atención integral de la salud materna y perinatal. Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor-parto-recuperación en las redes de servicios. Gobierno de México. https://drive.google.com/file/d/1kN_ZWkE0lvxgArel3XGZzPhStm0bUphg/view
- Senado de la República (14 de diciembre de 2021). Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman diversos artículos de la Ley General de Salud, para que concuerden con el párrafo cuarto del artículo 2º constitucional y con la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en materia de partería tradicional como parte de la medicina tradicional, en calidad de patrimonio cultural de los pueblos y comunidades indígenas, afromexicanas y equiparables. Senado de la República. https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/65/1/2021-12-14-1/assets/documentos/Inic_Morena_Sen_Harp_Isturribarria_LGS.pdf
- Sevilla, A. y Escobar, F. (06 de mayo de 2024). Reformas recientes y urgentes a la Ley General de Salud [Ponencia]. Parteras y tradiciones discursivas, abordajes desde la transdisciplinariedad, Morelia, México.

- United Nations Population Fund Mexico. [UNFPA México]. (18 de octubre de 2019). Si desde el nacimiento se respetan nuestros derechos, algo en el ser de quien llega a la vida se graba [Imagen adjunta] [Publicación de estado]. Facebook. <https://web.facebook.com/UNFPA.Mx/photos/a.326196340729560/3144590388890127/>
- United Nations Population Found (2021). Mi cuerpo me pertenece. Reclamar el derecho a la autonomía y a la autodeterminación. UNFPA.
- Valverde Caman, F. y Espinoza Aguilar, E. L. (2021). La violencia obstétrica en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Lumen* 17(2), 360-371.
- Venegas Chamorro, D., Santos González, C. y Sánchez Casanova, W. M. (01 de febrero de 2024). Acompañamiento a mujeres puérperas con énfasis en el ciclo menstrual y sexualidad. Aula Provisional. <https://aulaprovisional.blogspot.com/2024/02/profesionales-del-area-de-salud-de-la.html>
- Wallerstein, I. (2012). El capitalismo histórico. Siglo XXI.
- World Health Organization (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. Transforming care of women and babies for improved health and well-being. WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>
- World Health Organization (2021). Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy and childbirth. WHO. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth>
- World Intellectual Property Organization (2010). List and Brief Technical Explanation of Various Forms in which Traditional Knowledge May be Found. WIPO. https://www.wipo.int/edocs/mdocs/tk/en/wipo_grtkf_ic_17/wipo_grtkf_ic_17_inf_9.pdf

O caso Janaína Aparecida Quirino: quando a maternidade não é destino

Autoras

Fabiana Gil de Pádua

Ana Gabriela Mendes Braga

O CASO JANAÍNA APARECIDA QUIRINO:
QUANDO A MATERNIDADE NÃO É DESTINO
Fabiana Gil de Pádua e Ana Gabriela Mendes Braga

igal *IusGênero América Latina*
VOLUMEN IV - NÚMERO 1 (2025)
RECIBIDO: 01/07/2024 - APROBADO: 09/08/2025 - PUBLICADO: 22/09/2025
DOI: 10.58238/IGALV411.80 ISSN: 2835-687X

Cómo citar este artículo

Gil de Pádua F. e Mendes Braga A. (2025). O caso Janaína Aparecida Quirino: quando a maternidade não é destino, REV. IGAL, 4 (1), 62. - 78.

*ORCID: 0000-0002-9894-8937

Fabiana Gil de Pádua: Mestranda, na área de "Gênero, Sexualidade e Direito", pelo Programa de Pós-Graduação em Direito na Universidade Federal de Minas Gerais (PPGD/UFMG). Advogada e orientadora jurídica do Eixo de Direitos Reprodutivos e Sexuais da Clínica de Direitos Humanos da UFMG. Pesquisadora integrante do NEPAL - Núcleo de Estudos e Pesquisa em Aprisionamentos e Liberdades e do Diverso UFMG - Núcleo Jurídico de Diversidade Sexual e de Gênero. Contato: fabianagilpadua@gmail.com

**ORCID: 0000-0002-1941-3679

Ana Gabriela Mendes Braga: Professora de Graduação e Pós-Graduação em Direito na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista (FCHS/UNESP). Possui graduação em Direito, Mestrado e Doutorado em Direito Penal e Livre-Docência em Criminologia pela Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora do NEPAL - Núcleo de Estudos e Pesquisa em Aprisionamentos e Liberdades. Contato: ana.braga@unesp.br

RESUMO

Este artigo tem como objetivo oferecer uma análise interseccional da distribuição desigual dos direitos reprodutivos, a partir do estudo do caso Janaína Aparecida Quirino. Para tanto, foram analisadas as principais peças processuais dos autos da ação civil pública que culminou na realização de uma laqueadura de caráter compulsório em Janaína, sob argumentos de que ela não tinha condições de exercer a maternidade. Partindo da recomposição desse processo judicial, refletimos sobre o conceito de justiça reprodutiva, demonstrando que as categorias gênero, raça e classe, imbricadas, determinam o acesso aos direitos reprodutivos e produzem noções acerca de quem pode ou não ser mãe, hierarquizando existências sob o imperativo do biopoder e do racismo.

PALAVRAS-CHAVE:

DIREITOS REPRODUTIVOS, INTERSECCIONALIDADE, JUSTIÇA REPRODUTIVA, BIOPODER, MATERNIDADES SUBALTERNIZADAS.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo proporcionar un análisis interseccional de la distribución de los derechos reproductivos, a partir del estudio del caso de Janaína Aparecida Quirino. Para eso, analizamos los principales documentos procesales que obran en el expediente de la acción civil pública que culminó con la realización de una ligadura de trompas obligatoria a Janaína, alegando su incapacidad para ejercer la maternidad. A partir de la recomposición de este proceso judicial, reflexionamos sobre el concepto de justicia reproductiva, demostrando que las categorías de género, raza y clase, entrelazadas, determinan el acceso a los derechos reproductivos y producen nociones sobre quién puede y quién no puede ser madre, jerarquizando las existencias bajo el imperativo del biopoder y del racismo.

PALABRAS-CLAVE:

DERECHOS REPRODUTIVOS, INTERSECCIONALIDAD, JUSTICIA REPRODUCTIVA, BIOPODER, MATERNIDADES SUBALTERNIZADAS.

1. Introdução

No ano de 2018, uma notícia publicada na Folha de São Paulo¹ narra o caso de uma mulher, já mãe², esterilizada de maneira forçada. Janaína Aparecida Quirino, negra³, pobre, moradora de Mococa, no interior do Estado de São Paulo, foi submetida a uma cirurgia de laqueadura tubária logo após dar à luz, como decorrência de uma determinação judicial, que se baseou em intervenções de órgãos vinculados à Administração Pública, em especial o sistema de saúde municipal.

A notícia veio a público em 9 de junho de 2018, tendo aparecido, depois, em diversos veículos de comunicação. Uma série de reportagens denunciou o caráter violatório da realização da esterilização sem o consentimento expresso da mulher, apontando diversas ilegalidades e inconstitucionalidades processuais (Agência Brasil, 2018; El País, 2018; Exame, 2018; Folha de São Paulo, 2018). Além disso, o caso também foi objeto de pesquisas acadêmicas (Campos, 2018; Gitirana, Silva & Rosa, 2020; Pinhon & Brasil, 2018; Schorr, 2019) e manifestações de órgãos públicos e entidades privadas (IGP, 2018; DPU, 2018). Logo, levando em consideração que a pessoa em questão foi identificada publicamente e as fontes de pesquisa mobilizadas também estavam publicizadas, optamos, neste artigo, por utilizar o nome verdadeiro de Janaína.

Ao trazeremos seu caso, pretendemos mostrar como o acesso aos direitos reprodutivos é atravessado por questões de raça e classe, para além do gênero. Enquanto, historicamente, a questão central para as mulheres brancas gira em torno da interrupção voluntária da gravidez, as mulheres negras lutam também pelo direito de serem mães e terem suas maternidades legitimadas e protegidas. Nesse sentido, o artigo discute o acesso à justiça reprodutiva, buscando compreender como o sistema de justiça, operando as hierarquias da diferença, produz noções acerca de quem pode ou não ser mãe.

Para tanto, utilizamos como fonte de pesquisa o processo civil que culminou na realização da laqueadura compulsória⁴. Nele, identificamos os argumentos utilizados para embasar o pedido e a autorização para a cirurgia, com a finalidade de compreender como o Judiciário mobilizou discursos que deram condições para uma prática proibida pelo ordenamento jurídico brasileiro⁵. Procuramos, ainda, investigar e refletir sobre o contexto mais amplo da esterilização como uma medida biopolítica de gestão das populações.

Desde uma perspectiva interseccional, buscamos reposicionar a maternidade em relação às expectativas do gênero feminino e suspender a premissa de que é destino universal da pessoa com útero⁶. A pessoa não nasce mãe, mas torna-se mãe. Para além e fora do investimento biológico, a maternidade é uma construção política. Nesse processo, hierarquias e desigualdades vão sendo constituídas e constituem os discursos e práticas em torno da maternidade.

Partindo da noção de que há uma hierarquização no reconhecimento das maternidades, formulamos algumas perguntas: o ideal da maternidade habita quais corpos? Que hierarquias permeiam as escolhas por ser ou não ser mãe? Como o Estado produz os direitos reprodutivos e de maternagem? A quem é garantido o acesso à justiça quando se fala em direitos reprodutivos?

¹ A coluna, de autoria de Oscar Vilhena Vieira, foi publicada em 09 de junho de 2018 no Jornal Folha de São Paulo, com o título "Justiça, ainda que tardia: moradora de rua teve esterilização determinada sem direito de defesa".

² As informações sobre a quantidade de filhos de Janaína são controversas: na petição inicial do processo, consta que, até o nascimento do último filho, ela já seria mãe de cinco filhos, ao passo que notícias veiculadas na mídia dão conta de que seriam sete (Agência Brasil, 2018).

³ O dado sobre a raça não aparece no processo judicial e a identificação de Janaína como mulher negra veio a partir das reportagens que foram feitas sobre o caso. Sem a pretensão de aprofundar a questão neste artigo, consideramos que a não racialização, no âmbito processual-jurídico, demonstra o modo como o direito frequentemente nega a existência de um corpo material, com o intuito de fazer valer a proposição de que se trata de conhecimento puramente racional e objetivo, como se as particularidades de cada existência não influenciassem no funcionamento de suas instituições (Smart, 1989).

⁴ Autos da ação civil pública de nº 1001521-57.2017.8.26.0360. O acesso aos autos se deu pela disponibilização de seu conteúdo pela Revista Exame, que publicou, em 12 de agosto de 2018, uma notícia contendo um link que direciona ao processo na íntegra: <<https://exame.com/brasil/nao-queiro-que-isso-aconteca-com-mais-nenhuma-mulher/>>.

⁵ A Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96) veda, expressamente, a prática de esterilização involuntária. Citar o artigo completo. Nos termos do artigo 10, § 1º, da referida lei, "[É] condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes". A referida normativa, ainda, estabelece que é crime a realização da esterilização cirúrgica em desacordo com o disposto na lei (artigo 15), bem como a indução ou instigação dolosa à prática (artigo 17).

⁶ Apesar de não serem objeto deste artigo, a denominação é utilizada para englobar pessoas trans e não binárias, desde uma perspectiva crítica à ideia de maternidade como essencialmente inscrita em um padrão cisheteronormativo, que nega a possibilidade de seu exercício a pessoas que não estão nele inseridas.

Em 1851, a afro-americana Sojourner Truth profere seu famoso discurso “E eu não sou uma mulher?”⁷, apontando para o lugar que a mulher negra ocupa nas hierarquias de raça e classe no contexto da campanha pelos direitos das mulheres nos Estados Unidos. Nele, Truth denunciou a reprodução dissociada do exercício da maternidade e a interdição racista que não a reconhece como mãe e mulher: “Dei à luz treze crianças e vi a maioria ser vendida como escrava e, quando chorei em meu sofrimento de mãe, ninguém, exceto Jesus, me ouviu! Não sou eu uma mulher?” (1851, como citado em Davis, 2016, p. 71).

bell hooks (2019b) retoma a pergunta de Truth para dar título ao seu livro publicado em 1981. Nele, a autora resgata o debate dos movimentos civis e feministas a partir da perspectiva da mulher negra, operando “contra noções sexistas do lugar da mulher” e desafiando “as noções de lugar e identidade da mulher dentro dos círculos de libertação da mulher” (hooks, 2019b, p. 10).

Em 1981, a também afro-estadunidense Angela Davis (2016) publica *Mulheres, raça e classe*, obra na qual reproduz e contextualiza a fala de Sojourner Truth: “O fato de sua raça e de sua situação econômica serem diferentes daquelas das demais não anulava sua condição de mulher. E, como mulher negra, sua reivindicação por direitos iguais não era menos legítima do que a das mulheres brancas de classe média” (Davis, 2016, p. 73). Em discurso proferido em 1984⁸, Davis (2017) provoca a atualidade da pergunta realizada há 133 anos: “hoje as mulheres negras ainda são compelidas a expor a invisibilidade à qual nós temos sido relegadas, tanto na teoria como na prática, no interior de amplos setores do movimento de mulheres tradicional” (Davis, 2017, p. 29).

Com todos os limites que as diferenças de contextos colocam à comparação, estes questionamentos ajudam a pensar o Brasil hoje, em especial no que se refere à maternidade abordada de forma interseccional. Tendo em vista que nosso sistema de justiça produz hierarquias de gênero, classe e raça, recolocamos a pergunta original de Truth e seus desdobramentos no feminismo negro na análise da interdição da maternidade para alguns corpos. Desde tais perspectivas, navegaremos por algumas dessas questões utilizando o caso de Janáina como condutor deste trabalho.

Neste artigo, para refletir sobre a defesa dos direitos reprodutivos de mulheres em distintos contextos, sobretudo no que tange às diferenças de raça e classe, expomos, em um primeiro momento, algumas considerações sobre as noções de direitos reprodutivos e de justiça reprodutiva, para pensar formas de negação seletiva da maternidade. Em seguida, apresentamos o caso em conjunto com a discussão teórica acerca do poder sobre a vida e a morte, situando-o em um contexto no qual o Estado, por meio do sistema de justiça, determina quem pode nascer, quem merece viver e quem deve morrer. A partir da recomposição do processo judicial, com ênfase nas principais peças – petição inicial, manifestações do Município réu e do autor (Ministério Público), sentença, razões e contrarrazões de apelação e decisão em acórdão –, destacamos os elementos que constroem as narrativas em torno da realização da laqueadura tubária de forma compulsória.

Tendo como fonte os discursos produzidos no âmbito do processo judicial, propomos reflexões acerca das hierarquias em torno da maternidade. Ao final, nos engajamos em uma agenda de pesquisa que tem a interseccionalidade como chave analítica para avançarmos no campo da justiça reprodutiva e do feminismo jurídico.

2. Justiça reprodutiva desde uma perspectiva interseccional: hierarquias e legitimidades no exercício da maternidade

Os “direitos reprodutivos” são, com frequência, associados aos direitos sexuais, a partir do tratamento conjunto daquilo que se chama de “direitos sexuais e reprodutivos” (Gomes, 2021). A partir do debate que existe a respeito do tema, escolhemos, neste artigo, dissociar a sexualidade da reprodução, por entendermos que, ainda que relacionais, no caso desta pesquisa, merecem ser analisadas por diferentes prismas.

Partimos do conceito de “direitos reprodutivos” como conjunto que engloba o “direito de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, bem como o direito a ter acesso à informação e aos meios para a tomada desta decisão” (Mattar, 2008, p. 61), ligando-se, então, à autonomia de decidir sobre a procriação e incluindo os direitos aos serviços integrados de saúde, à privacidade e à ampla informação (Aguiar, 2021).

No seu arcabouço teórico, fundado na própria concepção de direitos humanos, os direitos reprodutivos são considerados universais, isto é, possuem como destinatários todos os seres humanos (Mattar, 2008). Essa pretensa universalidade atinge as pessoas de maneiras diferentes: as mulheres

⁷ No original “Ain’t I A Woman?”, proferido na Convenção das Mulheres ocorrida em Ohio.

⁸ Discurso intitulado “Enfrentando nosso adversário comum: as mulheres e a luta contra o racismo”, apresentado na Conferência Mulheres e luta contra o racismo em Minnesota.

têm sua autonomia afetada quando se fala em reprodução da vida, já que seus corpos “constituíram os principais objetivos – lugares privilegiados – para a implementação das técnicas e relações de poder” (Federici, 2017, p. 22). De outra forma, mas sob operação do mesmo poder, a população LGB-TQIA+ foi historicamente constituída como objeto de intervenção e abjeção de modo a permanecer fora do reconhecimento de sujeitos de direitos, inclusive os sexuais e reprodutivos.

Esse conjunto de direitos é acessado de maneiras distintas pelo grupo de pessoas a depender da sua localização em relação aos marcadores sociais da diferença⁹– raça, classe, idade, orientação sexual, identidade de gênero, dentre outros –, legitimando o acesso à contracepção ou mesmo à esterilização a alguns grupos e dificultando ou impedindo a outros. Desse modo,

elencam-se os úteros dignos e os inúteis à reprodução, selecionando-se à quais mulheres cabe o direito à vida, ou seja, quais delas são legíveis ou ilegíveis como sujeitos reprodutivos. Por meio das regulamentações normativas e de políticas públicas, mantém-se a lógica da sociedade capitalista, racista e patriarcal (Aguiar, 2021, pp. 25-26).

Levando em consideração que o Estado opera na lógica de produção e retroalimentação das hierarquias que marcam e estruturam socialmente a diferença, a interseccionalidade torna-se uma perspectiva metodológica e analítica importante no estudo dos direitos reprodutivos, na medida em que:

busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (Crenshaw, 2002, p. 177).

A interseccionalidade, assim, revela aquilo que fica invisível quando categorias como gênero e raça são conceitualizadas separadamente:

O movimento para interseccionar essas categorias foi motivado pelas dificuldades de tornar visíveis aqueles e aquelas que são dominados ou vitimizados nos termos de ambas as categorias. Embora todos na modernidade capitalista eurocêntrica sejam racializados e gendrados, nem todo mundo é dominado ou vitimizado com base em sua raça ou seu gênero. [...] É somente quando percebemos gênero e raça como entrelaçados ou fundidos que vemos efetivamente a mulher de cor (Lugones, 2007, pp. 192-193) (tradução nossa).

Nesse sentido, é impossível desconsiderar o modo como raça e classe impactam na maneira como o gênero é produzido e mobilizado também quando se trata de direitos reprodutivos. A distribuição desigual desses direitos cria uma ambiguidade em relação às mulheres, às expectativas de gênero e à legitimidade do exercício da maternidade, no que diz respeito a raça e classe social, pois, se para algumas, a maternidade é imposta como fruto da própria existência e expressão de uma “essência feminina”, para outras, a esterilização é um caminho visto como natural e, muitas vezes, necessário (Aguiar, 2021).

O poder estatal opera, assim, de modo a legitimar a reprodução em alguns casos e a restringi-la, em outros. A esterilização em massa de mulheres, que, no Brasil, atingiu em maior escala as mulheres negras¹⁰, guardou estreita associação com a finalidade de controle populacional e se consolidou como uma resposta estatal às demandas por métodos contraceptivos, consistindo em “uma combinação perversa entre falhas de políticas públicas e distorções do mercado” (Côrrea & Ávila, 2003, p. 44).

Joice Graciele Nielsson (2022), em pesquisa mapeando decisões judiciais de esterilização de mulheres proferidas ao longo de 25 anos desde a implantação da Lei nº 9.236/96 no Brasil (também chamada de Lei do Planejamento Familiar), apontou uma ambivalência política no que se refere aos direitos reprodutivos e o dispositivo da reprodutividade:

⁹ Em artigo intitulado “O que são marcadores sociais da diferença?”, Marcos Zamboni (2014) afirma que são sistemas de classificação que organizam a experiência, ao identificar certos indivíduos com categorias sociais, relacionadas a determinadas posições sociais, em contextos históricos definidos. Segundo o autor, estudos que se utilizam dos marcadores sociais da diferença se apoiam na perspectiva de que as diferenças e desigualdades são construídas socialmente e que os marcadores estão sempre articulados e se ligam a relações de poder.

¹⁰ Tal fato foi investigado pela atuação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) destinada a examinar a incidência de esterilização em massa nas mulheres do Brasil. Foi instalada em 1991 e concluída em 1992, presidida pela então deputada Benedita da Silva. Em que pese no relatório final não ter ficado provada a denúncia de que haveria uma maior incidência de esterilização em mulheres da raça negra, constatou-se que houve uma dificuldade em encontrar dados sobre a questão racial em saúde em razão da falta de coleta sistemática dessas informações. Ainda, o trabalho intitulado “A Relação entre Cor da Pele/Raça e Esterilização no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional sobre demografia e saúde - 1996”, de autoria de André Junqueira Caetano (2004), demonstrou a relação entre as condições socioeconômicas de mulheres negras e a esterilização, concluindo que, por serem as com menos acesso a métodos contraceptivos, as mulheres pretas e pardas são as mais submetidas à realização da esterilização durante a realização do parto cesáreo.

seja pela gestão das políticas públicas, atuações excepcionais permitiram que determinadas vidas fossem situadas numa zona de indistinguibilidade entre direito e violência, cindidas entre vidas úteis à reprodução, impedidas de ter acesso à esterilização, e vidas mutiláveis, ainda que compulsoriamente (Nielsson, 2022, p. 71).

A autora, traçando um percurso histórico da esterilização compulsória e eugênica de mulheres no Brasil, afirma que a lei buscou reverter a captura da autonomia reprodutiva das mulheres, ao criar tipos penais voltados a coibir a prática da esterilização forçada, equiparando-a ao crime de genocídio quando a violência se dá contra uma coletividade (Nielsson, 2022).

A desigualdade no acesso a direitos reprodutivos é uma das questões para as quais as feministas negras, descoloniais e decoloniais chamam atenção ao denunciar a falta de uma unidade na experiência feminina (Akotirene, 2019; Carneiro, 2019; Crenshaw, 2002; Collins, 2019; Davis, 2016; Gonzalez, 1984; hooks, 2019a, Kilomba, 2019; Lugones, 2014, Vêrges, 2020). Tal perspectiva desconstrói a ideia de que todas as mulheres passam por experiências de opressão comuns, demonstrando que as interseções entre gênero, raça e classe produzem modos de subordinação diferenciados que não são mero produto da somatória de opressões individualizadas.

O colonialismo, portanto, é chave elementar para ler o conceito de maternidade. Em Um feminismo decolonial, Françoise Vêrges (2020) afirma que as feministas do ocidente certamente examinaram como foi construída a "boa maternidade", sem, contudo, levar em conta o "choque do retorno" da escravidão e do colonialismo:

Sabe-se que, sob um regime de escravidão, a qualquer momento se podiam arrancar os filhos de suas mães; que elas não estavam autorizadas a defendê-los; que as mulheres negras estavam sob proteção dos filhos de seus proprietários como amas de leite, que meninas e mulheres negras eram exploradas sexualmente e que todos esses papéis estavam submetidos aos caprichos do senhor de escravos/as, de sua esposa e filhos/as. Os homens eram privados do papel social de pai e de companheiro. Essa destruição de laços familiares que era estabelecida pela lei, continua a projetar sua sombra sobre as políticas familiares que visam às minorias racializadas e aos povos indígenas (Vêrges, 2020, p. 53).

Em estudo com o objetivo de compreender as diferentes experiências de maternidade em Ilhéus/BA, Jade Alcântara Lôbo (2020) aponta um aspecto desigual e histórico entre as maternidades negra e branca, tendo em vista que "a maternidade negra foi apropriada para os interesses da colônia, através do adestramento do feminino que funcionou como uma ferramenta de controle e tormento da população negra" (Lôbo, 2020, p. 42). Isso, porque, durante o colonialismo, mulheres negras tiveram seu trabalho usado para nutrir e prover a "casa branca" e seus corpos utilizados para amamentar crianças brancas (Kilomba, 2019).

Nesse sentido, na construção histórica dos direitos reprodutivos, as mulheres negras ficaram de fora. Para elas, a maternidade não é um direito; ao contrário, são impingidas a não maternar. Angela Davis (2016), ao tratar da história do movimento pela "maternidade voluntária" nos Estados Unidos, aponta que a reivindicação teve forte ligação com ideais racistas e imperialistas, sob o argumento de que tanto as mulheres pobres quanto as negras e imigrantes tinham um "dever moral de restringir o tamanho de sua família" (Davis, 2016, p. 203). Dessa maneira, "enquanto as mulheres de minorias étnicas são constantemente encorajadas a se tornarem inférteis, as mulheres brancas que gozam de condições econômicas prósperas são incentivadas pelas mesmas forças a se reproduzir" (Davis, 2016, p. 210).

No Brasil, as políticas contraceptivas direcionadas a mulheres de baixa renda, que de forma geral são racializadas, explicitam a paradoxal relação entre autonomia feminina e esse "dever moral", delineando uma perspectiva segundo a qual a não adesão a esses métodos "só pode ser fruto de ignorância ou falta moral da mulher que, assim, coloca em perigo não só o bem-estar da família, mas o desenvolvimento da nação" (Fonseca, Marre Et Rifiotis, 2021, p. 13).

Na América Latina como um todo, uma longa e vigorosa linha de pesquisa feminista se voltou a compreender as "racionalidades populacionais" ligadas ao planejamento familiar e ao aborto, demonstrando que, no continente, entre o nascimento de filhos não programados e as condições miseráveis nas quais vive grande parte da população, o imaginário público continua a associar as dificuldades que assolam a sociedade (pobreza, criminalidade, etc) a "famílias desestruturadas" (Fonseca et al., 2021, p. 21).

Desde o panorama exposto e levando em consideração que, historicamente, o arcabouço dos direitos reprodutivos tem se concentrado na proteção dos direitos ao aborto e à contracepção e na liberdade de fazer escolhas reprodutivas, entendemos que a noção de justiça reprodutiva é a mais adequada a direcionar as reflexões aqui propostas. Isso, porque traz à tona a distribuição desigual e hierarquizada desses direitos dentro de uma estrutura social, englobando a realidade de mulheres pobres, mulheres racializadas, mulheres encarceradas, mulheres imigrantes, mulheres jovens, mulheres com deficiência e outras mulheres e meninas marginalizadas e sujeitas à coerção reprodutiva e à discriminação:

A justiça reprodutiva se estende além dos direitos e da escolha para abordar fatores históricos, sociais e econômicos que contribuem para a falta de poder das mulheres. Essas desigualdades são mediadas por discriminações baseadas em raça, cultura, status socioeconômico, identidade de gênero, orientação sexual, condição de ser imigrante, religião, idade e outros fatores. Além disso, contribuem para resultados de saúde reprodutiva desfavoráveis e ameaçam a tomada de decisão de uma mulher em relação ao corpo, à família e à comunidade (Gilliam & Gordon, 2009, p. 243) (tradução nossa).

Nesse sentido, ao enfatizar os múltiplos contextos em que ocorrem a reprodução e são constituídas famílias, a justiça reprodutiva fornece um enquadramento teórico mais condizente com a crítica da noção tipicamente neoliberal e consumerista de liberdade reprodutiva, segundo a qual os sujeitos são totalmente livres para escolher, de modo isolado, se e como querem viver suas experiências reprodutivas (Lopes, 2019).

É a partir dessa chave de leitura que identificamos um duplo direcionamento do poder estatal na regulação da reprodução e do exercício da maternidade: se, por um lado, há sua imposição – por meio da proibição/restricção do acesso à contracepção e à interrupção voluntária da gravidez –, por outro, há sua interdição – através de políticas de esterilização forçada e de retirada compulsória de bebês¹¹ de suas mães.

Essas práticas costumam ocorrer em associação, expressando "uma continuidade nos processos sociais que elegeram determinadas mulheres e maternidades, em detrimento de outras, para seu reconhecimento e proteção social" (Gomes, 2022, p. 205). Em síntese, interessa-nos aqui investigar, a partir de um caso paradigmático, como o sistema de justiça opera um controle reprodutivo que nega o acesso à maternidade.

3. O caso Janaina Aparecida Quirino: o poder do Estado sobre a vida e a morte em um processo-corpo

Este texto aprofunda os resultados encontrados em uma pesquisa de estudo de caso único acerca da justiça reprodutiva. A escolha do caso Janaina Aparecida Quirino para ser o fio condutor da pesquisa se justifica por seu potencial de revelar como é operacionalizado o controle reprodutivo pelo Estado, pensando a autonomia pela chave analítica do acesso à garantia da gestação, e não da sua interrupção. Essa perspectiva exige um olhar interseccional para pensar as diferenças na produção dos direitos reprodutivos a depender de que mulheres estamos falando.

Em 29 de maio de 2017, o Ministério Público propôs uma ação judicial em face de Janaina Aparecida Quirino e do Município de Mococa (SP), com a finalidade de que o Município realizasse uma cirurgia de laqueadura tubária em Janaina. Tratou-se de ação de obrigação de fazer, que foi distribuída à 2ª Vara Cível da comarca de Mococa (SP). Como fundamento legal da ação, o Ministério Público apontou a defesa dos direitos individuais indisponíveis dos cidadãos (artigos 127 e 129, IX, da Constituição Federal)¹², com base no argumento de que pertenceria ao ente público a responsabilidade de realizar o procedimento cirúrgico em nome do resguardo do direito à saúde da cidadã.

¹¹ A retirada compulsória de bebês de suas mães é identificada em muitos trabalhos como uma prática comum no Brasil, sobretudo quando as mães se encontram em situação de vulnerabilidade socioeconômica e fazem uso de alguma substância psicoativa (CdH et al.; CDHLG, 2017; Pantuffi, 2018; Rios, 2017; Rosato, 2018; Schweikert, 2016). Ainda, a seletividade e a celeridade com que correm processos de destituição do poder familiar, quando tratam de bebês de mães usuárias de substâncias, são apontadas como mais uma engrenagem dessa dinâmica de separação involuntária de famílias operada pelo Estado (Fávero, 2007 e 2014; Fávero et al., 2013, IPEA, 2004 e 2021, Pantuffi, 2018, Gomes, 2022).

¹² Merece destaque o fato de que a ação foi proposta com os fundamentos legais da ação civil pública, remédio constitucional que busca "proteger direitos fundamentais difusos, coletivos e individuais-homogêneos, ou seja, vinculados a danos morais e patrimoniais relacionados ao consumidor; aos valores artísticos, estéticos, históricos, turísticos, paisagísticos; à infração econômica à ordem urbanística; à honra e à dignidade de grupos raciais, étnicos e religiosos; e ao meio ambiente" (Gitirana et al., 2020). Nesse sentido, a ação civil pública tem por objeto a defesa da sociedade como um todo, de modo que mesmo que seja direcionada à esfera individual, seus efeitos alcançam a coletividade. Desse modo, a justificativa da busca pela realização de cirurgia de laqueadura tubária em Janaina reside em uma defesa não só de uma pessoa, mas de toda a coletividade.

3.1 Mãe insuficiente para seus rebentos: a construção da maternidade de Janaína nos autos

Ao longo da petição inicial, Janaína é apresentada como pessoa hipossuficiente, em grave quadro de dependência química, mãe de cinco filhos, todos menores. Consta que as crianças e adolescentes já estiveram acolhidos temporariamente, "considerando que a mãe não teria condições de prover as necessidades básicas de seus rebentos, além de colocá-los, frequentemente, em potencial risco em razão do uso de álcool e outras drogas".¹³

Janaína foi descrita pelo promotor que buscava sua esterilização como uma pessoa de "vida desregrada", "sem sequer possuir residência fixa", além de "apresentar comportamento de risco". O uso dessas expressões enuncia um ideal doméstico de maternidade não correspondido por Janaína, o que justificaria a intervenção do Estado em seu corpo e em sua vida. Tal interferência não se trata de um caso isolado, mas de uma lógica ainda operante quando se trata do exercício de direitos reprodutivos pelas mulheres, sobretudo as mulheres racializadas e empobrecidas.

Laura Davis Mattar e Carmen Simone Grilo Diniz (2012), apropriando-se do conceito de "hierarquias sexuais" desenvolvido por Gayle Rubin (1999), a partir de um raciocínio analógico, criaram o conceito de "hierarquias reprodutivas", para falar da existência de um modelo ideal de maternidade, que

[...] é pautado por um imaginário social sexista, generificado, classista e homofóbico; portanto, trata-se de um modelo excludente e discriminatório. [...] A reprodução socialmente aceita e desejada é aquela exercida dentro do que se convencionou chamar de "boa maternidade" – primeiro, porque o cuidado é exercido primordialmente por uma mulher, frequentemente com suporte financeiro provido pelo homem (mesmo que a mãe tenha trabalho fora de casa remunerado, ela contrata outra mulher para realizar este trabalho); depois, porque está adequada ao suposto padrão de "normalidade" (Mattar & Diniz, 2012, p. 114).

Dessa maneira, a base da pirâmide hierárquica reprodutiva é composta por aquelas que exercem as chamadas "maternidades subalternas" (Mattar & Diniz, 2012, p. 116). A subalternidade em questão se dá em relação a um referencial cultural de família nuclear-branca, que atribui às mães o dever de se responsabilizar pela educação e pela criação do(s) filho(s) em moldes compatíveis com o que a sociedade espera (Mestre & Souza, 2021).

Dentre as expectativas que condicionam o reconhecimento da legitimidade à maternidade, é possível citar a cobrança pela manutenção de uma família e de um companheiro (Mestre & Souza, 2021), características como ternura, compaixão e constante atenção às necessidades alheias, somadas a grandes doses de auto sacrifício destinadas à adequação às inúmeras demandas de cuidado que a criação de seres humanos exige (Lopes, 2019).

As famílias que se afastam desse modelo costumam ser acusadas de "caóticas" ou "desestruturadas" (Fonseca, 2005). A responsabilização da mãe e da família "desestruturada" é expressão de uma racionalidade neoliberal propagada pela globalização que dissemina um padrão de maternidade conformado por políticas de Estado, "que determina, por exemplo, o número de filhos adequado, o tempo e a idade certos de ser mãe, as condições (econômicas) para a maternidade" (Moreira & Nardi, 2009, p. 576).

Pensando as maternidades em suas interseções com outros marcadores sociais da diferença, é importante ressaltar que, apesar de a ideia de amor materno ter um aspecto universalizante das experiências femininas, não corresponde, na prática, às políticas empreendidas em relação às mulheres racializadas (Almeida, 2022):

A exaltação ideológica da maternidade – tão popular no século XIX – não se estendia às escravas. Na verdade, aos olhos de seus proprietários, elas não eram realmente mães; eram apenas instrumentos que garantiam a ampliação da força de trabalho escrava. Elas eram "reprodutoras" – animais cujo valor monetário podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar (Davis, 2016, p. 19).

Em linhas gerais, o "dever" de ser mãe não é imposto a todas as mulheres, pois essa maternidade deve obedecer a certos padrões, baseados em características ditas femininas: ingenuidade, feminilidade, inocência, passividade. A exigência de uma relação estável, entre um casal heterossexual, monogâmico, branco, adulto, casado e saudável, com acesso a recursos financeiros, é também um elemento que compõe esse quadro de requisitos:

¹³ Trecho retirado da petição inicial.

Como alguém que não se enquadrava a esses padrões, Janaína teve sua maternidade questionada e desvalorizada: considerada uma mãe ilegítima, subalterna e marginal, segundo a lógica das hierarquias reprodutivas.

3.2. Capacidade e legitimidade no exercício da autonomia reprodutiva

Dos autos do processo, é possível extrair que o pedido de esterilização veio após a resistência de Janaína em aderir à recomendação das trabalhadoras dos órgãos de saúde e de assistência social municipal de que realizasse o procedimento como método contraceptivo. Nota-se hesitação sobre o desejo em realizá-lo, ora demonstrava vontade, ora desinteresse: "JANAÍNA, em determinados momentos, manifesta vontade em realizar o procedimento de esterilização; noutros, demonstra desinteresse ao não aderir aos tratamentos e ao descumprir as mais simples orientações dos equipamentos da rede protetiva".¹⁴

O Estado reagiu ao exercício de autonomia reprodutiva promovendo uma ação judicial contra ela, com a finalidade de obter decisão que autorizasse a realização do procedimento de laqueadura à força:

Assim, não resta alternativa ao Ministério Público senão o ajuizamento da presente ação para compelir o MUNICÍPIO DE MOCOCA a realizar a laqueadura tubária em JANAÍNA, bem como para submetê-la a tal procedimento mesmo contra a sua vontade, tudo em conformidade com o disposto na Lei nº 9.263/96 e preceitos constitucionais que consagram a saúde como dever do Estado e direito de todos. Logo, trata-se de direito inserto no chamado 'mínimo existencial', cuja garantia é obrigação e responsabilidade do Estado, mormente à luz do princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento da Constituição Federal, consoante seu artigo 1º, inciso III.¹⁵

Foram disponibilizados, nos autos, diversos relatórios: relatório informativo evidenciando os esforços empreendidos para que Janaína comparecesse às atividades anteriores ao procedimento de laqueadura (realização de exames, entrevista etc); relatório de acompanhamento, em que consta que ela possuía perdas de memória, "não sabendo relatar que já havia dado início ao processo de laqueadura e que nem ao menos fez qualquer tipo de contato com a saúde" .¹⁶ Nesse mesmo relatório, produzido por enfermeira e agentes comunitárias de saúde, houve registro de que Janaína "manifestou interesse em realizar cirurgia de esterilização, porém foi observado que a mesma não possui condições de dar seguimento ao processo de laqueadura"¹⁷.

Foi elaborado, ainda, estudo social, cujo laudo apontava o núcleo familiar de Janaína – composto por ela, seu companheiro e cinco filhos – como

[...] permeado por dificuldades financeiras, sobrevivendo principalmente de auxílio dos Programas Sociais, falta de apoio do genitor dos filhos, relação conjugal com agressões físicas por parte do genitor, alcoolismo por parte dos genitores e não adesão ao tratamento indicado. Além destas questões, existe o problema escolar dos filhos, que apresentaram frequência irregular na escola no mês de agosto, conforme relatório do CREAS.¹⁸

No laudo, foi sugerido o acolhimento das crianças, sob o argumento de que Janaína não estava "conseguindo desempenhar suas funções maternas devidamente, colocando os filhos em situação de vulnerabilidade"¹⁹. Posteriormente, foi determinada a realização de estudo psicológico, segundo o qual, durante a entrevista, houve declaração de interesse na cirurgia de laqueadura por parte de Janaína, que já havia iniciado o processo, sem, contudo, dar continuidade. O parecer foi favorável à realização da cirurgia.

Em decisão liminar, em 27 de junho de 2017, o juiz deliberou pelo deferimento da execução de laqueadura tubária, "a ser realizada nesta cidade sem os procedimentos preparatórios da Lei nº 9.263-1996, devendo o procedimento ser realizado nesta cidade e no prazo máximo de 30 (trinta) dias, sob pena de imposição de multa diária"²⁰. Referida decisão foi baseada na tese de que era a requerida pessoa hipossuficiente, em grave quadro de dependência química, sendo usuária contumaz de substâncias entorpecentes, além de ser mãe de cinco filhos que já estiveram acolhidos e de não ter condições financeiras de arcar com os correspondentes custos.

¹⁴ Trecho retirado da petição inicial.

¹⁵ Trecho retirado da petição inicial elaborada pelo Ministério Público do Estado de São Paulo.

¹⁶ Trecho retirado do relatório de acompanhamento elaborado por enfermeira e agentes comunitárias de saúde.

¹⁷ Trecho retirado do relatório de acompanhamento elaborado por enfermeira e agentes comunitárias de saúde.

¹⁸ Trecho retirado do laudo de estudo social elaborado pela assistente social do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

¹⁹ Trecho retirado do laudo de estudo social elaborado pela assistente social do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

²⁰ Trecho retirado da decisão liminar proferida pelo juiz de 1º grau.

Podemos identificar aqui o que Malena Costa (2014), ao abordar O Pensamento Jurídico feminista na América Latina, aponta como um paradoxo entre um "vigoroso corpo de direitos" das mulheres e as situações de desamparo, violência, pobreza e desigualdades variadas que experimentam. Segundo a autora, embora haja, nos países do continente, uma expansão dos direitos das mulheres, tanto pela adesão dos Estados a tratados internacionais, quanto por meio da promulgação de leis e políticas nacionais, também se expandem a penalização do acesso ao aborto, a feminização da pobreza e a incapacidade do sistema jurídico de se contrapor à violência alarmante que afeta as mulheres da região.

No curso processual, Janaína foi citada para que fosse à consulta ginecológica agendada. Ante o seu não comparecimento, o Ministério Público apresentou manifestação afirmando que a ação visava à realização de cirurgia de esterilização compulsória, sendo a resistência da requerida esperada e que, por isso, a cirurgia deveria ser realizada mesmo contra sua vontade. Depois de tentativas fracassadas para que aderisse aos procedimentos médicos marcados, foi acolhida no CAPS-AD, onde, em exames, foi constatada gestação em andamento, o que impossibilitou, naquele momento, a laqueadura.

Apesar da citação, não houve apresentação de defesa por Janaína. Como estava sendo tratada como pessoa viciada em tóxico, sua incapacidade²¹ ensejaria que fosse nomeado/a curador/a especial para representar seus interesses no processo, conforme prevê o artigo 72, I, do Código de Processo Civil²². Nesse sentido,

Cabe ressaltar que além da ausência de manifestação direta da ré, e da falta de nomeação de curador especial, a determinação judicial foi proferida sem que Defensoria Pública, advogado constituído ou nomeado fosse convocado, desrespeitando os artigos 106 e 106-A da CF e o Provimento do Conselho Superior da Magistratura nº 2.154/ 2014 que, em linhas gerais, normatiza que o interesse da pessoa em dependência química flagrante e gravíssima deve ser sempre representado por pelo menos um destes agentes (Gitirana et al., 2020, pp. 199-200).

Também não houve contestação, dentro do prazo legal, por parte da Prefeitura do Município de Mococa, que se manifestou postulando a nomeação de curador especial à corré, assim como a realização de avaliação física e psiquiátrica de Janaína, com a expedição de ofício ao CAPS-AD para que disponibilizasse cópias do prontuário, atestados, laudos e documentos sobre tratamentos da paciente. Todavia, esse pedido foi classificado como desnecessário pelo Ministério Público, que afirmou serem suficientes os elementos constantes dos autos acerca do estado de saúde física e psíquica de Janaína, que denotavam, em suas palavras, "não se tratar a requerida de pessoa incapaz, muito embora não possua quaisquer condições de fornecer os cuidados necessários à futura prole".²³

No que se refere à capacidade das mães de ofertar cuidado, Vera Iaconelli (2023) demonstra que a reprodução não garante a assunção de um vínculo paterno/materno nem a tarefa de criar, mas chama atenção para o fato de que a experiência reprodutiva é atravessada por dinâmicas sociais de poder e hierarquização que não podem ser ignoradas:

Se a genitora costuma ser considerada o "padrão-ouro" no cuidado com a prole, obviamente não se trata de qualquer uma, pois imputa-se a certa classe de genitoras o topo da hierarquia de quem cuida de uma criança. Sejam mais exatos: trata-se da mulher, cisgênero, heterossexual, casada, branca, com recursos financeiros, adulta. Padrão que, ao ser usado como norma, reproduz o ideário hegemônico e opressor responsável pela patologização de outras configurações parentais e de outros/as cuidadores/as e pela reprodução de desigualdades sociais (Iaconelli, 2023, pp. 26-27).

3.3 O tratamento para mulheres que não perseguem seu destino

A tese sustentada pelo autor da ação foi acolhida e o mérito, julgado antecipadamente. Na sentença, o juiz reconheceu a revelia²⁴ dos requeridos, o que não poderia ocorrer, vez que o litígio versava sobre direito individual indisponível, ou seja, direito do qual não se pode abrir mão, como é o caso dos direitos à vida, à saúde, à liberdade e à dignidade. Assim, embora não incidam os efeitos da revelia quando a demanda trata de direitos indisponíveis, nos termos do artigo 245, II, do Código de Processo Civil, a decisão foi fundamentada apenas nos argumentos trazidos pelo Ministério Público, basicamente ligados às condições de vida de Janaína, ao direito à saúde e ao dever do poder público em assegurá-lo, tendo afirmado que a esterilização seria um "tratamento":

²¹ De acordo com o Código Civil (artigo 4º), são incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer: os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos; os ébrios habituais e os viciados em tóxico; aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; os pródigos.

²² Art. 72. O juiz nomeará curador especial ao:

I - incapaz, se não tiver representante legal ou se os interesses deste colidirem com os daquele, enquanto durar a incapacidade".

²³ Trecho retirado de manifestação do autor da ação (Ministério Público).

²⁴ Segundo o artigo 344 do Código de Processo Civil, "Se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor".

[...] inquestionavelmente, Janaina Aparecida Quirino necessita do tratamento ora solicitado e a ausência no seu fornecimento poderá acarretar sérios riscos à sua saúde. Ademais, a obrigação das pessoas políticas assegurarem a efetividade do direito à saúde do cidadão é inquestionável e encontra fundamento em diversos diplomas legais.²⁵

Em 05 de outubro de 2017, o juiz proferiu sentença obrigando Município "a realizar a laqueadura, objeto dos autos, assim que ocorrer o parto da requerida Janaina"²⁶, contrariando o que está previsto, de modo expresso, na Lei do Planejamento Familiar, cujo artigo 10, § 2º, diz: "É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores" (Brasil, 1996).

Fazendo referência aos estudos de Alberto Bovino (2000), Malena Costa (2014) adverte que na medida em que os direitos são especificados e dirigidos às mulheres, o discurso jurídico constrói uma noção de mulher, que seria a "mulher normativa", uma abstração homogeneizadora de um coletivo complexo:

A univocidade da mulher normativa confronta-se com as desigualdades entre as mulheres. As figuras jurídicas pretendem nomear uma referência que é sempre complexa, múltipla e dinâmica. Por meio da figura da "Mulher", o discurso jurídico produz a invisibilização de todas aquelas que não correspondem a esta figura normativa (Costa, 2014, p. 28) (tradução nossa).

Desde essa visão, podemos entender o pedido do promotor e a autorização do juiz não como decorrentes de uma falta de conhecimento acerca da lei, dos direitos e garantias individuais, mas como manifestação de uma compreensão de que Janaina não atendia os requisitos considerados inerentes à "boa maternidade", que pode ser exercida apenas pelas mulheres normativas.

3.4. O reconhecimento tardio da violência pelo sistema de justiça

Houve recurso de apelação por parte do Município, alegando que a esterilização solicitada tinha nítido fim de controle demográfico, proibida também pela Lei do Planejamento Familiar. Argumentos baseados na ofensa à liberdade de escolha da mulher e no caráter excepcional da laqueadura também foram explicitados. Quando o processo foi julgado em 2ª instância, em 25 de maio de 2018 – cerca de um ano após o ajuizamento da ação –, os desembargadores votaram pela inadmissibilidade da realização compulsória de tal procedimento.

No acórdão, composto por três votos diferentes – mas todos convergentes quanto à procedência do recurso –, os magistrados afirmaram que o processo foi maculado por nulidades, a começar pela ausência de oportunidade de defesa à Janaina, passando pela ilicitude da compulsoriedade quando se trata de esterilização, que configura grave ofensa à dignidade da pessoa. Contudo, a essa altura, Janaina Aparecida Quirino já tinha sido submetida ao procedimento de esterilização, medida excepcional e irreversível, que atravessa sua autonomia reprodutiva e posição enquanto "sujeito de direito".

Depois de proferido o acórdão, a conduta do promotor que solicitou a esterilização sem consentimento foi alvo de apuração da Corregedoria do Ministério Público de São Paulo, o que lhe rendeu 15 dias de suspensão (G1, 2019b). No que se refere ao juiz que autorizou a laqueadura, foi instaurada investigação pela Corregedoria Geral da Justiça de São Paulo, que emitiu parecer no sentido de que não houve violação deliberada e consciente do ordenamento jurídico (G1, 2018).

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo, representando os interesses de Janaina, ingressou com ação de indenização perante o Ministério Público de São Paulo. O valor pleiteado foi de R\$1.000.000,00 (um milhão de reais), sendo metade para a vítima e metade destinada ao fundo de direitos difusos do Estado (G1, 2019a). A Justiça de 1ª instância determinou indenização de R\$100.000,00 (cem mil reais) e a sentença foi objeto de recurso. Não há informações sobre o resultado desse julgamento, mas a morte de Janaina, aos 41 anos, foi reportada em fevereiro de 2023. Segundo a notícia, a morte decorreu de agressões físicas perpetradas pelo companheiro, que se encontrava foragido (G1, 2023).

Mais do que um cenário da inefetividade das normas protetivas em direção a atores e atrizes sociais historicamente marginalizados, o caso demonstra a fabricação de uma realidade que institucionaliza o não acesso a mecanismos formais de aplicação e efetivação da proteção dos direitos humanos para um contingencial da população, tendo em vista que o sujeito a quem se destina este amparo é o "indivíduo abstrato", relacionado ao padrão de normalização da condição humana eleito pela modernidade (Pires, 2017).

²⁵ Trecho retirado de manifestação do autor da ação (Ministério Público).

²⁶ Trecho retirado da sentença de 1º grau.

3.5 A soberania dos vereditos sobre os corpos

O caso analisado se liga fortemente a políticas de controle populacional, que no Brasil foram empreendidas principalmente em relação a pessoas negras, especialmente no pós-abolição da escravatura, em que se buscou a reatualização das estruturas de dominação de raça e gênero:

É importante lembrar que, com o fim do regime de escravidão, milhões de negras e negros foram deixados à própria sorte, uma vez que as regras da abolição não previam a incorporação deste contingente em novas bases na sociedade que sonhava se modernizar. Ao contrário, o projeto de sociedade que se delineava buscava afirmar e garantir a branquitude como paradigma, não importa por que meios. [...] Não é por outra razão também que as idéias eugenistas, em pleno vigor na primeira metade do século vão se expandir e buscar alternativas de "melhoramento populacional" do Brasil, tanto no estímulo ao desenvolvimento da população branca (que inclui crescimento populacional e condições diferenciadas e melhores de vida), quanto na redução dos contingentes considerados indesejáveis, tanto através da expulsão sistemática como também nas restrições de acesso às alternativas de bem-estar à disposição (Werneck, 2004).

Segundo Ana Flauzina (2006), as políticas de esterilização são uma das faces do projeto genocida de Estado dirigido à população negra. Para a pesquisadora, este projeto, ancorado nas mais variadas dimensões da atuação institucional e resguardado pela simbologia do mito da democracia racial, se materializa nas vulnerabilidades construídas e impostas ao segmento negro – das políticas de esterilização às limitações educacionais –, que, direta ou indiretamente, produzem mortes.

Em relação à saúde da mulher negra, Vera Cristina de Souza (2002) analisou dados sobre histerectomia (retirada do útero) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), concluindo que há maior acesso das mulheres negras a esse procedimento. A negligência quanto à saúde da mulher negra compõe, assim, a agenda de aplicação da tecnologia do biopoder por parte do Estado brasileiro, que se traduz na ideia de que "o útero da mulher negra não tem valor" (Carneiro, 2005, p. 87).

Nesse sentido, estamos diante de mais um dos instrumentos de precarização da vida da população negra, que demonstra como o racismo é capaz de impactar até mesmo as tendências da tecnologia no âmbito da saúde: a intenção é, cada vez mais, preservar a vida, mas não qualquer uma.

Dentro da pauta de um Estado que atua nos moldes do biopoder, especialmente num campo médico que, atolado em tecnologia, está mais do que nunca vocacionado para o prolongamento e a manutenção da vida, vemos, portanto, como, de fato, o racismo é uma variável essencial na produção da morte, chegando nesse caso a comprometer as gerações futuras com uma política de esterilização das mulheres negras, que vige nos subterrâneos da inviolabilidade hospitalar (Flauzina, 2006, p. 105).

Nessa lógica, as mulheres que não atendem ao imaginário racista, classista, familista e misógino de maternidade têm seus direitos reprodutivos constantemente atacados, sendo reduzidas a simples genitoras. Esse processo reflete uma forma de violência institucionalizada que retira sistematicamente as crianças de mães pobres (Iaconelli, 2023).

A separação de crianças e bebês de suas mães e famílias tem sido apontada, pela literatura especializada, no contexto brasileiro, como recorrente, prematura e/ou injusta, aplicada de maneira desproporcional e contra arranjos familiares específicos: em sua maioria, aqueles chefiados por mães solo pobres, não brancas, em condição de vulnerabilidade social e sem acesso a direitos básicos (Drummond, 2022; Fávero et al., 2013; CdH/UFMG et al., 2022; CNJ, 2022; Gomes, 2022; Rosato, 2018). Ainda, esse tipo de medida tem como alvo preferencial, sobretudo, pessoas em situação ou com trajetória de rua e que fazem ou fizeram uso de drogas (Belloc, Cabral & Oliveira, 2018; Fávero, 2014; Fonseca, 2021; Schweikert, 2016).

Por meio de argumentações genéricas e de meras suspeitas, fundadas em critérios discriminatórios em relação às condições materiais, pessoais e socioculturais das famílias de origem, são decretadas medidas de difícil reversão para núcleos familiares já vulnerabilizados – muitas vezes, sem que seja oportunizada a defesa de seus interesses durante o curso processual (CNJ, 2022; CdH/UFMG et al., 2022), resultando em uma limitação do acesso à justiça.

O Judiciário opera, nesse campo, uma avaliação do modo como os tutores exercem sua autoridade parental, justificando possíveis intervenções sobre aqueles núcleos em que o cuidado é avaliado como "mau" ou inadequado, sob a prerrogativa da defesa do "melhor interesse da criança e/ou do adolescente" (CNJ, 2022; CDHLG, 2017; Vianna, 2001).

No caso Janaína Aparecida Quirino, ao julgar procedente o pedido da inicial, sem que houvesse manifestação, defesa ou consentimento por parte dela, não só "o poder coercitivo do Estado atuou

sobre o corpo e os direitos de Janaína de forma soberana sem qualquer observância das garantias e deveres constitucionais destinadas a proteção dos sujeitos e das sujeitas de direito desenhados pelo ordenamento pátrio" (Gitirana et al., 2020, p. 203), mas reforçou um modelo humano de existir que deve prosperar em detrimento de outros.

4. Considerações finais

Por meio da chave de análise interseccional, percebemos que o caso de Janaína é um reflexo das desigualdades e hierarquias construídas em torno da maternidade, que variam de acordo com os marcadores sociais da diferença – de raça, classe, idade, orientação sexual, identidade de gênero etc. Especialmente na realidade colonial periférica, essas conformações impactam diretamente na forma pela qual o Poder Público gerencia a vida, exercendo controle sobre aquelas que fogem ao padrão de normalidade.

No caso de Janaína, isso se deu "pela banalização dos direitos sexuais e reprodutivos, ou ainda pelo saqueamento e a destruição da intimidade e da personalidade daquela mulher que ocupa nas zonas dicotômicas e hierárquicas da sociedade brasileiro o âmbito do não ser" (Gitirana et al., 2020, p. 210). Além da negação dos direitos reprodutivos, o Estado também negou à Janaína o direito à defesa, vez que só foi nomeada defensora pública após a divulgação do caso, em junho de 2018 (Campos, 2018). Tendo em vista a ausência de manifestação de Janaína sobre o que fazer com seu próprio corpo, a total improcedência do pleito era a única maneira de decidir a questão respeitando os direitos fundamentais (Pinhon Et Brasil, 2018), mas não foi o caminho adotado pelo juiz de primeiro grau.

Tal fato evidencia o poder de controle da vida no âmbito do processo judicial, em que o direito aparece como ferramenta utilizada para determinar quem deve viver ou, ainda, "quem deve nascer e quem deve deixar de nascer" (Campos, 2018, p. 79), operando sob a lógica racista inserida nos mecanismos do Estado:

No contínuo biológico da espécie humana, o aparecimento das raças, a distinção das raças, a hierarquia das raças, a qualificação de certas raças como boas e de outras, ao contrário, como inferiores, tudo isso vai ser uma maneira de fragmentar esse campo biológico de que o poder se incumbiu: uma maneira de defasar, no interior da população, uns grupos em relação aos outros (Foucault, 2005, p. 304).

O racismo funciona de maneira a subdividir, fragmentar e hierarquizar, influenciando as políticas que o Estado empreende, ao mesmo tempo em que é produto delas. A história de Janaína é, nesse sentido, um símbolo que explicita a dinâmica de controle social da população negra fortemente presente no Brasil (Campos, 2018). Nesse contexto, em contraposição à compulsoriedade da maternidade, geralmente atribuída às mulheres brancas, com condições financeiras e inseridas no padrão cisheteronormativo, há a construção de um discurso que sustenta a existência de um grupo de mulheres consideradas "inaptas" ao exercício da maternidade (Gomes, 2022).

As variações do modelo de maternidade adequada são consideradas perigosas para as crianças e até mesmo para a sociedade (Mattar Et Diniz, 2012), justificando a intervenção do Estado no âmbito familiar. Nesse ponto, consideramos simbólico o fato de o Ministério Público defender o procedimento de esterilização como uma proteção não só individual, mas de toda a coletividade, como se o útero de Janaína configurasse ameaça a toda uma sociedade.

A maternidade de Janaína foi subalternizada, de modo que a ausência de seu consentimento acerca do procedimento de esterilização não foi considerada relevante nem teve o potencial de transformar o curso dos acontecimentos mediados pelo Poder Judiciário. No cruzamento entre direitos reprodutivos, biopoder e interseccionalidade, assim, tem-se a ambiguidade de um Estado que, de um lado, mobiliza a defesa da vida e, de outro, executa práticas de esterilização para determinar quem pode nascer e/ou se reproduzir, perpetuando formas de injustiça reprodutiva.

Bibliografía

- Agência Brasil. (2018). Após decisão judicial, mulher é esterilizada sem consentimento em São Paulo. Recuperado de <https://agenciabrasil.etc.com.br/radioagencia-nacional/acervo/direitos-humanos/audio/2018-06/apos-decisao-judicial-mulher-e-esterilizada-sem-consentimento-em-sao/>
- Aguiar, J. M. (2021). *Justiça reprodutiva e interseccionalidade: uma reflexão acerca da prática da esterilização cirúrgica*. (Monografia). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade*. São Paulo, SP: Pólen.
- Almeida, M. S. (2022). Maternidades subalternas: ser ou não ser mãe nas epistemologias decoloniais e do feminismo negro. *Em Tese*, 19(1), 87-107.
- Belloc, M., Cabral, K., & Oliveira, C. (2018). A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violação de direitos e lacunas do cuidado. *Revista Saúde em Redes*, 4(1), 37-49.
- Caetano, A. J. (2004). A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional sobre demografia e saúde – 1996. In S. Monteiro, & L. Sansone (Org.), *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Campos. V. T. N. (2018). "A carne mais barata do mercado é a carne negra": o racismo institucional definindo quem nasce e quem deixa de nascer no Brasil. In A. C. S. Marques (Org.), *Vulnerabilidades, justiça e resistências nas interações comunicativas*. Belo Horizonte, MG: PPGCOM UFMG.
- Carneiro, A. S. (2005). *A construção do outro como não-ser como fundamento do ser*. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Carneiro, A. S. (2019). Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In H. B. de Holanda (Org.), *Pensamento feminista hoje: conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro, RJ: Bazar do Tempo.
- CdH, FMSM, FMDDH, & DPMG. (2022). *Condições para o exercício de direitos sexuais e reprodutivos de mulheres usuárias de drogas em Belo Horizonte/MG: relatório de pesquisa*. Belo Horizonte: Instituto DH. 208p.
- CDHLG. (2017). *Primeira Infância e Maternidade nas ruas da cidade de São Paulo*. São Paulo, SP.
- CNJ. (2022). *Diagnóstico Nacional da Primeira Infância: Destituição do poder familiar e adoção de crianças*. Brasília, DF.
- Collins, P. H. (2019). *Pensamento Feminista Negro*. São Paulo, SP: Boitempo.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988). Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Costa, M. (2014). El Pensamiento Jurídico feminista en América Latina. Escenarios, contenidos y dilemas. *Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito Centro de Ciências Jurídicas*, (2), 24-35.
- Côrrea, S., & Ávila, M. B. M. (2003). Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In E. Berquó (Org.). *Sexo & Vida*. Campinas, SP: Unicamp.
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, (1), 171-188.
- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. São Paulo, SP: Boitempo.
- Davis, A. (2017). *Mulheres, cultura e política*. São Paulo, SP: Boitempo.
- DPU. (2018). *Nota pública: violação institucionalizada dos direitos humanos de Janaina*. Recuperado de <https://www.dpu.def.br/noticias-institucional/233-slideshow/43542-nota-publica-violacao-institucionalizada-dos-direitos-humanos-de-janaina-a-q>

- Drummond, A. N. (2022). *Dar à luz e se tornar órfã(o): discriminação, convivência familiar e a institucionalização de crianças recém-nascidas*. (Dissertação de Mestrado em Direito). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
- El País. (2018). *Como um promotor e um juiz do interior de SP esterilizaram uma mulher à força*. Recuperado de https://brasil.elpais.com/brasil/2018/06/12/politica/1528827824_974196.html
- Exame. (2018). *"Não quero que isso aconteça com mais nenhuma mulher"*. Recuperado de <https://exame.com/brasil/nao-querer-que-isso-aconteca-com-mais-nenhuma-mulher/>
- Fávero, E. T. (2007). *Questão Social e Perda do Poder Familiar*. São Paulo, SP: Veras.
- Fávero, E. T. (2014). Barbárie social e exercício profissional: apontamentos com base na realidade de mães e pais destituídos do poder familiar. In V. Forti, & Y. Guerra (Org.). *Serviço Social e Temas Sociojurídicos - Debates e experiências*. São Paulo, SP: Lumen Juris.
- Fávero, E. T. et al. (2013). *Realidade social, direitos e perda do poder familiar: desproteção social x direito à convivência familiar e comunitária*. São Paulo: UNICSUL.
- Federici, S. (2017). *O Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo, SP: Elefante.
- Flauzina, A. L. P. (2006). *Corpo negro caído no chão: o sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Folha de São Paulo. (2018). *Justiça, ainda que tardia: moradora de rua teve esterilização determinada sem direito de defesa*. Recuperado de <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/>
- Fonseca, C. (2005). Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*, 14(2), 50-59.
- Fonseca, C. (2021). Cultivando proliferações indomáveis: considerações antropológicas sobre as políticas de proteção à infância. *Horizontes Antropológicos*, 27(60), 419-451.
- Fonseca, C., Marre, D., & Rifiotis, F. (2022). Governança reprodutiva: um assunto de suma relevância política. *Horizontes antropológicos*, 27(61), 7-46.
- Foucault, M. (2005). *Em defesa da sociedade*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Gilliam, M. L., & Gordon, R. (2009). A call to incorporate a reproductive justice agenda into reproductive health clinical practice and policy. *Contraception*, 243-246.
- Gitirana, J. H. S., Silva, J. A., & Rosa, L. S. (2020). Bio-necropolítica: a gramática do Estado Democrático de Direito brasileiro e o caso Janáina Aparecida Quirino. In A. C. A. Viana et al. (Org.), *Encontro de Pesquisa por/de/sobre Mulheres* (Vol. 2, pp. 197-212). Curitiba, PR: Íthala.
- Gomes, J. C. A. (2021). Direitos sexuais e reprodutivos ou direitos sexuais e direitos reprodutivos? Dilemas e contradições nos marcos normativos nacionais e internacionais. *Revista Direito GV*, 17(3), 1-33.
- Gomes, J. D. G. (2022). *O cuidado em julgamento: um olhar sobre os processos de destituição do poder familiar no Estado de São Paulo*. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Gonzalez, L. (1984). Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, ANPOCS, 223-244.
- G1. (2018). *Corregedoria arquiva investigação sobre juiz que determinou laqueadura em Mococa*. Recuperado de <https://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2018/10/01/corregedoria-arquiva-investigacao-sobre-juiz-que-determinou-laqueadura-em-mococa.ghtml>
- G1. (2019a). *Defensoria pede indenização de R\$ 1 milhão por laqueadura de mulher sem consentimento*. Recuperado de <https://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2019/08/05/defensoria-pede-indenizacao-de-r-1-milhao-por-laqueadura-de-mulher-sem-consentimento.ghtml>

- G1. (2019b). *Promotor de Mococa que pediu laqueadura de três mulheres é punido com suspensão de 15 dias*. Recuperado de <https://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2019/08/15/promotor-de-mococa-que-pediu-laqueadura-de-mulheres-e-punido-com-suspensao-de-15-dias.ghtml>
- G1. (2023). *Mulher que passou por laqueadura sem consentimento morre após ser agredida em Mococa*. Recuperado de <https://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2023/02/04/mulher-que-passou-por-laqueadura-sem-consentimento-morre-apos-ser-agredida-em-mococa.ghtml>
- Hooks, b. (2019a). *Teoria feminista: da margem ao centro*. São Paulo, SP: Perspectiva.
- Hooks, b. (2019b). *E eu não sou uma mulher? Mulheres negras e feminismo*. Rio de Janeiro, RJ: Rosa dos Tempos.
- Iaconelli, V. (2023). *Manifesto antimaternalista: psicanálise e políticas de reprodução*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- IGP. (2018). *Nota de repúdio à violação dos direitos e garantias fundamentais de Janaína Aparecida Aquino*. Recuperado de <https://www.conjur.com.br/dl/esterilizacao-compulsoria-igp.pdf>
- IPEA. (2004). *O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil*. Brasília, DF.
- IPEA. (2021). *Filhos "cuidados" pelo Estado: o que nos informa o relatório do Ipea sobre o reordenamento dos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes*. Brasília, DF.
- Kilomba, G. (2019). *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro, RJ: Cobogó.
- Lei n. 9.236, de 12 de janeiro de 1996*. (1996). Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm
- Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. (2002). Institui o Código Civil. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm
- Lei n. 13.015, de 16 de março de 2015*. (2015). Código de Processo Civil. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm
- Lôbo, J. A. (2020). *"Defeito de fabricação": maternidades negras em Ilhéus/BA*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
- Lopes, L. G. (2019). *A família para além do gênero: reformulações dos direitos reprodutivos a partir das biotecnologias. (Tese de Doutorado)*. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
- Lugones, M. (2007). Heterosexualim and the Colonial/Modern Gender System. *Hypatia*, 22(1), 186-209.
- Lugones, M. (2014). Rumo a um feminismo descolonial. *Revista Estudos Feministas*, 22(3), 935-952.
- Mattar, L. D. (2008). Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. *SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos*, 5(8), 61-83.
- Mattar, L. D. & Diniz, C. S. G. (2012). Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 16(40), 107-119.
- Mestre, S. O., & Souza, E. R. (2021). 'Maternidade guerreira': responsabilização, cuidado e culpa das mães de jovens encarcerados. *Revista Estudos Feministas*, 29(2), 1-15.
- Moreira, L. E., & Nardi, H. C. (2009). Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade(s) contemporânea(s). *Revista Estudos Feministas*, 17(2), 569-594.
- Nielsson, J. G. (2022). *Direitos reprodutivos e esterilização de mulheres: a Lei do Planejamento Familiar 25 anos depois*. Santa Cruz do Sul, RS: Essere nel Mondo.

- Pantuffi, L. A. (2018). *Destituição do poder familiar: saber e poder nas "engrenagens" da medida de (des)proteção. (Dissertação de Mestrado)*. Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Pinhon, L. M., & Brasil; D. R. (2018). Janaína: a mulher sem direitos. *Revista Húmus*, 8(24), 452-468.
- Pires, T. R. O. (2017). Direitos Humanos traduzidos em pretuguês. In *Anais Eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress* (pp. 1-12), Florianópolis, SC, Brasil.
- Processo digital nº 1001521-57.2017.8.26.0360. (2017). Recuperado em https://drive.google.com/file/d/1jHtilpwUug40GUE_FhQF8B56gtOPdQOU/view
- Rios, A. G. (2017). *O fio de Ariadne: sobre os labirintos de vida de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas. (Dissertação de Mestrado)*. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.
- Rosato, C. M. (2018). *A vida das mulheres infames: genealogia da moral de mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua. (Tese de Doutorado)*. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.
- Schorr, J. S. (2019). A esterilização compulsória de Janaína Aparecida Quirino e a ofensa aos direitos fundamentais da Constituição de 1988: a discricionariedade conduzindo o Judiciário em meados de 2018. *Ius Gentium*, 10(3), 119-144.
- Schweikert, P. G. M. (2016). *Resistência à profilaxia materna: a deslegitimação do uso de drogas como fundamento para a separação de mães e filhos/as na maternidade. (Dissertação de Mestrado)*. Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Smart, Carol. (1989). *Feminism and the power of law*. Londres: Routledge.
- Souza, V. C. (2002). *Sob o peso dos temores: mulheres negras, miomas uterinos e histerectomia. (Tese de Doutorado)*. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, Brasil.
- Vêrges, F. (2020). *Um feminismo decolonial*. São Paulo, SP: Ubu.
- Vianna, A. R. B. (2001). Direitos, moralidades e desigualdades: considerações a partir de processos de guarda de crianças. In R. K. Lima (Org.), *Antropologia e Direitos Humanos* (Vol. 3, pp. 13-68). Niterói, RJ: EdUFF.
- Werneck, J. (2004). O belo ou o puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias. In A. A. Rotania & J. P. Werneck (Org.), *Sob o signo das bios: vozes críticas da sociedade civil*. Rio de Janeiro, RJ: E-papers Serviços Editoriais.
- Zamboni, M. (2014). O que são marcadores sociais da diferença? *Sociologia: Grandes temas do conhecimento*, 13-18.

¿Consenso latinoamericano y margen de apreciación? El aborto en los Estados del Sistema Interamericano de Derechos Humanos

Autor

Enrique Arcipreste Morales*

Cómo citar este artículo

Arcipreste Morales, E. (2025). ¿Consenso latinoamericano y margen de apreciación? El aborto en los Estados del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, REV. IGAL, 4 (1), 79. - 92.

*ORCID: 0009-0007-2108-9509

RESUMEN

La doctrina del margen de apreciación estatal y la existencia del consenso creada en el Sistema Europeo de Derechos Humanos ha sido retomada a efecto de cuestionar la existencia del derecho al aborto en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Mediante una revisión de la citada doctrina, así como de la regulación del aborto en los países de la Organización de los Estados Americanos, se muestra que, contrario a lo propuesto por grupos conservadores, el paso del tiempo ha creado un consenso mayoritario alrededor del acceso al aborto a nivel interamericano. Asimismo, se discute sobre las limitaciones de la doctrina del margen de apreciación y la posibilidad de los organismos de protección de derechos humanos interamericanos de proteger los derechos de mujeres y otras personas con capacidad de gestar.

PALABRAS CLAVE:

ABORTO, MARGEN DE APRECIACIÓN, SISTEMA INTERAMERICANO

ABSTRACT

The doctrine of the State's margin of appreciation and the existence of consensus created in the European Human Rights System has been tried to be applied in order to question the existence of the right to abortion in the Inter-American Human Rights System. Through a doctrinal review of the aforementioned doctrine, as well as the regulation of abortion in the countries of the Organization of American States, it is shown that, contrary to what is proposed by conservative groups, the pass of time has created a majority consensus around access to abortion at the inter-American level. Likewise, the limitations of the doctrine of the margin of appreciation and the possibility of inter-American human rights protection mechanisms to protect the rights of women and other people with the capacity to bear children are discussed.

KEYWORDS:

ABORTION, MARGIN OF APPRECIATION, INTER-AMERICAN SYSTEM

Introducción

A principios del año 2024, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) publicó su informe sobre la situación de los derechos humanos en Honduras, manifestando así su preocupación por diversos temas en materia de derechos humanos. Específicamente en el caso de los derechos sexuales y reproductivos, se abordó la penalización del aborto en cualquier supuesto (CIDH, 2024, párr. 190). En sintonía con lo anterior, la CIDH recomendó impulsar los derechos sexuales y reproductivos, así como el reconocimiento de la identidad de género de las personas trans (CIDH, 2024, p. 341). En reacción al informe, el comisionado Carlos Bernal Pulido (2024) emitió un voto razonado disidente, al que se les unieron el comisionado Stuardo Ralón y la comisionada Gloria Monique de Mees. En dicho voto, entre otras cosas, el comisionado Bernal Pulido argumentó sobre la inexistencia del derecho al aborto, así como la importancia de reconocer un margen de configuración estatal frente a la penalización del aborto en favor de los Estados que conforman al Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH). Máxime, señaló que, en tanto es únicamente por medio del consenso, que pueden surgir obligaciones para los Estados (p. 347).

El voto disidente de los comisionados Bernal Pulido y Stuardo Ralón, y el de la comisionada Monique de Mees cuestionan la existencia y protección de diversos elementos protegidos por los derechos sexuales y reproductivos y, en materia de aborto, pretenden justificar su argumento en el margen de configuración debido a los Estados. En este sentido, el objetivo del presente texto es el de analizar, aceptando a efecto de generar una discusión académica la aplicación de la doctrina del margen de apreciación en el SIDH, si en América Latina es cierta o no la ausencia de consenso respecto del derecho al aborto, así como la aplicabilidad y conveniencia de dicha doctrina en la materia.

En primer lugar, se abordará brevemente qué es la doctrina del margen de apreciación, sus orígenes y su aplicación (o no) en el SIDH. En segundo lugar, se desarrollará la existencia del derecho al aborto, abordándolo como el ejercicio de diversos derechos de las mujeres y otras personas con capacidad para gestar (entiéndase hombres trans, personas no binarias y otras personas con identidad sexo-genéricas diversas). En tercer lugar, se brindará una perspectiva sobre el acceso al aborto en los Estados que conforman el SIDH. Finalmente, se brindarán conclusiones respecto de la existencia de un consenso sobre el acceso al aborto o no y de la aplicabilidad de la doctrina del margen de apreciación en materia de aborto.

A efecto de lograr lo anterior y, como parte de la metodología para llevar a cabo el presente trabajo, se realiza una revisión bibliográfica y un análisis descriptivo sobre la doctrina del margen de apreciación estatal y sus matices en el SIDH. Posteriormente, se desarrollan los fundamentos teórico-legales del aborto, mostrando así que, si bien puede no existir un derecho expreso al aborto, este constituye tanto un servicio de salud como un evento de la vida reproductiva de las mujeres y otras personas con capacidad para gestar. Por lo tanto, el acceso al aborto se encuentra protegido por diversos derechos humanos reconocidos textualmente en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Declaración) y en la Convención Americana de los Derechos Humanos (Convención Americana).

Hasta aquí:

Con respecto de la existencia del consenso en el nivel interamericano, se parte del análisis de la normativa penal y sanitaria de los diversos Estados Parte del SIDH, precisando que, por un tema metodológico, se analiza en específico la normatividad de aquellos Estados que han ratificado (y permanecen en) la Carta de los Estados Americanos (Carta de la OEA).¹ Lo anterior, pues a través de la Carta de la OEA, se crea la CIDH y se permite que esta conozca de casos sobre violaciones a la Declaración, la cual da inicio al sistema de protección de derechos humanos en el nivel interamericano. Asimismo, porque es el único instrumento que ha sido ratificado por la mayoría de los Estados, a diferencia de la Convención Americana, lo cual permite analizar una mayor cantidad de países. Esto, claro, sin obviar que ciertos Estados como Canadá y Estados Unidos de América (EUA) no han ratificado la CADH ni han aceptado la competencia contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). Por lo tanto, sus resoluciones, en las que podrían observarse mayormente el uso de la doctrina de margen de apreciación, no devienen vinculantes, sino que únicamente, se reiteran, están sujetas a la vigilancia por parte de la CIDH conforme a los artículos 27, 51 y 52 de su reglamento.

¹ Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guayana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Venis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela. Véase: Estados Miembros, https://www.oas.org/es/estados_miembros/

Se estima que lo anterior es suficiente para participar dentro del análisis de la existencia o no de un consenso en el nivel interamericano, así como de ser sujetos de un mínimo de control y vigilancia por parte de órganos internacionales. Del mismo modo, como nota metodológica es necesario precisar que, si bien son pocas las leyes de aborto o resoluciones judiciales que expresamente reconocen la existencia de otras personas con capacidad para gestar (como la ley de aborto de Argentina) y la mayoría se refiere expresamente a las mujeres, también es cierto que lo que no se nombra no existe. Por esto, en el presente texto, se mencionarán, a su vez, a otras identidades de género como las personas trans y las no binarias, con el fin de apoyar su lucha por la reivindicación de sus derechos y visibilizar su existencia.²

Aunado a esto, en los casos en los que las leyes, penales o sanitarias, se refieran no a la "mujer", sino a la "madre", se recalará en esto mediante el uso de cursivas, a efecto de visibilizar que la normativa replica un estereotipo de género y asigna un rol predeterminado a las mujeres o personas con capacidad para gestar en que la maternidad es el único destino y el rol que cumplir.

1. La doctrina del margen de apreciación y su recepción en el SIDH

1.1 El margen de apreciación en el SEDH

La doctrina del margen de apreciación o margen de apreciación nacional encuentra su origen en el Sistema Europeo de Derechos Humanos (SEDH), particularmente en la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH). Fuentes Contreras y Cárdenas Contreras (2021) nos dicen que este concepto es aplicado por primera vez, como tal, por la Comisión Europea de Derechos Humanos (CEDH) en el caso *Grecia vs. Reino Unido*, 1958-1959, y, posteriormente, por el TEDH (p. 201). Este concepto, aunque bien en constante construcción, puede definirse como "[...] el campo de acción e interpretación de los derechos fundamentales, dejado a las autoridades soberanas del Estado y a los jueces internacionales. Este campo no es ilimitado, sino que se encuentra ubicado por el campo de protección del derecho limitado" (Barbosa, 2011, p. 1, citado por Nash Rojas, 2018). Más específicamente, en el SEDH se ha entendido que este concepto hace referencia al "[...] espacio de discrecionalidad con la que cuentan los Estados Partes, para fijar el contenido y alcance de los derechos del Convenio Europeo, tomando en consideración determinadas circunstancias jurídicas, sociales y culturales" (González Vega, 2004, p. 178, citado por López Alfonsín y Bucetto, 2016).

Cabe señalar que dicha doctrina no encuentra un fundamento expreso en el Convenio Europeo de Derechos Humanos ni en sus trabajos preparatorios; sin embargo, se ha reconocido que esta encuentra fundamento en el principio de subsidiaridad del derecho internacional de los derechos humanos (Fuentes Contreras y Cárdenas Contreras, 2021, p. 202). Así, su fundamento "[...] es inherente a una protección internacional y debe lógicamente producirse después de la interna y en defecto de la misma. La justificación de esta doctrina procede de la misma naturaleza de una tutela internacional" (García Roca, 2007, p.121, citado por Fuentes Contreras y Cárdenas Contreras 2021).

Aunque, cabe añadir que, en mayo de 2013, el Protocolo número 15 de la Convención Europea de Derechos Humanos fue adoptado y, al final de su preámbulo se agregó que los Estados Partes con base en "[...]el principio de subsidiaridad tienen la responsabilidad principal de asegurar los derechos y libertades definidos en esta Convención y sus Protocolos, y que haciendo eso, ellos gozan de un margen de apreciación, sujetos a la supervisión de la Corte [...]" (Aguilar Cavallo, 2019, pp. 651-652).

Ahora bien, Clérico (2020), al exponer la evolución de la doctrina del margen de apreciación, señala que la existencia o ausencia de "consenso europeo" puede utilizarse como un elemento de análisis al momento de determinar el margen de apreciación estatal (p. 67). En efecto, señala Clérico (2020) que, según la doctrina del margen de apreciación, existen casos en los que los Estados se encuentran en una "mejor posición", entiéndase por esto que cuentan con más elementos o mejor entendimiento de la situación y la perspectiva de su sociedad que el TEDH, para decidir si una medida adoptada debe subsistir en una sociedad democrática. Sin embargo, el nivel de intensidad del control o deferencia que el TEDH tendrá puede variar en función del consenso (p. 67). De esta forma, el consenso, o la falta de consenso, ha sido utilizado dentro de la Jurisprudencia del TEDH como un elemento que debe evaluarse por parte de este, pues en casos en los que exista un "consenso europeo", el TEDH considera tener mayor legitimación para reducir el margen de apreciación estatal en el caso concreto; por el contrario, a falta de consenso, el TEDH, salvo ciertos supuestos, reconocerá un amplio margen de apreciación (Clérico, 2020, p. 68).

²Véase: Amnistía Internacional, Comunicar con justicia de género. Guía de comunicación género-inclusiva en derechos humanos, 2021, https://doc.es.amnesty.org/ms_opac/doc?q=norm:sjai%20AND%20media:true%20AND%20msstored_doctype:Documentaci%C3%B3n&start=1517&trows=1&sort=visits%20asc&fq=norm&fv=*&fo=and

Así, la doctrina jurisprudencial del margen de apreciación es “[...] una herramienta analítica usada [...] al valorar disposiciones [...] que requieren reconciliarse con otros derechos, o que necesitan ser sopesadas frente a distintos aspectos del interés público [...]. Asegura que los derechos [...] se desarrollen bajo un patrón pluralista [...]” (Frantziou, 2014, pp. 1-2, citado por Aguilar Cavallo 2019). Sin embargo, ante lo indeterminado de esta doctrina, esta ha sido objeto de crítica, señalando que “[...] podría provocar que un mismo derecho humano no tenga la misma profundidad o extensión en todos los lugares, sino distintas modalidades e intensidades, circunstancia que afectaría la universalidad de ese derecho y autorizaría interpretaciones desiguales del mismo” (Sagüés, 2013, p. 338, citado por Aguilar Cavallo, 2019), así como que su aplicación, en ciertos casos por parte del TEDH, “[...] da cuenta más bien de haberse guiado más por lo políticamente correcto, considerando el contexto europeo, que por consideraciones estrictamente jurídicas” (Benavides Casals, 2009, p. 308).

2) La recepción del margen de apreciación en el SIDH

La doctrina del margen de apreciación no tiene un fundamento expreso en el SIDH ni en la Convención Americana ni en sus protocolos. A pesar de lo anterior, su existencia y aplicabilidad, así como la conveniencia de replicar la doctrina del margen de apreciación en el SIDH no han dejado de ser debatidos. Al respecto, Serrano Guzmán (2021) señala que, en ocasiones, las voces que están en favor de la doctrina y su aplicación surgen como reacción por parte de ciertos Estados posterior a recibir condenas desfavorables, argumentando así una falta de deferencia hacia los Estados por parte del SIDH y sus órganos. Sin embargo, tienden a no dialogar con las críticas existentes a dicha doctrina en el propio SEDH (p. 24). Por otro lado, existen voces que argumentan que el margen de apreciación no debe ser importado al SIDH de forma alguna (Serrano Guzmán, 2021, p. 24).

Dentro del debate existente se encuentran voces que proponen no solo la posibilidad de aplicación de la doctrina del margen de apreciación en el SIDH, sino que esta, incluso, ya ha sido utilizada, por ejemplo, por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). Fuentes y Cárdenas (2021) señalan que el fundamento de la doctrina del margen de apreciación en el SIDH se encuentra en el preámbulo de la Convención Americana, así como en los artículos 1.1, 2 y 46.1, los cuales reconocen los principios de subsidiariedad y complementariedad (p. 222).

Igualmente, señalan que, al momento de analizar si se ha aplicado la doctrina y cómo se ha aplicado, no solo deben examinarse las resoluciones de la CIDH y de la Corte IDH buscando una referencia expresa, sino utilizarse ciertas expresiones y términos como “subsidiariedad”, “consenso” y “deferencia” (Fuentes Contreras y Cárdenas Contreras, 2021, p. 9). De esta manera, Fuentes Contreras y Cárdenas Contreras (2021) concluyen que la doctrina aquí señalada no es ajena al SIDH y que, si bien ha tenido una mayor recepción por parte de la CIDH, lo cierto es que la Corte IDH la ha aplicado en casos con ciertas temáticas, tales como el servicio militar obligatorio, el derecho a la nacionalidad y la colegiatura profesional obligatoria (pp. 28-29).

De manera similar, aunque con mayores matices, López Alfonsín y Bucetto (2016) apuntan que la aplicación del margen de apreciación surge cuando los órganos de protección de los derechos humanos consideran que no existe un consenso sobre el tema que debe resolverse y, si bien reconocen que la doctrina ha cruzado fronteras, son claros en señalar que, en el ámbito interamericano, su aplicación es aún débil y residual (p. 486). Al considerar que los casos que han llegado al conocimiento de los órganos del SIDH han sido de tal gravedad (violaciones graves a derechos humanos), no ha habido lugar a ser deferentes con los Estados (López Alfonsín y Bucetto, 2016, p. 487).

Por otro lado, existen voces que consideran lo contrario. Nash Rojas (2018) expone que la doctrina del margen de apreciación, en sentido estricto, implica “[...] un criterio interpretativo que otorga un amplio espacio de discrecionalidad a los Estados a fin de que puedan definir elementos relevantes para el cumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos” (p. 96). Conforme a esta doctrina, los organismos de protección de derechos humanos “[...] se inhiben de calificar un cierto hecho fáctico y/o normativo de carácter indeterminado asumiendo la corrección de la calificación nacional. Esta figura se basa en la confianza del sistema de control internacional en las decisiones nacionales” (Nash Rojas, 2018, p. 96).

De acuerdo con lo anterior, Nash Rojas considera que la doctrina no ha sido importada por la Corte IDH, por un lado, pues no existe fundamento normativo en la Convención Americana; y, por otro lado, puesto que, dentro de la Jurisprudencia del SIDH, se ha considerado el derecho interno de los Estados y los aspectos contextuales. Sin embargo, siempre se ha reservado la calificación final de una violación a los derechos humanos en la sede internacional (Nash Rojas, 2018, p. 96).

En efecto, derivado de un estudio de casos y comparando con el TEDH, Nash Rojas indica que, en casos en los que normalmente el TEDH ha dado un amplio margen de apreciación como amnistías, origen de la vida y discriminación por orientación sexual, la Corte IDH no ha renunciado “[...]a ser ella quien defina los aspectos normativos que sirven de base del ejercicio y goce de los derechos, así como de [...] la valoración de las restricciones de derechos, y no ha dejado esto a la definición nacional” (Nash Rojas, 2018, p. 95).

Por su parte, Pittier y Rincón (2019) manifiestan que la doctrina de margen de apreciación sigue desarrollándose en el SIDH, pero consideran que su consolidación y aplicación en el ámbito interamericano implica un grave peligro al nivel que “[...] debe tener el derecho internacional de los derechos humanos por sobre todas las disposiciones internas [...]. No resulta conforme a la idea moderna del derecho que un mismo derecho pueda tener diversas dimensiones o proyecciones según sea el país [...]” (p. 4).

De manera interesante, Serrano Guzmán (2021) indica que el margen de apreciación del SEDH sí tiene como fundamento principios compartidos en el ámbito interamericano; sin embargo, señala que, en el SIDH, ya existen normas y prácticas como, por ejemplo, la propia Convención Americana haciendo referencia al derecho interno o el juicio de proporcionalidad como herramienta de adjudicación, que aseguran el objetivo de la doctrina del margen de apreciación pp. 25, 27). En este sentido, se considera no solo innecesaria la adopción de la doctrina per se en el SIDH, sino que esta podría generar, incluso, problemas de desorden normativo y generar riesgos a la eficacia de los mecanismos de protección (Serrano Guzmán, 2021, p. 27).

En esa misma línea, no debe dejarse de mencionar que la Corte IDH ha emitido pronunciamientos sobre los límites de las decisiones basadas en la pluralidad democrática, la cual, como se ha mencionado, es lo que la doctrina del margen de apreciación en el SEDH busca proteger: dejar la evolución del derecho al vaivén de la democracia pluralista.

En efecto, al emitir su resolución en el caso *Gelman vs. Uruguay*, la Corte IDH (2011, párr. 239) destacó enfáticamente lo siguiente:

“La sola existencia de un régimen democrático no garantiza, per se, el permanente respeto del Derecho Internacional, incluyendo al Derecho Internacional de los Derechos Humanos, lo cual ha sido así considerado incluso por la propia Carta Democrática Interamericana. La legitimación democrática de determinados hechos o actos en una sociedad está limitada por las normas y obligaciones internacionales de protección de los derechos humanos reconocidos en tratados como la Convención Americana, de modo que la existencia de un verdadero régimen democrático está determinada por sus características tanto formales como sustanciales, por lo que, particularmente en casos de graves violaciones a las normas del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, su protección constituye un límite infranqueable a la regla de mayorías, es decir, a la esfera de lo ‘susceptible de ser decidido’ por parte de las mayorías en instancias democráticas, en las cuales también debe primar un “control de convencionalidad”, que es función y tarea de cualquier autoridad pública y no sólo del Poder Judicial”.

En este sentido, pareciera ser que la evolución jurisprudencial de la Corte IDH se inclina hacia un control más estricto de los actos de los Estados, independientemente del consenso existente, o de sus decisiones internas, a pesar del apoyo mayoritario en dichas decisiones. Situación que, en el ámbito del SIDH, implicaría una menor aplicación de la doctrina del margen de apreciación.

Conforme a lo aquí expuesto, y a efecto de contribuir en la discusión académica, debe señalarse que se considera que, si bien la doctrina del margen de apreciación no es completamente ajena al SIDH, sí existen diferencias en la forma como se ha aplicado y que la Corte IDH ha tenido un tratamiento distinto del concepto de deferencia. Esto derivado de, como señala Serrano Guzmán, diferencias normativas propias del SIDH y de las diversas violaciones a derechos humanos que han llegado al conocimiento de los mecanismos de protección del SIDH. Lo anterior, da lugar a que la existencia de un consenso interamericano no devenga en un aspecto fundamental al momento de decidir sobre la existencia o no de una violación por parte de los Estados.

2.1. El aborto como ejercicio de diversos derechos

El acceso al aborto –ya sea de manera voluntaria en etapas iniciales o tardías del embarazo, o bajo el sistema de causales, por ejemplo, en casos de riesgo a la vida, afectaciones a la salud o en casos de violencia sexual– tiende a ser cuestionado desde interpretaciones jurídicas en demasiado textualistas

y originalistas, así como por grupos con posturas religiosas o conservadoras,³ al indicar que no existe, a nivel normativo, disposición alguna que reconozca un derecho al aborto. Véase, por ejemplo, el voto disidente de los Comisionados Bernal Pulido y Stuardo Ralón, y de la Comisionada Monique de Mees (2024), en el cual señalan que no existe un derecho al aborto (p. 347).

En efecto, el aborto, al igual que otros derechos sexuales y reproductivos, no tiene un fundamento expreso en normas de carácter vinculante en el sistema de protección internacional de los derechos humanos ni a nivel interamericano.⁴ Sin embargo, su reconocimiento deriva de un análisis interdependiente e integral de otros derechos como a la autonomía, al acceso a la información, a la igualdad y no discriminación, a la salud, a la privacidad, a la vida y a la integridad personal (Arcipreste Morales 2023, p. 89), así como al derecho a vivir una vida libre de violencia (Gómez, 2023, p. 196-198). Al analizar el ámbito de protección que brindan los citados derechos, sin duda alguna, es posible argumentar que el aborto se encuentra protegido a nivel internacional y a nivel interamericano. En primer lugar, porque aceptar una interpretación tan textualista y originalista de los derechos conllevaría tener que negar el acceso a un sinnúmero de *derechos*.

Solo pensando en el ámbito sanitario, de replicarse el argumento propuesto, las autoridades estatales tendrían que negar la prestación de atención médica especializada en la gran parte de los casos, pues, por ejemplo, no existe un derecho a recibir hemodiálisis o a recibir tratamiento para el cáncer. En realidad, ninguno de dichos servicios de salud cuenta con una disposición normativa específica en normas vinculantes y, no por eso se niega la atención médica ni esperaríamos escuchar argumentos similares a los que sí se hacen valer en casos de aborto. En segundo lugar, el aborto es tanto un servicio de salud como un evento biológico que forma parte de la vida sexual y reproductiva de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, el cual debe ser atendido adecuadamente por el Estado. Así ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), que, incluso, ha señalado que puede realizarse un aborto independientemente de las semanas de gestación y que los límites basados en edad gestacional carecen de evidencia y fundamento (OMS, 2022, pp. 1, 32). Asimismo, Bearak et al (2020) muestran que, en todo el mundo, el aborto, inducido o espontáneo, es un evento frecuente en la vida reproductiva de las mujeres y otras personas gestantes. Del año 2015 a 2019, de los 121 millones de embarazos no planeados que ocurrieron por año, 61 % terminaron en un aborto (p. e1152).

Sobre el acceso al aborto como ejercicio de los derechos, se han pronunciado diversos órganos de vigilancia de tratados internacionales. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (Comité DESC, 2016), al emitir su Observación General número 22 relacionada con el derecho a la salud sexual y reproductiva, se pronunció en el sentido de que los Estados deben liberalizar las leyes restrictivas sobre el acceso al aborto en atención a los derechos a la autonomía (libertad y vida privada) y salud sexual y reproductiva (párr. 28). De manera similar, el Comité de Derechos Humanos (Comité DH, 2019), al emitir su Observación General número 36 sobre el derecho a la vida, expresó que los Estados Partes del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos deberían simplificar el acceso al aborto, de manera que pueda protegerse el derecho a la vida de las mujeres, así como evitar abortos inseguros y riesgo a la vida (párr. 8).

Igualmente, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW, 2017) al emitir su Recomendación General número 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer ha manifestado que la tipificación del aborto, así como la denegación o dilación en el acceso al servicio implican una violación al derecho a la salud de las mujeres, conjuntamente con las disposiciones que penalizan el aborto deben ser derogadas, pues permiten, toleran y condonan la violencia por razón de género (párrs. 18, 29). A nivel interamericano, la Relatoría de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (REDESCA, 2023) ha reconocido como avances en el derecho a la salud medidas adoptadas por Estados que prohíben que el personal de salud denuncie a las personas pacientes en casos de aborto, y ha manifestado su preocupación por la "revocación del derecho al acceso al aborto" en Estados Unidos de América (pp. 49, 106).

Por su parte, el Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI, 2015) ha señalado que la tipificación del aborto, en todos los casos, implica una violación al derecho a decidir, así como una vulneración a los derechos a la autonomía y la privacidad. Asimismo, ha llamado a despenalizar, al menos, el aborto terapéutico y, en casos de violencia sexual, a crear protocolos que homologuen y aseguren el acceso a dichos servicios (pp. 58, 61).

³ Se considera que estas posturas parten de consideraciones religiosas o conservadoras en tanto no existe consenso científico ni bioético respecto del inicio de la vida, así como por el hecho de que no todas las personas practican una religión ni se someten a sus doctrinas. Véase: Medina Arellano, M. J. & Téllez Girón García, M. F. (2019), Inicio de la vida y aborto. Serie Libros Digitales, 6, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM.

⁴ No se desconoce que, a partir del año 2024, Francia incluye de manera textual el derecho al aborto en su constitución; sin embargo, se estima que esto es a nivel de su derecho interno y, aunque importante, (aún) no tiene implicaciones a nivel internacional ni interamericano.

Al ser el aborto tanto un servicio de salud como un evento de la vida sexual y reproductiva de mujeres y otras personas con capacidad para gestar, éste debe atenderse de manera adecuada por los Estados: con calidad, accesibilidad, aceptabilidad y, sobre todo, sin discriminación. La tipificación absoluta del aborto, al igual que la negativa a prestar el servicio, parte de estereotipos de género que consideran que el destino reproductivo de la mujer y otras identidades con capacidad para gestar, las cuales, incluso, no son reconocidas, es indubitablemente la maternidad (Cedeño Peña y Tena Guerrero, 2022, p. 3; Verde Tabasco, 2022, pp. 5, 10). Esto implica que negar servicios de salud que requieran solo mujeres y otras personas con capacidad para gestar supone una intromisión injustificada en la vida privada, en tanto se pretende asignar un destino reproductivo específico desde el marco legal; un incumplimiento al derecho a la salud en tanto se obstaculiza un servicio de salud, una afrenta a la integridad personal, pues se obliga a continuar con un embarazo no deseado y, en ciertos casos, un riesgo a la vida al exponer a las personas a un aborto riesgoso.

Ahora bien, la conceptualización del aborto como el ejercicio de diversos derechos o como un servicio de salud protegido por el ámbito de protección interdependiente de diversos derechos permite no sólo asegurar su protección y garantía, sino también valorar la existencia o no de un consenso. En efecto, si bien el aborto puede no estar reconocido textualmente como un derecho en normas internacionales de carácter vinculante, analizarlo desde una perspectiva interdependiente de derechos facilita observar la existencia de un consenso mayor al pensado (o negado).

3. Consenso a nivel interamericano

En el año de 1981, la CIDH emitió una resolución en el caso *Baby Boy vs. EUA*, en el cual negó la solicitud de las peticionarias de declarar que la legalización del aborto en EUA derivada de la sentencia *Roe vs. Wade* de la Corte Suprema violaba la Declaración y el deber de proteger la vida. En dicha resolución, la CIDH (1981) argumentó que, de una revisión de la historia legislativa de la Declaración, era posible observar que no existía un consenso a nivel de los Estados Parte respecto de que la vida debía protegerse desde el momento de la concepción (párr. 19).

Lo anterior, de establecer que la vida inicia desde el momento de la concepción, habría contradicho la normativa interna de Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela, EUA y Puerto Rico, pues dichos Estados permitían el aborto en diversos supuestos, como en los casos de riesgo a la vida, a la salud, por estupro, protección del honor, para prevenir la transmisión de enfermedades y por cuestiones económicas (CIDH, 1981, párr. 19). En este sentido, la CIDH determinó que las peticionarias estaban equivocadas, pues al momento de la adopción del instrumento internacional, los Estados decidieron adoptar una redacción que no establecía claramente la protección de la vida desde la concepción y, por tanto, EUA no estaba obligado a actuar en dichos términos (CIDH, 1981, párr. 19).

El caso *Baby Boy vs. EUA* ha sido señalado como uno de los primeros casos en los que la doctrina del margen de apreciación fue utilizada en el sistema interamericano, pues se recurrió a un análisis sobre la existencia del consenso para determinar si existían violaciones al derecho a la vida o no. Este resultó en una no condena para EUA, así como una deferencia al Estado para definir casos de excepción a la protección de la vida desde la concepción (Fuentes Contreras y Cárdenas Contreras, 2021, p. 207). Independientemente de si dicho caso fue una primera aproximación al uso de la doctrina del margen de apreciación o no y el consenso como elemento de estudio para definir el nivel de deferencia, se estima que la revisión de dicho caso con elementos actuales permite observar ahora la evolución del consenso en la materia.

Ahora bien, Aguilar Cavallo (2019) expresa que, si bien el consenso en materia de derechos humanos tiende a ser encontrado al consultar los estándares mínimos recogidos en las distintas fuentes del derecho internacional y, más específicamente, en tratados internacionales; en áreas donde no es posible encontrar un consenso explícito a nivel de tratados internacionales debe realizarse un trabajo de derecho comparado (677). Lo anterior implica que la inexistencia de un tratado o disposición específica no significa per se la inexistencia de consenso, pues la revisión de la normatividad interna y otras fuentes del derecho puede demostrar la existencia del consenso (Aguilar Cavallo, 2019, p. 677).

Como se indicó, al momento de analizar el caso de *Baby Boy vs. EUA*, la CIDH mostró que la idea de la protección de la vida desde la concepción habría contrariado la normativa interna de 13 Estados firmantes de la Declaración. Es decir, en 1981 solo 13 de los ahora 34 Estados que forman parte de la Declaración de la OEA preveían en su legislación interna el acceso al aborto, al menos bajo ciertos supuestos. Para el año 2015, de los 34 Estados Parte de la Carta de la OEA al menos 27, los cuales también forman parte de los 32 Estados Parte de la Convención Belém do Pará, habían despenalizado

el aborto por diversas causales. Estos fueron: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Colombia, Dominica, Ecuador, Granada, Guatemala, Guayanas, Haití, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Saint Kitts y Nevis, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela (MESECVI, 2015, p. 57).

Actualmente, de los 34 Estados Parte de la Carta de la OEA, el aborto solo es ilegal en cualquier supuesto (es decir, no se prevén causales de exclusión del delito ni acceso a nivel sanitario) en 6 Estados: El Salvador, Haití, Honduras, Jamaica, República Dominicana y Surinam. Asimismo, si bien ya no forma parte de los Estados Americanos, cabe señalar que Nicaragua también penaliza completamente el acceso al aborto (Planned Parenthood, 2023). Es decir, 28 Estados Parte de la Carta de la OEA reconocen el deber de asegurar el acceso al aborto, en algunos casos por mera decisión de la mujer o de la persona con capacidad para gestar, y, en la mayoría de los casos, bajo ciertos supuestos. De acuerdo con el mapa "Las leyes del aborto en el mundo", del Centro de Derechos Reproductivos (2024), el aborto en los Estados del SIDH se regula de la siguiente forma (salvo que se indique y se cite diversa fuente de información):

- **Antigua y Barbuda:** El aborto está permitido en casos en los que se pone en riesgo la vida de la mujer o la persona con capacidad para gestar. De acuerdo con datos de IPAS Latinoamérica (2024), las secciones 56 y 57 de la Ley de Delitos Contra la Persona penalizan el acceso al aborto; sin embargo, se prevé la excepción antes señalada hasta la semana 28 de gestación, aunque el aborto debe realizarse en una institución de salud aprobada por el Gobierno.
- **Argentina:** Desde el año 2021, la Ley 27610 reconoce el derecho a acceder a un aborto voluntario hasta la semana 14 de gestación. Asimismo, se permite el acceso al aborto fuera de dicho plazo en casos de violación o cuando la vida o la salud integral de la persona estén en peligro.
- **Bahamas:** El aborto solo está permitido para preservar la salud y la vida de la mujer o la persona gestante conforme al artículo 313 (2) del Código Penal.
- **Barbados:** El aborto en Barbados está permitido en casos de violación, incesto, alteraciones genéticas que den lugar a malformaciones del producto de la gestación, razones económicas, o riesgo a la salud y la vida de la mujer, de acuerdo con la Ley de Interrupción Médica del Embarazo (Medical Termination of Pregnancy Act). Según datos de IPAS Latinoamérica (2024), el aborto en los casos citados está permitido hasta la semana 12 de gestación. Asimismo, si se cuenta con la opinión favorable de dos personas médicas, puede accederse al aborto hasta la semana 20 de gestación en casos de grave riesgo a la salud de la persona gestante o más allá de 20 semanas de gestación si se cuenta con la opinión favorable de 3 personas médicas y hay un riesgo grave a la vida de la persona gestante.
- **Belice:** El aborto está permitido en casos en los que existe un riesgo alto de que el producto de la gestación presentará afectaciones físicas o mentales severas. Igualmente, conforme con datos de IPAS Latinoamérica (2024), el aborto está permitido en casos en los que el embarazo implique un riesgo para la vida de la persona gestante. Lo anterior, en virtud del artículo 112 del Código Penal.
- **Bolivia:** Según el artículo 266 del Código Penal de Bolivia, el aborto está permitido en casos de violación, estupro o incesto, así como en casos en los que la vida o la salud de la madre esté en riesgo. De conformidad con datos de IPAS Latinoamérica (2024), si bien el citado código establece el requerimiento de la autoridad judicial, desde el año 2014 -por resolución del Tribunal Constitucional- solo es necesario el consentimiento de la mujer o la persona con capacidad para gestar.
- **Brasil:** De acuerdo con el artículo 128 del Código Penal de Brasil, el aborto está permitido en casos de violación sexual, así como para salvar la vida de la mujer.
- **Canadá:** En Canadá, el aborto se encuentra despenalizado y se considera un servicio de salud. No existe una ley que establezca un plazo máximo para acceder al servicio, sino que el límite varía dependiendo de regulaciones locales derivadas de aspectos contextuales de los servicios de salud locales (Centro de Derechos Humanos, 2018).
- **Chile:** En virtud de la Ley 21030, el aborto está permitido en casos en los que la vida de la mujer esté en riesgo, el producto de la gestación presente una patología congénita o genética incompatible con la vida, así como en casos de violación sexual. En este último supuesto, el plazo límite es la semana 12 de gestación, a excepción de casos de niñas menores de 14 años, en los cuales se permite hasta la semana 14 de gestación.

- **Colombia:** En Colombia, tras la sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional, el aborto voluntario está permitido hasta la semana 24 de gestación. De la misma manera, y desde el año 2006 tras la sentencia C-355 de la Corte Constitucional, el aborto está permitido en cualquier momento en casos en los que la vida de la persona gestante esté en riesgo y que el producto de la gestación presente alguna enfermedad o patología genética que lo vuelva incompatible con la vida, así como en casos de violación sexual.
- **Costa Rica:** Según el artículo 121 del Código Penal, el aborto está permitido cuando lo realiza un personal médico autorizado en casos de riesgo a la vida o la salud de la madre.
- **Cuba:** De acuerdo con el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL (2024), el aborto es legal hasta la semana 12 de gestación. Conforme al artículo 355 del Código Penal, el aborto voluntario es sancionable si se realiza con fines de lucro, fuera de instituciones oficiales o por una persona no habilitada.
- **Dominica:** Conforme al artículo 317 del Código Penal, el aborto está prohibido. Sin embargo, está permitido solo en casos de riesgo a la vida de la mujer o la persona con capacidad para gestar.
- **Ecuador:** En virtud del artículo 150 del Código Penal y el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL (2024), el aborto está permitido en casos en los que haya riesgo a la vida o la salud de la mujer o la persona gestante, y dicho riesgo no pueda evitarse por otro medio, así como en casos de violación si la persona gestante vive con una discapacidad mental.
- **Estados Unidos de América:** El país se rige por un sistema federal, por lo que el acceso varía según las leyes estatales. Si bien en el año 2022 la Corte Suprema de los EUA resolvió el caso *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization* y revirtió el precedente previo establecido en el caso *Roe v. Wade*, se estima que no es posible decir que EUA ya no protege o reconoce el acceso al aborto, pues si bien la Corte Suprema determinó, tras una nueva reflexión, que el aborto no está protegido por el derecho a la privacidad establecido en la Constitución federal, también es cierto que se determinó que los estados podían regular el aborto y varios de estos aún lo permiten y protegen (Brennan Center, 2022).
- **Granada:** Conforme al artículo 250(2), el aborto está permitido para preservar la salud de la mujer o la persona con capacidad para gestar.
- **Guatemala:** De conformidad con el artículo 137 del Código Penal, el aborto está permitido para evitar riesgo a la vida de la madre.
- **Guyana:** El aborto está permitido por mera voluntad de la mujer o la persona con capacidad para gestar hasta la semana 8 de gestación. Entre la semana 8 y 12 de gestación, se permite en casos de riesgo a la vida o la salud, así como en casos de alteraciones genéticas. Lo anterior es conforme a la Ley de Interrupción Médica del Embarazo (Medical Termination of Pregnancy Act).
- **México:** México es un estado federal, por lo cual la regulación varía a nivel de cada entidad federativa. Actualmente, el aborto ha sido despenalizado por medio de legislación hasta la semana 6 de gestación en el estado de Aguascalientes; hasta la semana 12 de gestación en los estados de Baja California, Baja California Sur, Ciudad de México, Chiapas, Colima, Estado de México, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Zacatecas y Veracruz; y hasta la semana 13 en el estado de Sinaloa. En el estado de Guerrero, no se criminaliza a la mujer ni se establece un plazo máximo para el aborto; sin embargo, sí se criminaliza al personal de salud después de la semana 12 de gestación. Asimismo, el aborto está permitido al no existir legislación en Coahuila, tras la sentencia de Acción de Inconstitucionalidad 148/2017 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación emitida en el año 2021, así como en Chihuahua, tras la Declaratoria General de Inconstitucionalidad 1/2024 de la misma Suprema Corte. Aunado a lo anterior, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha resuelto como precedente obligatorio para todas las autoridades jurisdiccionales que, en casos de aborto por violación, no puede existir un límite máximo de tiempo (Amparo en Revisión 438/2020 y 45/2018), así como que es inconstitucional penalizar el aborto durante todo el embarazo sin permitir el acceso voluntario al menos en un "breve plazo cercano a la concepción" y dando como ejemplo la legislación de la Ciudad de México, que lo permite hasta la semana 12 de gestación (Acción de Inconstitucionalidad 148/2017).
- **Panamá:** Conforme al artículo 144 del Código Penal, el aborto está permitido en casos de

violación, así como en casos en los que la vida de la persona gestante o el producto de la gestación esté en riesgo.

- **Paraguay:** El aborto está permitido en casos de riesgo a la vida de la persona gestante conforme al artículo 352 del Código Penal.
- **Perú:** De acuerdo con el artículo 1190 del Código Penal, el aborto está permitido para salvar la vida de la gestante o para evitar un mal grave y permanente en su salud.
- **Saint Kitts y Nevis:** El aborto está permitido en casos de riesgo a la vida de la persona gestante conforme al artículo 259 del Código Penal.
- **San Vicente y las Granadinas:** El aborto está permitido en casos de violación sexual, incesto o casos de malformaciones genéticas del producto de la concepción. Lo anterior, conforme al artículo 149 del Código Penal.
- **Santa Lucía:** El aborto está permitido en casos de violación sexual, incesto o afectaciones a la salud, incluyendo salud mental, así como riesgo a la vida. Lo anterior, conforme al artículo 166 del Código Penal.
- **Trinidad y Tobago:** La ley no permite el acceso al aborto de manera expresa; sin embargo, según datos del Centro de Derechos Reproductivos (2024) e IPAS Latinoamérica (2024), al estar su sistema legal basado en el derecho consuetudinario (common law), Trinidad y Tobago sigue la sentencia inglesa del año 1938 en el caso *Rex vs. Bourne*, en la cual se determinó como legal el acceso al aborto por razones de salud.
- **Uruguay:** De acuerdo con la Ley N° 18.987 del año 2012, el aborto está permitido hasta la semana 12 de gestación.
- **Venezuela:** Conforme al artículo 435 del Código Penal, el aborto está permitido en casos de riesgo a la vida de la persona gestante.

Conforme a lo anterior, es posible observar que, en al menos 28 de los 34 Estados Parte de la Carta de la OEA, el acceso al aborto sí está permitido en al menos algunos supuestos. Esto constituye un avance notorio comparado con el año 1948, cuando al adoptar la Declaración únicamente 13 Estados permitían el acceso al aborto bajo ciertos supuestos. De la misma forma, debe señalarse que, en supuestos como el riesgo a la vida (al menos 23 Estados),⁵ violación sexual (al menos 12 Estados),⁶ riesgo a la salud (al menos 12 Estados),⁷ y por mera voluntad (al menos 8 Estados)⁸ aumenta el consenso.

4. Conclusión

El objetivo del presente texto, a efectos de propiciar una discusión académica, implicó analizar si en el tema del aborto era cierta o no la ausencia de un consenso por parte de los Estados que forman parte del SIDH, así como la aplicabilidad de la doctrina del margen de apreciación. Dicha doctrina, como se señaló, deviene aplicable en aquellos casos en los que, al no existir un consenso y como resultado de respetar el pluralismo jurídico, los órganos de protección de derechos humanos muestran un mayor grado de deferencia a los Estados. Sin embargo, dicho margen de apreciación disminuye en casos de violaciones graves de derechos humanos, y no puede dar lugar a la discriminación (Fuentes Contreras y Cárdenas Contreras, 2021, p. 213).

Como se mostró en el apartado respectivo, se considera que el consenso respecto del acceso al aborto ha aumentado considerablemente desde la adopción de la Declaración, pues de 13 Estados que, en el año 1948, regulaban ciertos supuestos de acceso al aborto, ahora 28 lo consideran. Además, se mostró que, con el transcurso del tiempo, la legislación y los precedentes judiciales (salvo las particularidades del caso específico de EUA) al respecto parecen ir en el sentido de una mayor apertura sobre el tema, aún más en casos específicos como el acceso al aborto en casos de riesgo a la vida.

Así, en el caso del aborto, y *gratia* argumentando, se estima que es posible observar la existencia de un consenso de los Estados que son parte del SIDH y que se ha ido conformando a lo largo de los años. Si bien no todos los Estados lo regulan de manera idéntica, 28 de 34 Estados Parte permiten

⁵ Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Granada, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Trinidad y Tobago y Venezuela. Para efectos de esta causal, se tomó en consideración, a su vez, a los Estados que permiten el acceso al aborto en casos de riesgo a la salud, aunque no señalen expresamente riesgo a la vida, pues una afectación a la salud que no se trata afecta también a la vida.

⁶ Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, México, Panamá, San Vicente y las Granadinas, y Santa Lucía.

⁷ Argentina, Bahamas, Bolivia, Canadá, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Grenada, México, Perú, Santa Lucía y Trinidad y Tobago. Se contó a México y Canadá, pues si bien la Ley no lo señala expresamente, ha sido autorizado por la vía judicial.

⁸ Argentina, Canadá, Colombia, Cuba, EUA, Guayana, México, y Uruguay. Se cuenta a EUA, pues si bien el último fallo de la Corte Suprema señala que no hay un derecho al aborto en la Constitución, se permite que cada estado lo legisle, y existen varios que aún aseguran su acceso e, incluso, lo reconocen en constituciones locales. Lo anterior, al igual que México en donde, si bien no está permitido en todos los Estados, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ya se pronunció al respecto.

el acceso al aborto bajo ciertos supuestos, lo cual indica necesariamente la existencia de un consenso respecto de que el aborto, visto como un servicio de salud, sí se encuentra protegido por derechos expresamente reconocidos en la Declaración, ya sea el derecho a la salud, el derecho a la vida, a la privacidad o a la integridad personal.

Aunado a lo anterior, se estima que el hecho de que al menos 23 de los 34 Estados Parte de la Carta de la OEA permitan el acceso al aborto en casos de riesgo a la vida de la mujer o la persona con capacidad para gestar indica la existencia de un consenso claro al respecto. Así De esta forma, y aceptando con sus particularidades la aplicación de la doctrina del margen de apreciación, se considera que los órganos de protección de derechos humanos del SIDH podrían, en general, tener cierta deferencia con los Estados en la forma de regular el acceso al aborto (dígase protocolos o requisitos para su acceso). Sin embargo, no podrían señalar que el mismo este no se encuentra protegido por derechos expresamente reconocidos en la Declaración, esto en tanto, se reitera, al menos 28 de los 34 Estados Parte lo permiten bajo ciertos supuestos.

Asimismo, se considera que, en casos de riesgo a la vida, existe un consenso lo suficientemente fuerte para que, dado el derecho afectado, los órganos de protección del SIDH rechazarán por completo la aplicación de la doctrina del margen de apreciación al momento de decidir casos sobre violaciones a los derechos de las mujeres y las personas con capacidad para gestar. En efecto, se estima que las prohibiciones absolutas o la falta de permisión del aborto en este supuesto no solo viola de manera clara el derecho a la vida, sino que además existe un consenso suficiente para que la CIDH y la Corte IDH condenen de manera contundente a los Estados.

Sin embargo, No obstante, no debe pasar desapercibido que diversos mecanismos de protección de derechos humanos, como lo son los Comités de vigilancia de diversos tratados de la Organización de las Naciones Unidas, así como mecanismos de protección a nivel interamericano, como la REDESCA y el MESECVI, han señalado que la penalización absoluta del aborto, así como la penalización en ciertos supuestos como el riesgo a la vida, casos de violación sexual y de incompatibilidad del producto de la gestación con la vida, implican violaciones a los derechos a la vida, salud, integridad personal, privacidad, así como la no discriminación y a vivir una vida libre de violencia.

La OMS (2021) ha sido clara: cada año se realizan alrededor de 73 millones de abortos en todo el mundo; sin embargo aun así, a pesar de que este es un procedimiento que puede ser sumamente seguro, 45 % de los abortos se realizan en condiciones sumamente peligrosas. Entre un 4 % y 13 % de las muertes maternas tienen como origen un aborto peligroso; en regiones desarrolladas, por cada 100,000 abortos realizados en condiciones de riesgo, existen 20 muertes, pero en regiones en desarrollo, la proporción de muertes aumenta hasta 220 por cada 100,000 abortos (OMS, 2021).

En este sentido, se considera que, en el tema del aborto, al ser su penalización una forma de violencia y un acto discriminatorio contra las mujeres, hombres trans y personas no binarias, la doctrina del margen de apreciación, en realidad, no deviene aplicable ni es conveniente su aplicación al estar involucrados los derechos a la igualdad y no discriminación, así como a vivir una vida libre de violencia.

En efecto, conforme a lo señalado por la Corte IDH en el caso *Gelman vs. Uruguay* (2011, párr. 239) se estima que en el caso del aborto, el derecho internacional de los Derechos Humanos debe erigirse como un límite frente al actuar del Estado, aún si este cuenta con respaldo democrático en la adopción de leyes que pretenden evitar el acceso al aborto. Lo anterior, se insiste, en tanto los derechos humanos deben y pueden fungir como un límite a las reglas de las mayorías.

Los organismos de protección de derechos humanos del SIDH no deben ser deferentes frente a los Estados, sino que deben asegurar la debida protección de las personas con capacidad para gestar, y condenar de manera clara a los Estados que al día de hoy replican estereotipos de género, imponen la maternidad forzada y violentan los derechos a la vida, integridad personal, salud, autonomía y no discriminación. Asegurando así que la maternidad y los cuidados sean elegidos, no una imposición derivado de la intromisión estatal no justificada en la vida de las mujeres, hombres trans y personas no binarias.

Bibliografía

- Aguilar Cavallo, G. (2021). Margen de Apreciación y Control de Convencionalidad: ¿Una conciliación posible? *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. Nueva serie, año LI, núm. 155, mayo-agosto de 2019, 643-684.
- Arcipreste Morales, E. (2023). Sin libertad y sin salud: Salud sexual y reproductiva en la Estación Migratoria de la Ciudad de México. *Revista métodos*, 1(25), 84-115. <https://revista-metodhos.cdhcm.org.mx/index.php/metodhos/article/view/182>.
- Barbosa, F. (2011). Los límites a la doctrina del margen nacional de apreciación en el Tribunal Europeo y la Corte Interamericana de Derechos Humanos: intervención judicial en torno a ciertos derechos de las minorías étnicas y culturales. *Revista Derecho del Estado*, (26), 107-135. <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci-arttext&tpid=S012298932011000100005&lng=en&tlng=es>.
- Bearak, J., et. al. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *The Lancet. Global Health*. Vol. 8, 9, E1152-E1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6).
- Benavides Casals, M.A. ((2009). El Consenso y el Margen de Apreciación en la Protección de los Derechos Humanos. *Ius et Praxis*. 15(1), 295-310. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122009000100009>.
- Brennan Center. (2022). *Roe v. Wade and Supreme Court Abortion Cases*. <https://www.brennancenter.org/our-work/research-reports/roe-v-wade-and-supreme-court-abortion-cases>.
- Bernal Pulido, C. (2024). Voto Razonado Disidente del Comisionado Carlos Bernal Pulido, al que se le unieron el Comisionado Stuardo Ralón Orellana y la Comisionada Gloria Monique de Mees. *Informe Situación de Derechos Humanos en Honduras*. OEA/Ser.L/V/II. Doc.9/24. 346-370.
- Cedeño Peña, L., & Tena Guerrero, O. (2022). Estigma y empoderamiento posterior al aborto en mujeres mexicanas. *Iberoforum*. Revista de Ciencias Sociales. Nueva Época, 2(1), 1-46. <https://doi.org/10.48102/if.2022.v2.n1.212>.
- Center for Reproductive Rights (2024). *The World's Abortion Laws*. <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>.
- Centro de Derechos Humanos. (2018). *Debate sobre aborto: El modelo de despenalización en Canadá*. Universidad de Buenos Aires. http://www.derecho.uba.ar/institucional/centro-derechos-humanos/pdf/2018_canada.pdf.
- Clérico, L. (2020). El argumento de la falta de consenso regional en derechos humanos. Divergencia entre el TEDH y la Corte IDH. *Revista Derecho del Estado*. (46), 57-83. <https://doi.org/10.18601/01229893.n46.03>.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (1981). Resolución No. 23/81. Caso 2141 (Baby Boy vs. EUA). <https://www.cidh.org/annualrep/80.81sp/EstadosUnidos2141.htm>.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2024). *Informe Situación de Derechos Humanos en Honduras*. OEA/Ser.L/V/II. Doc.9/24. OEA.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). (2011). *Caso Gelman vs Uruguay. Sentencia de 24 de febrero de 2011 (Fondo y Reparaciones)*. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_221_esp1.pdf.
- Frantziou, E. (2014). The margin of appreciation doctrine in European human rights law. *UCL Policy Briefing*. <https://www.ucl.ac.uk/european-institute/news/2014/dec/margin-appreciation-doctrine-european-human-rights-law-policy-briefing>.
- Fuentes Contreras, E.H., & Cárdenas Contreras, L.E. (2021). Deferencia a la soberanía nacional. Práctica y doctrina del margen de apreciación nacional en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. *Anuario mexicano de derecho internacional*. 21, 197-231. Epub 21 de enero de 2022. <https://doi.org/10.22201/ij.24487872e.2021.21.15592>.

- García Roca, J. (2007). La muy discrecional doctrina del margen de apreciación nacional según el Tribunal Europeo de Derechos Humanos: soberanía e integración. *Teoría y Realidad Constitucional*. Núm. 20, julio-diciembre.
- Gómez, V.M. (2022). En busca del derecho al aborto en la jurisprudencia de la Corte Interamericana. *Revista Latinoamericana De Derechos Humanos*, 34(1), 181-201. <https://doi.org/10.15359/rldh.34-1.7>.
- González Vega, J.A. (2004). Interpretación, Derecho Internacional y Convenio Europeo de Derechos Humanos: a propósito de la interpretación evolutiva en materia de autodeterminación sexual. *Revista Española de Derecho*. Vol. 56, No. 1. 163-184.
- IPAS Latinoamérica y el Caribe (2024). Acceso al Aborto en Latinoamérica. *Mapa Interactivo*. <https://abortoenmipais.ipaslac.org/>.
- López Alfonsín, M.A., & Bucetto, M.S. (2016). La doctrina del margen de apreciación nacional. Su recepción en el sistema europeo de Derechos Humanos en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos y en Argentina. *CAP Jurídica*. Vol.1 Núm. 1, 455-496. <https://doi.org/10.29166/cap.v1i1.1939>.
- Marea Verde Tabasco. (2022). Ellos tienen las leyes; nosotras, el misoprostol. *Iberoforum*. *Revista De Ciencias Sociales*, 2(1), 1-18. <https://doi.org/10.48102/if.2022.v2.n1.196>.
- Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI). (2015). *Segundo Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas del MESECVI*. <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/MESECVI-SegundoInformeSeguimiento-ES.pdf>.
- Medina Arellano, M.J., & Téllez Girón García, M.F. (2019), Inicio de la vida y aborto. *Serie Libros Digitales*, 6, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6011/6.pdf>
- Nash Rojas, C. (2018). La doctrina del margen de apreciación y su nula recepción en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *ACDI - Anuario Colombiano De Derecho Internacional*. Vol. 11, 71-100. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/acdi/a.6539>.
- Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. (2024). *Leyes sobre Aborto*. CEPAL. <https://oig.cepal.org/es/leyes/leyes-sobre-aborto>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Aborto*. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (-2022)-. Directrices sobre la atención para el aborto. *Organización Mundial de la Salud*. <https://iris.who.int/handle/10665/362897>.
- Palumno Lantes, J. (2023). *VII Informe Anual de la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), 2023*. OEA/SER.L/V/III, Doc. 386. OEA-CIDH-REDESCA. https://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2023/docs/IA2023_Anexo_REDESCA-ES.pdf.
- Pittier, L.E., & Germán Rincón, R. (2019). El margen de apreciación nacional en la lectura de los tratados internacionales: ¿Laberinto o techo del derecho internacional de los derechos humanos? *Diario de Doctrina y Jurisprudencia*. N.º 14.666, Año LVII, Ed. 283, 1-5. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39029.pdf>.
- Sagüés, N. (2005). *La interpretación judicial de la Constitución. De la Constitución nacional a la Constitución convencionalizada*. México. Porrúa.
- Serrano Guzmán, S. (2021). ¿Margen de Apreciación en el SIDH? Aportes. *Revista de la Fundación para el Debido Proceso*. Número 23, 24-27. <https://dplf.org/es/resources/aportes-23-logros-y-desafios-del-sistema-interamericano-de-derechos-humanos>.

Los derechos sexuales y reproductivos en la jurisprudencia interamericana: un análisis crítico del caso *Beatriz y otros vs. El Salvador*

Autores

Belissa Guerrero Rivas*

Salvador Herencia-Carrasco**

Cómo citar este artículo

Guerrero Rivas, B. y Herencia-Carrasco, S. (2025), Los derechos sexuales y reproductivos en la jurisprudencia interamericana: un análisis crítico del caso Beatriz y otros vs. El Salvador, REV. IGAL, 4 (1), 93 - 104.

*ORCID 0000-0003-1002-1609

**ORCID 0000-0002-1772-8140

RESUMEN

En nuestra labor de representantes de víctimas LGBTIQ+ ante el tribunal transicional colombiano El caso *Beatriz y otros vs. El Salvador*, decidido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en diciembre de 2024, fue el primer caso en el que este tribunal pudo haberse pronunciado sobre la compatibilidad entre la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la prohibición absoluta del aborto en dicho país. Si bien la Corte Interamericana determina la responsabilidad del Estado, ordenando la adopción de un protocolo de aborto terapéutico, esta decisión deja vacíos argumentativos y normativos que dificultarán su cumplimiento. El propósito del artículo es analizar críticamente este fallo, señalando cómo la Corte Interamericana se alejó de su jurisprudencia sobre derechos sexuales y reproductivos, así como la falta de perspectiva de género y el desarrollo de estereotipos de género en esta sentencia.

PALABRAS CLAVE:

CORTE INTERAMERICANA, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, ABORTO, SISTEMA INTER-AMERICANO

ABSTRACT

The case *Beatriz and others v. El Salvador*, decided by the Inter-American Court of Human Rights in December 2024, was the first case in which this court could have assessed the compatibility between the American Convention on Human Rights and the absolute ban on abortion in El Salvador. Although the Inter-American Court determined the responsibility of the state, ordering the adoption of a therapeutic abortion protocol, this decision leaves argumentative and normative gaps that will affect its fulfillment. The purpose of this article is to critically analyze this ruling, pointing out how the Inter-American Court departed from its case law on sexual and reproductive rights, as well as the lack of a gender perspective and the development of gender stereotypes in this decision.

KEYWORDS:

INTER-AMERICAN COURT, SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS, ABORTION, INTER-AMERICAN SYSTEM

1. Introduction

En diciembre de 2024, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) publicó su sentencia en el caso *Beatriz y otros vs. El Salvador* (Corte IDH, Caso Beatriz, 2024). Esta fue la primera decisión en la que la Corte IDH tenía la posibilidad de determinar si la prohibición total del aborto que existe en la legislación penal salvadoreña era contraria o no a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH). Para los familiares de la víctima y organizaciones que trabajan en derechos sexuales y reproductivos, este caso significaba un impulso a la jurisprudencia interamericana en derechos sexuales y reproductivos. De forma específica, este caso significaba una primera oportunidad para que la Corte IDH determinara si la prohibición absoluta del aborto, la cual criminaliza incluso los embarazos que pueden tener un riesgo sobre la vida y salud de la mujer, es compatible o no con la CADH y la Convención de Belém do Pará para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

Desde la entrada en vigor de la CADH en 1978, la Corte IDH ha desarrollado una amplia jurisprudencia para la protección de los derechos humanos, la democracia y el estado de derecho en las Américas (Hennebel & Tigroudja, 2022).

Esta labor debe ser reconocida, pues demuestra el desarrollo creciente de sus decisiones para la protección de los derechos humanos de las mujeres, consolidado con la adopción de la Convención de Belém do Pará (Araujo & Barros, 2024), la cual incluye el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos (Corte IDH, 2021). Contrario a lo esperado, la decisión de la Corte IDH no respondió a la pregunta específica sobre la convencionalidad de la prohibición total del aborto. Esta pregunta, central para el presente caso, se presentó a la Corte IDH tanto por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como por la representación de las víctimas. De hecho, la CIDH, en su informe de fondo sobre este caso, señaló que se debe “[...] determinar si la intervención del poder punitivo del Estado prohibiendo de manera absoluta la interrupción voluntaria del embarazo es compatible con el marco de protección del derecho internacional de los derechos humanos y las salvaguardias existentes desde una perspectiva convencional respecto de los derechos humanos de Beatriz” (CIDH, Informe No. 9/20 Caso 13.378 para 144, 204-205). Además, la CIDH consideró que la criminalización absoluta del aborto es un delito que genera un impacto desproporcionado en las mujeres y las niñas en situación de pobreza, y que dicha criminalización se basa en estereotipos contra las mujeres, lo que genera violencia a partir del rol de su maternidad y de su función reproductiva. Aunque la Corte IDH ordenó que El Salvador adoptara un protocolo de aborto terapéutico (Corte IDH, Caso Beatriz, para. 245.7), el fallo ignoró la existencia de la prohibición total que existe en ese país hasta hoy. En este trabajo se sostiene que la sentencia del caso Beatriz se apartó de los principios básicos de estructura normativa, dificultando la adopción de normas y políticas públicas que aseguren el acceso libre y seguro a servicios públicos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

El presente artículo analizará principalmente el contenido de la sentencia en el caso Beatriz e identificará las limitaciones y los problemas argumentativos del fallo. Para este fin, en la primera parte se producirá un breve recuento de la jurisprudencia de la Corte IDH sobre los derechos sexuales y reproductivos, así como sobre la salud obstétrica (Celorio, 2018). En la segunda parte, se elaborará un recuento de los hechos del caso Beatriz. A partir de esto, en la tercera parte, se analizarán los principales elementos jurídicos y se expondrán algunas reflexiones.

En el presente caso, la Corte IDH pasó por alto el debate sobre el aborto. Con esto dejó pasar la oportunidad de contribuir para evitar que situaciones como las que vivió Beatriz se vuelvan a repetir ni en El Salvador ni en otro Estado parte de la CADH. Sin embargo, la sentencia, al no abordar la discusión en torno de la prohibición absoluta del aborto, ordenó medidas que no son suficientes para evitar que las mujeres [y otras personas con posibilidad de gestar] sigan poniendo en riesgo su vida y su salud, especialmente aquellas que reciben servicios del sistema público de salud.

2. Los derechos sexuales y reproductivos con anterioridad al caso *Beatriz vs. El Salvador*

Desde la sentencia del caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica*, publicada en el 2012, cuando la Corte IDH analizó por primera vez la prohibición de la fertilización in vitro en Costa Rica (Morgan, 2021), este tribunal ha venido consolidando su jurisprudencia en materia de derechos sexuales y reproductivos (Celorio, 2018), la cual incluyó el desarrollo del derecho a la salud obstétrica en el caso *Britez Arce vs. Argentina*, de 2016. En este caso, la Corte determinó, por ejemplo, que el derecho a la vida, consagrado en el Art. 4.1 de la CADH, no es absoluto y que este debe analizarse de acuerdo con cada caso concreto. Así, determinó que el Art. 4.1 debe cumplirse en conjunto con el corpus iuris del derecho internacional de los derechos humanos, enfatizando que el término "en general" en la protección de la vida desde la concepción no implica una protección absoluta (Corte IDH, *Artavia Murillo*, paras. 186-187) y, por tanto, es gradual. Un embrión no puede considerarse *sujeto de derechos* en la misma proporción que las personas nacidas.

En esta misma sentencia, la Corte IDH estableció que la autonomía reproductiva es un derecho vinculado a la dignidad, la vida privada y la libertad de decisión sobre la reproducción (Corte IDH, *Artavia Murillo*, paras. 141-147). Dicha sentencia no solo fue un hito para los derechos sexuales y reproductivos en la región (Landa, 2016), sino que, a partir de ella, la Corte IDH fue dándole alcance y contenido a los derechos sexuales y reproductivos (Ronconi, 2024).

La Corte IDH también ha analizado cómo los estereotipos de género y discriminación juegan un papel relevante de barrera que impide garantizar los derechos sexuales y reproductivos. Ya en el caso *Artavia Murillo*, esta Corte señalaba que la prohibición de la fertilización in vitro reforzó los estereotipos de género, y que estos afectaban, de forma desproporcionada, a las mujeres (Corte IDH, *Artavia Murillo*, paras. 297-300). Siguiendo esta lógica en el caso *I.V. vs. Bolivia* del 2016, la Corte IDH determinó que los estereotipos de género afectan de forma desproporcionada a las mujeres (Corte IDH, *Caso I.V.*, paras 185-188) en situaciones de esterilizaciones forzadas.

Recientemente, en el caso *Manuela vs. El Salvador*, usando la jurisprudencia emitida en el caso boliviano, la Corte reconoció que la libertad y autonomía de las mujeres en materia de salud reproductiva ha sido históricamente limitada (Duhaime Et Tapias, 2022), restringida por los estereotipos de género, en los cuales a los hombres se les da un rol preponderante sobre adopciones de decisiones sobre el cuerpo de las mujeres, y éstas son vistas como entes reproductivos por excelencia (Corte IDH, *Caso Manuela*, para. 441). En ese mismo caso, la Corte determinó la existencia de desventajas estructurales -tales como ser mujer de escasos recursos, ser analfabeta y vivir en una zona rural- como discriminación interseccional, siendo este perfil el de la mayoría de las mujeres juzgadas por homicidio agravado a consecuencia de un aborto espontáneo (Corte IDH, *Caso Manuela*, para. 253).

Para llegar a estas conclusiones, la Corte IDH ha analizado los hechos según los diversos estándares internacionales en la materia (Pickles, 2025) y, en muchas ocasiones, haciendo suyos estos estándares. Por esto, con estos avances en materia de derechos sexuales y reproductivos, el caso *Beatriz* representaba la oportunidad de que la Corte IDH consolidara su jurisprudencia y avanzara hacia la determinación de si la prohibición total del aborto es compatible o no con la CADH y demás instrumentos interamericanos, especialmente, con la Convención de Belém do Pará (Araujo Et Barros, 2024).

3. Los hechos del caso *Beatriz vs. El Salvador*

El Código Penal de El Salvador, adoptado en 1998, modificó el tipo penal del aborto, estableciendo una prohibición absoluta,¹ independiente de las causas. Es decir, en dicho país, el aborto no admite ninguna excepción para ser punible, aun en casos en los que estos sean medicamente necesarios para salvaguardar la vida y la salud de la mujer, o incluso en casos de violación sexual. Es más, el título que regula el aborto en el Código Penal salvadoreño se llama delitos relativos a la vida del ser humano en formación y desde el 2001, la Constitución salvadoreña fue reformada para que, en su inciso 2 del artículo 1°, se estableciera que se "reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción".²

¹ ABORTO CONSENTIDO Y PROPIO

Art. 133.- El que provocare un aborto con el consentimiento de la mujer o la mujer que provocare su propio aborto o consintiere que otra persona se lo practicare serán sancionados con prisión de dos a ocho años. Código Penal de El Salvador, Decreto Legislativo No. 1030, 26 de abril de 1997, publicado en el Diario Oficial No. 105, Tomo No. 335, del 10 de junio de ese año, y entró en vigor el 20 de abril de 1998.

² Constitución de la República de El Salvador. Decreto No. 38, 15 de diciembre de 1983.

El caso *Beatriz* se inicia en el año 2013. *Beatriz* era una mujer rural salvadoreña que vivía en una situación de pobreza. En dicho año, ella se embarazó por segunda ocasión. Rápidamente, el personal médico determinó que el feto poseía una malformación congénita de anencefalia (Corte IDH, *Caso Beatriz*, para. 46), por lo que su embarazo fue declarado de alto riesgo, a tal grado que, de continuar con este, ella habría podido morir (Corte IDH, *Caso Beatriz*, paras. 48-49). En El Salvador, *Beatriz* y su familia intentaron todo lo posible por interrumpir su embarazo, pues ella quería seguir viva para poder criar a su primer hijo. Incluso, ella sometió un amparo ante la Sala de lo Constitucional, máximo tribunal e intérprete de la Constitución salvadoreña, con el fin de que ésta ordenara la interrupción, sobre la base de los exámenes médicos que certificaban el peligro que dicho embarazo podría representar para su vida y su salud. Sin embargo, dicha Sala no permitió que se llevara a cabo la interrupción, alegando que el artículo 1°, inciso 2, de la Constitución mandaba la protección desde el momento de la concepción de la vida humana, y que los médicos serían los indicados para decidir clínicamente la forma para garantizar tanto la vida de la madre como la del *nasciturus* (Sala de la Constitucional, 2013). Ante las complicaciones de salud que *Beatriz* padecía, el equipo médico le realizó una cesárea. El producto de la concepción anencefálica falleció a las pocas horas de realizada la cesárea a *Beatriz* (Corte IDH, *Caso Beatriz*, paras. 69-70).

El caso *Beatriz* fue llevado ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH), por estas presuntas violaciones: el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal, las garantías judiciales, la vida privada, la igualdad ante la ley, la protección judicial y derecho a la salud, consagrados en los artículos 41, 5.1, 5.2, 8.1, 9, 11.2, 11.3, 24, 25.1, 26 de la CADH, en relación con las obligaciones establecidas en los artículos 1.1 y 2 del mismo tratado. Adicionalmente, se alegaron presuntas violaciones a los artículos 1 y 6 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (en adelante "CIPST") y el artículo 7 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención Belem do Pará.

Al analizar el fondo del asunto, la Corte IDH determinó que la falta de un protocolo médico creó una inseguridad jurídica (Corte IDH, *Caso Beatriz*, para. 135), la cual violó la integridad, la vida privada y la salud de *Beatriz* (Corte IDH, *Caso Beatriz*, paras. 154 y 245). Por esto, ordenó al Estado salvadoreño adoptar un protocolo médico para atender embarazos que pusieran en riesgo la vida y la salud de las mujeres salvadoreñas (Corte IDH, *Caso Beatriz*, para. 245.7), así como la organización de cursos de capacitación de salud para casos de embarazos riesgosos (Corte IDH, *Caso Beatriz*, para. 245.8), entre otras medidas. Pese a lo anterior, es indispensable destacar que la legislación salvadoreña que castiga todo tipo de abortos continúa vigente en ese país, por lo que la ausencia de un protocolo terapéutico es consecuente con la legislación penal del Estado.

Para quienes escribimos este artículo, la ausencia de la Corte IDH para determinar si la prohibición total del aborto es contraria a las obligaciones interpuestas por la Convención Americana o no es el punto medular de fondo que podría haber cambiado el rumbo de miles de mujeres salvadoreñas que se enfrentan a la necesidad de interrumpir su embarazo, y que la Corte Interamericana prefirió omitir.

4. Las omisiones de la Corte IDH en su fallo del *Caso Beatriz*

Como se estableció en la sección anterior, la Corte IDH no determinó si la prohibición total del aborto era compatible con las obligaciones que se derivaban de la Convención Americana. Sin embargo, a nuestro juicio, la falta del análisis de fondo sobre este precepto promueve que la sentencia sea incoherente, pues se centra en la inseguridad jurídica sin contestar si es posible respetar la CADH y criminalizar el aborto en todas sus dimensiones.

El juez Sierra Porto, quien terminó su mandato en diciembre de 2024, en su voto concurrente y parcialmente disidente de la sentencia en el caso *Beatriz* (Corte IDH, *Caso Beatriz*, voto Sierra Porto) hace un claro recuento de toda la jurisprudencia interamericana omitida, de la falta de perspectiva de género y de la tolerancia de estereotipos de género en la sentencia (Corte IDH, *Caso Beatriz*, voto Sierra Porto). Con esta decisión, la Corte IDH dejó en desprotección a cientos de niñas, mujeres y personas gestantes en el continente americano.

La Corte IDH, hasta antes del *Caso Beatriz*, había tenido una jurisprudencia progresista (Sababria-Moyano, et al., 2019) en materia de derechos sexuales y reproductivos (Castaldi, 2024). Sin embargo, las omisiones hechas en esta sentencia fueron calificadas por el exjuez Sierra Porto como

"groseras" (Corte IDH, *Caso Beatriz*, voto Sierra Porto, paras. 9, 25 y 45).

De esta manera, en el tema de la jurisprudencia omitida, el voto in comento señala que, en el Caso Beatriz el planteamiento no se analizó desde la perspectiva de salud sexual y reproductiva, como lo hizo en el caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica*, así como en el caso I.V vs. Bolivia (Corte IDH, *Caso Beatriz*, voto Sierra Porto, paras. 10-12). Por el contrario, la Corte IDH basa su análisis de fondo en la mera ausencia de un protocolo médico con el que no cuenta el Estado salvadoreño.

Llama la atención, no obstante, que la Corte IDH omita el tradicional, y a veces superado, análisis de la pirámide de Kelsen (Gaviria Díaz, 2010). Este análisis establece las jerarquías que deben existir en un ordenamiento jurídico, en la cual, una norma de menor grado normativo, como un protocolo de salud, no puede contradecir a una norma de mayor grado normativo, como el Código Penal salvadoreño, que expresamente prohíbe el aborto bajo cualquier circunstancia.

Por ello, que no existiera un protocolo médico para atender situaciones a las que se enfrentó Beatriz es simple coherencia jurídica del ordenamiento salvadoreño y no, una omisión, como lo entiende la Corte IDH. Este punto sobre la criminalización del aborto y sus consecuencias en El Salvador fue ampliamente desarrollado por el voto parcialmente disidente del juez Sierra Porto (Corte IDH, *Caso Beatriz*, voto Sierra Porto, paras. 38-43). Es más, en los hechos que la Corte IDH establece como probados, se presenta la posición de la Ministra de Salud de la época, quien informó a la Sala de lo Constitucional en el proceso de amparo que "no existen protocolos en nuestro país, debido a que legalmente no es permitido ningún tipo de aborto, sin embargo, al hacer las consultas en lo pertinente a organismos internacionales, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) nos remite Protocolos Internacionales de atención, los cuales podrán ser aplicados si en nuestro país se permite dicha práctica." (Corte IDH, *Caso Beatriz*, para. 59).

Hemos dejado a propósito esta cita de la propia sentencia, pues la Ministra de Salud, al momento de los hechos, reconocía que ningún protocolo médico hubiese sido aplicable sin que hubiese una modificación de la norma penal. Si esto era válido en el 2013, esto sigue siendo válido al momento de la audiencia pública y al momento de haberse adoptado la sentencia. Esto es importante destacarlo, ya que, más allá de teorías jurídicas o principios básicos de jerarquía normativa ignorados por la sentencia de la Corte IDH, la funcionaria pública salvadoreña indicaba de una situación insalvable: la inclusión del aborto terapéutico en el país pasa por reformar, previamente, el Código Penal. En este caso, la Corte IDH pudo haber realizado un control de convencionalidad sobre este tipo penal, e incluso, de la Constitución salvadoreña.

Un análisis convencional de estas normas hubiese contribuido a esclarecer las obligaciones del Estado relacionadas con el aborto terapéutico. Sin embargo, al no pronunciarse sobre este punto, que fue una de las preguntas de fondo del caso, el fallo no estuvo claro y generó incertidumbre. Es de hacer notar que la mayoría de los jueces sabían de esta situación (este punto fue puesto de manifiesto en la audiencia y en las deliberaciones), pero, aun así, ordenaron la adopción de un protocolo sin analizar la convencionalidad de este delito contemplado en el Código Penal.

Pese a la omisión anterior, al momento de dictar las reparaciones -en particular, las medidas de garantías de no repetición (Corte IDH, *Caso Beatriz*, para. 212-213)- la Corte IDH le ordenó al Estado salvadoreño adoptar todas las medidas necesarias para dar directrices y guías tanto al personal médico como judicial en los casos en los que la vida y la salud de las mujeres se pusiera en riesgo, incluyendo la emisión de un protocolo o cualquier normativa para garantizar la seguridad jurídica en las situaciones como las que enfrentó Beatriz. La Corte IDH le ha dado el plazo de un año para el cumplimiento de esta medida de reparación, la cual es de obligatorio cumplimiento. Luego de cumplido este plazo, el Estado deberá informar a la Corte cómo ha cumplido con esta decisión. Será en las audiencias de supervisión de cumplimiento de sentencia en que la Corte IDH valorará la actuación del Estado salvadoreño.

4.1. La protección de la autonomía reproductiva

El análisis de un caso de interrupción del embarazo, sin tener en cuenta la autonomía reproductiva, la cual ha sido históricamente limitada (Smyth, 2024), restringida o anulada por estereotipos de género, es una omisión lamentable (De Cicco, 2020). Ya la Corte IDH, desde *Artavia Murillo*, determinaba que la autonomía reproductiva y su alcance diferenciado dirigido a las mujeres hace que estas gocen de una vida libre de violencia (Fanni, 2018), por lo que los Estados tienen la obligación de implantar

medidas de corte diferenciado para evitar diversos tipos de violencia (Corte IDH, *Caso Artavia Murillo*, para. 150).

En el Caso *Manuela vs. El Salvador*, la Corte IDH conoció, por primera vez, el adverso contexto para ejercer los derechos sexuales y reproductivos, en particular, el derecho al aborto en El Salvador. Estableció que la atención médica sin discriminación tiene que reconocer las necesidades de las mujeres, que son diferentes a las de los hombres, y, por tanto, es necesario brindar servicios especializados para ellas (Corte IDH, *Caso Manuela*, para. 193).

De igual forma, la Corte IDH también determinó que, para proteger a las mujeres de discriminación, deben considerarse las desventajas estructurales a las que estas pueden enfrentarse las mujeres, que buscan un servicio de sexual reproductivo, como la misma condición de ser mujer, tener escasos recursos y habitante de habitar en una zona rural (Corte IDH, *Caso Manuela*, para. 263). Lamentablemente, la Corte IDH no tomó en consideración esta jurisprudencia para el *Caso Beatriz*, a pesar de disponer de condiciones a las que también se enfrentó Beatriz.

4.2. ¿Un protocolo dirigido a un contexto adverso para derechos sexuales y reproductivos?

Para nadie es desconocido que El Salvador posee una de las leyes más restrictivas en materia de aborto (Amnistía Internacional, 2014), y que año tras año causa violaciones a los derechos de las mujeres. Desde el *Caso Manuela*, diversos expertos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) llamaron a la despenalización del aborto en El Salvador (ONU, 2021). Sin embargo, la Corte IDH no entró al fondo del asunto para analizar si la penalización del aborto es compatible con las obligaciones en materia de derechos humanos. Esta se limitó a ordenar a la creación de un protocolo médico, desconociendo no sólo la jerarquía normativa del Código Penal salvadoreño, sino todo el contexto adverso que existe en El Salvador para ejercer derechos sexuales y reproductivos, y las desventajas estructurales a las que se enfrentan las mujeres de ese país centroamericano.

Una de las principales contribuciones de la Corte IDH ha sido la adopción de medidas de reparaciones precisas y completas (Corte IDH, 2021). La claridad en la parte resolutive no solo es un elemento vindicativo para las víctimas, sino que establece una guía bien definida de qué es lo que el Estado debe realizar. En la parte resolutive del *Caso Beatriz*, si bien la Corte IDH ordenó la adopción de un protocolo, el vacío argumentativo frente a la norma penal vigente contribuyó a la incertidumbre. Es incierto saber si es que El Salvador adopta un protocolo de aborto terapéutico o si este será cumplido por las autoridades de salud del país, sabiendo que pueden ser sancionados penalmente. Cabe destacar que, en la actualidad, el Código Penal castiga hasta con doce años de prisión e inhabilitación profesional al personal médico que practique cualquier tipo de aborto.

Es difícil creer que un protocolo, por sí mismo, hará que una norma penal sea desatendida, y posibilite la creación de un ambiente favorable para el ejercicio de los derechos reproductivos y los derechos de las mujeres. En este caso, la Corte IDH debió haber declarado que la prohibición total del aborto es contraria a la CADH, ordenando al Estado la reforma de este tipo penal, la adopción de un protocolo de aborto terapéutico, la organización de cursos de capacitación y la asignación de recursos que aseguren la prestación de este servicio en la red de salud pública del país. En este caso, la falta de claridad de la Corte IDH contribuye a que mujeres, especialmente de escasos recursos que deben usar el sistema público de salud, sigan estando desprotegidas frente a abusos y violaciones a su salud sexual y reproductiva.

En el *Caso Manuela*, la Corte IDH ya había reconocido que la falta de atención médica en los hospitales públicos salvadoreños en los casos de embarazos y partos (en el contexto de la criminalización del aborto en el país) constituye un acto de discriminación (Corte IDH, *Caso Manuela*, para. 254).

Como indica el juez Sierra Porto en su voto que la Corte IDH haya declarado violar el artículo 2 de la CADH (deber de adoptar disposiciones de derecho interno), por falta de protocolos médicos, sin analizar el artículo 7.e de la Convención de Belem do Pará, la cual establece la necesidad de adoptar medidas, modificar o abolir leyes, prácticas jurídicas o consuetudinarias que permitan o toleren la violencia contra las mujeres es una omisión lamentable (Corte IDH, *Caso Beatriz*, Voto Sierra Porto, para. 54).

³ ABORTO AGRAVADO

Art. 135.- Si el aborto fuere cometido por médico, farmacéutico o por personas que realizaren actividades auxiliares de las referidas profesiones, cuando se dedicaren a dicha práctica, será sancionado con prisión de seis a doce años. Se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión o actividad por el mismo período.

Código Penal de El Salvador, Decreto Legislativo No. 1030, 26 de abril de 1997, publicado en el Diario Oficial No. 105, Tomo No. 335, del 10 de junio de ese año, y entró en vigor el 20 de abril de 1998.

De acuerdo con lo establecido por el juez Sierra Porto, la Corte IDH tampoco consideró la posibilidad que tenía que Beatriz de tomar decisiones sobre su propio cuerpo. Basta con revisar el expediente judicial para encontrar su dicho ante la Sala de lo Constitucional expresando su deseo de interrumpir el embarazo, ante la inviabilidad del feto y de las consecuencias a su salud (Corte IDH, Caso Beatriz, Voto Sierra Porto, para. 26). Lo anterior también tiene un tinte discriminatorio, puesto que las mujeres cuyos medios económicos les permiten acudir a servicios de salud privados no pasan por este tipo de escrutinio para tomar decisiones sobre su cuerpo.

Como se ha dicho anteriormente, la Corte IDH ignoró responder a la pregunta de si la prohibición total del aborto, incluyendo situaciones en las que la vida de la mujer está en peligro, es compatible con la Convención Americana. Para un Tribunal que cita mecanismos y organismos de las Naciones Unidas como fuente de autoridad, en el Caso de Beatriz optó por el silencio. Los estándares internacionales desarrollados por la ONU han señalado que la prohibición total del aborto y la criminalización de las mujeres constituyen una violación a sus derechos e, incluso, podrían convertirse en una forma de tortura o trato cruel inhumano y degradante⁴.

5. Desafíos para el avance de los derechos sexuales y reproductivos en el Sistema Interamericano

Al finalizar su voto disidente en la sentencia de Beatriz, el juez Sierra Porto señalaba que las posiciones de determinados gobiernos o grupos de interés en la región no pueden determinar el acento en las decisiones de la Corte IDH. Cerraba su voto indicando que esperaba que el tribunal interamericano retomara el norte y fallara al amparo exclusivo de sus competencias y obligaciones como máximo intérprete de la CADH (Corte IDH, *Caso Beatriz*, Voto Sierra Porto, para. 59).

Esta crítica hacia el aumento de la influencia de sectores contrarios al desarrollo de derechos sexuales y reproductivos por parte del SIDH no es exclusivo al debate en torno del fallo del Caso Beatriz. En el caso de la CIDH, esta posición también se ha puesto de manifiesto en informes recientes de este organismo internacional. Por ejemplo, en dos de sus recientes informes de país (CIDH, El Salvador, 2024 y CIDH, Honduras, 2024) y en su Informe Anual de 2023 (CIDH, Informe Anual, 2024, pág. 648), la CIDH, por primera vez, tuvo votos disidentes resquebrajando el tradicional consenso interamericano que había prevalecido en sus informes en los que monitorea las situaciones de los derechos humanos. Así, en los informes de país de Honduras y en el informe sobre el estado de excepción en El Salvador, el comisionado Carlos Bernal Pulido, relator para El Salvador; el comisionado Stuardo Ralón, relator para personas privadas de libertad; y la comisionada Gloria Monique de Mees, relatora para Venezuela han emitido votos disidentes, expresando su informidad con dichos informes.

En el caso del informe de Honduras (CIDH, Honduras, 2024, pág. 346), el punto de inflexión fueron precisamente los derechos sexuales y reproductivos. En este informe, alegaron que el no nacido tiene derechos, y la objeción de conciencia no es un obstáculo para la realización de dichos derechos. Esta posición desconoce la misma jurisprudencia ni los estándares interamericanos en la materia. Los mismos argumentos fueron dados en la parte relacionada con El Salvador en el Informe Anual de 2023 de la CIDH (CIDH, Informe Anual, 2024, pág. 648) por el comisionado Bernal Pulido.

En el informe sobre el estado de excepción en El Salvador, el comisionado Bernal Pulido, acompañado por el comisionado Ralón, en su voto disidente (CIDH, Informe Estado de Excepción, 2024, pág. 324), cuestionó la metodología, rigurosidad de fuentes y selección de testimonios. Si bien es posible cuestionar los métodos de trabajo de la CIDH, lo cierto es que los utilizados en este informe se ciñen a una metodología empleada desde hace varias décadas por este organismo internacional. Esta metodología es, incluso, consecuente con las mejores prácticas internacionales sobre documentación de violaciones graves a derechos humanos, como el Protocolo de Minnesota.⁵ En el Caso Beatriz, grupos contrarios a derechos sexuales y reproductivos intentaron presionar a la Corte IDH

⁴ Art. 135.- Si el aborto fuere cometido por médico, farmacéutico o por personas que realizaren actividades auxiliares de las referidas Comité contra la Tortura, "Examen de los informes presentados por los Estados Parte con arreglo al artículo 19 de la Convención. Observaciones finales del Comité contra la Tortura: Paraguay", Doc. de la ONU. CAT/C/PRY/CO/4-6, 14 de diciembre de 2011, párr. 22. Véase también en términos similares, Comité contra la Tortura, "Examen de los informes presentados por los Estados Parte con arreglo al artículo 19 de la Convención. Observaciones finales del Comité contra la Tortura: Nicaragua", Doc. de la ONU. CAT/C/NIC/CO/1, 10 de junio de 2009, párr. 16.; Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, OHCHR | Los derechos a la salud sexual y reproductiva; Comité CEDAW, Recomendación General 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, Doc. de la ONU. CEDAW/C/GC/35 (2017), párr. 18; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N.º 22, párr. 10; Consejo de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, Doc. de la ONU. A/HRC/31/57, 5 de enero de 2016, párr. 43.

para obtener una sentencia de acuerdo con sus intereses (El Faro, 2024). No obstante, la presión de estos grupos no es nueva, y, no solo pasa en la Corte IDH, sino también en la CIDH, como hemos expuesto anteriormente.

Como puede evidenciarse, el avance de los grupos conservadores es una realidad en el mecanismo regional. Y como ya acotaba el juez Sierra Porto en su voto, los mecanismos internacionales de protección a derechos humanos deben cumplir su función fuera de injerencias y amparados únicamente en sus competencias.

Quienes escribimos hemos sido críticos de la forma como la Corte IDH razonó esta sentencia, igual que ha quedado establecido a lo largo de este artículo. Pero también observamos que la Corte, al ordenar las reparaciones de no repetición (Corte IDH, Caso Beatriz, para. 212-213), le ordena al Estado salvadoreño que, para cumplir esta sentencia, tiene que adoptar todas las medidas necesarias, incluida la adopción de un protocolo, a fin de garantizar la seguridad jurídica en casos en los que la vida y la salud de las mujeres estén en peligro por la imposibilidad de interrumpir un embarazo. La Corte le recuerda a El Salvador que, al haber ratificado la CADH, todos los órganos y las autoridades estatales están sometidos a dicho tratado. Por lo que les exige a las autoridades salvadoreñas a ejercer de oficio un control de convencionalidad de las normas internas frente a los derechos resguardados en la CADH y de la interpretación que la Corte IDH ha hecho de ellos, como máximo órgano de interpretación del tratado interamericano.

En ese sentido, es claro que El Salvador, para poder cumplir fielmente a la sentencia de Beatriz, tendrá que revisar toda su legislación, incluida el Código Penal salvadoreño e incluso su Constitución, a la hora de promulgar no solo el protocolo, sino cualquier otra medida que emita para la ejecución de la sentencia. Por tanto, la derogación del tipo penal que prohíbe el aborto en todas sus formas no es opcional para El Salvador, sino que es cumplir con la orden de adoptar todas las medidas para garantizar la seguridad jurídica que puso en riesgo la vida y salud de Beatriz.

Es por ello por lo que el diálogo que la Corte IDH y el Estado entablen durante el proceso de supervisión del cumplimiento de esta sentencia debe ser de máxima prioridad, no sólo para las víctimas y sus familiares y las organizaciones que litigaron este caso, sino para toda la comunidad interamericana en su conjunto, incluida los Estados, que sigue de cerca el desarrollo de los derechos de las mujeres y de los derechos sexuales y reproductivos en el continente. Lo anterior garantizaría que las omisiones que la Corte IDH tuvo al dictar esta sentencia se vieran subsanadas.

6. Conclusiones

El propósito de este artículo fue analizar críticamente el contenido del fallo *Beatriz y otros vs. El Salvador*. La Corte IDH ha sido pionera en el reconocimiento y la protección de los derechos sexuales y reproductivos a la luz de la CADH y la Convención de Belém do Pará. Pero, en este caso, la ambigüedad de la Corte IDH y su reticencia a analizar el tipo penal que prohíbe el aborto en El Salvador, aun en caso de peligro para la vida de la madre, contribuye a la incertidumbre que puede seguir poniendo en riesgo la vida de mujeres embarazadas.

La Corte IDH, en este caso, debió haber ordenado la reforma del tipo penal que sanciona el aborto en todas sus formas, la adopción de un protocolo terapéutico, la revisión de los actuales programas de capacitación y, eventualmente, la asignación de recursos públicos. Al no pronunciarse de forma autónoma sobre la norma penal y ordenarle al Estado, vía reparación, un análisis de convencionalidad de oficio de toda su normativa interna, a fin de brindar seguridad jurídica, no es garantía que impida a que el personal médico sea investigado y procesado por aplicar dicho protocolo, en particular, en un país donde la criminalización del aborto ha atado de manos a dicho personal y ha encarcelado a mujeres de comunidades empobrecidas por emergencias obstétricas. El reconocimiento y la protección de los derechos humanos requiere de normas y lineamientos claros. Por esto consideramos que, tal como fue aprobada la decisión de fondo, el fallo del Caso Beatriz fue una oportunidad perdida.

Quedará por verse qué recepción le dará que el Estado salvadoreño a esta decisión y a las medidas de cumplimiento. Por ello, debemos estar atentos al proceso de supervisión de esta sentencia y verificar si, a un año de la decisión, El Salvador ha implantado todas las medidas, incluida la derogación de su código penal para cumplir con lo mandado vía reparaciones en esta sentencia. Lo anterior,

⁵ Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Protocolo de Minnesota sobre la Investigación de muertes potencialmente ilícitas. HR/PUB/17/4. 2017.

no impide que el SIDH siga avanzando en la protección y el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos.

Entonces la pregunta que queda es la siguiente: ¿Qué hará la Corte cuando otro caso parecido al de Beatriz toque a su puerta? Confiamos en que la Corte IDH pueda retomar su jurisprudencia de forma clara y dar la oportunidad a que las sentencias cuenten con perspectiva de género y enfoques diferenciados para atender los derechos de las mujeres, sea en hospitales públicos como en los privados.

Referencias bibliográficas

- Amnistía Internacional. Al borde de la muerte: Violencia contra las mujeres y la prohibición del aborto en El Salvador. AMR2900314. 25 de octubre de 2014.
- Araujo, D. N. & Barros, J. N. (2024). Sustainable Development and the Women's Movement of the Belém Islands. *Revista de Administração Contemporânea*, 28(6), 1–36.
- Castaldi, L. J. (2024). Litigio estratégico para el derecho a abortar en los Casos «Manuela y Beatriz vs. El Salvador» ante la Corte IDH: resultados inusitados y posibles efectos. *Persona y Derecho*, 90, 187–274.
- Celorio, R. (2018). Autonomía, Mujeres y Derechos: tendencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Revista Electrónica del Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales Ambrosio Lucas Gioja*, 20, 1–34.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos 2023. Capítulo IV. A Desarrollo de los derechos humanos en la región. Voto Razonado del Comisionado Carlos Bernal Pulido sobre la sección correspondiente a El Salvador del Capítulo IV.A del Informe Anual 2023. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 386 rev. 1 31 diciembre 2023.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe Estado de excepción y derechos humanos en El Salvador OEA/Ser.L/V/II Doc. 97/24 28 de junio de 2024.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Situación de Derechos Humanos en Honduras. OEA/Ser.L/V/II Doc.9/24 24 de marzo de 2024.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe No. 9/20. Caso 13.378. Fondo. Beatriz. El Salvador. 3 de marzo de 2020.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Artavia Murillo y otros* (Fecundación in Vitro) vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Serie C No. 257 (Corte IDH, Artavia Murillo).
- Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Beatriz y otros vs. El Salvador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2024. Serie C No. 549 (Corte IDH, *Caso Beatriz*).
- Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Brítez Arce y otros vs. Argentina*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. Serie C No. 474 (Corte IDH, *Caso Brítez Arce*).
- Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso I.V. vs. Bolivia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329 (Corte IDH, Caso I.V.).
- Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Manuela y otros vs. El Salvador*. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C No. 441 (Corte IDH, *Caso Manuela*).
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2021). Cuadernillo de Jurisprudencia No. 4: Derechos Humanos de las Mujeres. Corte IDH.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2021). Cuadernillo de Jurisprudencia No. 32: Medidas de Reparación. Corte IDH.
- De Cicco, A. O. (2020). El impacto del caso Artavia Murillo en materia de derechos reproductivos. *Revista Derecho y Salud*, 5, 185–195.
- Duhaime, B., & Tapias Torrado, N. R. (2022). The Inter-American System's Recent Contributions to the Development of Women's Human Rights Standards. *Revue Québécoise de Droit International*, 211–246.
- El Faro. Aliados del Estado salvadoreño en el caso Beatriz buscan desacreditar a la Corte IDH. 25 de septiembre de 2024. Disponible en https://elfaro.net/es/202409/el_salvador/27566/Aliados-del-Estado-salvadore%C3%B1o-en-el-caso-Beatriz-buscan-desacreditar-a-la-Corte-IDH.htm

- Expertos ONU: El Salvador debe modificar las leyes de salud reproductiva tras decisión de la Corte Interamericana. 6 de marzo 2021.
- Fanni, S. (2018). The Protection of the Right to life at the Intersection between Reproductive Rights and Scientific Progress in the Jurisprudence of the Inter- American Court of Human Rights and the European Court of Human Rights. *Araucaria (Triana)*, 20(40), 655–732.
- Gaviria Díaz, C., Fuentes Contreras, E. H., Montoya Brand, M., Mejía Quintana, O., & Bustamante, T. (2010). *Hans Kelsen: una teoría pura del derecho* (Primera edición.). Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, Facultad de Relaciones Internacionales y Ciencias Jurídicas y Políticas, Programa de Derecho.
- Júlia Silva Gonçalves, & Sheila Stolz. (2025). Obstetric violence as a violation of the due diligence standard in the Inter-American Human Rights System. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 58 (172).
- Hennebel, L., & Tigroudja, H. (2022). *The American Convention on Human Rights: a commentary*. Oxford University Press.
- Landa, C. (2016). Los derechos sexuales y reproductivos en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Direitos Fundamentais & Justiça*, 10(35), 47–78.
- Morgan, L. M. (2021). Costa Rica's Oversized Role in Latin American Sexual and Reproductive Rights Lawfare. *Revista Direito GV*, 17(3), e2137-. <https://doi.org/10.1590/2317-6172202137>
- Pickles, C. (2025). Emerging human rights standards on obstetric violence and abuse during childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1002/ijgo.70174>
- Ronconi, L. (2024). Not One Step Back: Lessons Learned and Challenges in a Consolidate Agenda of Sexual and Reproductive Rights in the Inter-American Court of Human Rights. *The Age of Human Rights*, 22.
- Sanabria-Moyano, J. E., Merchán-López, C. T., & Saavedra-Ávila, M. A. (2019). Estándares de protección del Derecho Humano a la salud en la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *El ágora USB*, 19(1), 132–148.
- Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia en el marco del amparo 310-2013. Sentencia del 28 de mayo de 2013.
- Smyth, R. (2024). Abortion in International Human Rights Law: Missed Opportunities in *Manuela v El Salvador*. *Feminist Legal Studies*, 32(1), 123–134.

RESEÑAS

VOLUMEN 4 / NÚMERO 1
[2025]

Derechos reproductivos: reflexiones interdisciplinarias

Autora

Maria de Jesús Medina-Arellano

Datos de la obra: González Barreda, María del Pilar; Sotelo Gutiérrez, Arturo; y Enríquez Rosas, Lourdes, coordinación. Año: 2024. Derechos reproductivos: reflexiones interdisciplinarias. México: Programa Universitario de Bioética de la Universidad Nacional Autónoma de México y Bonilla Artigas Editores. ISBN: 978-607-8956-54-8.

En un contexto de avances jurídicos y sociales desiguales en materia de derechos sexuales y reproductivos en México y América Latina, el libro *Derechos reproductivos: reflexiones interdisciplinarias* constituye un esfuerzo colectivo imprescindible para pensar críticamente sobre las tensiones entre los marcos normativos, los principios éticos y las realidades sociales que atraviesan las experiencias de las personas gestantes. Bajo la coordinación de María del Pilar González Barreda, Lourdes Enríquez Rosas y Arturo Sotelo, esta compilación reúne veintidós capítulos organizados en cuatro bloques temáticos, con aportaciones de diversidad de académicas, académicos y activistas que examinan los derechos reproductivos desde la bioética, el derecho, los estudios de género y las ciencias sociales. Bloques compuestos de capítulos que, si bien son autónomos, dialogan entre sí al explorar diversas dimensiones del tema. El resultado es un texto que articula teoría, diagnóstico empírico y compromiso político con la igualdad y la justicia social. Una obra interdisciplinaria en la cual se abordan, de manera crítica, las tensiones entre las normativas jurídicas, las visiones religiosas y los principios éticos que sustentan los derechos sexuales y reproductivos.

El primer apartado del libro, titulado "Bioética", derechos reproductivos y derechos sexuales", explora los fundamentos éticos de la autonomía corporal. Destaca la propuesta de Gustavo Ortiz-Millán y Frances Kissling de formar en bioética al personal sanitario en respeto a las decisiones de las personas gestantes, así como la invitación de Georgina Romero Gaeta a incorporar la alteridad como principio rector en los discursos sobre sexualidad. Este bloque incorpora, además, análisis críticos sobre la soberanía del cuerpo-territorio (Martínez Álvarez y Enríquez Rosas) y sobre la necesidad de un perfil docente éticamente formado para la enseñanza del derecho al aborto (Raphael de la Madrid). En este bloque, se argumenta que una bioética laica y feminista ofrece la base moral suficiente para garantizar el derecho al aborto, contrarrestando los marcos religiosos que tradicionalmente han limitado la autonomía reproductiva (Capdevielle y Medina Arellano). También, evidencian cómo los organismos internacionales de derechos humanos han incorporado gradualmente la protección del acceso al aborto seguro como parte integral del derecho a la salud y a la vida digna, conforme a estándares internacionales recientes. Finalmente,

VOLUMEN 4 / NÚMERO 1
[2025]

este apartado cierra, de manera significativa, con la mirada crítica de Yolanda Molina Reyes, quien denuncia cómo los discursos sobre derechos reproductivos siguen anclados en la heterosexualidad obligatoria, invisibilizando a las mujeres lesbianas. Esta diversidad de enfoques permite a la obra situarse en un cruce de saberes que enriquece la comprensión de un tema complejo y muchas veces polémico.

El segundo bloque, "El aborto desde enfoques jurídicos", ofrece un análisis profundo de los cambios normativos en México y de las resistencias que aún persisten. Del Cid muestra cómo la penalización del aborto reproduce estereotipos de género y refuerza el control sobre los cuerpos de las mujeres. González Barreda traza la evolución del marco legal hacia un paradigma de derechos humanos, en tanto que González Cortez denuncia que la penalización constituye una forma extrema de violencia feminicida. Enríquez Rosas y Sotelo examinan el papel de la judicialización de la protección de la vida desde la concepción y las tensiones en las decisiones de la Suprema Corte, mientras que Méndez Díaz analiza las narrativas constitucionales contemporáneas sobre autonomía reproductiva. Este bloque resulta central para comprender cómo los marcos jurídicos han oscilado entre el castigo y la garantía, y cómo la Corte ha tenido que balancear derechos en tensión.

El tercer bloque, "El aborto desde las ciencias sociales", recoge voces y experiencias de quienes enfrentan las barreras institucionales y los estigmas sociales. Bautista Reyes et al. documentan los motivos y el estigma asociados a la solicitud de la interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México, mientras que Ramos Lira et al. ilustran cómo la investigación científica ha contribuido a despenalizar el aborto al visibilizar los impactos en la salud pública. El diagnóstico presentado por Cordero Oropeza et al. en Oaxaca muestra las desigualdades en el acceso, a la vez que Ortiz Ramírez y Belfrage Sánchez destacan cómo la decisión de interrumpir un embarazo puede resignificarse como un ejercicio de autonomía. Cedeño Peña y Tena Guerrero exploran los factores emocionales, sociales y culturales que intervienen en la toma de decisiones, y Flores Celis y Ramos Lira proponen una resignificación colectiva de la autonomía reproductiva como proceso social. Este apartado es especialmente valioso porque traduce las discusiones éticas y jurídicas a las experiencias concretas de las personas, evidenciando las múltiples desigualdades que configuran su acceso a la justicia reproductiva.

El libro concluye con un apartado sobre temas emergentes que configuran la agenda contemporánea, Es aquí donde Mendoza Cárdenas revisa críticamente la maternidad subrogada desde una perspectiva bioética y jurídica, denunciando los riesgos de mercantilización del cuerpo. Y, por último, Castillo Castellanos analiza las tensiones que generan las tecnologías de reproducción asistida, mientras otros capítulos abordan cuestiones como la violencia obstétrica, la esterilización forzada y las condiciones de las personas mayores en relación con su derecho a decidir.

Una de las principales virtudes del libro radica en su enfoque interdisciplinario e interseccional, que permite articular las distintas dimensiones y complejidades de los derechos sexuales y reproductivos. Además, la obra visibiliza las experiencias de mujeres y personas gestantes en contextos de desigualdad estructural, y ofrece argumentos normativos y éticos sólidos para la defensa de su soberanía corporal. Entre las fortalezas del libro, es preciso destacar su compromiso explícito con los derechos humanos y el principio de igualdad sustantiva, así como la claridad con la que vincula los desarrollos normativos nacionales e internacionales a las luchas feministas y sociales por la autonomía corporal. La obra es relevante no solo para abogadas y

VOLUMEN 4 / NÚMERO 1
[2025]

abogados, sino también para personal sanitario, bioeticistas, activistas y académicas interesadas en la intersección entre género, ética y derecho, así como para estudiantes y el público en general comprometido con la construcción de sociedades más justas e igualitarias, en las que la autonomía corporal no sea solo un ideal, sino una realidad efectiva.

Entre sus limitaciones, puede señalarse que algunos capítulos presuponen un conocimiento técnico de teorías bioéticas o de derecho constitucional, lo que podría dificultar su lectura a quienes no están familiarizadas o familiarizados con estos campos. Sin embargo, este aspecto no disminuye el valor del volumen como herramienta para la formación académica, la incidencia política y la reflexión crítica.

En suma, *Derechos reproductivos: reflexiones interdisciplinarias* constituye una obra rigurosa y comprometida, imprescindible para quienes buscan comprender y fortalecer la base ética y jurídica de los derechos reproductivos en contextos sociales complejos y desiguales. Destaca por su enfoque interseccional y feminista, así como por la diversidad de voces y perspectivas que reúne.