

Romina Gallardo Duarte y María de la Paz Echetto ↗

Violencia obstétrica y acceso a la justicia: análisis desde una perspectiva de género

*Obstetric violence and access to justice:
analysis from a gender perspective*

*Violência obstétrica e acesso à justiça:
análise de uma perspectiva de gênero*

- ↗ Romina Gallardo Duarte: Doctora en Derecho y Ciencias Sociales (FD-UR). Integrante de Gestar Derechos: Grupo de mujeres profesionales que asesoran y apoyan a víctimas de violencia obstétrica en Uruguay.
ORCID: 0000-0003-2909-9190
- ✉ rmgd26@gmail.com
- ↗ María de la Paz Echetto: Doctora en Derecho y Ciencias Sociales (FD-UR). Aspirante a Profesora Adscripta de Derecho Penal (FD-UR). Integrante del Grupo Derecho y Género (FD-UR). Integrante de Gestar Derechos.
- ✉ madelapazechetto@gmail.com

Resumen: *En este artículo nos proponemos analizar el reconocimiento normativo de la violencia obstétrica en el plano internacional y nacional, así como el efectivo acceso a la justicia para las mujeres víctimas de este tipo de violencia en Uruguay.*

Luego del estudio tres casos en proceso de denuncia o judicialización y de tres sentencias judiciales firmes, concluimos a modo de primera aproximación al tema, que si bien han existido importantes avances en el plano nacional para el reconocimiento normativo de la violencia obstétrica, es necesario introducir la perspectiva de género por parte de quienes reciben y juzgan este tipo de casos en el ámbito administrativo y judicial.

Palabras clave: *Violencia Obstétrica. Parto. Género. Derechos Humanos. Acceso a la Justicia.*

Abstract: *In this article we propose to analyze the normative recognition of obstetric violence at the international and national field, as well as the effective access to justice for women victims of this type of violence in Uruguay.*

After studying three cases in the process of complaint or prosecution and three final judicial decisions, we conclude as a first approach on the subject, that although there have been important advances at the national level for the normative recognition of obstetric violence, it is necessary to introduce the gender perspective from those who receive and judge this type of cases in the administrative and judicial sphere.

Keywords: *Obstetric Violence. Childbirth. Gender. Human Rights. Access to justice.*

Resumo: *Neste artigo, propomos analisar o reconhecimento normativo da violência obstétrica em nível internacional e nacional, bem como o acesso efetivo à justiça para as mulheres vítimas desse tipo de violência no Uruguai.*

Depois de estudar três casos em processo de denúncia ou ação judicial e três decisões judiciais finais, concluímos como uma primeira aproximação sobre o assunto, que embora tenha havido avanços importantes a nível nacional para o reconhecimento normativo da violência obstétrica, é necessário introduzir a perspectiva de gênero por parte daqueles que julgam esse tipo de caso na esfera administrativa e judicial.

Palavras-chave: *Violência obstétrica. Nascimento. Gênero. Direitos humanos. Acesso à justiça.*

Recibido: 18/09/2021

Aceptado: 29/06/2022

Introducción

Al momento de conceptualizar la violencia obstétrica, entendemos imprescindible partir de un análisis que incorpore su identificación como un tipo de violencia basada en género hacia las mujeres y otras personas con capacidad de gestar⁽¹⁾.

Reconocer el maltrato, la falta de respeto, los abusos o incluso la apropiación de los procesos reproductivos de las mujeres en el embarazo y el parto, sin dimensionar los estereotipos de género y relaciones desiguales de poder que sientan las bases de esas conductas, sería partir de un estudio muy limitado.

Este punto ha sido investigado y señalado por diversos autores:

“Desde la revisión sistemática de Bohren et al, es muy fácil establecer paralelismos entre el maltrato hacia las mujeres en el parto y la violencia hacia las mujeres en general, y estos paralelismos nos pueden llevar a concluir que la primera debe en efecto ser vista como un subconjunto de la última. /.../ Las relaciones de poder entre algunos profesionales de la salud y las mujeres en las maternidades son de una dominación hegemónica, que se iguala fuertemente a la posición dominante de los hombres en la sociedad”. (Jewkes y Penn-Kekana, 2015)⁽²⁾.

Fernández Guillén refuerza esta idea al señalar que:

“El paritorio es un escenario ideal de representación de esa negación-apropiación patriarcal del cuerpo y de la capacidad creadora de las mujeres de la que nos habla Isabel Aler: estamos semidesnudas, en presencia de extraños, muchas veces solas, en espacios que nos son desconocidos y en los que no ejercemos ningún poder, en posición de sumisión total”. (Fernández Guillén, 2015: 114).

En segundo lugar, creemos necesario mencionar que esta forma de violencia es por demás naturalizada a nivel social y 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 otro, a la resistencia en asumir que ciertas estructuras y dinámicas violentas, tienen lugar en las salas de parto. Como afirma Birulés:

“Las estructuras no funcionan sin las acciones humanas, a pesar de que en nuestro actual contexto parece como si funcionaran automáticamente sin que ninguna acción o responsabilidad humana se viera involucrada. La consecuencia de esta visión naturalizadora de la violencia, es lo que ha sido denominado el síndrome de la inocencia organizada, esto es, la pérdida de responsabilidad frente a los mecanismos violentos”.

Para finalizar este primer acercamiento al tema, queremos señalar que así como “el movimiento feminista consiguió la introducción de la violencia de género en el Derecho” (MALET, 2012: 96), el reconocimiento normativo de la violencia obstétrica en Uruguay, también ha sido en gran parte producto de las luchas feministas:

“Ya hacía más de una década que quienes trabajamos la dimensión jurídica desde el movimiento de mujeres y feminista nacional reclamábamos la aprobación de una norma que abordara integralmente las diversas manifestaciones de violencia” (Morelli, 2020).

Sin embargo, la definición legal de violencia obstétrica dada por el legislador en la Ley n.º 19.580, Ley de violencia basada en género y hacia la mujer, dista bastante de la redacción original propuesta:

“Nosotras considerábamos indispensable que el Parlamento Nacional reincorporara las referencias al trato, a la medicalización y la patologización en los términos que contenía la redacción originaria en el proyecto enviado por el Poder Ejecutivo” (Morelli, 2020).

Tal y como señala la abogada feminista y defensora de los derechos humanos:

“La definición original recogía las principales manifestaciones de la violencia institucional que se ejerce sobre las mujeres cursando procesos reproductivos. Con este cambio quedaron tres asuntos esenciales fuera de la previsión: el trato, el abuso de medicalización y la patologización de los procesos, sin expresarse los argumentos que expliquen tal omisión. /.../ Con la modificación

introducida se vació de contenido explicativo la propia definición de violencia obstétrica y así nació su conceptualización en el marco jurídico de fuente nacional”. (Morelli, 2020).

Partiendo de estos elementos, nos introduciremos de lleno en el análisis del reconocimiento normativo de la violencia obstétrica a nivel internacional y nacional, así como realizaremos una primera aproximación al efectivo acceso a la justicia para las mujeres víctimas de este tipo de violencia en Uruguay, en base al estudio de tres casos en proceso de denuncia o judicialización y de tres sentencias judiciales firmes.

Teniendo en cuenta como señala Alda Facio:

“...que las leyes, aunque no lo digan explícitamente, en su inmensa mayoría parten de los hombres y son para los hombres o responden a su idea de lo que somos y necesitamos las mujeres. En un patriarcado androcéntrico no es de extrañar que el legislador, el jurista y el juez tengan en mente al hombre/varón cuando elaboran, promulgan, utilizan y aplican las leyes o cuando elaboran las teorías, doctrinas y principios que sirven de fundamento a su interpretación y aplicación. Por ello, no debemos caer en el error de creer que existen leyes neutrales, que se dirigen igualmente a hombres como a mujeres y que tienen iguales efectos en hombres y mujeres” (FACIO, 1992: 53).

Reconocimiento de la violencia obstétrica en el contexto internacional de Derechos Humanos

En un informe histórico sobre el tema que nos convoca, la ONU se expresó en el año 2019 acerca de las distintas formas de maltrato y violencia que sufren las mujeres en los servicios de salud reproductiva, especialmente en relación a la atención al parto y la violencia obstétrica, señalando que el maltrato y violencia referidos “no solo violan el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, sino que también pueden poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física, su intimidad, su autonomía y a no sufrir discriminación” (Šimonović, 2019: 6).

Dicho informe también aborda la cuestión del consentimiento informado como derecho humano y como salvaguardia contra ese tipo de violencia:

“A menudo se niega a las mujeres su derecho a tomar decisiones informadas sobre la atención de la salud que reciben durante el parto y otros servicios de

salud reproductiva; esta falta de consentimiento informado constituye una violación de los derechos humanos que puede ser imputada a los Estados y a sus sistemas nacionales de salud” (Šimonović, 2019: 7).

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos también ha abordado este tema recientemente, señalando que si bien no existe una definición jurídica del concepto de violencia obstétrica en derecho público internacional, la Comisión ha considerado que:

“la violencia obstétrica abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o postparto, en centros de salud públicos o privados” (CIDH, 2019: 91).

Asimismo, ha reconocido a la violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer:

“prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención Belém do Pará, dado que atenta contra el derecho de las mujeres a la integridad personal, a la igualdad y no discriminación, a la salud, a la vida privada y respeto a su autonomía y, en muchas ocasiones, involucra el incumplimiento del deber de obtener un consentimiento previo, libre, pleno e informado” (CIDH, 2019: 92).

En cuanto al reconocimiento de derechos vinculados al embarazo, parto y postparto, así como a la violencia obstétrica y el parto humanizado ya sea de forma directa o indirecta, podemos señalar diversos documentos internacionales en materia de derechos humanos.

En primer lugar, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la cual establece que los Estados Parte:

“adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica...” (ONU, 1979: 6). Asimismo que los Estados: “garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto” (ONU, 1979: 6).

Dicha Convención fue ratificada por Uruguay en el año 1981.

Por otro lado, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, que define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (ONU, 1993).

Luego, en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”), ratificada por Uruguay en 1996, los Estados Partes se obligan a adoptar una serie de medidas detalladas en el capítulo III, para prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia contra la mujer. En el artículo 9 de dicho capítulo, se enfatiza que se deberá tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer cuando está embarazada (OEA, 1994: 5).

Así también en el 2014, la Organización Mundial de la Salud emitió una “Declaración sobre la Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud”, en donde se señala que:

“En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación” (OMS, 2014: 1).

Por otra parte, en dicho documento se destaca que:

“Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos” (OMS, 2014:1).

Por último, creemos pertinente mencionar la “Declaración de Fortaleza”, que cronológicamente precede a todos los documentos anteriores, ya que data de 1985, pero consta de una gran importancia y especificidad, al reconocer que:

“Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada” (OMS, 1985: 1).

En esta declaración también se establecen una serie de recomendaciones generales y específicas sobre el nacimiento, y lo que denominan “la tecnología apropiada para el parto”. Por ejemplo, que no está justificado que ningún país tenga más de un 10-15% de cesáreas ni el uso sistemático de la episiotomía, o que la inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas, entre otras.

Análisis de casos y normativa nacional en materia de violencia obstétrica

En la práctica legal en esta temática, nos hemos enfrentado a situaciones sumamente removedoras, no solo por su gravedad sino por la respuesta que muchas veces se obtiene de quienes deberían ejercer el contralor de las instituciones de salud. En este apartado abordaremos algunos casos⁽³⁾ puntuales haciendo un análisis de la normativa aplicable a cada uno.

Metodología

De una muestra de N casos igual 25 (número de casos en proceso de denuncia o ya denunciados, trabajados por las autoras) se extrajo una muestra teórica de tres casos (n=3) según los siguientes criterios de selección:

- 1) Un caso que hiciera énfasis en la falta de consentimiento informado en la intervenciones obstétricas llevadas adelante por el equipo de salud.
- 2) Un caso que hiciera énfasis en la violencia simbólica y psicológica.
- 3) Un caso que hiciera énfasis en el trato humillatorio hacia la usuaria.

Comenzaremos por el caso de Mariana, usuaria de una institución privada de salud.

Ella relata que durante su parto, el ginecólogo de guardia le practicó una episiotomía sin su consentimiento, sin siquiera informarle al respecto. Además, que se

sintió humillada, ya que el médico realizó chistes respecto a la cantidad de sangre que salpicaba al realizar la intervención.

En este sentido, cabe destacar que en nuestro ordenamiento jurídico existen normas que protegen los derechos de los usuarios/as y pacientes de la salud, donde se hace hincapié en la importancia del consentimiento informado como derecho del paciente y obligación del equipo médico interviniente (Uruguay, 2008: Art. 11)⁽⁴⁾.

Asimismo, en el área específica de la sexual y reproductiva, la legislación actual establece que “Las decisiones e intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva se tomarán y realizarán contando con el consentimiento informado de la usuaria o usuario de los servicios respectivos” (Uruguay, 2010, Art. 5).

Mientras que en el ámbito obstétrico y perinatal, en el marco del modelo asistencial humanizado-respetado se establece que:

“La práctica clínica de los equipos de salud deberá respetar, durante todo el proceso asistencial, el derecho de toda mujer /.../ a ser informada sobre las distintas intervenciones sanitarias que pudieren tener lugar, de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas” (Uruguay, 2019, Art. 14).

Las características que debe revestir la información en el contexto del consentimiento informado, debe ser adecuada, suficiente y continua. Como señala Hugo Rodríguez Almada,

“el médico debe informar de todo aquello que pueda incidir en la decisión del paciente, lo que incluye el diagnóstico, pronóstico, finalidad del tratamiento propuesto y alternativas terapéuticas, con sus respectivos riesgos y beneficios esperados” (Rodríguez Almada, 2017: 25).

Es claro que en el caso que estamos analizando, ese consentimiento no se obtuvo. Si bien está previsto que hay intervenciones que por la urgencia de la situación, pueden ser realizadas previo a recabar el consentimiento firmado, hay consenso en que el consentimiento aunque sea verbal debe existir, pero no nos encontramos tampoco ante esta hipótesis en este caso, ni en la realización de episiotomías en general.

Pero además, también es aplicable para este caso lo que dispone la Ley de derechos de usuarios y pacientes respecto al derecho a recibir un trato respetuoso y digno (Uruguay, 2008: Art. 17). Consideramos que no es menor que aún habiendo transcurrido un tiempo considerable desde que ocurrieron los hechos, Mariana recuerde tan vívidamente los comentarios en tono “burlesco” del ginecólogo, en referencia a la cantidad de sangre que perdía por la episiotomía. Esto es un indicador de lo vulnerable que se encuentra una mujer en ese estado, y cómo es de suma importancia que el equipo interviniente sea respetuoso y brinde un trato acorde a la situación.

La violencia a Mariana no se detuvo en el parto, sino que continuó luego.

Antonio, su bebé, quien había nacido prematuro, fue llevado a neonatología para controles y observación. Estuvo allí un tiempo extenso, entre 5 y 6 horas, que Mariana recuerda como un calvario, ya que nadie le informaba a ella ni a su esposo qué ocurría con su hijo, cuánto tiempo el bebé permanecería allí, ni por cuál era el motivo de la demora. Cuando finalmente llevan a Antonio a la habitación, les comunican que no presentaba ninguna complicación y que, ya le habían ofrecido biberón para alimentarse, sin previa consulta a su madre y padre. Esto tuvo una fuerte repercusión en el vínculo posterior entre Mariana y Antonio, no pudiendo implementar la lactancia materna aún cuando era su voluntad.

En relación a este punto, entendemos que las acciones llevadas adelante sobre cualquiera de los sujetos que componen la díada “madre-bebé”, sin participación en la toma de decisiones por parte de la mujer y sin motivo justificado (por ejemplo una situación constatada de riesgo de vida), son actitudes que podrían calificarse como violencia obstétrica. Así también, cuando se produce la falta de información acerca del estado de salud del bebé. Son acciones violatorias a nuestro entender, de la legislación que establece el derecho de toda mujer a “A ser informada sobre ../ el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales, asegurando la toma de decisiones seguras e informadas” Uruguay, 2019, Art. 14).

El segundo caso es sobre el parto de Natalia, también usuaria de una sociedad médica privada, quien relata el nacimiento de su hija luego de más de un año, aún con mucho dolor. Al presentarse, su primer frase fue: “Me robaron el parto”.

Natalia concurrió al sanatorio el día que inició con las contracciones que indicaban el inicio del trabajo de parto, acompañada por su esposo y una partera contrata-

da de forma privada. Esto incidió en el recibimiento por parte del profesional que estaba de guardia, ya que realizó comentarios despectivos ante la presencia de otra profesional externa a la institución. Natalia tenía una cesárea previa, lo cual fue un determinante para el procedimiento en este nuevo nacimiento, por decisión de la profesional interviniente. La ginecóloga le ordena que no ingiera alimentos ni bebidas pues seguramente le practicaría una nueva cesárea.

Cabe destacar en este sentido que el “Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio” indica que:

“Se recomienda el intento de parto vaginal después de una cesárea anterior ya que la morbilidad materna se encuentra disminuida con respecto al nacimiento por cesárea, con morbilidad neonatal equiparable” (MSP, 2014: 92).

Además brinda elementos a tener en cuenta para medir la posibilidad real de un parto vaginal en estas condiciones, entendemos que en el caso de Natalia era elegible para una prueba de parto.

Pero el manual además agrega que en todo caso

“...la valoración tiene que ser individual y tiene que existir el consentimiento informado de la mujer. La decisión final tiene que ser tomada conjuntamente por la gestante y el médico, después de analizar los beneficios y riesgos de la vía vaginal y de la cesárea.” (MSP, 2014: 92).

Luego de este primer encuentro, comienza lo que sería una pugna frenética por demostrar que había riesgo de sufrimiento fetal para justificar la cesárea mencionada desde el inicio.

Luego de varias horas de contracciones de trabajo de parto y con una dilatación a buen ritmo, le indican usar oxitocina sintética, para acelerar el final de la dilatación, a lo que Natalia accede. Rápidamente las contracciones comienzan a aumentar en frecuencia y en dolor, y la bebé comienza mostrar signos de encontrarse bajo estrés. Al monitoreo se percibe un descenso en sus latidos, además de una rotación de posición. Frente a esto la partera externa solicita que le quiten la oxitocina a Natalia, lo cual trae aparejado que se normalicen los latidos fetales. Pero al haber rotado de posición e intentar monitorear los latidos de bebé, son los latidos de Natalia los que se escuchan (cuya frecuencia es mucho más baja).

Continúa el relato.

Es entonces cuando la ginecóloga de guardia, comienza a insistir violentamente en la necesidad de la cesárea, con gritos y rezongos, desoyendo a Natalia y a su partera, quienes intentaban explicarle el error en el monitoreo. Y así continúa el infructuoso intento de Natalia por tener un parto vaginal. Estaba con contracciones de pujo, pero la ginecóloga frente a su nueva negativa de aceptar una cesárea, decide no guiarla y se queda de pie a su lado: “no te voy a guiar más los pujos”. Simplemente mirando cómo Natalia intentaba pujar sola (al tener anestesia le era difícil percibir la contracción) mientras controlaba por sí misma que los latidos de su bebé no descendieran. Luego de que la médica le exigiera firmar a ella y al padre de la bebé, una hoja donde expresaban que si algo grave sucedía con la niña, la profesional se libraba de responsabilidad, ganaron el agotamiento, la frustración, la culpa y el miedo, por lo que acabó cediendo a la cesárea.

El comportamiento por parte de la ginecóloga que asistió a Natalia, es violatorio de varias disposiciones legales que regulan el actuar médico. Como ya fue mencionado en el caso anterior, los médicos tienen el deber de dispensar a pacientes, usuarios y usuarias de la salud un trato digno y respetuoso, y como contrapartida la usuaria tiene el derecho a recibir un trato cortés y amable (Uruguay, 2008: Art. 17). También nuestra legislación establece el derecho de toda usuaria a ser oída y atendida en forma oportuna, respetuosa y en un ambiente adecuado (Uruguay, 2010: Art. 9).

Por último mencionaremos el caso de Oriana, usuaria de salud pública. Con el aditivo en su situación, de haber gestado durante la pandemia por COVID-19, lo que trajo aparejado otro tipo de tratos y protocolos en las instituciones médicas que no siempre fueron ajustadas a los estándares legales y bioéticos, como ha sido señalado por algunos estudios (Jolivet et al, 2021).

Oriana debió entrar sola a controles y ecografías, siendo maltratada por haber reclamado su derecho a permanecer acompañada en esas instancias. Derecho mencionado por la Junta Nacional de la Salud en la Resolución N° 11/2020, que debió ser reiterado a las instituciones de salud en más de una ocasión debido a su incumplimiento.

Concretamente en el caso de Oriana y su relato de parto.

Por un supuesto error de cálculo respecto a su fecha probable de parto, por parte de la partera que realizaba su seguimiento en la institución, cuando concurre a

uno de los últimos controles de embarazo le comunican que debe quedar internada para inducirle el parto pues estaba “pasada” de fecha. A pesar de esto, estuvo dos días internada esperando que comenzara la inducción, sin que nadie le informara qué estaba ocurriendo y 10 horas esperando en una silla en emergencias, pues no había cama disponible. Cuando finalmente llega el momento de colocarle la sonda para iniciar la inducción, las parteras no logran hacerlo porque faltaba algún material, por lo cual llaman a la residente, quien según Oriana fue muy brusca en la colocación. Luego de colocar la sonda, la residente le dice: –esto te va a doler–, ya con sus manos “en su interior” y a continuación dirigiéndose a los estudiantes manifiesta: –hice una decolación.

Es decir, le realiza una maniobra de Hamilton⁽⁵⁾ sin su consentimiento ni información previa. Oriana relata haber vivido este momento con mucho enojo, porque que no estaba en sus planes tal intervención ni le dieron otras opciones, pero además que su voluntad no fue recabada, no fue informada al respecto, y ni siquiera le dirigieron la palabra mientras se realizaba.

Vemos cómo en este relato, se reitera lo ocurrido en el caso anterior en cuanto a la falta de consentimiento informado y la ausencia de un trato digno a la usuaria.

Luego de unas horas Oriana rompe bolsa y comienzan las contracciones a buen ritmo e intensidad, pero en un momento de la jornada se detienen por lo cual el equipo médico recurre a la inducción farmacológica con oxitocina sintética, y allí comienza lo que relata como “el infierno” (sic). Enumerando varias sensaciones y dolores muy fuertes, como electricidad en las piernas, calambres y deseos de pujo con sangre, sin que le permitieran moverse durante todo el trabajo de parto y parto, por lo cual no podía adoptar una postura cómoda, ni liberar un poco de dolor a través del movimiento. Describiendo ese momento como “el dolor más espantoso que viví en mi vida”, “creía que me iba a morir”, y que todo esto ocurría mientras la partera hacía comentarios sobre el “enchastre”⁽⁶⁾ que Oriana generaba por no saber controlar sus pujos.

En este sentido, cabe recordar lo establecido en el ya mencionado “Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio”, según el cual: “Para posibilitar que transite el proceso del parto de la manera elegida y natural, se recomienda” (MSP, 2014: 76), entre otras cosas: estimular a la mujer para que adopte la posición que desee; alentar la deambulación durante el trabajo de parto, si la mujer así lo prefiere; disminución del intervencionismo y la medicalización no justificados.

Oriana finaliza su relato contando que cuando nació su hija, estaba casi desmayada por el cansancio, no recuerda haberla sentido llorar, no recuerda haber sentido la presencia de su pareja durante el expulsivo. También le practicaron una episiotomía⁽⁷⁾ sin previo aviso ni información, intervención que le llevó varios días de recuperación.

En los tres casos mencionados precedentemente, podemos observar que el actuar de los equipos de salud no solo se aleja de los parámetros establecidos por las guías clínicas nacionales. Sino que además se incurre en acciones que encuadran en la definición de violencia obstétrica dada por la Ley 19.580, descrita 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).

Asimismo las acciones mencionadas, encuadran en el marco de lo establecido en el decreto 339/019, como tratos humillantes y discriminatorios, también constitutivos de violencia obstétrica,

Entendemos para finalizar, que la definición de violencia obstétrica establecida en la Ley 19.580, debe conjugarse de manera armónica con otros tipos de violencia establecidos en la misma norma, como ser: violencia simbólica, sexual, institucional, física y psicológica, ya que la mayor parte de las veces, el trato dispensado a las mujeres en esa situación cuenta con varios de estos componentes que habrán de ser tenidos en cuenta.

Violencia Obstétrica y acceso a la justicia

Mientras que en el capítulo anterior realizamos un estudio de casos y la normativa aplicable a los mismos, ahora nos proponemos analizar algunas sentencias judiciales vinculadas al tema, y partir de allí reflexionar sobre el acceso a la justicia de las mujeres uruguayas víctimas de violencia obstétrica.

De acuerdo a la “Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer”, los Estados Partes convienen en:

“establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un

juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos” (OEA, 1994, Artículo 7°). Así como “...los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces” (OEA, 1994, Artículo 7°).

Sin embargo, la vía para ejercer denuncias de violencia obstétrica en Uruguay, a través de un proceso administrativo⁽⁸⁾ ante el Ministerio de Salud Pública, presenta un buen número de obstáculos. Por ejemplo, puede existir un vínculo laboral entre los profesionales que asesoran al Ministerio en estos casos y las instituciones médicas denunciadas, extremo que ya hemos podido corroborar en la práctica.

A su vez, quienes intervienen en las denuncias de violencia obstétrica, son en general autoridades con formación médica gineco-obstétrica que integran el Área de Salud Sexual y Salud Reproductiva (programa del Ministerio al cual se dirigen este tipo de casos), o bien funcionarios que se valen de informes elaborados por un médico legista. Entendemos que este punto es significativo, si tenemos en cuenta que el reconocimiento de la violencia obstétrica es aún resistido por los profesionales médicos en Uruguay, en especial en el ambiente de la gineco-obstetricia⁽⁹⁾.

Otro gran obstáculo, es la falta de formación en el tema y la carencia de perspectiva de género entre los funcionarios y autoridades administrativas que investigan estas denuncias. Hemos podido observar en las respuestas del Ministerio de Salud Pública frente a denuncias presentadas, una falta de sensibilidad en la temática violencia de género y la reproducción de prejuicios hacia a las víctimas.

Por ejemplo, cuando se denuncia violencia verbal o maltrato psicológico, se pone en tela de juicio la validez del relato de la mujer y su entorno familiar, calificando los testimonios de subjetivos o sospechosos. Pero se da por válido lo expresado por el médico denunciado frente al hecho en cuestión, bastando su mera palabra. También en las respuestas de las instituciones denunciadas, que cuestionan a la mujer por no haber denunciado antes (con el aditivo de ser mujeres púerperas en la mayoría de los casos), o describiendo como excesivas las consecuencias emocionales del maltrato que las víctimas denuncian.

Otra dificultad que enfrentan las mujeres que han sufrido violencia obstétrica en Uruguay, es el desconocimiento de los mecanismos de denuncia en estos casos. También la falta de información acerca de sus derechos en el embarazo, parto y

puerperio y de las prácticas clínicas recomendadas actualmente.

Todo lo señalado acaba afectando el efectivo acceso a la justicia para las mujeres que han sufrido violencia obstétrica, pese a la normativa vigente en este tema. Como afirman Birgin y Gherardi:

“El acceso a la justicia es un elemento clave en la estrategia de erradicar la violencia contra las mujeres. Es bien conocida la diferencia entre proclamar derechos –a la igualdad, a una vida libre de violencia, al respeto por la integridad física, psíquica y moral– y satisfacerlos efectivamente. La dificultad para el acceso a la justicia constituye sin duda la mayor discriminación que enfrentan no sólo las mujeres, sino los sectores más desfavorecidos de la sociedad que se ven imposibilitados de ejercer y exigir el cumplimiento de los derechos más básicos que les reconocen las leyes, las Constituciones y las convenciones internacionales” (Birgin y Gherardi, 2011: 179).

Por otra parte, si la víctima opta por recurrir a la vía civil, en caso de no existir secuelas físicas graves para la mujer o el bebé, podría tornarse un camino complicado. Aprender las secuelas psicológicas o emocionales que acarrea este tipo de violencia puede ser difícil para los operadores jurídicos, sobre todo por el desconocimiento en general acerca de la violencia obstétrica y las consecuencias de un parto traumático.

La jurista española Francisca Fernández Guillen, especialista en derecho sanitario y violencia obstétrica, afirma lo siguiente:

“Igual que ocurre con la violencia doméstica, la que se produce en un paritorio sólo llega a los tribunales cuando provoca lesiones físicas muy graves. El trato vejatorio que muchas veces ha precedido al daño físico, queda oculto, igual que la herida emocional que acompaña a estas situaciones. Una secuela típica del maltrato obstétrico es el síndrome de estrés postraumático” (Fernández Guillén, 2020: 113).

Es por ello, que consultamos la Base de Jurisprudencia Nacional entre el año 2000 y 2020, y constatamos que no surgen sentencias vinculadas al término “violencia obstétrica”. Sin embargo al introducir los términos “parto” y “sin consentimiento” conjuntamente, surgen algunas sentencias en la vía civil que merecen nuestra atención. Sobre todo porque a nuestro entender, refieren a claras situaciones

de violencia obstétrica si bien no se contextualizaron en ese marco.

Para comenzar, vamos a citar la sentencia N° 590/2017 de la Suprema Corte de Justicia. En el caso en cuestión se demandó el accionar de una ginecóloga durante un parto, que tuvo por resultado el nacimiento del bebé con un síndrome hipóxico isquémico, con lesiones irreversibles para su salud y su fallecimiento 6 años después.

La profesional médica y la institución fueron condenadas en segunda instancia y la Suprema Corte confirmó esta postura, frente a los recursos de casación interpuestos por los demandados. Para ello fue definitivo el informe pericial, que determinó una “ausencia de monitoreo de frecuencia cardíaca fetal durante el periodo de expulsión (lapso de 50 minutos), especialmente luego de una bradicardia –descenso de frecuencia cardíaca–” (SCJ, 2017). Así como la realización de acciones médicas sin clara justificación durante la atención al trabajo de parto; en el período dilatante la rotura artificial de membranas, la conducción farmacológica mediante oxitocina y la administración de meperidina⁽¹⁰⁾, y en el período expulsivo el intento de aplicar fórceps y la maniobra de Kristeller⁽¹¹⁾.

Sin embargo, no mereció una reflexión por parte de la Corte, perito o abogado patrocinante la siguiente puntualización: “La Sra. AA se encontraba “descontrolada”, y la Dra. CC le suministró una dosis de media ampolla de meperidina por vía intramuscular”. Es decir, la administración de un medicamento opioide por parte de la profesional médica, bajo un presunto descontrol emocional de la mujer en su parto.

En segundo lugar, citaremos la sentencia 171/2018 del Tribunal de Apelaciones en lo Civil de 3° Turno. De acuerdo a lo expresado por el abogado de la demandante, la mujer ingresó al sanatorio

“...a efectos de tener un parto natural del cual nacería su primer hijo, más se le terminó practicando cesárea el 19/03/201” /.../ “Luego de dicho procedimiento la paciente comenzó a sufrir calor y dificultad para respirar, lo que motivó los reclamos de los familiares presentes. Afirmó que recién es controlada por un médico a las dos horas, quien releva la pérdida de pulso” (TAC 3°, 2018).

A continuación señala, que a causa de la cesárea la usuaria sufrió una hemorragia interna, lo que derivó en una nueva cirugía que consistió en una histerectomía subtotal, debiendo ser extirpado su útero y un ovario. Asimismo sostiene, que no se informó a la mujer ni a su esposo en qué consistía la cirugía, incumpliendo los de-

mandados con su deber legal de informar. También se afirma que la demandante estuvo 60 días en coma, de un total de más de 150 días de internación, sufrió cuadriplejía y debió ser intervenida en dos ocasiones más, al punto de no poder movilizarse por sus propios medios, dependiendo totalmente de los cuidados de su marido y que fue jubilada por incapacidad a la edad de 38 años.

En otra parte de la sentencia, uno de los peritos actuantes concluye que:

“A la paciente le fue indicada una inducción farmacológica del trabajo de parto de manera prematura y a una dosis muy elevada. Por no entrar en trabajo de parto se le realizó una cesárea de urgencia, en donde probablemente se provocó de manera involuntaria una lesión en el segmento uterino inferior, que no fue diagnosticada. En el postoperatorio inmediato, se diagnostica un shock hipovolémico en anemia aguda, que al no relacionarlo con lesión operatoria, no llevó el tratamiento adecuado que era una re intervención de emergencia para reparar la lesión sangrante” (TAC 3°, 2018).

Tanto los médicos como los centros asistenciales involucrados fueron condenados como responsables, más el Tribunal entendió que:

“no existe responsabilidad por la alegada falta del consentimiento informado, dada la situación de urgencia con la que se tuvo que actuar” (TAC 3°, 2018).

Cabe preguntarse, si acaso tal urgencia no es producto de la primera intervención no informada, ni consentida e innecesaria, llevada a cabo en este caso.

La tercera y última sentencia que mencionaremos, es la 1429/2011 de la Suprema Corte de Justicia. El reclamo tuvo que ver en este caso con la administración a la demandante, de meperidina o Demerol durante el parto, y la parálisis cerebral aguda que padeció su bebé al nacer.

El reclamo fue acogido en primera instancia y desestimado ante un tribunal de apelaciones, por lo cual la demandante presentó un recurso de casación ante la Corte Suprema.

La demandante atribuye al suministro de Demerol en su parto, la enfermedad neurológica de su hijo. Señala entre otras cosas, que la historia clínica presentada por la parte demandada está incompleta y que debido a lo controvertido que resulta

el uso de dicha medicación, la institución médica debió haberle informado de “los riesgos que implicaba la utilización de esa droga, o bien no debió administrársela”. También cuestionó que el tribunal de segunda instancia haya aducido la verificación de una situación de urgencia que justificó no recabar el consentimiento.

No surge de la sentencia cuál fue dicha “situación de urgencia” que ameritó la aplicación del sedativo, más si se afirma que de acuerdo al examen pericial “las pautas obstétricas nacionales prescriben que si es necesario el uso de la droga mencionada, se debe realizar durante la primera mitad del trabajo de parto. En la especie, el suministro se produjo, efectivamente, en dicho período (SCJ, 2011). También que la dosis que se aplicó fue adecuada en cuanto a la cantidad y a la vía por la cual se suministró (intravenosa media e intramuscular).

Asimismo, el examen pericial (que fue determinante en la decisión de los Ministros de la Corte) señala:

“Si bien el uso rutinario del Demerol no es recomendado, constituye una práctica frecuente suministrárselo a madres extenuadas, descontroladas y mal ventiladas por el dolor /.../ Es muy bueno como analgésico y no provoca un aumento de la contractilidad uterina. En sentido conforme a esta apreciación, puede verse el “Informe preliminar del proyecto ‘Uso de Meperidina en el trabajo de parto y sus efectos a nivel obstétrico y neonatal’”, en el cual se expresa que, una vez suministrada, no se observa una alteración neurológica clínicamente evidente en las horas siguientes al nacimiento” (SCJ, 2011).

Incluso la experta admite que no se documentó en la historia clínica el motivo que habría llevado a administrarle el Demerol a la usuaria, más otra vez surge el argumento de la madre “descontrolada” como ya observamos en el primer caso en relación al suministro de esta droga.

Concluye la sentencia que:

“El feto no soportó el estrés del trabajo de parto, por lo cual sufrió problemas respiratorios y neurológicos, independientemente de que se le haya suministrado un analgésico mayor” (SCJ, 2011).

Respecto a la falta de consentimiento informado la Corte entendió que aún cuando no se haya informado a la parturienta de los riesgos que implicaba el uso de

Demerol, ello no tuvo incidencia en el resultado final, ya que el exámen pericial concluyó que la administración del fármaco no causó la patología del bebé, por lo tanto desestimó el recurso de casación.

Respecto a la utilización de la meperidina, mencionada en dos de las sentencias, queremos mencionar que desde el año 2003 la OMS señala que “Los barbitúricos y sedantes no se deben usar para aliviar la ansiedad durante el trabajo de parto” (OPS, 2019: S-55)⁽¹²⁾. Pero además como indica un estudio del 2011:

“El opioide más empleado en obstetricia es la meperidina, que posee un inicio de acción muy rápido y tiene la ventaja de ser muy barato. Entre sus inconvenientes se encuentran que produce náuseas, vómitos, enlentecimiento del vaciado gástrico y depresión respiratoria. /.../ Además, al atravesar la placenta, ocasiona una disminución de la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal y una sedación en el recién nacido. Esto se debe a su metabolito intermedio, la normeperidina. Por todos estos motivos se ha llegado a cuestionar su uso durante el parto” (Polo Gutierrez, 2011: 29).

Incluso en el año 2014 el propio Ministerio de Salud Pública estableció en relación a los métodos analgésicos farmacológicos para reducir el dolor que: "Al momento actual todos los fármacos analgésicos de utilización endovenosa (Demerol®, Morfina, etc.) han demostrado asociarse con peores resultados perinatal"

También es relevante señalar, que de acuerdo a una revisión de estudios del año 2018, sobre el uso de opiáceos intramusculares e intravenosos durante el parto: “Los opiáceos inyectados pueden provocar somnolencia en las mujeres e interferir con su capacidad de tomar decisiones sobre su cuidado” (Smith, Burns y Cuthbert, 2018).

Del breve estudio de sentencias que antecede, podemos realizar algunas reflexiones. En primer lugar, en los ejemplos analizados no se ha utilizado el término violencia obstétrica por los sujetos del proceso, ante casos que encuadran perfectamente en lo que puede calificarse como actos de tal índole, lo cual nos habla de un desconocimiento y una gran invisibilización del tema.

Si bien como ya manifestamos en los capítulos anteriores, es relativamente reciente la incorporación normativa del término violencia obstétrica en Uruguay, es importante recordar que ya desde el año 2008 se reconoce la importancia del parto

humanizado a través de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, Ese mismo año fue aprobada la Ley 18.335 que establece la obligación del consentimiento informado en todo procedimiento médico y en el año 2010 el decreto 293/010 en relación a las intervenciones en salud sexual y reproductiva. Mientras que desde 1985 la Declaración de Fortaleza establece cuáles prácticas no se recomiendan para el parto.

Por otra parte, el Poder Judicial ha hecho lugar a las demandas donde surge un alto intervencionismo médico en el ámbito obstétrico, en los casos que existen secuelas gravísimas para la mujer y/o bebé, o resultado de muerte. Más no han considerado los argumentos (incluso en esas mismas sentencias de condena), que dan cuenta de la falta de consentimiento o de información de prácticas obstétricas, con el eximente de la “urgencia”. Aún cuando dicha urgencia es a nuestro entender, producto de lo que se conoce por “cascada de intervenciones” innecesarias, es decir, una intervención innecesaria que conduce a otra intervención y así sucesivamente.

Asimismo, como surge de los fragmentos citados, los miembros de los Tribunales o de la Suprema Corte han permanecido indiferentes o desestimado los cuestionamientos en referencia la administración de sedantes durante el trabajo de parto, sin información o consentimiento. Inclusive cuando surge como justificación del suministro de dicho narcótico, el estado “descontrolado” de la mujer.

Esto constituye a nuestro entender, una legitimación tácita a una práctica patriarcalista; sedar a una mujer sin su consentimiento, para que esté “controlada” desde la perspectiva del médico/a, luce como un mecanismo muy explícito de dominación en el marco de una relación de poder, así como una clara pérdida de autonomía de la mujer en su proceso reproductivo. Tal y como apuntan algunos autores:

“A través de las relaciones clínicas se reproduce constantemente, el mismo orden social machista, sexista y androcéntrico, bajo el cual las mujeres gestantes deben ser obedientes y sumisas ante las órdenes y el control del personal de salud” (Orozco, 2018: 50) o

“la atención médica de partos se asienta sobre un control simbólico del saber: esto es, por un lado, la descalificación de la información y el conocimiento que poseen las mujeres sobre su proceso de parto; y, por el otro, un control riguroso de la información que posee el personal sanitario sobre su estado de salud (estructurándose ésta como una forma de poder simbólico en el marco de un orden jerárquico)” (Castrillo, 2016: 57).

Finalizando con este análisis, concluimos que si bien la incorporación normativa de este tipo de violencia, constituye un gran avance para las mujeres uruguayas, parece no ser suficiente. Nuestra postura está en sintonía con lo señalado por expertas del Comité de MESECVI⁽¹³⁾:

“Con respecto a la aplicación de la ley que sanciona la violencia obstétrica, el Comité no recibió ninguna información sobre el número de sentencias judiciales o dictámenes por violencia obstétrica, lo que sugiere que existe una brecha entre las disposiciones normativas y su efectiva aplicación” (MESECVI, 2014: 46).

Brecha que según Amnistía internacional “...se traduce en ausencia de políticas públicas que permitan a las mujeres el acceso a la justicia: denunciar, recibir protección y respuestas inmediatas, investigaciones transparentes, identificación de responsabilidades en los casos de muertes maternas por negligencia o falta de insumos, etc” (Fernández, 2017).

Si quienes tienen el deber de aplicar las leyes, juzgan estas denuncias desde la visión estrictamente técnica de la praxis médica y dejando a un lado los sesgos de género que atraviesan estos casos, será muy difícil que las mujeres víctimas de violencia obstétrica encuentren justicia de manos del Estado.

No olvidemos lo que nos decía Catharine MacKinnon en cuanto a que: “El derecho ve y trata a las mujeres de la misma forma que los hombres ven y tratan a las mujeres”. (MacKinnon, 1983: 644) o más recientemente Alda Facio, respecto a que “la gran mayoría de las sentencias siguen adoleciendo de una perspectiva androcéntrica” (Facio, 2017: 301).

Los cambios normativos deben ser acompañados por una mirada de género, extensiva a los auxiliares de la justicia y la magistratura, y especialmente en estos casos, a las autoridades administrativas. Compartimos con Gherardi que:

“Así como durante siglos el Derecho ha propiciado la subordinación de las mujeres frente a los varones estableciendo un sistema de opresión y negación de derechos, hoy puede ser un elemento emancipador. El Poder Judicial tiene la responsabilidad institucional de administrar justicia evitando la incorporación y el fortalecimiento de estereotipos violatorios del principio de igualdad en sus decisiones judiciales. Promover la creación y aplicación de herramientas que puedan contribuir a ese proceso es una obligación del Estado” (Gherardi, 2017: 294).

Como postula Chimamanda Ngozi Adichie:

“Las historias importan. Muchas historias importan. Las historias se han usado para despojar y calumniar, pero las historias también pueden dar poder y humanizar. /.../ Cuando rechazamos la historia única, cuando nos damos cuenta de que nunca hay una sola historia sobre ningún lugar, recuperamos una suerte de paraíso” (Ngozi Adichie, 2009).

Nos mueve la esperanza de que la otra historia sea contada, la historia de quienes sufrieron violencia obstétrica, la de sus hijas e hijos. Si la otra historia es escuchada, podremos contribuir a que tanto dolor sea saneado, a restituir la humanidad perdida y así “recuperar una suerte de paraíso”.

Conclusiones

Al momento de investigar casos de violencia obstétrica en la vía administrativa o judicial, es importante adoptar una visión más abarcativa, que no se limite a analizar la praxis médica exclusivamente desde una visión técnica, sino también desde las obligaciones éticas y legales que implica la responsabilidad profesional. Como ser el cumplimiento de la normas que regulan esta temática, incluyendo el deber de informar y de recabar el consentimiento informado, así como el respeto por la autonomía de las usuarias.

Si bien el reconocimiento expreso a la violencia obstétrica en la normativa nacional, constituye un gran avance en materia de derechos para las mujeres y otras personas gestantes, es necesario introducir la perspectiva de género por parte de las autoridades administrativas y judiciales que juzgan las denuncias o demandas vinculadas a este tipo de violencia.

La identificación de los sesgos de género y relaciones desiguales de poder que atraviesan estos casos, constituye un factor clave para avanzar en el acceso a la justicia en materia de violencia obstétrica en Uruguay.

Referencias Bibliográficas

- BIRULÉS, F. (2018). Violencia, una palabra para un contenido desbordante. En Goberna-Tricas, J. y Boladeras, M. (Coord.), *El concepto “Violencia Obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Editorial Tecnos. Madrid. 19-29.
- BIRGIN, H. y GHERARDI, N. (2011). “Violencia contra las mujeres y acceso a la justicia: la agenda pendiente”, en Birgin, H. y Gherardi, N. (Coord.) *La garantía de acceso a la justicia: aportes empíricos y conceptuales*. Colec. “Género, Derecho y Justicia”. N° 6.
- CASTRILLO, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad- Revista Latinoamericana*, (24). Centro Latino- Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. Río de Janeiro. pp. 43-68. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>
- FACIO, A. (1992). *CUANDO EL GÉNERO SUENA CAMBIOS TRAE (Una metodología para el análisis de género del fenómeno legal)*. ILANUD. Costa Rica.
- FACIO, A (2017). “Elementos conceptuales y metodológicos para favorecer la interpretación judicial con perspectiva de género”. En BERGALLO, P. y MORENO, A. (Coord.) *Hacia políticas judiciales de género*. Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires. Editorial JUSBAIRES. <http://editorial.jusbaires.gob.ar/libro/cargar/161>
- FERNÁNDEZ, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Revista Dilemata*, 123-899. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375>
- FERNÁNDEZ, F. (2018). ¿Existe algo que pueda llamarse violencia obstétrica?. En Goberna-Tricas y Boladeras (Coord), *El concepto “Violencia Obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento* (pp.). Editorial Tecnos. Madrid. 105-115.

- FERNÁNDEZ, J. (2017). Violencia obstétrica en contextos de crisis de salud. Amnistía Internacional. <https://www.amnistia.org/ve/blog/2017/08/3284/violencia-obstetrica>
- GHERARDI, N. (2017) “Juzgar con perspectiva de género: Estrategias para avanzar en el acceso a la justicia”, en BERGALLO, P. y MORENO, A. *Hacia políticas judiciales de género*. Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires. Editorial JUSBAIRES. Disponible en <http://editorial.jusbaires.gov.ar/libro/cargar/161>
- JEWKES, R. y PENN-KEKANA, L. (2015). Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLOS Medicine*, Num. 12 (6). pp. 1-4. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001849>
- JOLIVET, R. et al. (2020). Upholding Rights Under COVID-19: The Respectful Maternity Care Charter. *Health and Humans Rights Journal*. <https://www.hhrjournal.org/2020/05/upholding-rights-under-covid-19-the-respectful-maternity-care-charter/>
- Junta Nacional de Salud (2020). Resolución N° 11. Montevideo. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/resolucion-n-11020-medidas-sanitarias-covid-19-para-embarazadas>
- MACKINNON, C. (1983). Feminism, Marxism, Method, and the State: Toward Feminist Jurisprudence. *Signs* (4). The University of Chicago Press. pp. 635-658. <https://www.jstor.org/stable/3173687?origin=JSTOR-pdf>
- MALET, M. (2012). “La violencia de género, el papel de los movimientos feministas y los posibles abordajes jurídicos”. *Revista de la Facultad de Derecho*. N° 33. FCU. 95-111 <https://revista.fder.edu.uy/index.php/rfd/article/view/6>
- MESECVI (2014). Segundo Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas del MESECVI. Organización de los Estados Americanos. <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/CEEP1-Doc10-ES.pdf>

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2014). Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-salud-sexual-reproductiva-manual-para-atencion-mujer-proceso>
- MORELLI, M. (2020). ¿Dónde radicó el poder?. En Morelli, M., Grela, C., Gallardo, R. y Echetto, M., Violencia Obstétrica: Una vieja impunidad. Breves reflexiones. Cooperativa Mujer Ahora. <https://www.mujerahora.org.uy/file-share>
- NGOZI ADICHIE, C. (2009). El peligro de la historia única. TED conference. https://www.ted.com/talks/chimamanda_ngozi_adichie_the_danger_of_a_single_story?language=es#t-1055829
- Organización de Estados Americanos (1994). Convencion interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Belem do Para. Brasil. <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Organización Mundial de la Salud (1985). Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Fortaleza, Brasil. Última consulta el 17/97/21 en: https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/DECLARACION_DE_FORTALEZA.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2014). Declaración sobre la Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- Organización de las Naciones Unidas (1979). Convención sobra la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Nueva York. Estados Unidos. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

- POLO, A. (2011). El uso preventivo de haloperidol como antiemético en la analgesia opiácea durante el parto ¿es una práctica basada en evidencia?, Trabajo de fin de grado. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Madrid. Recuperado en : El parto es nuestro. https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/uso_haloperidol_parto.pdf
- RODRÍGUEZ ALMADA, H. (2017). Consentimiento informado en la práctica clínica. *Anales De La Facultad De Medicina*, Num. 4 (Sup 2), Universidad De La República, 22-30. <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/311>
- ŠIMONOVIC, D. (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. <https://undocs.org/es/A/74/137>
- SMITH, L., BURNS, E., CUTHBERT, A. (2018). Opiáceos intramusculares e intravenosos para aliviar el dolor durante el parto. Cochrane. https://www.cochrane.org/es/CD007396/PREG_opiaceos-intramusculares-e-intravenosos-para-aliviar-el-dolor-durante-el-parto

Normas

- Uruguay. Ley n.º 18.335, Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. IMPO. 15 de agosto de 2008.
- Uruguay. Ley n.º. 19.580, Ley de Violencia basada en Género y hacia las Mujeres. IMPO. 22 de diciembre de 2017.
- Uruguay. Decreto n.º 274/010, Reglamentación de la ley n.º 18.335 sobre derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. IMPO. 08 de setiembre de 2010.
- Uruguay. Decreto n.º 293/010, Reglamentación de la ley n.º 18.426 sobre salud sexual y reproductiva. IMPO. 03 de setiembre de 2010.

Uruguay. Decreto n.º 339/019, Reglamentación de la ley 19.580 (ley de violencia hacia las mujeres basada en género). IMPO. 11 de noviembre de 2019.

Jurisprudencia

Uruguay. Suprema Corte de Justicia. Sentencia n.º 1429/2011, 02 de mayo de 2011. Chediak, J. O. (Redactor), Van Rompaey, L., Gutierrez, D., Ruibal Pino, J. Larrieux, J. (Firmantes).

Uruguay. Suprema Corte de Justicia. Sentencia n.º 590/2017, 08 de mayo de 2017. Turell, E. (Redactor), Chediak, J.O., Hounie, F., Perez Manrique, R. (Firmantes), Martínez E. (Disc. Parc.).

Uruguay. Tribunal de Apelaciones en lo Civil de 3.º Turno. Sentencia Definitiva n.º 171/2018, 19 de setiembre de 2018. Kelland, C. (Redactora), Alonso, M., Operti, L. (Firmantes).

Notas

¹ A los efectos de evitar la reiteración de términos nos referiremos a mujeres (cis), pero entendemos que la violencia obstétrica puede afectar a otras personas que no se identifican con el género femenino y tiene la capacidad de gestar.

² Traducción propia.

³ Los datos identificatorios han sido alterados para proteger a las víctimas. Las mismas prestaron su consentimiento para utilizar sus relatos con fines académicos.

⁴ Para ampliar información se puede consultar el documento “Violencia Obstétrica. Compendio de normas-Uruguay 2021”. Se puede acceder al mismo en: <https://www.mujerahora.org.uy/post/compendio-de-normas-violencia-obst%C3%A9trica-uruguay-2021>

⁵ La maniobra de Hamilton es un método de inducción del parto que consiste en despegar con el dedo las membranas amnióticas de la pared del útero.

⁶ Del lenguaje coloquial, modismo del Río de la Plata que refiere al aspecto sucio, manchado, desordenado, de una persona, cosa o provocado por alguna actividad.

⁷ Incisión quirúrgica en el perineo (tejido entre la abertura vaginal y la anal), comprende piel, músculos y mucosa. Se realiza con el fin de ampliar el canal de parto para abreviar el período expulsivo y apresurar la salida del feto.

⁸ Esta manifestación de violencia no está tipificada como delito en nuestro país.

⁹ A modo de ejemplo, en un reciente informe del diario El País se señaló por parte de ginecólogos/as “...que los casos de malos tratos hacia las mujeres ahora son excepcionales” entre otras expresiones tendientes a minimizar la existencia de violencia obstétrica en Uruguay.

¹⁰ La meperidina o petidina (Demerol®) es un narcótico analgésico que actúa como depresor del sistema nervioso central.

¹¹ La maniobra de Kristeller consiste en ejercer presión sobre el abdomen de la mujer con el supuesto fin de favorecer la salida del feto por el canal de parto. La falta de evidencia en cuanto a su eficacia, así como los riesgos que conlleva para la mujer y su bebé, ha llevado a la OMS a recomendar que no sea realizada.

¹² Si bien esta cita pertenece a la versión en español del año 2019, la recomendación surge de la primera edición del año 2003: “Barbiturates and sedatives should not be used to relieve anxiety in labour” (C-37).

¹³ Mecanismo de Seguimiento de la Convención Belem do Pará. Mediante la evaluación continua analiza los avances en la efectiva implementación de la Convención por sus Estados Parte.