

# VIOLENCIA OBSTÉTRICA, DEL CONCEPTO A LA CONSTRUCCIÓN DE NORMATIVIDADES EN ARGENTINA, CHILE, MÉXICO Y VENEZUELA

*Violència obstètrica, del concepte a la construcció de normativitats a  
Argentina, Xile, Mèxic i Veneçuela*

*Obstetric Violence, from the Concept to the Making of Regulations in  
Argentina, Chile, Mexico, and Venezuela*

---

**KEVIN SANDER TIBURCIO** 

Universidad de Guadalajara (*Guadalajara, México*)

**MARTHA CECILIA JARAMILLO** 

Universidad Autónoma de Baja California (*Tijuana, México*)

Autor correspondencia: Kevin Sander Tiburcio

Correo electrónico: [kevinsandertiburcio@gmail.com](mailto:kevinsandertiburcio@gmail.com)

Recibido: 23/03/2024

Aceptado: 11/06/2024

Publicado: 30/11/2024



## RESUMEN

La normatividad para reconocer la violencia obstétrica debería partir de una construcción conceptual que enmarque de manera amplia las características de la problemática. Este artículo analizará la integración conceptual de la violencia obstétrica, con una mirada comparada de cuatro normativas nacionales que han firmado documentos vinculantes para reconocerla (Argentina, Chile, México y Venezuela). El punto central de esta investigación parte de diversas aportaciones conceptuales de la violencia obstétrica que se abordan desde dos perspectivas: la primera, desde el ámbito de ocurrencia o lugar donde se presenta, y la segunda, desde los derechos humanos, para presentar una definición amplia que permita dar una propuesta de abordaje normativo. Las normatividades que se presentan pertenecen a los países antes mencionados, considerando que fueron los primeros de Latinoamérica en adquirir compromiso para la integración normativa del fenómeno. Sin embargo, estos compromisos no se han cumplido en su totalidad, reflejando las falencias conceptuales que se tienen en relación con este tipo de violencia.

**Palabras clave:** violencia obstétrica, violencia contra las mujeres, servicios de salud, institucionalización, derechos humanos.

## RESUM

La normativitat per a reconèixer la violència obstètrica hauria de partir d'una construcció conceptual que emmarqui de manera àmplia les característiques de la problemàtica. Aquest article analitzarà la integració conceptual de la violència obstètrica amb una mirada comparada de quatre normatives nacionals que han signat documents vinculants per a reconèixer-la (l'Argentina, Xile, Mèxic i Veneçuela). El punt central d'aquesta recerca parteix de diverses aportacions conceptuals de la violència obstètrica que s'aborden des de dues perspectives: la primera, des de l'àmbit d'ocurrència o lloc on es presenta, i la segona, des dels drets humans, per a presentar una definició àmplia que permeti donar una proposta d'abordatge normatiu. Les normativitats que es presenten pertanyen als països abans esmentats, considerant que van ser els primers de Llatinoamèrica a adquirir compromís per a la integració normativa del fenomen. No obstant això, aquests compromisos no s'han complert íntegrament, reflectint les carències conceptuals que es tenen en relació amb aquesta mena de violència.

**Paraules clau:** violència obstètrica, violència contra les dones, serveis de salut, institucionalització, drets humans.

## ABSTRACT

The creation of regulation for the acknowledgment and protection of women against obstetric violence should begin with a conceptual framework that highlights the features of this type of violence. This article reviews the incorporation of definitions within legal instruments or legislation on obstetric violence in four countries (Argentina, Chile, Mexico and Venezuela). The focus of this investigation stems from the various definitions of obstetric violence that encompass two perspectives. The first is from the occurrence of the act or the place where it happens. The second is from a human rights perspective. Together, they form a complete concept that helps create new legislation. The analysis of the laws corresponds to the previously mentioned countries. The selection of this material is because these nations were the first in Latin America to include the concept of obstetric violence in their norms and regulations. However, the commitment to the protection of women has not been fulfilled and it shows a lack of understanding concerning this type of violence.

**Keywords:** obstetric violence, violence against women, institutionalization, health services, human rights.

## INTRODUCCIÓN

Instrumentos internacionales como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), la Convención Belém do Para y los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) no integran el concepto de «violencia obstétrica» (VO), pero mencionan aspectos relacionados como la discriminación, el derecho a la salud y las muertes maternas. Por otro lado, la Plataforma de Acción de Beijing y el Consenso de Montevideo especifican el concepto de la VO. Los países analizados en este escrito —Argentina, Chile, México y Venezuela— han firmado los instrumentos anteriormente mencionados, adquiriendo compromisos para reconocer y atender la VO.

El problema abordado plantea que, a pesar de los compromisos adquiridos con los instrumentos internacionales, los países no han plasmado en sus normatividades la totalidad de los aspectos que intervienen en la VO, ya que la conceptualización en las leyes es nula o general. Por ello, es importante contrastar las aportaciones conceptuales que existen en torno a la VO, para que las normatividades reconozcan de una manera más amplia esta problemática.

Este trabajo plantea que el reconocimiento de la VO es una necesidad que requiere que la normatividad enuncie las diversas variables en torno al fenómeno. De este modo, pretende analizar los contenidos normativos con la intención de comparar qué elementos toman en consideración para reconocer el problema e identificar cuáles no están presentes y son de utilidad para mejorar o crear un marco normativo.

El objetivo se orienta a comprender el concepto de la VO y la necesidad de robustecer la normatividad para que los servicios de salud garanticen el respeto de los derechos de las mujeres. La primera parte del texto se centra en la construcción de las categorías conceptuales de la violencia obstétrica; la segunda recapitula las descripciones normativas que integran la VO en cada país; a continuación, se presenta la metodología para la comparación de las normatividades con las categorizaciones obtenidas de los conceptos; la tercera parte la presentación de los resultados; para cerrar con una discusión de resultados y las conclusiones.

## 1.1. Conceptualización desde el ámbito de ocurrencia

Al conceptualizar la VO es usual encontrar definiciones generales que superficialmente abordan las variables que describen el fenómeno. Luna y Ramos (2015) la consideran como un problema de salud pública pertinente a las mujeres, naturalizado, poco perceptible y con un origen institucional. Esta afirmación es generalizada debido a que los elementos que las autoras utilizan son escuetos y no profundizan en cada una de las variables que integran el concepto.

El contexto de la VO se contempla en el ámbito de ocurrencia institucional, aplicado a tres momentos en los que se atiende a la mujer (Quattrocchi, 2018): parto, proceso en el que existen alteraciones físicas que preparan el nacimiento; nacimiento, etapa donde se expulsa el bebé; y puerperio o posparto, proceso de recuperación del organismo de la madre (entre 35 y 40 días después del nacimiento).

En el ámbito institucional, existen dos factores relevantes, uno relacionado con el personal respecto a la capacitación técnica y el trato (calidez), y el segundo con los recursos (infraestructura, económicos y materiales con los que operan las instituciones). La violencia institucional no solo implica la calidad desde el trato del personal, también las condiciones que guardan los recursos con los que operan las instituciones, ya que influyen en las acciones y omisiones que se dan durante el proceso de atención.

La VO conlleva abuso y falta de respeto durante la asistencia profesional (Lansky et al., 2019), ignorar la espontaneidad, posturas, ritmos, tiempos del progreso natural del parto, necesidades emocionales de la madre y el bebé, la autoridad y autonomía de la mujer y el bebé, y la experiencia de gestación y parto (Ricoy, 2013, citado en Asociación el Parto es Nuestro, 2016) o la presencia de prácticas coercitivas como la anticoncepción forzada. Las acciones y omisiones en la VO muestran que la persona especialista de la atención sanitaria cuenta con la legitimación estatal para apropiarse del lugar, saber y poder. Desestima los derechos de libre elección y el parto humanizado, además de contar con prestigio social necesarios para afirmar bajo la centralización del poder, el ejercicio sobre las decisiones del parto (Belli, 2013).

Las acciones violentas se observan en la realización de cesáreas innecesarias, intervenciones autoritarias para la anticoncepción, seguimiento inadecuado del proceso gestacional, procesos invasivos y malos tratos en los servicios de atención ginecobstétrica y parto. Estos ejemplos forman parte de algunos de los factores técnicos-científicos,

administrativos, económicos, humanos y relacionales interpersonales (Vargas, et al. 2013).

El capital simbólico del que habla Bourdieu (Fernández, 2005) conecta la propuesta de la violencia institucional con la violencia estructural. Si la VO se encuentra en un entorno institucional, entonces el Estado permite la reproducción de los actos violentos (violencia estructural). El mantenimiento de esta violencia indica que el Estado reproduce y en ocasiones permite que la sociedad viva desigualdades o limitaciones en el acceso de condiciones dignas (La Parra y Tortosa, 2003). La violencia institucional resulta de la violencia estructural al legitimar actos que afectan a las mujeres durante la atención ginecobstétrica y sus derechos.

Este problema amerita la visualización por parte del Estado, ya que vulnera los derechos humanos (Araujo, 2019). Si bien se mencionó que el personal es un elemento que debe encontrarse en la conceptualización, también debe referirse que existe personal que puede desempeñarse completamente desde la ética de su profesión y/o especialización. Sin embargo, si institucionalmente no se cuenta con los mecanismos y herramientas adecuadas para la atención, esto forma la violencia institucionalizada (Carreño y Sánchez, 2019).

La institucionalización de la VO implica un sistema de salud precario, inversión reducida en maternidades, conductas irrespetuosas y sin ética, y una construcción de relaciones de poder sobre el cuerpo de las mujeres (Cassadio et al., 2016), procedimientos no adecuados, omisiones como parte del actuar cotidiano de personas del servicio público y falta de recursos suficientes para garantizar la vida libre de violencia para las mujeres (Bejarano y Arellano, 2014). En este sentido, las condiciones institucionales, organizativas e instrumentales que forman parte de los tipos de violencia (Aremy et al., 2016).

## **1.2 Conceptualización desde los derechos humanos**

Los derechos humanos son una fuente generadora de cambio, pero son limitados por el régimen y las ideologías que son ejecutadas desde la acción estatal. En este sentido, los derechos son considerados como tales en conformidad con las valorizaciones y categorizaciones que el Estado decide reconocer, de tal manera que pueden crear o suprimir dichos derechos conforme a sus intereses (Tilly, 2018; Donnelly, 2013). Los

derechos humanos proponen que todas las personas por el hecho de ser humanos tienen derechos que deben ser respetados y velados por la autoridad.

El concepto de los derechos humanos es un sustantivo de los problemas públicos, su concepción y reconocimiento han resultado de las formas en las que el poder público se ha ejercido con límites escasos frente a los gobernados. Así resultó en un proceso de institucionalización para la incorporación del enfoque de derechos humanos (Del Pilar y Aguilar, 2016). Los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) establecieron acciones que (sin integrar el concepto) podrían reducir los efectos de la VO. Las acciones lograron una ligera reducción de las muertes maternas y el incremento en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, pero los resultados destacaron la necesidad de sumar esfuerzos para tener personal altamente capacitado para mejorar la salud materna (OPS/OMS, 2017).

Los servicios de salud deben considerarse como parte integral de los derechos humanos. La falta de estos servicios vulnera los derechos individuales y colectivos, sabiendo que los servicios de salud representan la protección de la comunidad (Cordero, 2011). Desde una visión normativa, los servicios públicos deben cumplir con ser continuos al satisfacer las necesidades mientras existan; adaptativos al presentarse con elementos técnicos actualizados, y modificables para que la prestación sea mejor y satisfactoria; e igualitarios en el acceso sin discriminación (Gutiérrez, 2003, citado en Armienta, 2013: p. 93).

Medina (2009) realiza una aportación en la construcción del concepto de la VO en un ejercicio de recopilación de testimonios, visibiliza la violación de los derechos a la intimidad, cuando existen acciones como el tacto genital innecesario o excesivo; información, cuando se realizan procedimientos sin informar el porqué; libre decisión, sin oportunidad a decidir sobre la aplicación o decisión sobre los procedimientos; y trato digno, con una atención basada en la jerarquía, insensible como parte del abuso de poder, ocasionando la pérdida de autonomía y capacidad de decisiones (Villegas, 2009, citado en Frías, 2017) de las mujeres sobre su sexualidad.

Las prácticas médicas coercitivas en la VO vulneran los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, las vuelven sumisas ante las decisiones que el personal de salud toma durante la atención (Sosa, 2018). Pero no solo vulneran los derechos reproductivos de la mujer, también los de su pareja al influir en la decisión libre y responsable del número de nacimientos y los lapsos de tiempo entre ellos (ONU, 1995).

Ejemplo de esto es la anticoncepción forzada, una práctica autoritaria donde el personal aplica algún método anticonceptivo o realiza procedimientos en las mujeres sin autorización (Engender, 2002, citado en Erveti y Castro, 2015).

Cuando se habla de la vulneración de los derechos humanos en la VO, se hace hincapié en que la institucionalización de la violencia permite que derechos como la protección a la salud, la libre decisión, privacidad, integridad física y moral se vean comprometidos. En este sentido, se plantea el reconocimiento y tipificación de la VO con la intención de proteger los derechos universales que son trastocados por el fenómeno (Al Adib et al., 2017).

### **1.3 Conceptualización desde los instrumentos internacionales**

Uno de los principales documentos vinculantes en América Latina respecto a la protección de las mujeres contra la violencia es la Convención Belém do Pará. El artículo 9 describe que «los Estados Parte deben tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer [...] cuando está embarazada» (OEA).

La Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing refiere que el control de las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva es un derecho humano que debe ser reconocido, un derecho de las parejas a decidir libremente el número de hijos que desean tener, sin la necesidad de enfrentarse a discriminación y coacción por esta decisión. Expresa que la salud de las mujeres se compromete cuando existen servicios inadecuados o faltantes para atender la salud sexual y reproductiva.

La CEDAW, en su artículo 12, aborda la calidad de los servicios y la atención durante el embarazo, parto y posparto. También establece que los Estados miembros deben de adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la atención médica para garantizar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres al acceso a servicios de atención médica, incluso los que se refieren a la planificación de la familia (ONU, 1979).

El Consenso de Montevideo, que se desprende del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, es un conjunto de medidas enfocadas a la integración de las personas de manera igualitaria y bajo el respeto de los derechos humanos al desarrollo sostenible. El Consenso marca que es necesario eliminar toda causa prevenible de morbilidad y mortalidad materna, incorporando prestaciones

integrales de servicios de salud sexual y reproductiva, además de que exista acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad durante el embarazo, parto y puerperio (CEPAL, 2013).

La Tabla 1 muestra los instrumentos de protección a las mujeres que los países analizados han adoptado en relación a la salud sexual y reproductiva, así como a los servicios de calidad y adecuados para el seguimiento del embarazo, parto y puerperio. La letra «S» refiere al año en que fue suscrito y la letra «A», el año en que el Congreso nacional llevó a cabo la aceptación del instrumento. Los años que no tienen nomenclatura refieren a la suscripción sin tener aceptación por parte del Congreso nacional.

**Tabla 1.** Instrumentos internacionales adoptados para la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y maternidad

Instrumento	Argentina	Chile	México	Venezuela
<b>Belém do Pará</b>	S: 1994 A:1996	S: 1994 A: 1996	S:1994 A: 1999	S: 1994 A:1995
<b>CEDAW</b>	S: 1979 A:1985 A:2006**	1979 S:1999* A:2019*	S:1979 A:1981	1980
<b>Plataforma de acción de Beijing</b>	1995	1995	1995	1995
<b>Consenso de Montevideo</b>	2013	2013	2013	2013

\*Protocolo facultativo suscrito en 1999 y aprobado por el Senado en 2019 pero sin promulgación presidencial. \*\*Aprobación del protocolo facultativo

**Fuente:** elaboración propia con base en datos de (OEA, 2020; SAIJ, 2020; OVDHM; ACNUDH, 2020).

Este escrito entiende la VO como una violencia institucionalizada, dado que las características de los recursos (organizacionales, instrumentales y económicos), actuación (acciones y omisiones) y trato por parte del personal, la información y los procesos de atención son legitimadas por el Estado por medio de las instituciones de atención. En consecuencia, implica la vulneración los derechos humanos que reconocen que cada elemento de los servicios de atención y sus procesos son importantes en torno al respeto de los derechos de las mujeres.

## 2. METODOLOGÍA

Se presenta una investigación cualitativa de carácter descriptivo en torno al método de análisis comparativo. El análisis comparativo, en especial en el ámbito jurídico, es de utilidad para contrastar realidades normativas y de diversos instrumentos jurídicos que

regulan la actividad y fenómenos sociales (González, 2023). De esta manera, se puede encontrar un problema social común a partir del cual se puede analizar cómo las sociedades buscan resolver sus problemas. Este tipo de análisis permite que las ciencias sociales y de la salud tengan un campo para encontrar diferencias o elementos en común en los casos estudiados (Rainer-Olaf, 2019: p. 67).

La investigación descriptiva se adecua al estudio de los datos cualitativos debido a que la investigación es sobre un hecho que se transforma en una imagen o un argumento (Sánchez et al., 2010: p.105). Los estudios descriptivos no toman en cuenta o no se forman bajo una hipótesis (Aggarwal y Ranganathan, 2019), sino que se centran en exponer, contrastar o retratar la realidad respecto a ciertas variables de un fenómeno.

Este tipo de estudios está limitado por la manipulación de variables, ya que no se inclina a analizar las fuerzas causales. En este sentido, únicamente realiza un retrato sobre las características del fenómeno o caso estudiado. Con todo, este tipo de estudios son útiles para generar estudios futuros o recomendaciones que puedan analizar los diversos aspectos del problema.

La recolección de los datos fue realizada a través de documentos normativos oficiales. La primera fuente de información fueron las páginas electrónicas de los congresos, seguida de las páginas de las secretarías/ministerios de salud y las páginas de informes internacionales de la ONU como la OMS y OPS y organismos nacionales de derechos humanos. Aunque se encontraron propuestas de ley, reformas a las leyes y normas, estos documentos no se consideraron como parte del análisis debido a que, al ser propuestas, no hay una obligación aún por acatarlos.

Los documentos recopilados fueron las constituciones, leyes de salud, normas técnicas y leyes de programas públicos de los países de Argentina, Chile, México y Venezuela relacionados directamente con el concepto de VO o que reconocen las variables relacionadas: condición de vulnerabilidad, no discriminación en el servicio y atención, atención sin omisión o falta del servicio, toma libre de decisiones (protagonismo), respeto a procesos naturales (tiempos y posturas), atención con personal capacitado, instalaciones adecuadas, acceso a la información, medicalización y revisiones no excesivas, atención y seguimiento del embarazo, parto, posparto y puerperio, decisión libre de las parejas sobre intervalos y cantidad de nacimientos, decisiones libres sobre salud sexual y reproductiva, disminución de la mortalidad materna.

Una vez recopilados los documentos, se procedió llenar una matriz de contenido, la cual contrastó las variables de análisis frente a los documentos de cada país. De esta manera, se procedió a calcular una ponderación de presencia de contenido en la normatividad para formar o que forma parte del concepto de VO. Así, las trece variables analizadas conforman un puntaje esperado de 13 puntos (100%), de tal manera que cada variable considera un valor de uno.

### **3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **3.1 Normatividad ante la VO en Argentina**

Argentina cuenta con un marco normativo respecto a la VO integrado por cinco leyes, dos reglamentos y protocolos de atención. Esta serie de normas no solo reconoce la VO, sino que puntualiza diversos componentes de este fenómeno. Aunque no menciona cuestiones de recursos (exceptuando los humanos), describe cómo deben presentarse las condiciones en la prestación de los servicios.

La Ley de Protección Integral de Mujeres (2009) y su reglamento (2010) abordan que la violencia vulnera derechos de decisión; se ejerce por el personal de la salud, en un trato deshumanizado, abusando de medicación y patologización, resaltando el respeto a los procesos naturales. Se menciona en el reglamento de esta ley que su creación es una respuesta a los compromisos adquiridos ante la CEDAW y la Convención Belem do Pará.

La Ley del Parto Humanizado (2015) y su reglamento resaltan que las mujeres tienen derecho a la información sobre las intervenciones para que puedan tomar decisiones libres sobre las alternativas de intervención. Se destaca que el trato debe ser respetuoso, individualizado y personalizado, respetando los elementos culturales y la intimidad.

La Ley del Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica (2006) destaca el derecho de las mujeres al acceso a la realización de la ligadura de las trompas de Falopio. Práctica que se debe realizar mediante consentimiento informado y, en ningún caso, otra persona puede brindar el consentimiento (exceptuando incapacidad).

La Ley del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable busca, entre otros objetivos, la disminución de la morbilidad materno-infantil; garantizar acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, así como potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Los protocolos de atención prenatal, parto de bajo riesgo, puerperio fisiológico y de atención al recién nacido abordan temas de calidad, eficiencia, eficacia, libre acceso, seguridad, trato, cuidado de las relaciones interpersonales para la atención de las mujeres y atención por parte de personal capacitado. Estos protocolos ponen énfasis en resguardar los derechos de las mujeres durante la atención del parto, así como del recién nacido (Ministerio de Salud, 2008).

### **3.2 Normatividad ante la VO en Chile**

Chile no presenta una tipificación amplia de la VO, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Sin embargo, tiene una norma técnica publicada en el año 2015 (Norma Técnica para la Atención del Puerperio), donde se reconocen los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y donde destaca la toma de decisiones sobre los mismos, así como la atención de los servicios de salud de calidad; maternidad segura; información y decisión sobre procedimientos; una atención del parto personalizada.

La única ley que se puede identificar con un contenido de elementos que podría ayudar a reconocer y establecer la VO como un problema es la Ley de Derechos y Deberes del Paciente (2006). Sin embargo, esta ley es de aplicación general al especificar que el trato en los servicios debe ser digno, autónomo e igualitario, con calidad y seguridad, con lenguaje adecuado e inteligible, acceso a la información y el acompañamiento de las mujeres y personas gestantes, niños, niñas y adolescentes, entre otros aspectos. Por esta razón, se puede afirmar que Chile no presenta una conceptualización normativa en torno a la VO.

### **3.3 Normatividad ante la VO en México**

México no cuenta con una conceptualización normativa que sea específica en el abordaje de la VO. En algunas entidades federativas se menciona la VO como parte de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de cada Estado. Sin embargo, tanto en la Ley General de Salud (LGS, 2020) como en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 (DOF, 2016) contemplan elementos que empatan con lo que este escrito resalta como variables para la conceptualización normativa de la VO.

La LGS (2020) resalta la protección de las mujeres que se encuentran en el periodo de embarazo, parto, posparto y puerperio. Menciona que las prestaciones de salud deben ser de calidad, oportunas e idóneas al recibir atención profesional y responsables

éticamente, con un trato respetuoso y digno por parte de los profesionales, técnicos y auxiliares. Reconoce el derecho a la información suficiente, clara y oportuna y la libre decisión sobre los procedimientos, reconociendo la esterilización forzada como una práctica sancionable.

La NOM-007 provee criterios para atender a las mujeres durante el parto, puerperio normal y a la persona recién nacida. Indica el respeto a las posiciones de la mujer cuando no representen un peligro; no medicación en el trabajo de parto natural (solo si es necesario se aplican con previa información y autorización); atención que debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos; los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas; la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, dignidad y cultura, facilitando, en lo posible, apoyo psicológico durante su evolución; incluso se contempla la posibilidad de la atención por parteras en establecimientos de atención médica autorizados (DOF, 2016).

### **3.4 Normatividad ante la VO en Venezuela**

En Venezuela la maternidad es protegida desde el artículo 76 de la Constitución, que menciona la integralidad de la protección, el derecho de las parejas para decidir el número de hijos e hijas que deseen concebir. Además de asegurar servicios de planificación familiar que se basen en valores éticos y científicos, responsabiliza al Estado como agente que garantiza la asistencia y protección de la maternidad desde el momento de la concepción, .

La VO se estipula en la Ley Orgánica sobre Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007) como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud al recibir un trato deshumanizador, así como el abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales, de manera que se da una pérdida de la autonomía y capacidad de decisión libre sobre su cuerpo y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

El Decreto constituyente para la promoción y protección del parto humanizado (Gaceta Oficial, 2018) promueve y garantiza el derecho humano de quienes integran las

familias a una gestación y parto de nacimiento humanizado; busca generar las condiciones necesarias para la expresión y desarrollo de las relaciones humanas que se fundamenten en el amor, afecto, seguridad, solidaridad, respeto recíproco y esfuerzo común. Este decreto establece la humanización de los procedimientos y prácticas médicas para que la mujer sea protagonista del proceso de parto.

El Protocolo de Atención, Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia (2013) reconoce un compromiso por disminuir la mortalidad materna mediante el equipamiento y creación de servicios especializados, buscando que el personal de salud cuente con capacitación centrada en los avances científicos para el beneficio de las madres e hijos.

### 3.5 Comparación normativa

Una vez revisadas las características que existen en torno a la normatividad de cada país, se puede apreciar que únicamente Argentina y Venezuela tienen leyes específicas sobre la VO. En el caso de Chile y México si bien tienen protocolos y manuales técnicos para la atención, no presentan una conceptualización o reconocimiento específico de la violencia obstétrica. Chile se presenta un marco normativo general para los servicios de atención de la salud, además de un largo listado de propuestas de ley que se han encontrado sin seguimiento o entrada en vigor.

La Tabla 2 presenta las variables relacionadas con la VO y la integración de estas en la normatividad de los países. Esta ponderación no es determinante para el abordaje de la VO ni para tener resultados positivos en su erradicación (normatividad *de facto*), pero permite observar aquellas integraciones necesarias en las normatividades para el reconocimiento de la VO.

**Tabla 2.** Relación de diferencias y similitudes en la normatividad ante la VO en los países de estudio

Variables para considerar	Argentina	Chile	México	Venezuela
<b>Identifica la condición de vulnerabilidad</b>	0	0	1	1
<b>No discriminación en el servicio y atención</b>	1	1	1	1
<b>Atención sin omisión o falta del servicio</b>	0	1	0	1
<b>Toma libre de decisiones (protagonismo)</b>	1	1	1	1
<b>Respeto a procesos naturales (tiempos y posturas)</b>	1	0	1	1
<b>Atención con personal capacitado</b>	0	1	1	1
<b>Instalaciones adecuadas</b>	0	1	1	1
<b>Acceso a la información</b>	1	1	1	1
<b>Medicalización y revisiones no excesivas</b>	1	0	1	1

<b>Atención y seguimiento del embarazo, parto, posparto y puerperio</b>	1	1	1	1
<b>Decisión libre de las parejas sobre intervalos y cantidad de nacimientos</b>	1	0	1	1
<b>Decisiones libres sobre salud sexual y reproductiva</b>	1	1	1	1
<b>Disminución de la mortalidad materna</b>	1	0	1	1
<b>Ponderación</b>	69%	61%	92%	100%

**Fuente:** elaboración propia con base en los instrumentos internacionales a los que se encuentra suscritos los países analizados y la normatividad nacional aplicable.

La variable «identifica condición de vulnerabilidad» se presenta en México y Venezuela, identificando que existe vulnerabilidad durante el parto y puerperio. En el caso de Argentina y Chile no mencionan que sea un momento de vulnerabilidad. La no discriminación en el servicio y atención está presente en Chile, pero de manera atípica, ya que no presenta una ley o reglamentación específica sobre la atención obstétrica, únicamente lo hace en la Ley de Derechos y Deberes del Paciente al presentar los pilares sobre los que se fundamenta el acceso a la atención de salud.

Atención sin omisión o falta del servicio solo es considerada por Chile y Venezuela, reconociendo que vulneran los derechos. Sin embargo, Argentina y México no lo consideran. La decisión libre de las parejas sobre el intervalo y cantidad de nacimientos se estipula en todos los países. Sin embargo, Chile no cuenta con una norma específica. Se tomó como referencia la libre decisión sobre los procedimientos que tiene el paciente.

El respeto a los procesos naturales se encuentra en Argentina, México y Venezuela, al considerar la intervención para modificar el tiempo del proceso de parto siempre y cuando sea necesario y prioritario. Para la variable de personal capacitado, el único país que no menciona esto es Argentina. El que no se cumpla con estas determinaciones no significa que el personal no sea profesional, pero resalta la necesidad de establecer tal característica en los medios normativos.

En torno a las instalaciones adecuadas, México contempla atención en emergencia obstétrica donde estipula que, si una unidad médica no cuenta con los recursos, es importante atender a la mujer en una unidad adecuada. Argentina no lo contempla en su normatividad, mientras que en el caso de Chile se menciona como la utilización de los medios necesarios para la prestación de servicios. Por su parte, Venezuela considera que es importante la utilización de instalaciones, instrumentos y técnicas para la atención adecuados.

El acceso a la información en el caso de los cuatro países se reconoce como un derecho humano. La medicalización y revisión excesiva en Chile es una variable generalizada para las y los pacientes. La atención y seguimiento del embarazo en Chile se agrega la atención psicológica como parte de la norma técnica para la atención del puerperio. Venezuela considera la necesidad del seguimiento desde el momento de la concepción. México se refiere a la atención desde el embarazo, parto, posparto y puerperio.

Disminución de la mortalidad materna: en el caso de México y Venezuela también se agrega el término «morbilidad materno-infantil», buscando dar también protección al neonato y sus posteriores etapas de crecimiento ante las posibles enfermedades.

Se hace evidente que la ponderación que alcanza Chile se debe a la falta de conceptualización de la violencia obstétrica. Aunque el Estado reconoce otro tipo de violencias, los avances en violencia obstétrica no son un punto de referencia para brindar la atención a las mujeres. La información considerada para ponderar a Chile parte de la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, así como de la Norma Técnica para la Atención en el Puerperio.

## LIMITACIONES

Las limitaciones del estudio versan en torno a la interpretación de las normatividades, puesto que, para poder relacionar las variables, se deben establecer parámetros de contenido que permitan la contrastación con las variables de análisis. Esto implica que existe una interpretación por parte de los autores la cual trató de ser subsanada al tomar conceptos existentes de la VO y de los elementos que conforman el fenómeno. Las normatividades nacionales, a pesar de haber sido influenciadas por las propuestas de los instrumentos internacionales a los que se han suscrito los países, aún no contienen la totalidad de las características conceptuales de la violencia obstétrica.

Una de las cuestiones que quedan en el aire es la manera en la que la normatividad se ve reflejada como acciones específicas que demuestren que el hecho de contemplar un concepto integral repercute positivamente en la disminución e incluso en la erradicación de esta violencia.

## REFLEXIONES FINALES

La ausencia de normatividades específicas se presenta solamente en los casos de Chile y México, que sin embargo integran elementos de protección a la salud materna que podrían dar la interpretación de que hay un reconocimiento del problema al que se enfrentan las mujeres sin nombrar la VO. En general, existen consideraciones normativas, lineamientos, protocolos y guías para la atención del parto. En esos documentos se menciona la calidad, pero no se profundiza en su significado para la entrega de los servicios. No en todos los países se menciona el concepto de violencia obstétrica, por lo que la definición o aceptación de esta violencia se encuentra supeditada al reconocimiento de otro tipo de violencias e incluso las condiciones bajo las que se da la atención.

De este modo, la VO debe verse no solo bajo la lupa de lo que hace el personal médico. Verse desde la lupa de una violencia institucional implica tomar en consideración todo el factor humano que interviene en la prestación de los servicios, así como las omisiones, ya sean en acciones o en cuestiones presupuestales que no todas las legislaciones especifican o toman en consideración.

Es necesario que se haga un reconocimiento de una responsabilidad del Estado para que las mujeres reciban servicios gineco-obstétricos libres de discriminación y violencia en cualquiera de sus tipos. De tal manera que se haga evidente que el Estado toma también cursos de acción específicos y necesarios para proteger los derechos de las mujeres. Es relevante considerar un reconocimiento para una presupuestación enfocada en las necesidades del área de atención ginecobstetricia, donde se conjuguen elementos de insumos, infraestructura, tecnología y capital humano.

Se encuentra también la necesidad de implementar protocolos que establezcan lineamientos y procedimientos en los que las expectativas en cuanto a la experiencia del parto de las mujeres sean escuchadas y atendidas. De esta manera, se esperaría que en la asistencia médica se garantice el respeto de los derechos humanos en la atención del parto.

En un futuro sería adecuado contemplar cómo la normatividad se enlaza en acciones de política pública y la forma en la que se construyen programas de atención materna para la prevención de la violencia. Incluso se debería considerar la relevancia que puede tener el hecho de que las mujeres reconozcan la VO y las posibilidades que puedan existir a su alcance para actuar ante tal problemática.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGGARWAL, R.; RANGANATHAN, P. Study desiggnns: Part 2-Descriptive studies. En: *Perspect Clin Res*. 2019, vol. 10, núm. 1, pp. 34-36.
- AL ADIB, et al. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violencia de los derechos elementales de la mujer. En: *Medicina Legal de Costa Rica*. 2017, vol. 34, núm. 1, pp. 104-111.
- ARAUJO, C. Violencia obstétrica: una práctica deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial ¿Un problema de salud pública y derechos humanos? En: *Revista Mexicana de Medicina Forense*. 2019, vol. 4, núm. 2, pp. 11-11.
- ARMIENTA, G. La privatización de los servicios públicos municipales, una necesidad para la democracia y una realidad. En: *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla*. 2013, vol. 7, núm. 32, pp. 88-99.
- ASOCIACIÓN EL PARTO ES NUESTRO. *Informe del Observatorio español de la violencia obstétrica*. Madrid: Observatorio de Violencia Obstétrica, 2016. Disponible en: [www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf](http://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf)
- BEJARANO, M.; ARELLANO, M. Violencia institucional contra las mujeres en el noreste de México. En: *Acta Sociológica*. 2014, vol. 65, pp. 97-120.
- BELLI, L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. En: *Revista Redbioética/UNESCO*. 2013, vol. 7, núm. 1, pp. 25-34.
- CARREÑO, J.; SÁNCHEZ, C. Violencia institucional y obstétrica, algunos indicadores para su explicación. En: *Perinatología y Reproducción Humana*. 2019, pp. 37-45.
- CASSADIO, A., Santos, et al. Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. En: *Enfermería Global*. 2016, vol. 44, pp. 452-464.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. En: CEPAL. *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. Montevideo, Uruguay: CEPAL, 2013.
- CORDERO, J. Los servicios públicos como derechos de los individuos. *Ciencia y Sociedad*. 2011, vol. 36, núm. 4, pp. 682-701.
- DEL PILAR, M.; AGUILAR, C. A manera de introducción. En: Aguilar, C.; Del Pilar, M. (coords). *Derechos y políticas públicas Desafíos políticos e institucionales en México*. (págs. 11-48). México: Juan Pablos Editor, 2017.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF). *NOM-007-SSA2-2016 (México)*. 2016. [Consulta: 15 de enero de 2020]. Disponible en: <https://shorturl.at/RuQPJ>
- DONNELLY, J. The Concept of Human Rights. En: Donnelly, J. (ed.). *Universal Human Rights in Theory and Practice*. Nueva York: Cornell University Press, 2013; pp. 7-21.
- ERVETI, J.; CASTRO, Roberto. *Sociología de la Práctica Médica Autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción y derechos reproductivos*. Cuernavaca: UNAM, 2015.

- EVANGELISTA-GARCÍA, A.; TINOCO-OJANGUREN, R.; TUÑÓN-PABLOS, E. Violencia hacia las mujeres en la región sur de México. En: *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*. 2016, vol. 14, núm. 2, pp. 57-69.
- FERNÁNDEZ, M. La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. En: *Cuadernos de Trabajo Social*. 2005, vol. 18, pp. 7-31.
- FRÍAS, M. 25 años de investigación cuantitativa y cualitativa sobre la violencia en contra de las mujeres en México. En: *Realidad, Datos y Espacio Revista Internacional de Estadística y Geografía*. 2017, vol. 8, núm. 2, pp. 5-57.
- GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 41.376 *Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y el Nacimiento 12 de abril de 2018 (Venezuela)*. 2018. [Consulta: 25 de mayo de 2021]. Disponible en: [www.ghm.com.ve/wp-content/uploads/2018/04/41376.pdf](http://www.ghm.com.ve/wp-content/uploads/2018/04/41376.pdf)
- GOBIERNO DE CHILE. *Ley de Derechos y Deberes del Paciente, 20.584*. 2016. [Consulta: 11 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://shorturl.at/AgBzo>
- GOBIERNO DE MÉXICO. *Ley General de Salud*. 2020. [Consulta: 5 de abril de 2021]. Disponible en: [www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_240120.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf)
- GOBIERNO DE VENEZUELA. *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (2007)*. [Consulta: 6 de abril de 2021]. Disponible en: [https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley\\_mujer%20%281%29\\_0.pdf](https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf)
- GONZÁLEZ, N. Punto de Partida: utilidad y fases del análisis comparativo. En: González, N. (coord.) *La incorporación del derecho comparado a la enseñanza del derecho internacional privado*. UNAM: Ciudad de México, 2023: pp. 1-12.
- LA PARRA, D.; TORTOSA, J. Violencia estructural: una ilustración del concepto. En: *Revista de documentación social*. 2003, vol. 131, núm. 3, pp. 57-72.
- LANSKY, S., et al. Obstetric violence: influences of the senses of birth exhibition in pregnant women's childbirth experience. En: *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019, vol. 24, núm. 8, pp. 2811-2823.
- LUNA, K.; RAMOS, R. ¿Qué es la Violencia Obstétrica? En: Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C. (GIRE) (eds.). *Violencia Obstétrica un enfoque de Derechos Humanos*. 2015: pp. 12-26.
- MEDINA, G. Violencia Obstétrica. *Revista de Derecho y Familia de las Personas*. 2019, vol. 10, pp. 1-4.
- MINISTERIO DE SALUD. *Normas y Protocolos de Atención Prenatal, Parto, Puerperio y recién Nacido/a de Bajo Riesgo*. Nicaragua: 2008. [Consulta: 2 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://shorturl.at/77kAH>
- OBSERVATORIO VENEZOLANO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES (OVDHM). Disponible en: <http://observatorioddhnmujeres.org/legislacion/legislacion.htm>

- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (ACNUDH). *Obtenido de Instrumentos internacionales de derechos Humanos*. 2020. Disponible en:  
[www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/coreinstruments.aspx](http://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/coreinstruments.aspx)
- ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS (OEA). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*. Disponible en:  
[www.oas.org/es/mesecvi/convencion.asp](http://www.oas.org/es/mesecvi/convencion.asp)
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. Nueva York: ONU, 2019. Disponible en:  
[http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100039.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100039.pdf)
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Programa de acción de la conferencia internacional sobre población y desarrollo*. El Cairo: ONU, 1995.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Informe Final sobre los Objetivos del Desarrollo del Milenio relacionados con la Salud en la Región de las Américas*. Washington D.C.: OPS/OMS: 2019.
- QUATTROCCHI, P. La violencia obstétrica, aportes desde América Latina. En: *Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito*. 2018, vol. 7, núm. 1, pp. 20-46.
- RAINER-OLAF, S. La comparación en la ciencia política. Tres generaciones de Heildegberg en comparación. En: Reynoso, J. (coord.). *La democracia en su contexto. Segunda edición renovada en homenaje a Dieter Nohlen en su octogésimo aniversario*. UNAM: Ciudad de México, pp. 67-80.
- SÁNCHEZ, M., BLAS, H.; TUJAGUE, M. El análisis descriptivo como recurso necesario en ciencias sociales y humanas. En: *Fundamentos en Humanidades*. 2011, vol. 11, núm. 2, pp. 101-114.
- SISTEMA ARGENTINO DE INFORMACIÓN JURÍDICA (SIAJ). 2020. Disponible en:  
[www.saij.gob.ar/legislacion/ley-nacional-24632-aprobacion-convencion-interamericana-para.htm?41](http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-nacional-24632-aprobacion-convencion-interamericana-para.htm?41)
- SOSA SANCHEZ, I. A. Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. En: *Alteridades*. 2018, vol. 28, núm. 55, pp. 87-98.  
[www.redalyc.org/journal/747/74759716008/](http://www.redalyc.org/journal/747/74759716008/)
- TILLY, C. Where Do Rights Come From? En: Theda Skocpol (ed.). *Democracy, Revolution, and History*. Nueva York: Cornell University Press, 2018: pp. 55-72.
- UNICEF, et al. *Protocolo de Atención, Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia*. 2013. Disponible en:  
<https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Protocolo%20Atencion%20Obstetrica.pdf>
- VARGAS, J.; VARGAS, V.; HERNÁNDEZ, C. Calidad en prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. En: *Revista de Ciencias Sociales*. 2013, vol. 19, núm. 4, pp. 663-671. [www.redalyc.org/articulo.oa?id=28029474005](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28029474005)