

SISTEMATIZACIÓN CONVERSATORIOS VIRTUALES

PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA

REFLEXIONES DESDE AMÉRICA LATINA,
EUROPA Y ÁFRICA



Sistematización conversatorios sobre la prevención y abordaje de la violencia gineco-obstétrica. Reflexiones desde América Latina, Europa y África.

© ONU Mujeres, 2026

Todos los derechos reservados.

El presente documento fue elaborado en el marco del plan de trabajo conjunto entre el área de Eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas de ONU Mujeres y el Centro para la Salud y los Derechos Humanos del Instituto O'Neill para el Derecho y la Salud Nacional y Global de la Universidad de Georgetown (O'Neill Institute), estipulado en su Memorandum de Entendimiento, en colaboración con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

Coordinación general

Mónica Salinero. Especialista. Área Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y las Niñas. ONU Mujeres. Chile.

Patricio López Turconi. Asociado. O'Neill Institute.

Mariela Cortés. Oficial de enlace. UNFPA. Chile.

Autoría

Kevin Zamora González. Pasante. O'Neill Institute.

Equipo técnico

Natalia Acevedo. Consultora sénior. O'Neill Institute.

Kevin Zamora González. Pasante. O'Neill Institute.

Revisión general

Maricel Sauterel. Coordinadora de Programas, ONU Mujeres. Chile.

Florencia Sotelo. Especialista. Área Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y las Niñas. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. ONU Mujeres.

Diagramación

Florencia Fernández. ONU Mujeres. Chile.

Agradecimientos

Agradecemos a las personas expertas, profesionales, ponentes y organizaciones que contribuyeron a la realización de los conversatorios, así como a las personas asistentes.

Descargo de responsabilidad

El contenido de este documento no refleja necesariamente la postura oficial de las instituciones organizadoras.

Cita sugerida

ONU Mujeres, O'Neill Institute y UNFPA (2026). Sistematización conversatorios sobre la prevención y abordaje de la violencia gineco-obstétrica. Reflexiones desde América Latina, Europa y África. ONU Mujeres, Oficina Regional para las Américas y el Caribe.

TABLA DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	4
MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL RELEVANTE	5
RESUMEN	8
SESIÓN No. 1: INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DE VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA: ESTRATEGIAS COMPARADAS PARA SU PREVENCIÓN Y ABORDAJE, Y ALGUNOS ENFOQUES DIFERENCIADOS	9
Panelistas	10
Discusión	10
Propuestas	12
SESIÓN No. 2: CONSTRUYENDO PUENTES ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD Y OTROS ACTORES	13
Panelistas	14
Discusión	14
Propuestas	15
CONCLUSIONES	16

PRESENTACIÓN

La Entidad de Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres en Chile (ONU Mujeres); el Fondo de Población de Naciones Unidas en Chile (UNFPA); y el Centro para la Salud y los Derechos Humanos del Instituto O'Neill para el Derecho y la Salud Nacional y Global de la Universidad de Georgetown (O'Neill Institute) tienen el agrado de presentar los resultados de los dos "Conversatorios virtuales sobre la prevención y abordaje de la violencia gineco obstétrica. Reflexiones desde América Latina, Europa y África" realizados los días 22 de mayo y 2 de junio del presente año. Estas jornadas son el producto de una alianza institucional en el marco de sus mandatos y objetivos estratégicos para el desarrollo de un plan de trabajo colaborativo en los ámbitos de la erradicación de la violencia de género, los derechos sexuales y reproductivos, y la autonomía de las mujeres.

A 30 de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing -el acuerdo global más amplio y significativo para el avance de la igualdad de género y la realización de los derechos humanos de las mujeres- aún persisten desafíos en materia de erradicación de la manifestación de la violencia que aborda el presente documento, asociados al menos a 3 de las 12 esferas que contempla esta hoja de ruta global: las mujeres y la salud; la violencia contra las mujeres; y los derechos humanos de las mujeres. La violencia gineco-obstétrica (VGO) es una realidad global que ha sido expuesta por la Relatora Especial sobre la Violencia contra las mujeres y las niñas, Dubravka Šimonović, en su informe denominado "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" (2019), en el que analiza la violencia contra las mujeres en los sistemas de salud reproductiva, y establece recomendaciones para los Estados y partes interesadas.

La situación global se expresa a nivel nacional en la importancia que las instituciones y organizaciones en Chile han expresado para que se aborde el problema

de la violencia gineco-obstétrica. Este interés es, así mismo, producto de la decisiva demanda que el movimiento de mujeres y feminista chileno ha realizado para su efectiva prevención y respuesta, lo que se ha traducido en su reconocimiento como agravante de la violencia de género en la ley integral nacional de violencia, Ley N° 21.675 que Estatuye medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia en contra de las mujeres, en razón de su género. Así como, también, se observa en la movilización para la construcción y aprobación del proyecto de ley actualmente discusión parlamentaria que busca entregar un marco normativo específico e integral para este tipo de violencia por tanto tiempo invisibilizada y que requiere trabajar con diversos actores del sistema de salud y las políticas públicas para prevenirla en primer lugar.

Dichas necesidades y demandas son la base para la organización de estos conversatorios conjuntos, que contaron con la participación de destacados y destacadas especialistas en la materia de América Latina, Europa y África, a quienes las instituciones organizadoras agradecen su encomiable y desinteresado aporte. Los conversatorios se diseñaron con el fin de desarrollar una discusión comparada a nivel global que entregara oportunidades y desafíos comunes, así como posibles formas de abordaje, que pusieran en el centro la prevención para la erradicación de la violencia gineco-obstétrica. La actividad, dirigida a tomadores de decisión, funcionarias y funcionarios públicos de los diversos servicios esenciales involucrados, así como a la Academia en Chile, tuvo una amplia y exitosa convocatoria que refuerza la importancia del compromiso adquirido para el trabajo conjunto; e invitan a difundir entre los diferentes actores las experiencias, conocimientos y reflexiones alcanzadas a través de este documento.

Se espera que este documento sea una contribución a la discusión y a la labor de instituciones, organizaciones, así como de profesionales que trabajan activamente para erradicar la violencia contra las mujeres y las niñas, por el ejercicio de sus derechos humanos y la consecución de su autonomía física.

MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL RELEVANTE

El derecho internacional de los derechos humanos ha reconocido que la VGO es una forma de violencia basada en género que constituye violaciones a los derechos humanos, incluyendo el derecho a la vida, a la salud, a su integridad física y a no ser objeto de discriminación.¹

Desde el sistema de protección de las Naciones Unidas, se ha entendido que la VGO hace parte de la violencia por motivos de género y se ha instado a los países a poner en marcha mecanismos de prevención, investigación y sanción. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) ha tenido oportunidad de conocer hechos que constituyen modalidades de violencia obstétrica, como esterilizaciones forzadas,² muertes maternas prevenibles³ y denegaciones de abortos.⁴ Más recientemente, dicho Comité ha decidido dos comunicaciones individuales contra España en las que utilizó específicamente el concepto de violencia obstétrica para caracterizar los hechos denunciados, en los que las autoras fueron maltratadas durante el proceso de parto y se les realizaron procedimientos e intervenciones médicas sin su consentimiento.⁵ Asimismo, en sus Observaciones Finales sobre los informes periódicos de los Estados Partes, el Comité CEDAW

también ha expresado preocupación por situaciones de violencia y discriminación en el marco de la atención en salud sexual y reproductiva, que pueden calificarse como violencia obstétrica.⁶ Para el caso concreto de Chile, el Comité en sus Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Chile (2024) recomendó al Estado que “prevenga la violencia obstétrica y proteja a las mujeres en este sentido, refuerce los programas de capacitación en derechos humanos de las mujeres y tratamiento sensible al género para los profesionales de la medicina y garantice que las mujeres víctimas de violencia obstétrica tengan acceso efectivo a la justicia y a reparaciones adecuadas”.⁷

Otros mandatos de procedimientos especiales han igualmente expresado preocupación respecto a este fenómeno. En 2013, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes notó que “los malos tratos infligidos a mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género”. Entre los ejemplos de ese tipo de violencia, el Relator mencionó “el maltrato

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud”, Doc. de la ONU WHO/RHR/14.23 (2015).

2. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW). A. S. c. Hungría, Doc. de la ONU CEDAW/C/36/D/4/2004 (29 de agosto de 2006).

3. Comité CEDAW. Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brasil, Doc. de la ONU CEDAW/C/49/D/17/2008 (27 de septiembre de 2011).

4. Comité CEDAW. L. C. c. Perú, Doc. de la ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (25 de noviembre de 2011).

5. Comité CEDAW. S. F. M. c. España, Doc. de la ONU CEDAW/C/75/D/138/2018 (28 de febrero de 2020); N. A. E. c. España, Doc. de la ONU CEDAW/C/82/D/149/2019 (13 de julio de 2022).

6. Véase, por ejemplo, Comité CEDAW. *Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Portugal*, Doc. de la ONU CEDAW/C/PRT/CO/10 (12 de julio de 2022), párr. 32; *Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Panamá*, Doc. de la ONU CEDAW/C/PAN/CO/8 (1 de marzo de 2022), párr. 37.d; *Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Perú*, Doc. de la ONU CEDAW/C/PER/CO/9 (1 de marzo de 2022), párr. 37.e; *Observaciones finales sobre los informes periódicos 6º y 7º combinados de Irlanda*, Doc. de la ONU CEDAW/C/IRL/CO/6-7 (9 de marzo 2017), párrs. 44-45; *Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de la República Checa*, Doc. de la ONU CEDAW/C/CZE/CO/6, (14 de marzo de 2016), párr. 30.a, b, c y d; *Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de la República Checa*, Doc. de la ONU CEDAW/C/CZE/CO/5 (10 de noviembre de 2010), párr. 36.

7. Comité CEDAW. *Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Chile*, Doc. de la ONU CEDAW/C/CHL/CO/8 (31 de octubre de 2024), párr. 38 d).

y la humillación en entornos institucionales; [...]; la denegación del acceso a servicios autorizados de salud como el aborto y la atención posaborto; [...]; las infracciones del secreto médico y de la confidencialidad en entornos de atención de la salud, como las denuncias de mujeres presentadas por personal médico cuando hay pruebas de la realización de abortos ilegales; y la práctica de intentar hacer confesar a una mujer como condición para que reciba un tratamiento médico que podría salvar su vida después de un aborto”.⁸ Del mismo modo, en 2016, el Relator Especial observó que en “muchos Estados, las mujeres que tratan de obtener servicios de salud materna se exponen a un riesgo elevado de sufrir malos tratos, en particular en el período prenatal y puerperal” y que esas “vejaciones suelen estar motivadas por ciertos estereotipos sobre el papel procreador de la mujer”.⁹

La Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias también ha enfatizado las obligaciones que tienen los Estados de afrontar el fenómeno de la violencia en escenarios de salud reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos.¹⁰ Así, la Relatoría ha reconocido que la violencia obstétrica es una “práctica generalizada y arraigada en los sistemas de salud”¹¹ que obedece a desequilibrios y dinámicas de poder entre las mujeres y los profesionales de la salud y se reproduce en un contexto más amplio de desigualdad estructural y discriminación. Por esto, esta violencia puede agudizarse en el caso de mujeres que enfrentan múltiples identidades y estereotipos sobre su sexualidad y reproducción, incluyendo las mujeres con discapacidad, indígenas, privadas de

la libertad, entre otras.¹² La Relatoría puntualizó que la violencia obstétrica se puede presentar en servicios como exámenes ginecológicos, abortos, anticoncepción y servicios de parto, entre otros,¹³ y puede incluir múltiples actuaciones u omisiones como el maltrato, la violencia física y psicológica, la violación de la autonomía y el consentimiento informado, la falta de información y violación a la intimidad y la confidencialidad, y el uso de personal médico sin experiencia, entre otras.¹⁴ Además, la Relatora Especial instó a los Estados a poner en marcha mecanismos de rendición de cuentas que garanticen la reparación a las víctimas, la sanción de los responsables y la investigación exhaustiva e imparcial de las denuncias de maltrato y violencia obstétrica.¹⁵

Por su parte, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH) también ha instado a los Estados a reconocer los fenómenos de violencia ginecobstétrica y a emplear mecanismos para su prevención y abordaje. Tanto Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) han reconocido el fenómeno de violencia obstétrica, entendiéndolo como una modalidad de violencia de género que abarca todo supuesto 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.”¹⁶

La CIDH también ha notado que “este tipo de violencia encierra concepciones machistas y estereotipadas sobre el rol de las mujeres, su

8. Naciones Unidas. *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan Méndez, Doc. de la ONU A/HRC/22/53 (1 de febrero de 2013), párr. 46.

9. Naciones Unidas. *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan Méndez, Doc. de la ONU A/HRC/22/53 (1 de febrero de 2013), párr. 47.

10. Naciones Unidas. *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un 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*, Doc. de la ONU A/74/137 (11 de julio de 2019), párr. 77.

11. *Ibíd.*, párr. 16.

12. *Ibíd.*, párr. 45. Véase también Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Observación general núm. 3 sobre las mujeres y las niñas con discapacidad*, Doc. de la ONU CRPD/C/GC/3 (25 de noviembre de 2016), párr. 29.

13. *Ibíd.*

14. *Ibíd.*, párr. 16-32.

15. *Ibíd.*, párr. 81, j), k), l) y m).

16. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas* (2017), párr. 80; *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe* (2019), párr. 181.

experiencia de la maternidad y sobre sus cuerpos” y 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”.¹⁷ Así, CIDH ha recomendado a los Estados adoptar medidas para reconocer este tipo de violencia, fomentar su concientización, reglamentar su sanción y establecer mecanismos para su denuncia.¹⁸ Y aunque algunos países de la región han reconocido expresamente la violencia obstétrica en sus leyes, la CIDH ha notado con preocupación la brecha existente entre la ley y su aplicación.¹⁹ Del mismo modo, la Corte IDH enfatizó que los Estados tienen el deber de “prevenir y abstenerse de incurrir en actos constitutivos de violencia de género durante el acceso a servicios de salud reproductiva”²⁰ y advirtió que deben garantizar el acceso a la justicia para las víctimas de violencia obstétrica “específicamente a través de la tipificación de esa violencia y del acceso a recursos administrativos y judiciales, así como a reparaciones efectivas y transparentes por las violaciones del derecho a la salud sexual y reproductiva.”²¹

Más recientemente, en los casos en Brítez Arce y otros Vs. Argentina y Rodríguez Pacheco y otra Vs. Venezuela, la Corte IDH enfatizó que a la luz de la Convención de Belém do Pará, las mujeres tienen derecho a vivir libres de violencia obstétrica, considerando la vulnerabilidad que se vive durante el embarazo y el posparto.²² Además, reiteró que

la violencia obstétrica puede manifestarse de formas diversas y es ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto.²³

Por último, desde el sistema europeo de derechos humanos, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) también ha sancionado la violencia obstétrica basándose principalmente en el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, que protege el derecho a la vida privada y familiar. De hecho, el TEDH ha determinado que el desprecio por parte del personal médico del derecho de la paciente a estar debidamente informada puede desencadenar la responsabilidad del Estado en virtud del artículo 8 del Convenio Europeo.²⁴ Esto incluye informar a los pacientes de las consecuencias previsibles de un procedimiento médico planificado sobre su integridad física,²⁵ respetar su derecho a la autonomía y elección,²⁶ obtener permiso para el ingreso de terceros al parto como estudiantes de medicina²⁷ y el derecho a elegir las circunstancias del parto,²⁸ entre otras.

17. *Ibíd.*, párr. 182.

18. *Ibíd.*, párr. 188.

19. CIDH. *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe* (2019), párr. 187. Véase, por ejemplo, las experiencias de Argentina, Bolivia, México, Panamá, Perú y Venezuela.

20. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). Opinión Consultiva OC-29/22. Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad. Opinión del 30 de mayo de 2022, párr. 160.

21. *Ibíd.*, párr. 162.

22. Corte IDH. Caso Rodríguez Pacheco y otra Vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 1 de septiembre de 2023, párr. 101-105; Caso Brítez Arce y otros Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022, párr. 77.

23. Corte IDH. Caso Rodríguez Pacheco y otra Vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 1 de septiembre de 2023, párr. 104.

24. Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH). *Codarcea c. Romania* (2009), §105.

25. TEDH. *Csoma c. Romania* (2013), §42 y *V. C. c. Eslovaquia* (2012).

26. TEDH. *V. C. c. Eslovaquia* (2012).

27. TEDH. *Konovalova c. Rusia* (2015).

28. TEDH. *Ternovszky c. Hungría* (2011), §22.

RESUMEN

La VGO es una forma de violencia basada en género que ocurre en el contexto de la atención en salud sexual y salud reproductiva, particularmente durante la gestación, el parto, el puerperio, el aborto o una emergencia ginecológica.²⁹ La VGO es también una forma de violencia estructural que surge de relaciones jerárquicas asimétricas, estereotipos en torno a la maternidad y la sexualidad, sesgos religiosos, prejuicios étnicos culturales y un modelo de atención obstétrica basado en la estandarización del parto. Este entramado reproduce prácticas que despersonalizan la atención, subordinan la experiencia reproductiva a criterios biomédicos y niegan a las mujeres³⁰ -y a toda persona con capacidad de gestar- su condición de sujetas activas de derecho.

Inicialmente visibilizada por organizaciones de la sociedad civil y documentada por investigaciones especializadas, esta forma de violencia ha sido progresivamente reconocida por instrumentos internacionales, decisiones judiciales tanto nacionales como regionales, y más recientemente, por legislaciones nacionales como la Ley N° 21.675 en Chile que estipula violencia gineco obstétrica como una agravante. Su consagración jurídica no solo proporciona un lenguaje común para nombrar experiencias de maltrato naturalizado, sino que también habilita mecanismos normativos concretos para su prevención, sanción y reparación.

En el marco de la promulgación de dicha ley, ONU Mujeres Chile, UNFPA Chile y el Centro para la Salud y los Derechos Humanos del O'Neill Institute organizaron un conversatorio virtual en dos sesiones, con el propósito de propiciar un análisis interdisciplinario y comparado sobre los desafíos y respuestas para la prevención y el abordaje de la violencia gineco-obstétrica. Con la participación de expertas y expertos de América Latina, África y Europa, el evento convocó a profesionales del ámbito jurídico, académico, sanitario y de prevención de la violencia contra las mujeres, con el objetivo de fortalecer estrategias institucionales que promuevan una atención gineco-obstétrica centrada en los derechos humanos y la equidad de género.

El presente documento resume los principales resultados, reflexiones y aprendizajes compartidos por las y los panelistas durante ambos encuentros. Sin embargo, su contenido no refleja necesariamente la postura oficial de las organizaciones convocantes.

29. Chile. Ley N° 21.675. *Estatuye medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia en contra de las mujeres, en razón de su género*. Diario Oficial, 14 de junio de 2024, art. 6 (9).

30. En este documento, los términos "mujeres" y "usuarias" se utilizan de manera inclusiva y hacen referencia a todas las personas con capacidad de gestar.

SESIÓN No. 1

**INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DE
VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA:
ESTRATEGIAS COMPARADAS PARA
SU PREVENCIÓN Y ABORDAJE, Y
ALGUNOS ENFOQUES DIFERENCIADOS**

PANELISTAS

- **Natalia Saralegui Ferrante** - Abogada e investigadora en género y derecho, Universidad de Buenos Aires (UBA).
- **Daniela Drandić** - Jefa de Apoyo, Defensa y Comunicaciones, International Confederation of Midwives (ICM).
- **Kerigo Odada** - Consultora jurídica en derecho a la salud, Universidad de Pretoria.

Moderación: Mónica Salinero, Especialista en Violencia de Género de ONU Mujeres Chile, con palabras introductorias de Mariela Cortés, Oficial de Enlace de UNFPA Chile.

DISCUSIÓN

La VGO es una forma de violencia de género específica que se ejerce en contra de las mujeres. La VGO constituye una violación a la autonomía corporal, a la dignidad y al derecho humano a la salud. A nivel global, su **prevalencia** alcanza tasas de hasta el 59%, con mayor prevalencia en países de América Latina, África y Europa del Este.

Ejemplos de este tipo particular de violencia incluyen: comentarios discriminatorios, humillación, amenazas de sedación, procedimientos injustificados, violaciones de la confidencialidad de la usuaria, esterilización forzada, criminalización de eventos obstétricos y la detención posparto por falta de pago. Estas prácticas no deben ser vistas como errores coyunturales de la práctica clínica, sino como violaciones sistémicas ancladas al poder patriarcal.

La **conceptualización y el reconocimiento jurídico** de la violencia obstétrica constituyen una herramienta clave para la protección de los derechos humanos de las mujeres. Es importante que las definiciones legales de VGO se construyan a partir de las vivencias subjetivas de las mujeres, toda vez

que aquellas que se establezcan únicamente desde el modelo biomédico de atención de salud podrían no corresponderse con las experiencias y necesidades de cuidado de las usuarias.

Si bien su tipificación legal no garantiza por sí sola una disminución en su incidencia – como lo evidencia el caso del estado de Tabasco, en México, donde se reportan algunas de las tasas más bajas del país a pesar de la audiencia de legislación específica sobre VGO –, clasificarla como un hecho jurídicamente ilícito o relevante permite habilitar herramientas concretas para su prevención y sanción. Para que este reconocimiento se traduzca en efectos reales, es fundamental contar con mecanismos accesibles y eficaces que permitan a las usuarias defender sus derechos a través de procesos de rendición de cuentas dentro del sistema de salud.

En cuanto a **estrategias para su prevención y abordaje**, los datos presentados por Hakimi et al.³¹ demuestran que una de ellas puede ser garantizar la profesionales de la matronería, como personal profesionalizado de acompañamiento, en tanto ello puede reducir significativamente la prevalencia de VGO, puesto que facilitan la toma de decisiones informadas, promueven la simetría en la información entre el médico/a y la paciente, y permiten que las mujeres ejerzan un control real sobre su parto, disminuyendo así el riesgo de violencia. Sin embargo, las asociaciones médicas suelen oponerse al ejercicio autónomo de la matronería, ya que este desafía sus modelos jerárquicos clínicos, sostenidos por la tecnocracia obstétrica y la estandarización del proceso de parto. Por ello, es fundamental consolidar sistemas de matronería autónoma y avanzar hacia una redistribución del poder clínico, con un enfoque centrado en la mujer.

31. Hakimi, S., et al. "Global Prevalence and Risk Factors of Obstetric Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 169 (2025): 1012–1024. <https://doi.org/10.1002/ijgo.16145>.

La **educación** también constituye una estrategia clave. La formación de profesionales de la salud debe reorientarse para poner en el centro la autonomía de las usuarias. Es necesario erradicar el “currículo oculto” que enseña a los estudiantes de medicina a ignorar la voluntad de las mujeres en el contexto obstétrico, asegurando que cada programa académico incluya contenidos sobre consentimiento informado, trato digno y respeto cultural.

Por último, el **litigio** puede ser una herramienta útil para combatir la VGO en ciertos contextos, aunque su enfoque adversarial ha alejado a los médicos del diálogo necesario. Por ello, legisladores y sociedad civil deben fomentar alianzas que equilibren el libre ejercicio de la profesión médica con la rendición de cuentas sobre prácticas que puedan constituir VGO. Las áreas de oportunidad para estas alianzas varían según cada sistema, según las particularidades del ecosistema legislativo y cultural de cada país.

Las experiencias comparadas en América Latina, Europa, África permiten identificar tanto los avances como los desafíos para la implementación de algunas de estas herramientas:

- **En América Latina**, ya existen precedentes importantes de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) que definen y visibilizan la violencia obstétrica. En los casos *Beatriz vs. El Salvador*³² y *Manuela vs. El Salvador*,³³ la Corte IDH reconoció que prácticas como la negación o el retraso injustificado de abortos, la atención médica deshumanizada y la criminalización de emergencias obstétricas constituyen formas de violencia institucional y de género. Sin embargo, el área de oportunidad radica en trasladar estos criterios al ámbito legislativo, tanto nacional como subnacional, y a la práctica clínica.

- **En Europa**, el Consejo Europeo ha instado a los Estados a debatir la protección de los derechos de las pacientes en el contexto de la atención gineco-obstétrica, y la Unión Europea ha emitido directrices que reconocen a la VGO como una preocupación de derechos humanos y de igualdad de género.³⁴ Sin embargo, la codificación legal también ha sido limitada: hasta ahora, Italia es el único país que ha reconocido formalmente la violencia obstétrica en su legislación interna. La resistencia de algunas asociaciones médicas obstétricas indica que persisten obstáculos para traducir las leyes en cambios estructurales dentro del sistema de salud.

- **En Sudáfrica**, el sistema judicial es progresista y ha permitido que las demandas por esterilización forzada prosperen gracias a una Constitución garantista. Sin embargo, el exceso de demandas reclamando reparación por negligencias médicas ha generado un ambiente muy litigioso en el sector salud, lo que ha llevado a que algunos profesionales se retiren del servicio público. Esto refleja los riesgos de priorizar herramientas adversariales para responder a la VGO en algunos contextos.

- **En Kenia**, por el contrario, el litigio de interés público ha sido una herramienta efectiva para visibilizar la VGO. Sin embargo, su sistema rígido de división de poderes ha dificultado que el poder judicial revise los actos administrativos de atención materno-infantil. La oportunidad, en este caso, radica en que los tribunales ejerzan control judicial para interpretar y dar contenido a los artículos constitucionales sobre el derecho a la salud.

32. Corte IDH. Caso Beatriz y otros vs. El Salvador. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia del 22 de noviembre de 2024.

33. Corte IDH. Caso Manuela y otros vs. El Salvador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 2 de noviembre de 2021.

34. Brunello, S., et. al., *Obstetric and Gynaecological Violence in the EU - Prevalence, Legal Frameworks and Educational Guidelines for Prevention and Elimination*. Estudio para el Parlamento Europeo, 17 de abril de 2024, [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document/IPOL_STU\(2024\)761478](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document/IPOL_STU(2024)761478).

- **A nivel regional**, la Resolución 625 (2025) de la Comisión Africana³⁵ representa una victoria significativa al emplear por primera vez el término “violencia obstétrica” y proponer lineamientos regionales. No obstante, al tratarse de un instrumento no vinculante, su impacto normativo ha sido limitado y aún no se han traducido en legislación interna ni en mecanismos de cumplimiento.

PROPUESTAS

1. **Fortalecer los cuidados centrados en las mujeres:** promover la continuidad en la atención brindada por profesionales de la matronería, reconociendo que su presencia es un factor protector clave contra la violencia obstétrica y mejora sustancialmente la experiencia del parto.
2. **Avanzar en la conceptualización jurídica de la VGO:** incorporar de manera explícita la violencia gineco-obstétrica en marcos legales y políticas públicas existentes sobre violencia contra las mujeres, garantizando así mecanismos efectivos para su prevención y sanción.
3. **Avanzar en la formación integral y sensibilización del personal de salud:** revisar y reformar currículos médicos, incluyendo formación obligatoria en derechos humanos y autonomía corporal desde etapas tempranas de la educación médica, reduciendo así prácticas abusivas y promoviendo respeto a la dignidad.
4. **Optar por estrategias de movilización legal que sean sensibles al contexto:** utilizar estrategias judiciales y políticas públicas contextualmente adecuadas para exigir rendición de cuentas, evitando generar resistencias extremas en proveedores de salud y promoviendo soluciones colaborativas que involucren a todos los actores relevantes.
5. **Avanzar en la construcción de alianzas:** fortalecer movimientos inclusivos que integren actores diversos como sociedad civil, matronas, personal médico, abogadas/os y usuarias, garantizando un enfoque integral y efectivo contra la VGO.

35. ACHPR/Res.625 (LXXXII), “Resolution on the need to Develop Guidelines on the Elimination of Obstetric Violence and Promotion of Maternal Healthcare in Africa” (11 de marzo de 2025).

SESIÓN No. 2

**CONSTRUYENDO PUENTES
ENTRE PROFESIONALES DE
LA SALUD Y OTROS ACTORES**

PANELISTAS

- **Dr. Guillermo Ortiz** - Ginecólogo-Obstetra, Senior Medical Advisor, Ipas.
- **Dra. Carolina Liu Orellana** - Ginecóloga-Obstetra Infanto Juvenil, Hospital Roberto del Río, profesora de la Universidad de Santiago de Chile (USACH) e integrante de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG).

Moderación: María Belén Saavedra, asociada sénior del O'Neill Institute.

DISCUSIÓN

Chile cuenta con una robusta trayectoria de políticas de salud materna e infantil, lo que ha permitido reducir la tasa de mortalidad materna a niveles líderes en América Latina. Esto se debe, en parte, a su política de atención hospitalaria y a las políticas públicas de planificación familiar.

La reciente promulgación de la Ley 21.675 representa un hito en la discusión sobre la VGO, y un importante esfuerzo para fomentar el parto respetuoso y los derechos de las mujeres. No sólo reconoce y define a la VGO como una forma de violencia de género, sino que también establece claras obligaciones de prevención, reparación y acceso a la justicia para quienes hayan experimentado esta forma de violencia.

Algunas prácticas del personal de salud que constituyen VGO incluyen **agresiones físicas**, como la maniobra de Kristeller o el uso injustificado de fórceps; **verbales**, como regaños o burlas; y/o **psicológicas**, como desacreditar el dolor o infantilizar a la usuaria; y **estructurales**, como la falta de insumos o el hacinamiento. Los testimonios de mujeres en la región evidencian que este fenómeno se nutre tanto de prácticas individuales como de fallas sistémicas. Por ejemplo, en países como El Salvador,

se ha documentado el uso rutinario de oxitocina o cesáreas innecesarias para agilizar los flujos hospitalarios, siendo prácticas que reflejan fallas sistémicas y violencia de género institucional más que individual.

La VGO también se manifiesta en la atención del aborto, donde persisten prácticas de castigo hacia las mujeres que se someten a procedimientos prohibidos por la legislación o sobre quienes recae la sospecha de haberlos realizado, así como una sobreutilización de la objeción de conciencia por parte del personal médico para obstaculizar el acceso a servicios legales que puedan ser necesarios. En este contexto, una herramienta clave para el abordaje de la VGO puede ser la reglamentación estricta del ejercicio de la objeción de conciencia, limitándola exclusivamente al momento de la ejecución del procedimiento y excluyendo el diagnóstico, la derivación y los cuidados posteriores.

La experiencia chilena demuestra que medidas de este tipo pueden ser efectivas. Por ejemplo, se estima que el decreto³⁶ que limita la objeción de conciencia puede haber contribuido significativamente a reducir las barreras institucionales, ya que actualmente solo cinco de los setenta hospitales públicos mantienen un 100% de objetores de conciencia para la causal violación.³⁷

36. Decreto Exento N° 67, "Aprueba Reglamento para Ejercer Objeción de Conciencia Según lo Dispuesto en el Artículo 119 Ter del Código Sanitario", 23 de octubre de 2018, <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1124446>. Ante el aumento de la objeción de conciencia del personal sanitario para no realizar los procedimientos contemplados en la Ley de aborto en tres causales, y con el fin de facilitar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo de las personas que se encuentran en alguna de las hipótesis reguladas en la Ley N° 21.030, en mayo de 2025 se publicó el Decreto N° 22 del Ministerio de Salud. Dicho decreto actualiza y modifica el Decreto N° 67 de 2018, relativo a la aprobación del Reglamento para el ejercicio de la objeción de conciencia, conforme a lo dispuesto en el artículo 119 Ter del Código Sanitario. Este nuevo decreto incorpora mayores exigencias en materia de información y derivación.

37. Corporación Humanas. "Cinco hospitales públicos tienen el 100% de objetores de conciencia para la causal de violación." La Neta (blog), 20 de diciembre de 2023. <https://laneta.cl/cinco-hospitales-publicos-tienen-el-100-de-objetores-de-conciencia-para-la-causal-de-violacion/>.

Sin embargo, es importante no reducir nuestro entendimiento de la VGO a la suma aislada de malas prácticas del personal de salud, pues no todas las negligencias médicas constituyen formas de violencia. La VGO es un efecto de un *habitus* paternalista, jerárquico y militarizado que aún prevalece en la formación clínica, por lo que a menudo se manifiesta en prácticas que reflejan estereotipos de género, desigualdades de poder, sesgos religiosos y déficits curriculares en derechos sexuales y reproductivos.

El desafío central para su prevención y abordaje es **migrar hacia un modelo participativo basado en consentimiento informado, libertad de movimiento y acompañamiento continuo**. La Organización Mundial de la Salud (OMS) resume este paradigma en diez principios: desmedicalización razonable, uso de tecnología apropiada, respaldo en evidencia científica, regionalización de servicios, trabajo multidisciplinario, enfoque integral, atención centrada en la familia, pertinencia cultural, autonomía en la toma de decisiones y respeto a la privacidad.³⁸

Chile ha avanzado hacia ese modelo de parto personalizado, en reemplazo del enfoque tradicional centrado en la autoridad médica y la intervención rutinaria. Este nuevo paradigma se formaliza en la Orientación Técnica de Atención Integral al Parto, que establece un estándar clínico basado en derechos humanos y reconoce la libertad de movimiento durante el trabajo de parto, el uso de métodos farmacológicos y no farmacológicos para el manejo del dolor, y el derecho de las usuarias a estar acompañada durante todo el proceso si así lo desean. A ello se suma el desarrollo de la Norma de Plan de Parto, que establece la obligación de los equipos de salud de conocer y respetar el plan elaborado junto con la usuaria, siempre que no implique un riesgo clínico.

38. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS: Cuidados Durante el Parto para una Experiencia de Parto Positiva (Washington, D.C.: OPS, 2019), https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf.

PROPUESTAS

1. **Transitar hacia un modelo de parto personalizado:** fomentar el consentimiento informado y la autonomía de las mujeres, superando el trato jerárquico y priorizando la comunicación clara.
2. **Actualizar la formación del personal de salud con enfoque de derechos:** incorporar desde el pregrado contenidos obligatorios sobre autonomía corporal y trato digno, y sustituir prácticas invasivas por simulaciones y capacitación continua en salud sexual y reproductiva.
3. **Implementar el Plan de Parto como documento obligatorio:** formalizar y respetar las preferencias de las mujeres en cuanto a posición, acompañamiento, analgesia y límites a procedimientos, asegurando su registro y aplicación en todos los niveles de atención.
4. **Aplicar encuestas de satisfacción cualitativas:** utilizar preguntas abiertas, sin coacción, para recoger experiencias de las mujeres y convertir estos datos en una herramienta efectiva de monitoreo y mejora de la calidad del trato.
5. **Promover un parto natural:** reducir el uso rutinario de intervenciones como oxitocina, cesáreas y episiotomías para reducir el flujo hospitalario, priorizando el curso fisiológico del parto. La atención debe adaptarse a los ritmos y decisiones de la mujer, en un entorno que respete su comodidad, dignidad y autonomía.
6. **Asegurar condiciones dignas de infraestructura y acompañamiento:** garantizar salas con libertad de movimiento, acceso a dieta líquida durante todo el trabajo de parto y presencia continua de una persona de confianza.

CONCLUSIONES

Las presentaciones del conversatorio confirman que la VGO es un problema estructural que requiere enfoques simultáneos en diversos ámbitos: normativo, educativo, institucional y comunitario.

La codificación legal debe ir acompañada de mecanismos accesibles de rendición de cuentas, auditorías y un sistema estadístico transparente que permita visibilizar el fenómeno.

Es crucial, además, reformar la formación de los profesionales de la salud, incorporando en la currícula, de manera obligatoria, los derechos humanos, la perspectiva de género y la interculturalidad, así como promover la profesionalización de la matronería y el consentimiento informado como pilares del modelo de parto respetuoso.

Por último, las estrategias de movilización legal deben orientarse a equilibrar la autonomía de la profesión médica con la protección de los derechos de las usuarias.

