

LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y (NO) REPRODUCTIVA: ENTRE LA VIOLENCIA GINECOLÓGICA Y LA OBSTÉTRICA¹²

Ana Lis Palacio

ORCID 0009-0002-9609-1295

analispalacio@hotmail.com³

María Alejandra Zucchini

ORCID 0009-0009-8019-8996

alezuc@hotmail.com⁴

Resumen

En los últimos años y tras las luchas de movimientos feministas, se viene visibilizando la violencia obstétrica -aquella que se despliega durante la atención del embarazo, parto y postparto en centros de salud, públicos o privados-, como una práctica generalizada, sistemática, invisibilizada y, en muchos casos, profundamente deshumanizada. En ese sentido, organismos internacionales de derechos humanos, como la Corte

¹La versión preliminar de este trabajo fue expuesta por las autoras en el marco del V Congreso Nacional de Derecho y I Congreso Internacional de Derecho 2025 titulado "Democracia y Sistemas Jurídicos: tensiones y desafíos" celebrado los días 11 y 12 de noviembre de 2025.

²Fecha de recepción del artículo 27/03/2026. Fecha de aceptación del artículo 15/04/2026

³Abogada. Magíster en Derecho Civil, Especialista en Derecho Procesal, UNLPam, FCEyJ, Santa Rosa, Argentina.

⁴Abogada. Especialista en Derecho Procesal, Maestranda en Derecho Civil, UNLPam, FCEyJ, Santa Rosa, Argentina.

Interamericana de Derechos Humanos (en adelante Corte IDH), se han expedido sobre esta cuestión. La Corte, en sus fallos de los últimos años y en la Opinión Consultiva N° 29/22 reconoce el deber de los Estados de prevenir y castigar estas violencias y su responsabilidad en caso de incumplimiento. No obstante, entendida en estos términos, queda fuera otra problemática igualmente grave que si bien comparte algunos caracteres en común con aquella, tiene connotaciones propias, como es la violencia ginecológica. Más invisibilizada aún, y en muchos casos naturalizada por las mujeres, es escasamente mencionada como supuesto autónomo de violencia, no receptada legislativamente y ostenta, por lo expuesto, de gran impunidad.

El objetivo del presente artículo es poner en evidencia una modalidad de violencia poco reconocida a la que somos sometidas las mujeres por los efectores de salud en la atención de nuestros cuerpos y proponer a la reflexión y la toma de conciencia respecto de esta grave situación que constituye una verdadera problemática de salud. A tal fin, analizaremos algunos fallos que tratan sobre esta cuestión, aunque no siempre se la haya caracterizado o definido como violencia ginecológica. Así, resulta necesario analizar este fenómeno desligado de la violencia obstétrica para determinar sus verdaderos alcances en relación con la necesidad de informar, visibilizar, difundir, sensibilizar en materia de derechos de las mujeres, a fin de condenar y desterrar estas prácticas tan arraigadas en los sistemas de salud.

Palabras clave: Violencia ginecológica, Derechos humanos, Trato inhumano y degradante, Modelo médico hegemónico, Género.

A VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E (NÃO) REPRODUTIVA: ENTRE A VIOLÊNCIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA

Resumo

Nos últimos anos e após as lutas de movimentos feministas, a violência obstétrica - aquela que se manifesta durante o cuidado da gravidez, parto e pós-parto em centros de saúde, públicos ou privados - vem sendo visibilizada como uma prática generalizada, sistemática, invisibilizada e, em muitos casos, profundamente desumanizada. Nesse sentido, organismos internacionais de direitos humanos, como a Corte Interamericana de Direitos Humanos (daqui em diante Corte IDH), têm se expedido sobre esta questão. A Corte, em suas decisões dos últimos anos e no Parecer Consultivo Nº 29/22, reconhece o dever dos Estados de prevenir e punir essas violências e sua responsabilidade em caso de descumprimento. No entanto, entendida nesses termos, fica de fora outra problemática igualmente grave que, embora compartilhe alguns caracteres em comum com aquela, tem conotações próprias, como é a violência ginecológica. Ainda mais invisibilizada, e em muitos casos naturalizada pelas mulheres, é pouco mencionada como hipótese autônoma de violência, não recepcionada legislativamente e apresenta, pelo exposto, grande impunidade.

O objetivo do presente artigo é evidenciar uma modalidade de violência pouco reconhecida a que somos submetidas as mulheres pelos prestadores de saúde no atendimento de nossos corpos e propor reflexão e conscientização em relação a esta grave situação que constitui um verdadeiro problema de saúde. Para tal fim, analisaremos alguns julgamentos que tratam dessa questão, embora nem sempre tenha sido caracterizada ou definida como violência ginecológica. Assim, torna-se necessário analisar este fenômeno desvinculado da violência obstétrica para determinar seus verdadeiros alcances em relação à necessidade de informar, visibilizar, difundir, sensibilizar sobre os direitos das mulheres, a fim de condenar e erradicar essas práticas tão enraizadas nos sistemas de saúde.

Palavras-chave: Violência ginecológica, Direitos humanos, Tratamento desumano e degradante, Modelo médico hegemônico, Gênero.

GENDER VIOLENCE IN SEXUAL AND (NON) REPRODUCTIVE HEALTH CARE: BETWEEN GYNECOLOGICAL AND OBSTETRIC VIOLENCE

Abstract:

In recent years, and following the struggles of feminist movements, obstetric violence—those acts that occur during the care of pregnancy, childbirth, and postpartum in public or private health centers—has been becoming visible as a widespread, systematic, invisible, and, in many cases, deeply dehumanized practice. In this regard, international human rights bodies, such as the Inter-American Court of Human Rights (hereinafter IACtHR), have issued on this matter. The Court, in its rulings in recent years and in Advisory Opinion No. 29/22, recognizes the duty of States to prevent and punish these forms of violence and their responsibility in case of noncompliance. However, understood in these terms, another equally serious problem remains outside, which, although it shares some characteristics in common with the former, has its own connotations, such as gynecological violence. Even more invisibilized, and in many cases normalized by women, it is rarely mentioned as an independent case of violence, not legislatively recognized, and as exposed, it enjoys considerable impunity.

The objective of this article is to highlight a little-recognized form of violence to which women are subjected by health care providers in the treatment of our bodies and to propose reflection and awareness regarding this serious situation, which constitutes a true health problem. To this end, we will analyze some rulings that address this issue, although it has not always been characterized or defined as gynecological violence. Thus, it is necessary

to analyze this phenomenon separate from obstetric violence to determine its true scope in relation to the need to inform, make visible, disseminate, and raise awareness regarding women's rights, in order to condemn and eradicate these practices so deeply rooted in health systems.

Keywords: Gynecological violence, Human rights, Inhumane and degrading treatment, Hegemonic medical model, Gender.

1. Introducción

En los últimos treinta años se han producido acontecimientos sumamente relevantes para la visibilización de los derechos de las mujeres. Entre ellos, pueden destacarse la adopción de instrumentos que reconocen una protección específica de sus derechos humanos, tanto en el ámbito universal —como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)— como en el plano regional, con la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como "Convención de Belém do Pará". En el preámbulo de este último instrumento se afirma que "(...) la violencia contra la mujer trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión, y afecta negativamente sus propias bases (...)" ; de ahí la necesidad de eliminar la violencia contra la mujer como condición indispensable para su desarrollo individual y social y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de la vida.

En Argentina, la Ley N.º 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, sancionada en 2009, representa un hito fundamental, ya que consagra normativamente sus derechos, establece garantías procesales

aplicables tanto en el ámbito judicial como administrativo y ofrece una definición amplia de violencia contra las mujeres, que incluye aquella ejercida por el Estado y sus agentes. Vinculada a la temática que nos ocupa en este trabajo, la ley recepta como modalidades de violencia contra las mujeres, entre otras, la violencia institucional, la violencia contra la libertad reproductiva y la violencia obstétrica (artículo 6°, incisos b), d) y e), y se exponen como tipos de violencia la física, la psicológica y la sexual (artículo 5°).

Puede advertirse que no se menciona de manera expresa a la violencia ginecológica, aunque se trata de un fenómeno que tiene -o podría tener- elementos en común con las nombradas.

Aun así, en la academia, los esfuerzos han estado destinados a estudiar y visibilizar la experiencia de violencia en la gestación, el parto-nacimiento y el posparto pero también es necesario estudiar y generar información y conocimiento en torno a la violencia vivida dentro de la consulta ginecológica ya que atañe a un enorme grupo de mujeres⁵ que acuden a dichos servicios de salud sexual, reproductiva y no reproductiva.

2. La ginecología en el modelo médico hegemónico

El sistema patriarcal ha utilizado el modelo médico como herramienta de dominación y legitimación. En el ámbito de la ginecología, los estudios sobre el cuerpo femenino, a menudo influenciados por perspectivas de otredad, han tendido a patologizar aquellos comportamientos y experiencias que no se alinean con la norma cis-hetero-patriarcal, así como con otras estructuras de poder presentes en la sociedad. Es así que

⁵ En este trabajo sólo nos referiremos a la violencia ginecológica que sufren las mujeres, sin desconocer que este tipo de violencia también afecta a aquellas personas cuyos cuerpos escapan a los estándares heteronormativos.

procesos naturales como la menopausia, los cambios hormonales y el ciclo menstrual comienzan a ser estudiados como imperfecciones en el funcionamiento del cuerpo de las personas asignadas a las mujeres al nacer (Rodríguez Bocanegra, 2024, p. 14).

El modelo médico hegemónico, desde donde la ginecología se enuncia, ha sido identificado como uno de los principales espacios para la producción y reproducción de la posición de subordinación de las mujeres dentro de nuestra cultura y sociedad (Salinero Rates, 2024, p. 4) y, como reflejo, emerge como un campo marcado por la violencia.

La historia de la ginecología da cuenta de ello. Desde sus inicios ha construido su saber violentando los cuerpos de las mujeres, principalmente de las que además son jóvenes, pobres y esclavizadas. Figuras consideradas “padres de la disciplina” desarrollaron sus técnicas al coste del sufrimiento de sus cuerpos, lo que construyó las bases de la práctica (Salinero Rates, 2024, p. 3). Esa violencia fundacional sigue operando y dirigiéndose hacia los cuerpos de las mujeres, perpetuando el trato deshumanizado y la discriminación en el cuidado en salud sexual, reproductiva y no reproductiva.

3. Hacia una noción de violencia ginecológica

Ahora bien, concretamente, ¿de qué hablamos cuando mencionamos a la violencia ginecológica? Sin pretender dar una conceptualización acabada y cristalizada de este fenómeno, podríamos afirmar que se trata de una forma específica de violencia de género que ocurre en el ámbito de la atención médica, en los servicios de salud sexual, reproductiva y no reproductiva. Involucra prácticas que, en algunos casos, vulneran los derechos a la intimidad, la autonomía corporal y para la toma de decisiones en materia de salud y la dignidad de las mujeres, en contextos específicos como consultas ginecológicas, tratamientos, diagnósticos o procedimientos quirúrgicos. Asimismo, en el marco de los

derechos humanos, los derechos sexuales y (no) reproductivos juegan un papel importante dado que los procesos de los que la disciplina de la gineco-obstetricia se hace cargo son aquellos relacionados a la (no) reproducción y a la sexualidad. La violencia ginecológica reside de manera importante en la violación de derechos humanos (Yupanqui-Concha et al., 2024, como se cita en Rodriguez Bocanegra, 2024, p. 31).

Al igual que la violencia obstétrica, es perpetrada por lo general por agentes o profesionales del ámbito de la salud, tanto en el ámbito público como en el privado, y puede manifestarse de diversas formas, tales como prácticas médicas no consentidas, exámenes invasivos o cirugías (ligaduras de trompas, histerectomías, legrados, entre otros) sin consentimiento informado; la negación de información clara y comprensible sobre los procedimientos o alternativas disponibles; trato deshumanizado o humillante, incluyendo burlas, infantilización, discriminación o comentarios sexistas; el uso de prácticas obsoletas o dolorosas sin justificación médica; la coacción o presión para aceptar ciertos tratamientos o decisiones médicas que afectan el cuerpo o la salud reproductiva. “De allí que investigaciones realizadas hayan encontrado que las prácticas ginecológicas suelen asociarse a sensaciones de vulnerabilidad, molestia, humillación, deshumanización” (Bourdieu, 2000, como se cita en Brown, J. et. al, 2013, p. 140).

No podemos dejar de mencionar que las violencias que se viven pueden profundizarse si se combinan con otros componentes de opresión, tales como la orientación sexual, la edad, la condición económica, la raza, la discapacidad, etc. (Rodriguez Bocanegra, 2024, p.25). De manera que la vivencias experimentadas en la atención ginecológica son vividas de manera diferenciada, y con impactos distintos y desproporcionados.

Podría suponerse, en una primera y errónea aproximación, que la salud reproductiva no se encuentra directamente comprometida en esta problemática, a diferencia de lo que ocurre con la violencia obstétrica en la que existe en muchos casos una afectación concreta

de los derechos reproductivos. Esta percepción inicial podría llevar de manera equivocada a concluir que la violencia ginecológica, al no limitarse al contexto perinatal, carece de vinculación con dichos derechos lo que explicaría, al menos en parte, su escasa –e incluso su casi nula– visibilización. En este fenómeno inciden, probablemente, los estereotipos de género: la persistente asociación de la condición femenina con la función meramente reproductiva del cuerpo lo que provoca que, cuando dicha función no está en juego, la cuestión no despierte el interés social ni institucional. No obstante, la complejidad del fenómeno exige de una mirada amplia e interseccional y a partir de allí, tal como advertirá con el análisis de fallos, concluir que las consecuencias de esta violencia pueden ser muy variadas y gravísimas⁶.

Flor De Rafael, en su artículo publicado en el blog de la Campaña Nacional de Violencia Ginecobstétrica⁷, va más allá y menciona a la violencia ginecológica estructural. Este fenómeno, según sus propias palabras:

*“...no es solo la que ocurre en un consultorio cuando no se respeta el cuerpo, el consentimiento o la palabra de quien consulta. También es estructural, y se produce cuando el sistema de salud: *Niega el acceso a la prevención. *Desatiende enfermedades que afectan principalmente a mujeres y personas con útero. *Desmantela programas que garantizan equidad en el acceso a la salud. En este caso, la eliminación de estos programas vulnera el derecho a la salud de millones de personas, especialmente aquellas en situaciones de mayor*

⁶En la actualidad, en el marco de la Campaña Nacional de Violencia Ginecobstétrica se encuentran llevando a cabo un relevamiento denominado #DIUSinDolor que busca, según se expone en su blog, “...obtener un mapa de la experiencia Argentina a la hora de la inserción y extracción de los DIU/SIU dado que internacionalmente lxs usuarixs vienen luchando por que se visibilice lo que duele este momento de la experiencia anticonceptiva”. Esta experiencia -la colocación de un método anticonceptivo, de manera dolorosa y sin fundamento alguno, pudiendo prevenirlo- es solo una de las tantas formas que puede asumir la violencia ginecológica, y tiene una clara incidencia de la autonomía en la toma de decisiones con relación a los derechos reproductivos.

⁷ <https://campvgo.org>.

vulnerabilidad: mujeres pobres, rurales, sin obra social o con barreras de acceso al sistema de salud.”

Esta modalidad de violencia tiene puntos de conexión con la violencia obstétrica (como tal, se la suele mencionar como “ginecobstétrica”). La Corte IDH la ha definido de la siguiente manera:

"este Tribunal ya se ha pronunciado de forma específica sobre la violencia ejercida durante el embarazo, el parto y después del parto en el acceso a los servicios de salud y ha sostenido que constituye una violación de derechos humanos y una forma de violencia basada en género denominada violencia obstétrica. Ésta es una forma de violencia basada en el género prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención de Belém do Pará, ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto" (Fallo dictado en el Caso "Beatriz y Otros vs. El Salvador, párr. 148).

Se advierten grandes puntos de conexión entre ambos fenómenos, la violencia ginecológica y la obstétrica, siendo la principal diferencia que se comete respecto de mujeres que se encuentran en distintos momentos o etapas de su vida en relación a los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos: la violencia obstétrica se limita a la atención

durante el embarazo, parto y posparto, en tanto que la ginecológica abarca las restantes etapas vitales en la consideración de que, al menos, desde la menarca hasta la menopausia las mujeres necesitamos información y acompañamiento de los profesionales de salud. Es decir, se trata de una atención que acompaña a la mujer a lo largo de casi toda la vida (Salinero Rates; Cárdenas Castro, 2021, p. 227). Expresan Brown, Pecheny, Gattoni, et. al. (2013, p. 138) que en un determinado momento vital es preciso y es considerado casi como un deber recurrir al chequeo ginecológico.

Siguiendo esta idea, en palabras de Rodríguez Bocanegra (2024, p. 9) si la ginecología y obstetricia, que tienen el mismo objeto/sujeto de estudio, abarcan momentos y procesos diferentes del cuerpo de mujeres, ello también desemboca en dos tipos de violencias también diferentes y con características propias.

Asimismo, expresa Salinero Rates (2024, p. 5) que “tanto la violencia ginecológica como obstétrica convergen en sus consecuencias negativas como la apropiación del cuerpo, la medicalización y patologización de procesos fisiológicos y la pérdida de autonomía y/o capacidad de tomar decisiones libres e informadas sobre el cuerpo y la sexualidad, sobre todo cuando las identidades de las personas no se ajustan al binarismo de género, que hegemoniza y norma a través del sistema de salud”.

La temática es reciente y son escasos los artículos y estudios científicos que la abordan, pese a la cantidad de aristas que puede presentar. Esto se debe, entre otros factores, a que se trata de una violencia silenciada: “este tipo de violencia se tiende a minimizar debido a la ‘sutileza’ que muchas veces acompaña a las acciones relacionadas en ella. Llegan a ser consideradas ‘parte de la práctica médica’, ya sea por abuso de la condición del profesional o por ignorancia de qué es lo ‘normal’ dentro de una consulta (García, 2017). En efecto, muchas mujeres viven en soledad estas violencias y no las denuncian, lo que contribuye a sostener y reproducir las estructuras existentes (y los estereotipos de sexo/género),

invisibilizar prácticas inaceptables y legitimar el silencio sobre los abusos del poderío médico. Lo anterior no implica bajo ninguna circunstancia endosar la responsabilidad a las víctimas de la violencia, la que siempre corresponde a quien la ejerce, pero podría ayudar a comprender cómo es posible que se encuentre tan arraigada en la práctica clínica (Salinero Rates; Cárdenas Castro, 2021, p. 228).

4. Lo invisible es difícil de probar

Salas Cuevas (2025), en su tesis de grado, se expone sobre la dificultad probatoria en la violencia ginecobstétrica en Chile. En ese marco, señala que los casos han sido judicializados tanto en el ámbito civil como en el penal, pero cuestiona la suficiencia del sistema tal cual está previsto. En primer lugar, porque sólo llegan a los estrados los casos “más graves”, cuando han acarreado la muerte o daños físicos muy grandes (p. 47), dejando afuera un gran universo de casos en razón de lo naturalizada e invisibilizada que es dicha violencia y también por la dificultad probatoria que la caracteriza: por lo general no existen testigos presenciales -porque se realizan en contextos privados, sin la presencia de terceras personas-, o estos la normalizan o, en el caso de familiares, se trata de testigos inhábiles o excluidos.

En el caso de la violencia física, algunos dejan menos evidencia, como los tactos vaginales reiterados e innecesarios o la realización de procedimientos médicos por parte de muchas personas (p. 47), a lo que se suma que en dicho sistema la carga de la prueba suele estar a cargo de la víctima, por tratarse de obligaciones de medios, quien debe demostrar la falta de diligencia profesional (p. 42, 45/46).

Respecto de la violencia psicológica -burlas, cuestionamientos de la sexualidad- es especialmente compleja de probar debido a la ausencia de evidencia física. Con cita a la revista *Avance Psicólogos* (2020), Salas Cuevas afirma que “... los problemas probatorios descritos generan la falsa percepción de que la violencia psicológica en el ámbito gineco-

obstétrico simplemente no ocurre o que no reviste 'gran importancia'", y que no obstante su "invisibilidad", "...no por ella es menos grave o con menos consecuencias para quienes la sufren. Muy al contrario, este tipo de violencia puede tener unos efectos a largo plazo, más duraderos que la violencia física". (p. 44).

En este caso, una prueba de importancia es el informe psicológico. La autora expone que es "(..) .un documento que recopila información para entender y abordar las necesidades emocionales de una persona" y que puede presentarse como documentos privados, en cuyo caso carece de valor probatorio hasta tanto no sea reconocido o acredite su autenticidad y, a todo evento, probaría la autenticidad del documento, pero no la veracidad de su contenido. Otra opción es la prueba pericial. Respecto de esta, su valoración se somete a las reglas de la sana crítica y, si bien puede referirse a cuáles son prácticas o tratos que corresponden a la *lex artis*, éste tampoco puede probar de manera directa la ocurrencia de los hechos que se alegan (Salas Cuevas, 2025, p. 44).

Cierto es que, sumado a la aparente necesidad de daños físicos, cuando la carga de la prueba se impone a la víctima, y en el marco de un sistema de justicia carente de perspectiva de género, todo ello complejiza la actividad probatoria (Salas Cuevas, 2025, p. 42), o directamente atentan contra ella. Se concluye que las reglas generales de la responsabilidad civil son insuficientes para dar respuesta judicial eficiente a la problemática de la violencia ginecobstétrica. A ello se puede añadir, la ausencia de sanciones o consecuencias legales específicas, pues recordemos que la Ley 26485 no contiene un régimen sancionatorio propio sino sólo sanciones para el caso de incumplimiento de las medidas cautelares o preventivas urgentes allí previstas (confr. artículo 32).

En este escenario puede concluirse que las dificultades probatorias son mayores tratándose de violencia ginecológica. Durante la atención ginecológica, en la gran mayoría de las veces, no hay más personas que la paciente y el/la profesional, y la prueba documental es significativamente menor (registro en historia clínica). En cuanto a los daños, en casos tales como el dolor innecesario ocasionado a la víctima en la práctica médica (en exámenes

de rutina, colocación de métodos anticonceptivos), la denegación de información, el abuso sexual, las burlas, el maltrato, cuestionamientos de la sexualidad, actividad sexual o vida privada de la paciente, la indiferencia frente a deseos, necesidades y dudas de la paciente, la omisión del consentimiento informado cuando es necesario, entre otros, rara vez dejan evidencia física constatable.

Estos obstáculos son un gran desincentivo a la hora de denunciar y judicializar, sobre todo si se considera el riesgo de revictimización: la denunciante puede verse obligada a relatar su vivencia en reiteradas oportunidades, reviviendo nuevamente su dolor, y expuesta a ser cuestionada en su reclamo, minimizada, desoída, invisibilizada.

5. Casos judiciales que han documentado la violencia ginecológica

Como se dijo, en nuestro país existen pocos estudios sobre esta forma de violencia de género. Asimismo, los términos “violencia ginecológica” no tienen aún hoy un reconocimiento por la comunidad internacional ni académica, por lo que no hay hoy en día una conceptualización universalizada (Rodríguez Bocanegra, 2024, p. 10). No obstante, en esta oportunidad optamos por reflejar la violencia en la atención ginecológica a través de casos testigo que han sido llevados a los tribunales nacionales o internacionales. Si bien no todos ellos han sido calificados o tipificados como “violencia ginecológica”, son de interés dado que los hechos de que tratan ineludiblemente configuran supuestos de este tipo de violencia.

- **Caso Angulo Losada Vs. Bolivia (18/11/2022) - Corte IDH**

Brisa De Angulo Losada era una niña de 16 años de edad cuando declaró que en diversas ocasiones entre octubre de 2001 y mayo de 2002, sufrió actos de violencia sexual, incluidos abusos sexuales y violación, por parte de su primo E.G.A., diez años mayor. Relató

haber sufrido también violencia física y experimentado miedo, confusión y preocupación por lo que E.G.A. pudiera hacerles a sus hermanas menores, y causar sufrimiento a sus padres si les contaba lo que estaba pasando.

Pese a que en el examen médico-legal constaba que Brisa presentaba un desgarramiento antiguo en el himen y, por “la denuncia tardía”, no procedía a realizar exámenes de laboratorio, aún así se le exigió someterse a un nuevo examen forense, que fue realizado por un médico de sexo masculino, con la asistencia de cinco estudiantes de medicina, todos hombres, y sin la presencia de sus padres, en particular, de su madre, a quien no le permitieron entrar. Durante tal revisión, Brisa relató que le preguntó al doctor si los estudiantes podían salir, ante lo cual se rió y dijo que estaba siendo “ridícula”. Los estudiantes también se rieron y procedieron a abrir sus piernas mientras el doctor realizaba el examen. Brisa indicó haber llorado sin que le prestaran atención. Sobre este aspecto, prueba obrante en la causa indica que “en ese entonces existían dos médicos forenses varones y una médica forense mujer, quienes atendían los casos de violencia sexual”. Además, “como práctica común”, los/as médicos/as estaban acompañados por estudiantes practicantes (párrafo 47).

La investigación penal también estuvo plagada de irregularidades. Brisa debió relatar los actos de violencia sexual en distintos momentos a la Fiscal, en cuyo marco, al menos durante una primera entrevista informal, no se le permitió estar acompañada, fue interrumpida en repetidas ocasiones y amenazada con “ir a la cárcel” en caso de estar mintiendo. A ello, se sumaron otras anomalías procesales, como la condena por unanimidad al imputado y posterior anulación de la sentencia por defectos procesales prevenibles; la exclusión probatoria del examen médico inicial en el segundo juicio oral, que concluyó en la absolución de E.G.A.⁸, y por último, la sustanciación de un tercer juicio, durante cuyo trámite prescribió la acción penal y se ordenó la libertad inmediata del acusado.

⁸ Fundada en argumentos como que (i) no existió una investigación eficiente que permitiera conferir elementos de convicción; (ii) debido a la “debilidad probatoria” no pudo concluir si el acceso carnal “constituyó relación sexual consensuada o agresión sexual o si efectivamente hubo acceso carnal, porque no existe un certificado médico forense que acredite tal situación”; (iii) tomó como hecho probado que existieron cambios de conducta en la presunta víctima “provenientes de situaciones traumáticas”, pero no encontró evidencia que los vinculara con E.G.A., y (iv) no había evidencia de que las conductas de E.G.A. hayan anulado la libertad sexual de Brisa. Además, concluyó que “no había sido posible identificar en la conducta del imputado culpabilidad o dolo porque

La Corte IDH meritó que, a pesar de que Brisa ya había sido sometida a tres revisiones (dos psicológicas y una médica) en consultas privadas y que, con base en los hallazgos encontrados, se concluyó la existencia de violencia sexual. Esta información no fue considerada con suficiencia probatoria por el Estado, sino que fue sometida a otro examen ginecológico forense, siete años después de ocurrida la violencia sexual, lo cual resultaba absolutamente innecesario porque, dadas las circunstancias del delito, no constituía una prueba útil. En ese sentido, el Estado no consideró otorgarle suficiencia probatoria a los dictámenes médicos y psicológicos ya existentes, lo cual podría haber evitado someter a Brisa a una reactualización del momento traumático ya experimentado, ni tampoco respetó su derecho a ser oída respecto a las circunstancias de la realización de dichas diligencias, de conformidad con su edad, madurez y grado de desarrollo. El sometimiento de Brisa a dos revisiones ginecológicas no atendió al objetivo de minimizar el trauma derivado de la violencia sexual sino que lo fortaleció (párrafos 114 y 115).

Por su parte, el trato concedido por la Fiscal quien, en lugar de mostrarse empática, sensible, además de debidamente capacitada para entrevistar a una niña víctima de violencia sexual, interactuó con Brisa sin perspectiva de género o niñez alguna, de forma irrespetuosa, repitiendo estereotipos de género, intimidándole, amenazándole con procesarla penalmente, pidiéndole repetir su historia, en un aparente esfuerzo por detectar contradicciones y, así, terminó por revictimizarla (párr. 118).

En este caso, la víctima no estaba embarazada por lo que, siguiendo los lineamientos jurisprudenciales de la Corte, no existió violencia obstétrica y tampoco fue evaluado bajo el prisma de la “violencia ginecológica”. No obstante, los hechos descritos resultan representativos del trato que muchas veces se dispensa a las mujeres que se encuentra en un especial estado de vulnerabilidad, como en este caso a consecuencia de la violencia sexual que le infligió su primo. Las instituciones públicas reprodujeron la violencia, cuestionaron la denuncia tardía de los hechos, desestimaron prueba concluyente (exámenes médicos y

la relación sexual entre primos causa incomodidad en la sociedad, pero no es un delito, y que la agravante aplicable a la violación entre parientes requiere violencia y “en el caso de autos no se apreció violencia ni intimidación”.

psicológicos) y el nuevo examen médico al que fue sometida resultó humillante, fue cosificada, no escuchada, lo que reproduce y resignifica la violencia contra la mujer víctima, en este caso bajo la modalidad institucional. El examen físico realizado por un médico hombre, en presencia de varios estudiantes, en cuyo contexto se la trató de ridícula y los presentes se rieron de la situación, no permitieron la presencia de su madre ni escucharon sus deseos y preferencias, todo esto traduce un escenario de violencia y discriminación por motivos de género, en un contexto donde se encuentran involucrados y debieron protegerse los derechos sexuales y reproductivos, la intimidad y dignidad, entre otros, de Brisa.

- **Causa: “T. M. N. y otro c/ Instituto de Seguridad Social del Neuquén s/ Acción de Amparo”** Expediente: N° 12565/2018 (Fecha: 30 de junio de 2020) - Tribunal: Juzgado de Primera Instancia en lo Civil, Comercial, Laboral, Minería y de Familia – Rincón de los Sauces, Neuquén

La actora, T. M. N. interpuso, junto a su pareja, una acción de amparo contra el Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN), solicitando la cobertura del 100% del tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad (FIV/ICSI), ante la imposibilidad de concebir naturalmente. Explicó que había sido sometida a una ligadura tubaria bilateral en 2010, en un contexto de violencia familiar.

La obra social rechazó la cobertura en base a la teoría de los actos propios, con el argumento de que la actora eligió voluntariamente, con total discernimiento y libertad, el procedimiento de esterilización. Cubrir ahora una fertilización asistida sería incongruente y contrario al ordenamiento jurídico, ya que la infertilidad fue producto de una decisión autónoma y no de una enfermedad, lo que convierte al amparo en una vía inidónea para debatir la cuestión.

El juez, al analizar la procedencia de la vía interpuesta, se expidió por la afirmativa atento a que se encuentra involucrado el derecho a la salud reproductiva, integrante del derecho humano a la salud e íntimamente vinculado con el derecho a la vida, (artículos 33, 42, párrafo 1º, y 75, inciso 22 de la Constitución Nacional), así como el derecho a procrear y a formar una familia, que hacen a la esencia de la condición humana. Asimismo, la fundó en la Ley Nacional N° 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida que tiene por objeto el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico asistenciales de reproducción médicamente asistida.

Así, antes de la Ley N° 26.862, estos tratamientos no estaban incluidos en el Programa Médico Obligatorio, por lo que no había obligación del Estado de cubrirlos en forma gratuita. Esto generaba desigualdad ya que sólo las personas con recursos podían acceder. La ley adoptó un enfoque de derechos, asegurando la cobertura por parte del Estado, obras sociales y empresas de medicina prepaga, protegiendo a quienes no podían costear los tratamientos.

El magistrado se expidió de manera concordante con lo dispuesto por la Corte IDH (Cfr. Caso "Artavia Murillo y otros (fecundación in vitro) vs. Costa Rica", 28/11/2012) que ha establecido que impedir el acceso a las técnicas de fertilización implica una discriminación indirecta por motivos de discapacidad (al considerar la infertilidad una limitación funcional), género (por el impacto desproporcionado en mujeres) y situación económica. En este marco, se concluye que el Estado debe garantizar el acceso a las técnicas de fertilización asistida cuando la concepción natural no es posible, evidenciando el interés legítimo de los actores para accionar por vía de amparo.

Asimismo, el Juez consideró que si bien la actora se sometió a una esterilización quirúrgica, su consentimiento fue prestado en un contexto de violencia familiar por parte de

quien entonces fuera su pareja. En consecuencia, resolvió la cuestión con perspectiva de género: la prohibición de volver sobre los actos anteriores no es una regla absoluta y debe ser apreciada prudencialmente en casos como el presente donde tuvo por probado que la Sra. T. no ha manifestado con total autonomía su voluntad de someterse a la práctica quirúrgica de ligadura de trompas, atento a la situación de violencia que se encontraba atravesando; por ello, la teoría de los actos propios no resulta de aplicación para este caso.

En definitiva, se hizo lugar a la acción de amparo y ordenó al ISSN otorgar el 100% de cobertura del tratamiento de fertilización asistida a favor de los actores y demás prestaciones médicas e insumos médicos pertinentes para dicho tratamiento.

En este caso, nuevamente se evidencia que no estamos frente a un caso de violencia obstétrica por no perpetrarse contra una mujer en el período vital del embarazo, parto o posparto. Pero sí, claramente, es un tipo de violencia ginecológica: la denegación del acceso a las técnicas de reproducción humana asistida en base “culpabilizar” a la mujer por un proceso de esterilización anterior (a través de la invocación de la teoría de los actos propios), y procurar impedirle -bajo la excusa de una falsa limitación legal- tomar decisiones sobre su cuerpo y su plan de vida, es lisa y llanamente una violación a su derecho humano a la salud reproductiva y un supuesto de violencia ginecológica.

- **“D. P., D. – denuncia por violencia de género”** Auto Interlocutorio N° 42 (13/11/2023), Juzgado de Niñez, Adolescencia, Violencia Familiar y de Género de 4° Nominación, Córdoba.

En este caso, en el año 2021 dos mujeres (A. C. E. y C. E. N. V.) denunciaron por violencia de género al médico D. D. P., en virtud de distintos hechos ocurridos durante

consultas ginecológicas. En el marco del proceso se dictaron medidas cautelares, entre otras, de restricción de contacto, cese de actos intimidatorios y asistencia psicológica obligatoria, las que fueron prorrogadas en el transcurso del proceso. La Sra. N. V. promovió formal demanda incidental por violencia de género de tipo sexual (art. 99 Ley 10.305). Según su relato, cuando acudió a una consulta ginecológica y el profesional la atendió en espacios sin condiciones adecuadas de privacidad (consultorios de paso, sin camilla ginecológica, biombos o bata) y, durante la práctica del Papanicolaou y la colposcopia, realizó tocamientos que consideró innecesarios y de carácter sexual: apertura de labios vaginales con roce del clítoris, introducción y movimiento de dedos en la vagina en dos oportunidades, manipulación mamaria con apretones y estiramientos que excedían una palpación diagnóstica, y comentarios o conductas que le generaron incomodidad y sensación de invasión a su intimidad. Además, refirió un episodio previo en el que el médico revisó la vulva de su hija menor sin indicación clara. Alegó vulneración de derechos fundamentales por violencia física, psicológica y sexual en el marco de una relación asimétrica de poder, y solicitó la declaración de existencia de violencia de género, sanciones pecuniarias (astreintes), notificación al Consejo Profesional y la obligación del demandado de realizar tratamiento especializado.

En el proceso se incorporaron testimonios de otras mujeres —A. C. E. y P. M. N.— que relataron experiencias similares con el demandado: revisiones mamarias o pélvicas no solicitadas, ausencia de medidas de privacidad, manipulación corporal percibida como inapropiada y falta de uso de guantes. También se acreditó mediante informes oficiales que el Dr. D. D. P. no poseía especialidad certificada en ginecología, pese a que en folletería del consultorio se lo presentaba como “Ginecología–Obstetricia–Medicina Familiar”.

El demandado negó todos los hechos, alegó que las prácticas médicas se ajustaron a protocolos y fueron solicitadas por la paciente. Sostuvo que la consulta se realizó con respeto al pudor de la paciente, que los cambios de consultorio respondieron a razones

logísticas y de disponibilidad y que el lugar contaba con los elementos para la práctica, y que la paciente no manifestó incomodidad durante la atención. Presentó su currículum, títulos y credenciales profesionales, sin antecedentes de denuncias, pero no acreditó especialidad en ginecología.

El tribunal analizó si los actos denunciados por N. V. constituyeron violencia de género de tipo sexual en el marco de una relación médico-paciente, aun sin evidencia física directa. La sentencia valoró las pruebas testimoniales (los testimonios de la actora y de otras mujeres que relataron experiencias similares), documentales e informativas, (Informes del Consejo Médico y la UNC que confirmaron que el demandado no tenía especialidad en ginecología) y la descripción de prácticas médicas que excedieron la finalidad declarada, afectando la intimidad de la actora.

Respecto del análisis y merituación de las pruebas, el tribunal valoró las pericias médicas practicadas sobre la denunciante que descartaron lesiones físicas actuales pero no excluyeron la posibilidad de un hecho de connotación sexual en el pasado. Se incorporó el informe psicológico de la víctima que describió indicadores compatibles con estrés postraumático y ansiedad asociada al recuerdo del episodio denunciado.

La defensa resaltó que la ausencia de lesiones y la demora en denunciar debilitan la credibilidad del relato, y pretendió descartar la prueba psicológica al afirmar que los síntomas podrían deberse a otras causas y que la consulta médica se desarrolló en un contexto profesional legítimo. También cuestionó la imparcialidad de algunos testigos por su vínculo con la actora.

La denunciante, por su parte, sostuvo que la falta de lesiones es habitual en casos de abuso en contexto de consulta médica, y que la reacción psicológica documentada es

coherente con la experiencia narrada, reiterando que el cambio de consultorio y la ausencia de privacidad en la atención fueron factores agravantes.

En base a los distintos elementos de prueba reunidos -denuncias, declaraciones, prueba documental e informativa-, el tribunal consideró que las acciones del demandado excedieron la praxis diagnóstica y constituyeron tocamientos de carácter sexual sin justificación médica. Valoró así que la credibilidad de los testimonios de la actora y testigos fue confirmada por su coherencia y concordancia con otros elementos probatorios. Asimismo, la ausencia de especialidad en ginecología y las condiciones físicas inadecuadas de la consulta reforzaron la valoración negativa de la conducta.

En consecuencia el Tribunal, con base en la Ley 26.485 y los tratados internacionales (CEDAW y Convención de Belém do Pará), declaró la existencia de violencia de género de tipo sexual, considerando las circunstancias del caso como es la asimetría de poder en la relación médico-paciente. Así, ordenó sanciones pecuniarias y medidas formativas en género obligatorias para el demandado, además de notificar al Consejo Médico para que evalúe llevar adelante actuaciones éticas y deontológicas.

Este fallo refuerza la aplicación de la perspectiva de género en el análisis de conductas en el ámbito médico, subrayando que la falta de especialidad y el incumplimiento de estándares de privacidad pueden agravar la valoración jurídica.

Además, marca un precedente para la intervención ética de los colegios profesionales y para la exigencia de consentimiento informado y respeto al pudor en toda práctica médica. Los hechos que originaron esta causa constituyen claros ejemplos de una de

las formas más crueles que puede asumir la violencia ginecológica, que constituye al mismo tiempo, un supuesto de violencia física, sexual e institucional.

6. Palabras finales

Los casos analizados dan lugar a algunas posibles reflexiones. En primer lugar, la escasez de fallos en torno a la temática puede responder a distintos factores, entre los cuales se encuentran la ausencia de un marco teórico robusto que sustente a la violencia ginecológica como problemática autónoma y la consecuente falta de conciencia respecto de ella. Recordemos que la Ley N° 26485, sin perjuicio de su trascendencia en materia de reconocimiento de derechos, no recepta de manera expresa la violencia ginecológica como sí lo hace, por ejemplo, con la violencia obstétrica (artículo 6 inciso e). Por su parte, la dificultad probatoria -como las mínimas constancias de la historia clínica de la paciente, la ausencia de testigos-, también puede contribuir a la escasez de casos y de denuncias.

Así, si retomamos la noción de violencia obstétrica utilizada por la Corte IDH⁹, se advierten las coincidencias o puntos de contacto entre ambos institutos. En efecto, salvo la diferencia de que esta última siempre es perpetrada con una mujer o persona gestante en el período de embarazo, parto o postparto, la violencia ginecológica comparte con ella que es una forma de violencia basada en el género, ejercida por los encargados de la atención en salud que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables y métodos de anticoncepción; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud ginecológica.

⁹ En el fallo dictado en el Caso Beatriz ya citado (Corte IDH, 22/11/2024, párr. 148).

La multiplicidad de formas que puede asumir la violencia ginecológica se refleja en los tres fallos analizados en esta ponencia. En el caso de Brisa, constituyó un trato deshumanizado e gravemente irrespetuoso contra una niña en especial estado de vulnerabilidad por ser víctima de abuso sexual, y el examen médico, innecesario en esa etapa del proceso judicial, fue realizado ridiculizándola y humillándola en ese delicado contexto. En el segundo caso, implicó un desconocimiento de los derechos reproductivos contra la mujer y su pareja por parte del ISSN, que pretendía infundadamente no cumplir con la cobertura del acceso a técnicas de reproducción humana asistida en base a atribuirle la responsabilidad a la propia solicitante por un procedimiento médico anterior, pese a que la Ley N° 26862, contrariamente, tiene por objeto la garantía de acceso integral y sin otros requisitos más que los que surgen de su texto¹⁰. Por último, el tercer fallo refleja lisa y llanamente la violencia sexual y física cometida por un profesional de la salud, sin el título habilitante respectivo, contra una paciente en el marco de una atención ginecológica, lo que constituyó un trato gravemente abusivo, deshumanizado, irrespetuoso, y contrario a los protocolos aplicables.

Este panorama evidencia que hay mucho por hacer, por visibilizar y sensibilizar. Estamos ante un problema serio: en muchos casos las mujeres no reconocemos la violencia, normalizada bajo el control de las relaciones asimétricas de poder existente entre la persona profesional de la medicina y la paciente en el contexto de la consulta ginecológica. Para el reconocimiento de esta violencia es necesario abrir el camino a la producción de conocimiento, que nos permita detectar estos episodios y exigir los “espacios de atención para que las personas que requieren atención ginecológica sean más humanizadas y respetadas” (Rodríguez Bocanegra, 2024, p. 36).

¹⁰ La ley, en su artículo 7°, reconoce como beneficiaria a “(...) toda persona mayor de edad que, de plena conformidad con lo previsto en la ley 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, haya explicitado su consentimiento informado”.

Es indispensable generar conciencia en instituciones de salud, profesionales y usuarias respecto a que el trato deshumanizado, la omisión en brindar información adecuada y oportuna, no garantizar el consentimiento previo de la mujer para el acto médico, con pleno conocimiento de su estado de salud, con respeto de su dignidad e intimidad, teniendo en cuenta sus necesidades y perspectivas, no garantizar la información sobre el acceso a métodos de anticoncepción, el trato abusivo, negligente, sin las medidas necesarias para evitar o limitar el dolor, entre otras tantas manifestaciones, constituyen violencia ginecológica. Entonces, promover el conocimiento de los derechos de las mujeres ante este tipo de situaciones es el punto de partida.

Por último, el Estado como garante de la promoción y protección de los derechos de las mujeres debe entablar –con la debida diligencia– medidas de acción positiva a fin de prevenir, eliminar y erradicar esta modalidad de violencia. Para esto consideramos de vital importancia la reflexión y sensibilización de los agentes de salud, principales efectores de perpetuación de violencia ginecológica, a fin de modificar y desterrar aquellas prácticas en salud violatorias de los derechos de las mujeres.

Referencias bibliográficas

- Brown, J. L., et al. (2013). Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica. *Revista Ártemis*, 15(1).
- García, B. (2017). La invisible violencia de género que sufren las mujeres en la consulta del ginecólogo. *The Objective*.
- Rates, S. S., & Castro, M. C. (2021). Violencia ginecológica y silencio al interior del modelo médico en Chile. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 81(3).

- Rates, S. S. (2024). Violencia ginecológica y sus impactos en la percepción de sí mismas, cuerpo y sexualidad en personas asignadas a la mujer al nacer en Chile. *TS Cuadernos de Trabajo Social*, 27. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10866486>
- Rodríguez Boncanegra, P. A. (2024). *Ginecológica: Panorama crítico de la violencia de género en la atención ginecológica*. Repositorio Institucional EdocUR. <https://repository.urosario.edu.co/items/db92ebdc-02ef-47aa-b8b2-90184e5a0aaa>
- Salas Cuevas, O. E. C. (2025). *La dificultad probatoria en la violencia gineco-obstétrica* [Tesis de grado, Universidad de Chile].
- Salinero Rates, S. (2024). Posición obligatoria: Experiencias de violencia en la consulta ginecológica en Chile. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 10, e1076. <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v10i1.1076>