

EL CASO ALYNE PIMENTEL: LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN BRASIL A TRAVÉS DE LA INTERSECCIONALIDAD Y DE LA PERSPECTIVA FEMINISTA DEL SUR GLOBAL

THE ALYNE PIMENTEL CASE: OBSTETRIC VIOLENCE IN BRAZIL THROUGH INTERSECTIONAL LENSES AND FROM THE FEMINIST PERSPECTIVE OF THE GLOBAL SOUTH

Adriana Ramos De Mello

Jueza del Tribunal de Justicia de Río de Janeiro (TJ-RJ)

Profesora de la Escuela Nacional de Formación y Perfeccionamiento de Magistrados (ENFAM)
Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-1756-6786>

mello.adriana25@gmail.com

Michela Vechi Saviato

Jueza de Derecho del Tribunal de Justicia de Paraná (TJPR)

Profesora de la Escuela Nacional de Formación y Perfeccionamiento de Magistrados (ENFAM)
Brasil

<https://orcid.org/0009-0004-9325-1462>

miavechitj@gmail.com



Recepción: 03/10/2025
Aceptación: 14/12/2025

RESUMEN

En este artículo se analiza el caso Alyne Pimentel desde una perspectiva interseccional y se investiga cómo la violencia obstétrica en Brasil refleja e intensifica las desigualdades de género, raciales y de clase. Se ofrecen críticas al feminismo blanco hegemónico, basadas en el análisis decolonial del feminismo comunitario. El objetivo central es comprender de qué forma esas opresiones se entrelazan con la experiencia del parto y evaluar los límites y las posibilidades del sistema de justicia para afrontar este fenómeno que ha despojado a las mujeres de la autonomía sobre sus propios cuerpos. Para ello, se adopta una metodología cualitativa basada en análisis documental y teórico y se comparan marcos normativos nacionales e internacionales con hallazgos de investigaciones empíricas ya consolidadas sobre prácticas de atención obstétrica en el país. La fundamentación teórica incluye autoras feministas negras y referentes del pensamiento feminista comunitario que emergen en el contexto latinoamericano del sur global para dilucidar los refuerzos de la subordinación y las prácticas explotadoras del cuerpo-territorio de mujeres indígenas. Los resultados muestran que la violencia obstétrica ocurre de manera selectiva y afecta de manera más intensa a las mujeres en situación de vulnerabilidad social y que la respuesta judicial, si bien existe, tiende a no incorporar de modo consistente los marcadores de género, raza, clase social, etnia y cosmovisión. Se concluye que abordar la violencia obstétrica requiere un cambio de paradigma jurídico e institucional, con la necesaria adopción de la perspectiva interseccional con los estándares internacionales.

Palabras clave: derechos humanos de las mujeres; violencia obstétrica; interseccionalidad; feminismo comunitario; Poder Judicial.

ABSTRACT

The article analyses the Alyne Pimentel case and investigates how obstetric violence in Brazil reflects and intensifies gender –, race –, and class-based inequalities from an intersectional perspective. In a complementary move, it presents the decolonial critiques of hegemonic white feminism developed by community feminism. The central objective is to understand how these forms of oppression intertwine in the experience of childbirth and to assess the limits and possibilities of the justice system in confronting a phenomenon that deprives women of autonomy over their own bodies. To that end, the study adopts a qualitative methodology based on documentary and theoretical analysis, juxtaposing national and international normative frameworks with findings from consolidated empirical research on obstetric care practices in the country. The theoretical framework mobilizes Black feminist authors and references from community feminist thought that emerge in the Latin American, Global South context to elucidate the reinforcement of subordination and extractive practices upon the body-territory of Indigenous women. The results indicate that obstetric violence is selectively distributed, more intensely affecting women in situations of social vulnerability, and that judicial responses – though they exist – tend not to consistently incorporate the markers of gender, race, class, ethnicity, and worldviews/cosmovision. It concludes that addressing obstetric violence demands a juridical and institutional paradigm shift, requiring the adoption of intersectional approaches aligned with international standards.

Key words: women's human rights; obstetric violence; intersectionality; community feminism; judiciary.

Sumario: 1. Introducción. 2. Violencia obstétrica: un análisis desde la perspectiva interseccional. 3. Historia y fundamentación constitucional: del patriarcado colonial a las normas actuales. 4. La violencia obstétrica en contexto empírico: la falta de respeto como característica de la asistencia reproductiva en Brasil. 5. Caso Alyne Pimentel y el necesario diálogo con el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. 6. Conclusiones. 7. Referencias bibliográficas.

1. Introducción

La violencia obstétrica se define como prácticas abusivas, la falta de respeto o el trato inhumano hacia las mujeres (ya sean físicas o simbólicas) durante el embarazo, el parto o el posparto, muchas veces legitimadas por los protocolos médicos o por el silencio de las instituciones. El término se utiliza para describir las diversas formas de violencia de género en los servicios de salud y fue reconocido por la Organización de las Naciones Unidas en 2019 durante el 74º período de sesiones de su Asamblea General, a través de un informe presentado sobre la violencia contra la mujer (Nunes, 2022). En el ámbito jurídico brasileño, su denominación es reciente, a pesar de constituir un fenómeno antiguo, profundamente arraigado a las estructuras de poder que permean los cuerpos de las mujeres, especialmente los racializados o empobrecidos.



Se trata de una grave violación de los derechos humanos, de un fenómeno multicausal y estructural, inserto en una sociedad marcada por el patriarcado, el racismo y las desigualdades socioeconómicas heredadas del proceso colonial caracterizado por la explotación y la deshumanización. Se expresa por medio de acciones como intervenciones médicas y hospitalarias innecesarias, humillaciones verbales, negligencia en la atención sanitaria y negación de la autonomía de la partera para tomar decisiones (CIDH, 2019; OMS, 2014). Asimismo, por prácticas que violan los derechos fundamentales garantizados por la Constitución Federal de 1988 (igualdad, dignidad de la persona humana, derecho a la integridad física y moral y a la salud). Esta violencia no se distribuye de manera aleatoria: existe un patrón que revela la conjunción entre el género, la raza, la etnia y la clase social.

En ese contexto, este trabajo tiene el objetivo de analizar cómo la violencia obstétrica refleja y, a la vez, refuerza las desigualdades interseccionales existentes en Brasil, a fin de comprender de qué manera los sistemas de opresión se articulan para hacer que determinados grupos sean más vulnerables a la violación de sus derechos reproductivos. En este caso, se atenderá especialmente a las mujeres negras y de pocos recursos¹, sin olvidar que la violencia no se limita a ellas.

Para incidir en el análisis interseccional, en este artículo también se incluye la perspectiva del denominado feminismo comunitario, que surge en América Latina (a la que los pueblos indígenas se refieren como *Abya Yala*) como una alternativa crítica que cuestiona no solo el patriarcado, sino también el propio feminismo occidental con el propósito de ampliar el sujeto y el objeto de los feminismos, mediante reconocer la pluralidad de experiencias de las mujeres y asumir que la opresión de género no actúa de forma aislada, sino en conjunción con la raza, la clase, la sexualidad y el colonialismo o territorialidad, de manera que se alinea la perspectiva interseccional con la decolonial.

La premisa es que comprender la violencia contra las mujeres exige una perspectiva plural, sistemática e interseccional capaz de aprehender la complejidad de la realidad en la que ocurre, que reconozca que la modernidad occidental ha suprimido o subordinado los cuerpos diversos y los saberes originarios. Además, se enfrentan al problema común de la falta de

¹ Diversos estudios, como “Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar”, publicada en 2014 y realizada con 15.688 mujeres entrevistadas en el posparto, por teléfono, entre marzo de 2012 y febrero de 2013, por investigadores de la Fundación Oswaldo Cruz, demostraron que “[...] El color de la piel se asoció con la peor evaluación del tiempo de espera hasta que fueran atendidas y menor índice de privacidad durante las pruebas; y el trabajo de parto, a su vez, se asoció con menores niveles de respeto y privacidad y al mayor número de relatos de violencia”. *Vid.* D’Orsi et al., 2014.

autonomía sobre sus cuerpos, los cuales históricamente no les han pertenecido plenamente, así como que han sido tratados como verdaderas colonias de los hombres, los gobiernos y los Estados. Este diagnóstico radical, de que los cuerpos han sido colonizados por el patriarcado y por el poder estatal, conduce a la demanda central de reclamar la soberanía corporal.

La pregunta que se plantea en esta investigación es: ¿qué mecanismos de la violencia obstétrica reflejan y refuerzan las desigualdades interseccionales en Brasil y cómo la jurisprudencia internacional/interamericana orienta las respuestas? Se propone en este trabajo un enfoque que integre las experiencias particulares de las mujeres en condiciones subalternas y que reconozca que la producción y la aplicación del Derecho no son inmunes a las estructuras de discriminación.

La hipótesis de esta investigación es que la violencia obstétrica opera como instrumento de perpetuación de las jerarquías sociales en Brasil y que los patrones de exclusión institucionalizados que afectan de manera desigual a las mujeres a partir de articular el género, la raza, la clase o la etnia. Además, se sostiene que el sistema jurídico, al ignorar o tratar de manera neutra esta realidad, contribuye al mantenimiento de estas opresiones.

En cuanto a la metodología, se adopta un enfoque cualitativo basado en la revisión bibliográfica y documental. Se analizaron documentos jurídicos nacionales (Constitución Federal de 1988, Resoluciones y Protocolos del Consejo Nacional de Justicia y las políticas públicas de salud) e internacionales (CEDAW, Convención de Belém de Pará), prestando especial atención a la literatura académica de las investigadoras negras y feministas como Kimberlé Crenshaw (2002), Patricia Hill Collins (2019), Carla Akotirene (2018), Sueli Carneiro (2023) y Lélia González (2011). A ello se suman los aportes del pensamiento feminista comunitario como movimiento epistémico-político insurgente de mujeres indígenas en América Latina que nació de las luchas contra el capitalismo colonial-patriarcal (de la lucha contra la expropiación de los territorios tradicionales, contra la depredación de la naturaleza y contra la violación sistemática de los derechos de los pueblos indígenas) y que denuncian las múltiples trayectorias de la opresión que, al igual que a las mujeres racializadas, afectan a mujeres indígenas borradas por el feminismo eurocéntrico (que ignoró sus especificidades étnico-culturales) y también sufren la invisibilidad dentro de sus propias comunidades, consecuencia de la subordinación impuesta por un patriarcado precolonial y poscolonial, como Maria Lugones (2014, 2020), Rita Segato (2025) o los trabajos de la boliviana Julieta Paredes (2019) y Lorena Cabnal (2010) (feminista maya-xinka de Guatemala



que señala el cuerpo de la mujer como el primer territorio y el primer espacio colonizado, y que debe ser visto como un lugar de resistencia comunitaria, que unifica la defensa del cuerpo femenino con la defensa de la tierra y del territorio del pueblo).

2. Violencia obstétrica: un análisis desde la perspectiva interseccional

La violencia obstétrica ocurre con la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por los profesionales de la salud a través de relaciones inhumanas, de abuso de medicación y de patologización de los procesos naturales. Ello deriva en la pérdida de la capacidad de decidir libremente sobre el cuerpo y la sexualidad y repercute negativamente sobre la calidad de vida de las mujeres (Diniz et al. 2015).

Según la OMS (2014: 1), “Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”. Este es el preámbulo del documento de la OMS titulado “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, que reconoce a las mujeres como víctimas de abusos, de falta de respeto y de maltratos en instituciones de salud en el momento del parto.

Quattrocchi (2020) resume las características principales de la violencia obstétrica en: (i) violencia estructural (multicausal y multidimensional), en el interior de una orden social que naturaliza la opresión y que abarca la violencia de género; (ii) violencia contra el recién nacido; (iii) violación de los derechos humanos (derecho a la salud y derecho a la salud reproductiva); (iv) violencia institucional; y (v) violencia laboral (contra los profesionales de la salud).

Rita Segato (2025) relaciona la violencia obstétrica con la violencia estructural. Nace del sexismo y del racismo. Explica que ello no depende de la actuación discursiva de los actores porque se diluye en la mera repetición de las costumbres, en una pauta moral que no se revisa. Una especie de tragedia que opera a lo largo de la vivencia de la cultura. En el caso del sexismo, la vivencia temporal tiene la misma profundidad que la historia de la especie. En el caso del racismo, la historia es mucho más corta: “su fecha de origen coincide rigurosamente con el fin de la conquista y colonización de África y al sometimiento de sus habitantes a las leyes de la esclavitud” (Segato, 2025: 156).

La autora sostiene que es más sencillo identificar el racismo en las prácticas y en las actitudes, a diferencia del racismo moral, de las personas “bien intencionadas”, cuya única culpa es

estar supuestamente desinformadas, de modo que esta desinformación crea un punto ciego para las sensibilidades jurídicas (que no deja de ser racista) (Segato, 2025: p.159). Cabe añadir que dentro del este juego de fuerzas, en el que la normalidad es violenta, está también la reivindicación por el “derecho a narrar” el sufrimiento experimentado, lo que refuerza la importancia del tema abordado en este artículo: el derecho a ser escuchado según los términos establecidos por el discurso jurídico, para que la experiencia de los sujetos subalternos no sea “privatizada”, es decir, reducida o silenciada. De acuerdo con Segato (2025), la dimensión de género en la violencia se traduce en una intensificación de la violencia estructural en las sociedades latinoamericanas, a la luz de lo que Quijano (2005) denomina el proyecto civilizatorio de la colonialidad².

La evaluación histórica de la violencia dirigida hacia los cuerpos de las mujeres negras, deshumanizadas, revela la formación del mito de que serían más fuertes. Eran tratadas como cuerpos a disposición del trabajo forzado, la explotación sexual y la reproducción, sin ningún reconocimiento de su subjetividad o sufrimiento³. Maria Elizabeth Ribeiro Carneiro (2017: 228), al estudiar las imágenes de control sobre estos cuerpos, señala que los estigmas se extendieron por las pantallas de la memoria del pensamiento social brasileño, configurando un repertorio simbólico. Un país con una historia de esclavitud, donde las mujeres negras aparecían en los periódicos de la época como mercancías humanas (compra, venta y alquiler en los anuncios, como nodrizas), de modo que era posible obtener aún mayores ganancias con la propiedad humana femenina en estado de nutrir, “con o sin sus crías”.

Existen referencias de esta devaluación en la literatura brasileña masculina: Augusto dos Anjos (1996), Machado de Assis (1971), José de Alencar (2022)⁴, entre otros.

² *Vid.* Nunes, 2022: 35-36.

³ Sojourner Truth (2020: 53), en su discurso ampliamente conocido ¿No soy yo una mujer? de 1851, destacó lo errónea que era esta diferenciación basada en ese mito, y, sin embargo, esa idea se mantiene hasta hoy: “Los caballeros dicen que las mujeres necesitan ayuda para subir a las carretas y para pasar sobre los huecos en la calle y que deben tener el mejor puesto en todas partes. ¡Pero a mí nadie nunca me ha ayudado a subir a las carretas o a saltar charcos de lodo o me ha dado el mejor puesto! y ¿Acaso no soy una mujer? ¡Mírenme! ¡Miren mis brazos! ¡He arado y sembrado, y trabajado en los establos y ningún hombre lo hizo nunca mejor que yo! Y ¿Acaso no soy una mujer? Puedo trabajar y comer tanto como un hombre si es que consigo alimento, y ¡puedo aguantar el latigazo también! Y ¿Acaso no soy una mujer? Parí trece hijos y vi como todos fueron vendidos como esclavos, cuando lloré junto a las penas de mi madre nadie, excepto Jesús Cristo, me escuchó y ¿Acaso no soy una mujer?”.

⁴ José de Alencar sirve de ejemplo a la autora mencionada, con la obra “La Madre”, ambientada en la capital de la Corte en 1855. El personaje Joanna, mujer negra que encarnaba el “sublime martirio” de la maternidad, una maternidad secuestrada por el secreto y el silencio de la madre, cautiva, que había cuidado al propio hijo libre como si fuera su nodriza y que, al final de la trama, prefiere y consigue morir antes que manchar el honor del hijo que nunca pensó que fuera hijo de una esclava.



Según Maria Carneiro (2017), esa construcción histórica de la desvalorización de los cuerpos de las mujeres negras también aparece con frecuencia en otros textos de la época. Textos y discursos médicos que, preocupados por forjar a la “madre verdadera”, escrutaban los defectos en los cuerpos de las mujeres negras: su piel, sus dientes, su aliento, la forma de sus senos, sus cicatrices o su fisionomía debían adecuarse a un patrón y examinarse con el fin de escoger a una mujer sin afectación moral que pudieran contaminar la “moral del niño”, su salud o el futuro de la población y del progreso de la nación. “Los cuerpos pardos y negros eran considerados nocivos, indeseables desde el punto de vista del discurso higiénico” (Carneiro, 2017: 220). Las imágenes exhiben la “evidencia” de una posición inferior e históricamente construida del cuerpo de mujeres negras.

Una cultura esclavista que repercute en contra de los derechos humanos de niños y mujeres y llega hasta la actualidad, como el derecho a la lactancia materna, directamente relacionado con la violencia obstétrica. Si bien en Europa surgió la idea de defender la lactancia materna como condición para el progreso social, los discursos moralistas europeos, que llegaron a Brasil mediante las facultades de Medicina y reflejando esas mismas fuentes, insistieron en condenar aquel “mal necesario” y presentaron “evidencias” sobre la posición inferior de los cuerpos de las mujeres africanas y sus descendientes. Por tanto, el respeto y la autonomía, en particular sobre los cuerpos de las mujeres negras, deben ser reexaminados críticamente (Ribeiro Carneiro, 2017).

Hay registros de que gran parte del conocimiento médico obstétrico, aún vigente, se construyó históricamente a partir de las prácticas experimentales realizadas en los cuerpos de las mujeres pobres y, sobre todo, de las mujeres esclavas. Un ejemplo paradigmático de esa construcción violenta es el del médico estadounidense James Marion Sims, a menudo referido como “el padre de la ginecología moderna” (Santana *et al.*, 2024: 6). Sims realizó numerosos procedimientos quirúrgicos en mujeres negras esclavas, deliberadamente sin anestesia, bajo la afirmación de que esas mujeres poseían una supuesta resistencia fisiológica inusual al dolor. Esta concepción pseudocientífica, profundamente racializada, contribuyó a consolidar el estereotipo de la mujer negra como biológicamente más resistente, insensible al sufrimiento y, por tanto, menos merecedora de cuidados o de analgesia. Este mito, forjado a través de intervenciones crueles e inhumanas, todavía persisten en prácticas discriminatorias en la atención obstétrica y que justifican omisiones, negligencias y conductas violentas en la atención de las mujeres negras durante el parto.

Feministas negras, como Lélia González (1984), señalan que, históricamente, la identidad de las mujeres blancas se ha asociado a la maternidad como clave de control de los hijos/as legítimos (uno de los pilares del patriarcado). De ahí la centralidad del embarazo. Sin embargo, para las mujeres negras esclavas, lo más importante era el control sobre sus hijos, ya que no heredaban la condición de seres humanos y, comúnmente, no podían ser amamantados ni cuidados por sus madres. Desde finales del siglo XX, las cuestiones reproductivas centrales han estado en la agenda de las feministas negras en el marco de la justicia reproductiva y se relacionan con la esterilización forzada, la criminalización del aborto, el acceso a las guarderías y, más recientemente, con la violencia obstétrica.

Lélia González (2011), al denunciar que las pautas feministas están ligadas a las necesidades y valores de mujeres blancas y occidentales, como si fueran únicas y universales, corrobora la necesidad de los aportes metodológicos de género, interseccionalidad y de colonialidad para comprender que la violencia obstétrica, en el contexto brasileño, no es algo anómalo, sino naturalizado. Constituye la falta de respeto característica del sistema de asistencia reproductiva en Brasil, según una investigación de la Fundación Perseu⁵.

En esos términos, mientras el acceso a las tecnologías del control de la fertilidad proporcionó libertad y autonomía a las mujeres privilegiadas, fue utilizado en contra de las mujeres racializadas y pobres, al atender a propósitos racistas y eugenésicos, configurando, así, las “jerarquías reproductivas” aún vigentes. Se resume en esta declaración: “Cuanto mayor es la vulnerabilidad de la mujer, más rudo y humillante tiende a ser el trato [médico] que se le ofrece” (Diniz et al., 2015: 5).

En ese marco histórico, un análisis crítico de los acontecimientos en Brasil requiere una comprensión teórica de cómo se entrecruzan las diversas formas de opresión. El concepto clave, entonces, es la interseccionalidad, propuesto inicialmente por la jurista Kimberlé Crenshaw (1989), a finales de los años 1980. Se propuso en base al texto “Documento para el encuentro de especialistas en aspectos de la discriminación racial relacionados con el género” que se presentó en la III Conferencia Mundial contra el Racismo, realizada en Durban, Sudáfrica, en 2001. El objetivo era ofrecer un protocolo provisional para identificar mejor las diferentes formas de subordinación que evidencian los efectos interactivos de las discriminaciones de género y de raza (Crenshaw, 2002: 171).

⁵ *Vid.* Nunes (2022: 37-38).



La autora exponía la necesidad de que las instituciones de derechos humanos asumieran la responsabilidad de abordar las causas y las consecuencias de dicha discriminación., al estudiar casos de discriminación contra las mujeres negras en los Estados Unidos, demostró que las mujeres se enfrentaban a la exclusión tanto en el movimiento feminista (centrado en las experiencias de mujeres blancas de clase media) como en el movimiento antirracista (centrado en los hombres negros). Por tanto, sus experiencias de opresión “trascendieron” las categorías aisladas de género o de raza: ellas sufrían por ser mujeres y por ser negras simultáneamente. La interseccionalidad, según Crenshaw, revela que la violencia y la discriminación que sufren las mujeres negras acontecen no solo por ser mujeres, sino también por ser mujeres negras (Crenshaw, 2002), lo que significa que ciertas violencias (como la violación sistemática de mujeres esclavas) también constituyen formas de subyugación racial. Subraya la autora que su contribución tenía por objeto sugerir formas para comprender las experiencias particulares de mujeres étnica y racialmente señaladas, experiencias que se pasan por alto en los discursos jurídicos.

En Brasil, esa perspectiva fue ampliada por las teóricas del feminismo negro, que durante décadas han analizado la inescindibilidad estructural entre el patriarcado, el racismo y el clasismo en las experiencias de las mujeres negras. La antropóloga Lélia Gonzalez ya señalaba, en los años 1980, que la mujer negra sufre una triple discriminación: de género, de raza y de clase social, al considerarse socialmente apta solo para el trabajo doméstico o la explotación sexual, como resultado del racismo y sexismo estructurales del país.

Sueli Carneiro (2003: 117-133) señala, por ejemplo, que la criminalización del aborto penaliza desproporcionadamente a las mujeres con bajos ingresos, quienes recurren a procedimientos precarios e inseguros. Ello “determina en gran medida los índices de mortalidad materna existentes en el país” (Carneiro, 2003: 118) y resulta en una mayor mortalidad de las mujeres más vulnerables, las negras y pobres, según los datos. Datos que revelan, incluso, que la violencia obstétrica contra las mujeres negras es sistemática, en función de los estereotipos racistas arraigados, como el de que “las mujeres negras toleran más el dolor”, lo que puede llevar a los profesionales a obviar su sufrimiento, resultando, según la *Investigación Nascer*, en Brasil, en un número de muertes de madres negras dos veces mayor que el de madres blancas (Ministério da Saúde, 2023a).

Las mujeres en situación de pobreza experimentan formas agravadas de opresión de género. Con menor acceso a la educación y a servicios de salud de calidad, se vuelven más vulnerables a los abusos y a las negligencias institucionales. La socióloga brasileña Cida Bento (2022)

contribuye en esta discusión al exponer los mecanismos mediante los cuales el racismo y el elitismo se perpetúan de modo velado en las instituciones. Acuña la expresión “pacto de blancura” para describir el acuerdo tácito entre los blancos para no reconocerse como parte esencial de la persistencia de las desigualdades raciales en Brasil. Ese pacto implica que las personas blancas, incluidas las mujeres blancas en los espacios de poder, naturalizan los privilegios del color y la clase al silenciar sobre el racismo y, muchas veces, al excluir la agenda racial de las luchas feministas hegemónicas. De este modo, las mujeres que están fuera de ese núcleo narcisista terminan sin ser plenamente contempladas por las políticas y por los movimientos que se centran únicamente en la opresión de género de forma abstracta.

3. Historia y fundamentación constitucional: del patriarcado colonial a las normas actuales

Desde el punto de vista normativo, la violencia obstétrica viola una serie de derechos y principios consagrados en el ordenamiento jurídico brasileño. La Constitución Federal de 1988, en su artículo 5.º, *caput*, establece el principio de igualdad afirmando que “todos son iguales ante la ley, sin distinción de cualquier naturaleza”. Garantiza la inviolabilidad del derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad y a la integridad física y moral. También el artículo 1.º, inciso III, afirma la dignidad de la persona humana como el fundamento de la República, lo que implica decir que los tratos inhumanos, degradantes o que menosprecien a la mujer, tal como ocurre con la violencia obstétrica, son inaceptables bajo la Carta Magna. Las discriminaciones fundadas en el sexo, el color, el origen o la posición social contravienen el artículo 3º, inciso IV, de la Constitución, que fija el objetivo fundamental de “promover el bienestar de todos, sin prejuicios de origen, raza, sexo [...]”.

Además, el artículo 196 de la Constitución consagra la salud como un derecho de todos y un deber del Estado, que debe ser garantizado mediante políticas sociales y económicas que busquen reducir el riesgo de enfermedad y “el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”. Una asistencia obstétrica que niegue la analgesia por prejuicio, que insulte a las parturientas o las someta a procedimientos innecesarios, viola el derecho a la salud y a la integridad. Por tanto, atenta contra la dignidad y la igualdad material de esas mujeres.

En el plano infraconstitucional, aunque no existe en Brasil una ley específica que tipifique la “violencia obstétrica” (a pesar de los numerosos proyectos de ley que se han acumulado durante años en la cámara legislativa federal), existen diversas regulaciones relevantes. La



Política Nacional de Atención Obstétrica y Neonatal del Ministerio de Salud, establecida en 2005, y la estrategia *Rede Cegonha* (Red Cigüeña), lanzada en 2011, establecen las directrices para la humanización del parto y el nacimiento. Buscan asegurar, por ejemplo, el derecho a la presencia de un acompañante en la elección de la gestante durante el trabajo de parto y de posparto. Este derecho se reforzó con la ley n.º 11.108/2005, que modificó la legislación del SUS (Sistema Único de Salud), a fin de garantizar que las parteras pudieran tener un acompañante en los hospitales. Impedir la presencia de ese acompañante, una práctica desafortunadamente común en algunos servicios, se considera un acto hostil que compromete la seguridad de la mujer. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud y UNICEF señalan esa prohibición como un factor que aumenta los riesgos para la madre y para el bebé. Otra respuesta legal a la presión social fue la creación, en algunas unidades de la federación, de leyes estatales o municipales que reconocen y combaten la violencia obstétrica (por ejemplo, enumerando prácticas abusivas y previniendo campañas de concientización y los protocolos de una atención humana).

En el ámbito del Sistema de Justicia, cobran importancia los actos normativos emitidos por el Consejo Nacional de Justicia (CNJ)⁶ relativos a la igualdad de género y raza en el ámbito del Poder Judicial⁷. Al reconocer que los sesgos de género y el racismo estructural pueden influir en las decisiones judiciales y el acceso a la justicia, el CNJ emitió, en 2018, la Resolución n.º 255, que establece la “Política Nacional de Incentivo a la Participación Femenina en el Poder Judicial”. Promueve medidas para reducir las desigualdades de género dentro de las profesiones jurídicas. Más recientemente, el CNJ incorporó expresamente la dimensión racial en sus políticas: la Resolución n.º 540, de 18/12/2023 modificó la Resolución 255 para determinar la paridad de género “con perspectiva interseccional de raza y etnia” en las actividades del Poder Judicial.

⁶ El Consejo Nacional de Justicia (CNJ) es un organismo público del Poder Judicial brasileño responsable de la mejora del sistema judicial, con énfasis en el control administrativo y financiero, la transparencia procesal y el cumplimiento de las funciones de los jueces. Fue creado en 2004 mediante la Enmienda Constitucional n.º 45 y establecido en 2005, con sede en Brasilia y presencia en todo Brasil.

⁷ Las Resoluciones del Consejo Nacional de Justicia son actos normativos de rango inferior a la ley, de carácter reglamentario, situándose jerárquicamente por debajo de la Constitución Federal y de las leyes ordinarias, pero con fuerza vinculante para todos los órganos del Poder Judicial brasileño. La fuente es en el poder reglamentario conferido al CNJ por la Constitución Federal (art. 103-B) y por la Ley Orgánica de la Magistratura Nacional, sus resoluciones tienen como finalidad uniformizar los procedimientos administrativos, establecer políticas judiciales y regular materias que competen al Consejo. Aunque no pueden innovar en el ordenamiento jurídico creando derechos u obligaciones no previstos por ley, las resoluciones del CNJ poseen eficacia normativa inmediata y vinculan a los jueces, los tribunales y los operadores del Poder Judicial en todo el territorio nacional. Su inobservancia puede derivar en medidas administrativas y disciplinarias. En el caso específico de las Resoluciones n.º 255/2018 y n.º 540/2023, que tratan de la política de igualdad de género y raza, estos actos establecen directrices obligatorias para la actuación institucional del Poder Judicial, incluso en lo que atañe a la incorporación de la perspectiva de género y la interseccionalidad en las decisiones judiciales y en la gestión administrativa de los tribunales.

Las resoluciones que abordan la temática de género y de raza establecen que las desigualdades basadas en la raza, el color y la etnia surgen a partir de la discriminación estructural que permea la sociedad brasileña, marcada por cerca de 388 años de esclavitud contra las personas negras y una abolición inconclusa hasta el día de hoy, según los indicadores económicos y sociales que presenta la población negra, especialmente las mujeres negras que enfrentan dificultades especiales en el acceso a derechos. Un estado de cosas que constituye una discriminación y una violencia de género que entremezcla la raza, el color y la etnia, las cuales deben ser abordadas y superadas mediante el Derecho, en particular, a través de las herramientas previstas en el Derecho antidiscriminatorio.

Otra medida relevante es la Resolución CNJ n.º 492/2023, que hizo obligatoria la capacitación de magistrados y magistradas en derechos humanos, género, raza y etnia, además de determinar el cumplimiento del Protocolo para el Juicio con Perspectiva de Género en todas las ramas de la Justicia. Dicho protocolo (elaborado con el apoyo de ONU Mujeres) orienta a los jueces a identificar situaciones de violencia de género (incluso obstétrica) y la discriminación interseccional en los casos particulares, se aplica el Derecho de forma contextualizada y sin estereotipos. Esa normativa abrió el sistema de justicia brasileño al enfoque interseccional, lo que puede favorecer interpretaciones más sensibles a las desigualdades en los casos de violencia contra las mujeres (incluso en el parto) que llegan a los tribunales.

Cabe mencionar el último instrumento normativo implementado por el Consejo Nacional de Justicia: el “Protocolo para el Juicio con Perspectiva Racial”, de la Resolución n.º 598, de 22 de noviembre de 2024. Este instrumento establece las reglas de escucha cualificada, la identificación de los sesgos raciales e interseccionales y la formación continua de magistrados y funcionarios públicos en derechos humanos, género, raza y etnia.

Desde una perspectiva histórica, se puede observar que las raíces de la violencia contra las mujeres embarazadas conectan con la estructura patriarcal, colonial y racista forjada a lo largo de la historia brasileña. Durante los periodos colonial e imperial, las mujeres (especialmente las mujeres negras esclavas), ocupaban el escalón más bajo de la jerarquía social y padecían múltiples formas de violencia legitimadas por la legislación de la época.

La abolición formal de la esclavitud no deshizo inmediatamente esa estructura de opresión. Algunas leyes como la Ley del Vientre Libre de 1871 (que declaró libres a los hijos/as de mujeres esclavas nacidos a partir de aquella fecha) representaron una medida ambigua: por



un lado, interrumpieron, gradualmente, la reproducción de la esclavitud; por otro lado, mantuvieron a las madres negras en la condición de cautivas, muchas veces obligadas a amamantar y a criar a sus hijos hasta una cierta edad para después entregarlos o para indemnizar a sus antiguos dueños. En la práctica, la libertad prevista en la Ley del Vientre Libre solo llegaría realmente en la edad adulta, a los 21 años. El trabajo que los hijos de las esclavas prestarían gratuitamente a lo largo de los años al hacendado serviría de compensación por los gastos de crianza (techo, comida, ropa, etc.) y de indemnización por la pérdida forzada de la “propiedad” (Senado Federal, 2018).

A finales del siglo XIX y principios del XX aun emergían teorías eugenésicas y políticas de blanqueamiento de la población que reforzaban la degradación de las vidas negras e indígenas. El acceso de la población negra a los servicios de salud permaneció severamente limitado después de la abolición, lo que llevó a muchos a sucumbir a las enfermedades por el abandono del Estado. Esta negligencia sanitaria históricamente arraigada estableció un precedente trágico: las mujeres negras se enfrentaron a las peores condiciones de salud, de asistencia médica y de desigualdad que llega hasta nuestros días.

4. La violencia obstétrica en contexto empírico: la falta de respeto como característica de la asistencia reproductiva en Brasil

El trabajo de Alaerte Leandro Martins (2006), en su labor al frente de la Red Nacional Feminista de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos del Comité Estatal de Prevención de la Mortalidad Materna de Paraná, es considerado el primer trabajo que recopila ese tipo de datos en el país. Según destacó Sueli Carneiro (2023b: 69), la mortalidad materna como un grave problema de salud pública en Brasil que afecta de manera desigual a las distintas regiones brasileñas, pero estadísticamente a las mujeres de menores ingresos y educación. Junto a los aspectos socioeconómicos, surgía la cuestión racial: “El análisis es difícil de ser realizado debido a la dificultad de comprender la clasificación raza/color, lo que muchas veces impide el registro de esta información. Varios Comités de Mortalidad Materna están utilizando el criterio color y revisando sus datos” (Martins, 2006: 1).

En abril de 2025, se lanzó el informe *Tendencias en la Mortalidad Materna 2000 a 2020*, de las agencias de las Naciones Unidas⁸. Según los datos, cada dos minutos, una mujer muere

⁸ El informe fue elaborado por la OMS en nombre del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Estimaciones de la Mortalidad Materna, integrado por la OMS, la UNICEF, la UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Utiliza datos nacionales para estimar los niveles y las tendencias de la mortalidad materna entre 2000 y 2023; abarca 195 países y territorios; y reemplaza

durante el embarazo o un parto, de acuerdo con las últimas estimaciones. El informe revela retrocesos alarmantes para la salud de las mujeres en los últimos años y presenta el primer relato global sobre el impacto de la pandemia de Covid-19 en la supervivencia materna⁹: no por complicaciones directas causadas por la Covid-19, sino por interrupciones generalizadas en los servicios de maternidad. Las mujeres embarazadas que viven en situación de emergencias humanitarias se enfrentan a algunos de los mayores riesgos globales, ya se deban a guerras o a eventos climáticos¹⁰.

La información estadística del Ministerio de Sanidad indica que la tasa de mortalidad materna en mujeres negras alcanzó 110,6 por cada 100.000 nacidos vivos en 2022, más del doble del promedio nacional (57,7) para las mujeres blancas, cuya tasa fue de aproximadamente 46,5.

La investigación *Nascer no Brasil* (Leal y Gama, 2014) presenta el concepto de la razón de la mortalidad materna (RMM). En este caso, se considera el número de fallecimientos registrados hasta 42 días después de finalizar el embarazo (atribuidos a causas relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio) por cada 100 mil nacidos vivos. En los años 2020 y 2021, durante la pandemia de Covid-19, la diferencia también fue significativa: en 2021, la RMM fue de 194,8 en el caso de mujeres negras (127,6 en 2020); 121 en blancas (64,8 en 2020) y 100 en mestizas (68,8 en 2020). Sin embargo, incluso sin el contexto de la pandemia, se registraron datos similares en un período anterior: en 2016, las mujeres negras sumaban 119,4 muertes/100 mil nacidos vivos frente a 52,9 en las blancas

Una investigación reciente de la Fundação Oswaldo Cruz (2024), vinculada al Ministerio de Sanidad brasileño señala que el 65% de las mujeres del Estado de Rio de Janeiro sufrieron algún tipo de violencia obstétrica. La investigación *Nascer no Brasil 2 – Pesquisa Nacional sobre Perda Fetal, Parto e Nascimento*¹¹ (LEAL, 2024), publicada en septiembre de 2024, revela que las desigualdades sociales y étnicas relacionadas con la educación o los ingresos incrementan la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas, y las hace más propensas a enfrentar problemas de salud durante el embarazo. Además, cabe mencionar que las demoras en la asistencia

todas las estimaciones previas publicadas por la OMS y el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Estimaciones de la Mortalidad Materna.

⁹ Se estima que, en 2021, más de 40.000 mujeres murieron durante el embarazo o el parto, un aumento de 282.000 a 322.000 en relación con el año anterior.

¹⁰ Para las mujeres, en ese contexto, los riesgos son alarmantes: una niña de 15 años se enfrenta a un riesgo de 1 entre 51 de morir por causas maternas en algún momento de su vida, en comparación con 1 entre 593 en los países más estables.

¹¹ Los datos se recogieron a partir de 1.923 entrevistas con mujeres ingresadas tanto para parir como por pérdida fetal en 29 maternidades públicas y privadas de 18 municipios fluminenses, entre los años de 2021 y 2023. Disponible en: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/> Accedido en: 10 dic. 2024.



obstétrica es el principal factor relacionado con la mortalidad materna. El tiempo para obtener una atención adecuada es un factor importante, ya que es necesario que todas las mujeres tengan acceso a la atención obstétrica de emergencia de manera oportuna.

El derecho a elegir la modalidad del parto también atraviesa recortes de clase social (educación e ingresos): la analgesia epidural y la cesárea selectiva son procedimientos realizados con mayor frecuencia en mujeres blancas con alto nivel educativo. Una investigación coordinada por Maria do Carmo Leal (2017) sobre los partos en Brasil evidenció que las mujeres negras y las mestizas se ven desproporcionadamente más afectadas por las prácticas inadecuadas. Presentan 1,6 veces más riesgo de no recibir una atención prenatal adecuada, una mayor probabilidad de no tener vínculo con una maternidad predefinida para el parto y 1,67 veces más posibilidades de estar solas durante el parto (a pesar de que la ley menciona un acompañante). Enfrentan con mayor frecuencia la llamada “peregrinación” en busca de un lugar para dar a luz. Aunque la tasa de episiotomía (corte quirúrgico en el perineo) ha sido menor para mujeres negras que para las blancas, cuando las mujeres negras fueron sometidas a episiotomía recibieron menos anestesia local con analgesia que las blancas. La administración de menor analgesia a las parturientas negras sugiere un sesgo racial en la conducta médica, posiblemente ligado al estereotipo racista de que las personas negras “soportan más dolor”, un eco contemporáneo de la permanente deshumanización del cuerpo negro. El citado estudio señaló que las mujeres negras son las que más sufren violencia verbal por parte del personal obstétrico (gritos, insultos, reprimendas).

Las prácticas inhumanas y de desigualdad llevaron a autoras como la investigadora estadounidense Dána-Ain Davis (2019) a acuñar el término “racismo obstétrico”. Lo define definiéndolo como la intersección entre la violencia obstétrica de género y el racismo estructural en la salud, que expone a las mujeres negras y a sus bebés a un mayor riesgo. Estos estudios demuestran que el racismo institucional en la salud es un factor contribuyente al fenómeno. Como consecuencia, el término “el color del dolor”, presente en el título del estudio de Leal et al (2017), evidencia que el dolor de las mujeres negras es frecuentemente ignorado o subestimado en los servicios de salud.

La investigación de Mello, Paiva y Sento-Sé (2024), del Núcleo de Investigación en Género, Raza y Etnia de la Escuela de Magistratura del Estado de Rio de Janeiro (EMERJ), analiza cómo los actos de abuso, la falta de respeto o la negligencia en el contexto del embarazo, el parto y el posparto constituyen violencia obstétrica en Brasil. Muestra que los profesionales

de la salud se resisten a reconocer el fenómeno, debido a la falta de una definición clara, de fundamentos técnicos o del temor a que se utilice como una forma de politización o de criminalización indebida. Asimismo, también se examina cómo el sistema jurídico brasileño (leyes, propuestas legislativas y decisiones judiciales) y las normas internacionales (en el marco del sistema interamericano de derechos humanos) abordan esa forma de violencia. Finalmente, en el estudio se proponen recomendaciones para la prevención y la reparación: mejorar el acceso a la información; capacitar a profesionales del Derecho y de la salud; adoptar protocolos de atención humanizada; reformar las estructuras legales y de infraestructura para garantizar que las mujeres embarazadas sean tratadas con dignidad.

En ese mismo sentido, el artículo de Livia Paiva, Adriana Ramos de Mello e Isadora Vianna Sento-Sé (2025) muestra, a partir del análisis de 100 procesos juzgados por el Superior Tribunal de Justicia, cómo la violencia obstétrica permanece invisibilizada en el ámbito judicial. Las autoras identificaron 31 formas de violencia obstétrica registradas en documentos legales como las humillaciones, la naturalización del dolor, la negligencia institucional y la falta de respeto en relación con la autonomía de las mujeres. Sin embargo, constataron que los daños indemnizables se centran, casi exclusivamente, en los perjuicios sufridos por los recién nacidos. La investigación concluye que esa invisibilidad de las violaciones cometidas contra las madres requiere reformas jurídicas y políticas que aseguren la atención humanizada y el respeto de los derechos.

5. Caso Alyne Pimentel y el necesario diálogo con el Sistema Interamericano de Derechos Humanos

El caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira ilustra de manera contundente la relación entre la violencia obstétrica y la discriminación. Alyne era una mujer negra, joven, de 28 años y con bajos ingresos, que vivía en un área periférica de Río de Janeiro. Un perfil que concentra factores de vulnerabilidad en el acceso a los servicios de salud de calidad. En noviembre de 2002, a los seis meses de embarazo, Alyne buscó atención en una clínica de salud pública al presentar malestar. Según la reconstrucción de los hechos, ella no recibió la atención adecuada: hubo demora en el diagnóstico y, después de sufrir un aborto espontáneo tardío con complicaciones, no la trasladaron a tiempo a un hospital con la estructura necesaria de obstetricia. Agonizó durante días y sufrió negligencia y omisiones sucesivas, una clara manifestación de la violencia obstétrica por omisión de socorro y de racismo institucional, puesto que los pacientes en estado grave (especialmente si son negras y pobres) muchas veces no reciben la atención prioritaria en el saturado sistema público. El 16 de noviembre de 2002,



Alyne Pimentel falleció a consecuencia de una hemorragia interna y de insuficiencia orgánica. Dejó una hija pequeña. Su muerte hubiera sido una muerte materna evitable, pero acabó siendo el resultado de la combinación perversa del sexismo (en que se devalúa la salud de la mujer), racismo (indiferencia ante el sufrimiento de una mujer negra) y clasismo (negligencia típica que enfrentan los usuarios pobres del Sistema Único de Salud).

Ante esa evidente injusticia, la madre de Alyne, junto con algunas organizaciones de derechos humanos (incluido el Centro para la Justicia y el Derecho Internacional y la ONG Advocacy), buscó exigir responsabilidades al Estado brasileño. Tras agotar los recursos internos sin obtener una reparación adecuada, el caso se presentó en 2007 al Comité de la CEDAW, el organismo de la ONU responsable de supervisar la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. En julio de 2011, el Comité de la CEDAW emitió su decisión. Concluyó que Brasil había violado los derechos humanos de Alyne, en particular sus derechos a la vida, a la salud y a la no discriminación, según los artículos 2 y 12 de la Convención de la CEDAW. Esta decisión fue histórica: era la primera vez que un organismo internacional de derechos humanos exigía responsabilidades a un Estado por las muertes maternas derivadas de los errores en la atención médica. En esencia, el Comité reconoció la muerte de Alyne como una forma de violencia de género y enfatizó que las mujeres (y en particular las mujeres de grupos vulnerables) tienen derecho a una atención sobre la maternidad digna y de calidad.

La decisión del Comité de la CEDAW presentó importantes contribuciones jurídicas en el sentido de exponer su dimensión interseccional. Los expertos destacaron que los casos como el de Alyne no son incidentes aislados, sino que se insertan en un patrón sistemático de discriminación racial y socioeconómica en los servicios de salud de Brasil (Catoia *et al.*, 2020).

Es importante subrayar que el Comité entendió que Alyne falleció no solo debido a un error médico individual, sino también porque era mujer, negra, pobre y dependiente del sistema público de salud. Una serie de factores que se combinaron para que ella no recibiera la atención urgente que hubiera podido salvar su vida. Al articular las categorías de género, raza y clase en el análisis del caso, el Comité asentó nuevas bases legales y formales para el enfoque interseccional de violencia contra las mujeres (Catoia *et al.*, 2020). Según el estudio de Cinthia Catoia, Fabiana Severi e Inara Firmino, dicha decisión profundizó en la comprensión de cómo “la discriminación racial agrava la violencia de género y afecta la salud reproductiva de las mujeres negras, pobres y de zonas periféricas”.

La muerte de Alyne da Silva Pimentel Teixeira expuso, de manera paradigmática, la intersección entre la violencia obstétrica por omisiones del Estado, el racismo institucional y la desigualdad socioeconómica. En 2011, el Comité de la CEDAW responsabilizó al Estado brasileño por violar, entre otros, el derecho a la vida, el derecho a la salud y el deber de no discriminar. Enfatizó la obligación de garantizar la atención obstétrica de calidad, sin discriminación, incluso cuando se presta a través de las instituciones privadas bajo la supervisión del Estado (CEDAW, *Alyne vs. Brazil*, Comunicación n.º 17/2008, “Views” de 25 de julio de 2011). La decisión estableció medidas estructurales (acceso oportuno a urgencias obstétricas, formación antidiscriminatoria, rendición de cuentas y reparaciones), inaugurando un hito internacional sobre la debida diligencia reforzada en la salud materna (CEDAW, 2011; *Center for Reproductive Rights*, 2011).

La decisión del caso Alyne Pimentel remarcó que la discriminación racial, la desigualdad de género y la pobreza se combinaron para producir el desenlace trágico. Al articular esas categorías en el análisis del caso, la decisión inauguró las bases formales para un enfoque interseccional de las violaciones de los derechos reproductivos. Incidió en la comprensión de cómo el racismo estructural agrava la violencia de género y afecta a la salud de las mujeres negras, pobres y de zonas periféricas. En este sentido, de acuerdo con Sueli Carneiro (2023: 58), es posible afirmar que el descuido institucional que victimó a Alyne refleja el funcionamiento de un “dispositivo de racialidad” dentro del sistema de salud: una dinámica en que la posición social de las mujeres negras (construida por el racismo) resulta en una menor apreciación de sus cuerpos y en una menor atención a su dolor.

En otras palabras, la lógica de la blancura (el privilegio estructural invisible asociado al hecho de ser blanco) (Bento, 2022) naturaliza la exclusión de las mujeres negras de los cuidados adecuados. Esto es un efecto, según Sueli Carneiro (2023a), de la dinámica negativa de la racialidad negra que condena a las mujeres a la violación sistémica de sus derechos reproductivos, a quienes se les ofrece un trato diferenciado con una menor atención, lo que evidencia el racismo institucionalizado. La obra refleja la discriminación reproductiva al arrojar luz sobre la cuestión del tratamiento de los miomas, en la que se aplican prioritariamente técnicas conservadoras mediante medicación y terapia expectante para las mujeres blancas, mientras que, para las mujeres negras, cuyo útero tendría un menor valor, normalmente se indica la histerectomía.

En el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH), la problemática de la violencia obstétrica y de las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se ha



cochado protagonismo en los últimos años, en sintonía con los aspectos revelados por el caso Alyne.

En el SIDH, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) define la violencia obstétrica como aquellas acciones u omisiones de los servicios de salud (públicos o privados) durante el embarazo, el parto y el puerperio, caracterizadas por un trato inhumano o discriminatorio, que genera daño físico, psíquico o moral (OEA/CIDH, 2019: 92). La jurisprudencia interamericana, a su vez, recientemente ha reafirmado que la mortalidad materna evitable, los malos tratos durante el parto y la falta de acceso a los servicios de salud reproductiva constituyen violaciones de derechos humanos que implican la responsabilidad estatal.

En ese contexto, merece especial atención el caso *Brítez Arce y otros vs. Argentina* (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2022), el primer juicio de la Corte Interamericana en reconocer expresamente la violencia obstétrica como una forma de violencia de género. En esa sentencia, la CIDH declaró al Estado argentino responsable por la muerte de Cristina Brítez Arce, fallecida en 1992, a consecuencia de una atención obstétrica negligente por violar los derechos a la vida, a la integridad personal y a la salud previstos en la Convención Americana y en relación con el deber estatal de garantizar y la ausencia discriminación. La decisión, al emplear el término “violencia obstétrica”, consolidó en el ámbito regional la comprensión de que los abusos y las negligencias sufridos por las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto configuran violaciones de los derechos humanos y de la Convención de Belém do Pará. Se exigió de los Estados medidas positivas de prevención, de investigación y de erradicación de esa forma de violencia. En la fundamentación, la CIDH enfatizó que dichas violaciones no son consecuencia de factores biológicos aislados o de “casos fortuitos”, sino de factores institucionales, culturales y estructurales profundamente arraigados. Se hizo eco, así, de la idea de que es necesario considerar el sistema obstétrico como un todo complejo en el que interactúan políticas públicas, la formación profesional, los valores culturales (incluidos los prejuicios) y los mecanismos de rendición de cuentas.

Otros precedentes interamericanos son relevantes para este tema. Como el caso *Manuela y otros vs. El Salvador*, de 2021, ante la CIDH, en el que Manuela, una mujer joven en situación de pobreza rural, sufrió una urgencia obstétrica (un nacimiento prematuro de un feto muerto), en 2008, y fue injustamente acusada de aborto ilegal (práctica criminalizada en El Salvador). Fue contenida en la cama del hospital, sometida a malos tratos y posteriormente condenada a una larga pena de prisión. Falleció bajo la custodia del Estado por falta de un

tratamiento adecuado para un cáncer. La CIDH expuso la intersección entre discriminación de género, la criminalización de la pobreza y la violencia institucional. Subrayó que los estereotipos de género y los prejuicios socioeconómicos inundaron la actuación de las autoridades salvadoreñas (comenzando con por la suposición de la culpabilidad de Manuela por su condición humilde) y que tales sesgos estructurales culminaron en violencia obstétrica institucional. Es decir, en la negación cruel de la asistencia obstétrica de urgencia seguida de un castigo indebido.

También el caso de *Beatriz y otros vs. El Salvador* (sentencia de 2023, publicada el 20 de diciembre de 2024), en el que Beatriz, una joven salvadoreña, pobre y con graves problemas de salud (era portadora de lupus eritematoso sistémico), en 2013 quedó embarazada de un feto anencefálico. Un embarazo de altísimo riesgo, en el que el feto no tendría ninguna posibilidad de sobrevivir y continuar con el embarazo ponía en riesgo su vida y su salud. Se le rechazó el aborto terapéutico, debido a la prohibición absoluta del aborto en El Salvador, Beatriz sufrió meses de agonía física y mental y tuvo el parto provocado por cesárea solamente cuando ya se encontraba en un estado crítico. Falleció algunos años después debido a las complicaciones derivadas de todo el proceso. Al negarle a Beatriz un tratamiento oportuno y adecuado, las autoridades la sometieron a un sufrimiento innecesario y discriminatorio, violaron la obligación de garantizarle una atención de salud reproductiva compatible con la dignidad humana.

Al comparar el caso Alyne Pimentel con esas sentencias interamericanas, se observan tanto convergencias como particularidades importantes. Entre las convergencias es posible mencionar que, en todos los casos, las víctimas fueron mujeres en situación de vulnerabilidad, ya sea por la raza, la pobreza, el estatus social o la condición de salud. Todas sufrieron violaciones de sus derechos fundamentales relacionadas con el ciclo de la gestación y el puerperio. Las decisiones enfatizaron, cada una a su manera, que estos no fueron “incidentes aislados” ni errores puntuales, sino manifestaciones de los patrones estructurales de discriminación y de omisión del Estado. Al igual que en el caso Alyne, el Comité evidenció un patrón sistemático de racismo y de sexismo en los servicios de salud brasileños. En los casos de Brítez Arce y Beatriz, la CIDH reconoció que las muertes maternas derivaron de errores sistemáticos, ya sea en la calidad de la atención hospitalaria, en la ausencia de protocolos o en la falta de las respuestas judiciales diligentes, imputables al Estado. En el caso de Manuela, quedó claro que los estereotipos de género y los prejuicios (respectivamente, la criminalización de la mujer pobre considerada una “mala madre” en el



caso salvadoreño y las suposiciones paternalistas sobre la capacidad reproductiva en el caso boliviano) condicionaron la actuación de las instituciones, violando los deberes de cuidado y del respeto a la autonomía. Todas las sentencias, por lo tanto, refuerzan la centralidad de una perspectiva interseccional: las autoridades sanitarias y judiciales necesitan considerar los múltiples ejes de subordinación que agravan la vulnerabilidad de las mujeres (como la raza, la clase, el origen rural o las características de salud) para evitar perpetuar estas injusticias. La convergencia entre los casos Alyne Pimentel y los interamericanos indica que las muertes y los daños son maternos evitables y que junto al maltrato en el parto son resultado de las estructuras (patriarcales, racistas y clasistas) que generan tratos diferenciales y que erosionan la autonomía reproductiva. Sueli Carneiro (2023b: 65) califica este patrón como el “dispositivo de *racialidad*” que devalúa el cuerpo y el dolor de las mujeres negras, que reduce la capacidad de respuesta del sistema y naturaliza los desenlaces letales. Desde una perspectiva interamericana, eso se traduce en deberes positivos de: (i) reconocer la violencia obstétrica como violencia de género; (ii) eliminar los estereotipos y los sesgos raciales en la atención; (iii) garantizar el sentimiento libre e informado; (iv) asegurar la adecuación intercultural de la atención (idioma, prácticas, posición y lugar del parto); (v) regular el sector privado; y (vi) monitorizar y reparar con un enfoque interseccional. A partir del caso Alyne Pimentel y de los precedentes analizados, la debida diligencia reforzada en salud materna es hoy un parámetro normativo y que opera en la región (OEA/CIDH, 2017 y 2019).

A pesar de esas particularidades, se puede discernir un núcleo común que debe orientar el sistema de justicia: todas las decisiones convergen en la idea de que la garantía efectiva de los derechos humanos de las mujeres, especialmente en el contexto de la salud materna y reproductiva, exige reconocer y combatir las estructuras de poder discriminatorias (patriarcado, racismo, clasismo) que tradicionalmente han puesto en riesgo a esas mujeres y han silenciado su sufrimiento. Esta comprensión holística, jurídica y socialmente constituye genuinamente el núcleo del enfoque interseccional de los derechos humanos.

6. Conclusiones

El examen del caso Alyne Pimentel y la jurisprudencia interamericana nos permite afirmar que la violencia obstétrica, comprendida como violencia de género, constituye una violación de los derechos humanos que produce y reproduce las jerarquías de género, de raza, de clase y de etnia. El “dispositivo de *racialidad*”, propuesto por Sueli Carneiro (2023b), revela la lógica mediante la cual se devalúan sistemáticamente los cuerpos y el dolor de las mujeres negras. Explica la mayor incidencia de muertes y de daños evitables y la recurrente negación de los

cuidados oportunos y adecuados. Al mismo tiempo, la perspectiva comunitaria evidencia la continuidad entre el cuerpo y el territorio. Expone que las mujeres indígenas se enfrentan a una doble subalternización: el entronque patriarcal y la adecuación intercultural de la atención sanitaria como una obligación estatal, no una concesión.

Desde una perspectiva normativa, la decisión referente al caso Alyne Pimentel y las decisiones de la CIDH convergen en el reconocimiento de los deberes positivos: prevenir, investigar, sancionar y reparar con la debida diligencia reforzada. Ello implica garantizar el consentimiento libre e informado, eliminar los estereotipos (de género y raciales), formar a profesionales con un enfoque antidiscriminatorio e interseccional y asegurar la adecuación intercultural (idioma, prácticas, posición y lugar del parto). Desde una perspectiva jurídico-procesal, se requiere la aplicación de los Protocolos del Consejo Nacional de Justicia (de perspectivas de género y raciales) y el rechazo activo de los estereotipos judiciales, de manera que la aparente neutralidad, históricamente ciega en relación con el género, la raza y el territorio, debe dar paso a una interseccionalidad hermenéutica, sin la cual se perpetúa la injusticia reproductiva. La jurisprudencia interamericana proporciona los principios y los parámetros de rendición de cuentas que deberían orientar la actuación administrativa, legislativa y judicial.

El reconocimiento de la interseccionalidad como método e integrar la perspectiva comunitaria como horizonte de transformación no es un recurso teórico, sino una condición de posibilidad para concretar la igualdad material y la dignidad reproductiva. La promesa constitucional de que “la salud es un derecho de todos y un deber del Estado” solo se cumple cuando el embarazo y el parto dejan de ser zonas de situarse en la excepcionalidad para las mujeres negras, pobres e indígenas.

7. Referencias bibliográficas

- Akotirene, Carla (2018). *O que é interseccionalidade?* Letramento; Justificando.
- Alencar, José de (2022). *Iracema*. Principis.
- Anjos, Augusto dos (1996). *Antologia poética de Augusto dos Anjos*. Ediouro.
- Assis, Machado de (1971). *Obra completa*. A. Coutinho (ed.). Aguilar.
- Bento, Cida (2022). *O pacto da branquitude*. Companhia das Letras.
- Cabnal, Lorena (2010). Acercamiento a la construcción del pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala. En ACSUR-Las Segovias (org.) *Feminismos diversos: el feminismo comunitario*, (pp. 10-25), ACSUR-Las Segovias.



- Carneiro, Sueli (2003). Mulheres em movimento. *Estudos Avançados*, 17(49), 117-133.
- Carneiro, Sueli (2023a). Enegrecendo o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina. En *As mulheres e a violação dos direitos humanos*, CEDEF.
- Carneiro, Sueli (2023b). *Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como dispositivo do ser*. Zahar.
- Catoia, Cinthia de Cassia, Severi, Fabiana Cristina y Firmino, Inara Flora Cipriano (2020). Caso “Alyne Pimentel”: violência de gênero e interseccionalidades. *Revista Estudos Feministas*, 28(1), e60361.
- Crenshaw, Kimberlé (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- Crenshaw, Kimberlé (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 171-188.
- Davis, Dána-Ain (2019). Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical Anthropology*, 38(7), 560-573.
- d'Orsi, E., Brüggemann, O.M., Diniz, C.S.G., Aguiar, J.M.D., Gusman, C.R., Torres, J.A., y Domingues, R.M.S.M. (2014). Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Suppl 1), S154-S168. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>
- Diniz, Carmen Simone Grilo et al. (2015). Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 25(3), 377-384.
- Fundação Oswaldo Cruz (2024). *Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente*. Fiocruz.
- Gonzalez, Leli (1984). Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Ciências Sociais Hoje*, 2, 223-244.
- Hill Collins, Patricia (2019). *Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. Eneida de Souza (trad.). Boitempo.
- Leal, Maria do Carmo et al. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Suppl), S17-S32.
- Leal, Maria do Carmo et al. (2017). A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(Suppl 1), e00078816.
- Leal, Maria do Carmo y Gama, Silvana Granado Nogueira da (2014). Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Supl. 1), S5.
- Leal, Maria do Carmo et al. (2024). Nascer no Brasil 2 – Pesquisa Nacional sobre Perda Fetal, Parto e Nascimento: Retratos do Parto e Nascimento no Estado do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública (USP)*.
- Lugones, María (2014). Rumo a um feminismo decolonial. *Revista Estudos Feministas*, 22(3), 935-952.
- Lugones, María (2020). Colonialidade e gênero. En Heloisa Buarque de Hollanda (coord.) *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*, (pp. 52-83), Bazar do Tempo.

- Martins, Alaerte Leandro (2006). Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2473-2479.
- Mello, Adriana Ramos de; Paiva, Livia y Sento-Sé, Isadora (2024). “Se ficar gritando, vai ter o filho sozinho”: A violência obstétrica à luz do Direito brasileiro e do Sistema Interamericano de proteção de direitos humanos. NUPEGRE/EMERJ.
- Mello, Adriana Ramos de; Sento-Sé, Isadora Vianna y Paiva, Livia de Meira Lima (2025). A violência obstétrica no Poder Judiciário brasileiro: da (in)visibilidade à violação ao princípio da dignidade da pessoa humana. *Suprema – Revista de Estudos Constitucionais*, 5(1), 455-487.
- Ministério da Saúde (2023a). *Pesquisa nascer no Brasil – 2: mortalidade materna de mulheres negras no contexto do SUS*. Notícia Gov.br.
- Ministério da Saúde (2023b). *Morte de mães negras é duas vezes maior que de brancas, aponta pesquisa*. Ministério da Saúde.
- Nunes, Ana Beatriz Cruz (2022). *Violência obstétrica – análise jurisprudencial no TJ/SP*. Juruá.
- Organização dos Estados Americanos (OEA) (2017). *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas*. OEA.
- Organização dos Estados Americanos (OEA) (2019). *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe*. OEA.
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. OMS.
- Paiva, Livia de Meira Lima; Mello, Adriana Ramos y Sento-Sé, Isadora Vianna (2024). A violência obstétrica no Sistema Interamericano de Direitos Humanos: conceituação, barreiras e deveres dos Estados-partes. *Confluências*, 26(3).
- Paredes, Julieta (2019). *Hilando fino desde el feminismo comunitario*. Mujeres Creando Comunidad.
- Quattrocchi, P. (2020). Epílogo. Violencia obstétrica, desde América Latina até Europa: similitudes e diferenças em el debate atual. En P. Quattrocchi y N. Magnone (comp.) *Violencia obstétrica em América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, (pp. 195-201), De la UNLa, Universidad Nacional de Lanús.
- Quijano, Aníbal (2005). Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. En Edgardo Lander (coord.) *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais – perspectivas latino-americanas*, (pp. 117-142), CLACSO.
- Ribeiro Carneiro, Maria Elizabeth (2017). Corpos negros em exposição no museu imaginário da nação: em busca de novos enquadramentos. En Cristina Stevens, Susane Oliveira, Valeska Zanello, Edlene Silva y Cristiane Poretela (coord.) *Mulheres e violências: interseccionalidades*, (pp. 226-242), Technopolitik.
- Santana, Ariane Teixeira de; Couto, Telmara Menezes y Lima, Keury Thaisana Rodrigues dos Santos (2024). Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(9), e09952023.
- Segato, Rita (2025). *As estruturas elementares da violência*. Bazar do Tempo.
- Senado Federal (2018). *Fazendeiros tentaram impedir aprovação da Lei do Ventre Livre*. Senado Notícias.
- Truth, Sojourner (2020). “E eu não sou uma mulher”? Carla Cardoso (trad.). Imã Editorial.