

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial

Del 3 de abril de 1981



“MIRADAS POLÍTICO-AFECTIVAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MÉXICO”

TESIS

Que para obtener el grado de

DOCTORA EN ESTUDIOS CRÍTICOS DE GÉNERO

PRESENTA

María de Lourdes Alejandra Miranda Herrera

Directoras:

Dra. Luz María Stella Moreno Medrano

Dra. Silvia Romero Contreras

Lector:

Dr. Alejandro Rosillo Martínez

Ciudad de México, 2025

Me rebelo, luego somos.

Alejandra Pizarnik, Fragmento de diario (1962)

La denuncia se convierte en una forma de desobediencia afectiva.

Una manera de rechazar el modo en que las cosas son.

Sara Ahmed, Denuncia! (2021)

AGRADECIMIENTOS

A Prisciliano, por su amor generoso y su presencia constante.

A, Magdalena, gracias por enseñarme el valor del cuidado como práctica diaria, por tu fuerza silenciosa, tu ternura sin condiciones y tu sabiduría que guía sin imponer.

A Michelle y Priscila, por ser abrigo y complicidad.

A Yoko, por haber caminado conmigo.

A Rito y Pacha, por recordarme cada día que el amor también se expresa en la alegría sencilla y en la ternura sin palabras.

A Andrés, por caminar a mi lado, por acompañarme en las dudas, las pausas y los silencios. Por las conversaciones, las risas, las cervezas y por recordarme que el amor se cultiva en lo cotidiano.

A May, Faby y Mayra, por su presencia, por la escucha sin juicio y por recordarme que también escribimos desde la amistad y el afecto compartido.

A Luzma, Silvia y Alejandro, por su compromiso generoso, por escuchar más allá del texto y por acompañar y sostener la sensibilidad política y ética que sostiene este trabajo. Gracias por estar en los vaivenes, y por cuidar también en la escritura.

A las mujeres que denunciaron, a quienes con valentía pusieron su cuerpo y su voz: gracias por hacer del miedo palabra, y de la palabra, justicia.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	10
DEMARCAIONES INICIALES EN TORNO A LAS DISPUTAS SOBRE LA ATENCIÓN Y LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	14
1.1 Encuadre teórico conceptual de la investigación: análisis y posicionamientos	14
1.2 Planteamiento del Problema	16
1.3 Justificación	19
1.5 Análisis contextual de la violencia obstétrica en México	27
Conclusiones.....	45
MARCO TEÓRICO: LAS HUELLAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA, UN ABORDAJE DESDE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA POLÍTICA DE LAS EMOCIONES.....	49
Introducción	49
2.1 Las aproximaciones teóricas desde la teoría crítica de los derechos humanos	50
2.2 El abordaje teórico de la violencia obstétrica	59
2.2.1 Emociones y biopolítica: Modelo Médico Hegemónico	59
2.2.2 Configuraciones afectivas y lo político	62
2.2.3 El entramado de las relaciones de poder en la violencia obstétrica.....	68
2.3 ¿Quiénes encarnan la violencia obstétrica?: La teoría interseccional	83
2.3.1 Implicaciones de la colonialidad de género y la interseccionalidad en la violencia obstétrica.	87
Conclusiones.....	91
SOBRE LA INVESTIGACIÓN.....	95
4.1. Preguntas de investigación	96
4.2. Objetivo general.....	97
4.3. Objetivos específicos	97
4.4. Diseño metodológico.....	97
4.4.1 Método.....	98
4.4.2. Enfoque analítico	101
4.4.3 Limitaciones del estudio	103
4.4.4 Consideraciones éticas.....	105
Conclusiones.....	107
5. RUTAS DE EXIGIBILIDAD Y LÍMITES DE LA REPARACIÓN: CARTOGRAFÍA DE LAS RECOMENDACIONES	109
Introducción	109
5.1 Acceso a la justicia y violencia obstétrica: el encuadre de la CNDH ante los retos estructurales	110

5.2 Mecanismos de queja y denuncia en casos de violencia obstétrica	114
5.2.1 Procedimientos administrativos de queja	116
5.2.2 Mecanismos de conciliación y arbitraje médico	116
5.2.3 Acciones penales en casos de violencia obstétrica.....	117
5.2.4 Comisiones de derechos humanos	117
5.3 Caracterización de las recomendaciones de la CNDH en materia de violencia obstétrica	119
5.3.1 Panorama general de las recomendaciones	120
5.3.2 Instituciones responsables y niveles de atención	123
5.3.3 Características clínicas del evento obstétrico.....	128
5.3.4 Factores sociales y sujetos involucrados	141
5.3.5 Reconocimiento de derechos humanos	143
Conclusiones.....	152
6. Modalidades de violencia obstétrica y circuitos afectivos: un acercamiento a las recomendaciones	155
6.1 Afectos moralizantes y jerarquías médicas.....	157
Caso de Elvira: Violencia verbal y coerción.....	158
Mariana López: la vergüenza como control obstétrico	165
6.1.1 La red de afectos moralizantes: circulación	167
6.2 Afectos de desposesión: miedo, angustia e indiferencia	171
Gabriela: muerte materna.....	173
Priscila: despojo de la autonomía reproductiva	183
6.2.1 Red de afectos de desposesión	187
6.3 Afectos institucionales: desconfianza, coerción y abuso de poder	192
Ana: cuando la atención llega tarde	193
Patricia: urgencia obstétrica en fin de semana	196
Fernanda: negligencia institucional	202
6.3.1 Red afectos institucionales.....	207
6.4. Afectos movilizadores y políticos: lucha por justicia reproductiva	211
Bárbara: indignación frente a la negación del derecho a decidir.....	212
Isabel: resolución de la Suprema Corte de Justicia de la Nación	218
6.4.1 Red de afectos movilizadores	222
6.4.2 Justicia reproductiva como horizonte epistémico-afectivo	226
Conclusiones.....	231
DEMARCACIONES FINALES.....	234
REFERENCIAS.....	239

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Prevalencia de cesáreas en México. EDIREH (2021)	36
Gráfica 2. Prevalencia de cesáreas que dieron información sobre el procedimiento. EDIREH (2021)	37
Gráfica 3. Prevalencia de cesáreas que no contaron con autorización por parte de las mujeres. EDIREH (2021)	37
Gráfica 4. Prevalencia de las mujeres que fueron obligadas a permanecer en una posición incómoda o molesta durante el parto. EDIREH (2021)	39
Gráfica 5. Se negaron a anestésicarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones. EDIREH (2021)	39
Gráfica 6. Les dijeron cosas ofensivas. EDIREH (2021)	40
Gráfica 7. Le gritaron o la regañaron durante el parto. EDIREH (2021)	41
Gráfica 8. Le pellizcaron o jalonearon durante el parto. EDIREH (2021)	42
Gráfica 9. La ignoraban cuando usted preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé. EDIREH (2021)	42
Gráfica 10. Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de 5 horas, sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza. EDIREH (2021)	43
Gráfica 11. La obligaron o la amenazaron para que firmara algún papel sin informarle qué o para qué era. EDIREH (2021)	44
Gráfica 12. Número de recomendaciones por año	121
Gráfica 13. Distribución de las recomendaciones según el tiempo de emisión clasificado por rangos	122
Gráfica 14. Análisis de la evolución en la resolución de las recomendaciones	122
Gráfica 15. Análisis de la evolución en la resolución de las recomendaciones	124
Gráfica 16. Análisis de la evolución en la resolución de las recomendaciones	126
Gráfica 17. Recomendaciones por entidad federativa	127
Gráfica 18. Rango de semanas de gestación al vivir la violación	129
Gráfica 19. Consecuencias documentadas de la violencia obstétrica.....	134
Gráfica 20. Distribución de Consecuencias por entidad responsable y nivel de atención .	139

Gráfica 21. Promedio de tiempos de resolución de casos de violencia obstétrica según consecuencia y nivel de atención médica	141
Gráfica 23. Distribución de las personas que promueven la queja.....	142
Gráfica 24. Frecuencia de reconocimiento de derechos dentro de las recomendaciones de la CNDH.....	145
Gráfica 25 Interdependencia entre los derechos reconocidos en los casos de violencia obstétrica.....	146
Gráfica 26. Concurrencia en denuncias por violencia obstétrica además de la CNDH	151

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tipología del Maltrato a las mujeres durante el nacimiento según Bohren, et. al ..	72
Tabla 2 Criterios de selección para las recomendaciones.	100

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Expresiones de Violencia Obstétrica según Bohren, 2015.	70
Figura 2 Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto Sadler	82
Figura 3 Mecanismos de Desautorización, Sadler.....	83
Figura 4. Flujograma del proceso de selección de las recomendaciones analizadas.....	101
Figura 5 Sistema de Salud Mexicano	112
Figura 6 Mecanismos de Justicia y reparación para la violencia obstétrica.	115
Figura 7 Red de afectos moralizantes.....	169
Figura 8 Red conceptual de afectos de desposesión.....	188
Figura 9 Red afectos institucionales	208
Figura 10 Red de afectos movilizadores.....	224

INTRODUCCIÓN

*I write to record what others erase when I speak, to rewrite
the stories others have miswritten about me, about you. -*

Gloria Anzaldúa, (1981)

La violencia obstétrica constituye una forma sistemática de violación a los derechos humanos de las mujeres que se realiza en la atención médica institucionalizada de los procesos reproductivos. No se trata de incidentes aislados ni de fallas clínicas puntuales, sino de prácticas normalizadas que se inscriben en relaciones desiguales de poder ancladas en estructuras de género, clase, raza y saber. Como señalan Castro y Evitri (2014), estas violencias no sólo afectan la salud física de las mujeres, sino que tienen consecuencias en sus cuerpos, subjetividades, vínculos y cotidianidades, configurando un entramado de dominación que se prolonga más allá del momento del parto. De manera similar, Arguedas (2014) y Berrio (2013) han documentado cómo la violencia obstétrica implica una amenaza a la vida misma, al combinar múltiples dimensiones de violencia estructural, institucional y simbólica.

En este contexto, las recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) en México, entre 2020 y junio de 2024, no sólo representan un mecanismo formal de denuncia, sino también una forma específica de construcción de verdad institucional. Lo que se documenta, se reconoce y se omite en dichas recomendaciones configuran los marcos de legitimidad de las violencias obstétricas, así como los límites del reconocimiento jurídico. El derecho, en este sentido, no actúa únicamente como una herramienta normativa, sino como un dispositivo de poder que produce sentidos sobre lo que puede ser nombrado injusticia, lo que merece reparación, y quién puede ser considerada sujeta de derechos.

Esta tesis propone analizar cómo estas recomendaciones reflejan —y al mismo tiempo constriñen— la comprensión de la violencia obstétrica, explorando no sólo las prácticas documentadas, sino también los afectos que emergen en los relatos y resoluciones. Emociones como el miedo, la angustia, la rabia, la impotencia, la frustración o la tristeza no son simples reacciones individuales, sino que son afectos estructurados por configuraciones

institucionales que marcan jerarquías de legitimidad y reconocimiento. Como afirman Vázquez, López y Pérez (2023), los afectos no deben entenderse como experiencias privadas, sino como “productoras de sentido, capaces de afectar y ser afectadas en el marco de interacciones sociales significativas” (Vázquez et al., 2023, p. 13). Estas configuraciones emocionales, estructuradas por clase, género y raza, delimitan las posibilidades de respuesta institucional y las formas de agencia disponibles para las mujeres.

Heaney (2011) y Ariza (2020) han propuesto que los afectos estructuran mundos emocionales diferenciados, configurando realidades que no pueden ser comprendidas si se las separa de las condiciones materiales e institucionales que las generan (Heaney 2011 y Ariza, citados en Vázquez, López y Pérez, 2023, p. 20). En el caso de la atención obstétrica, los afectos permiten rastrear cómo se produce la sujeción, pero también cómo se activan formas de resistencia. Por ello, esta investigación se orienta a construir una lectura afectiva y estructural de las recomendaciones de la CNDH, que permita visibilizar no sólo las formas explícitas de violencia obstétrica, sino también sus condiciones de posibilidad, sus mecanismos de legitimación y sus límites institucionales.

La estructura de esta tesis se organiza en seis capítulos que articulan el desarrollo conceptual, teórico, metodológico y analítico para ofrecer una serie de miradas situadas de diversas experiencias encarnadas de mujeres mexicanas que han vivido violencias obstétricas. El primer capítulo establece las bases contextuales de la investigación, y para ello se traza una genealogía del concepto de violencia y se contextualiza la problemática en México. El segundo capítulo desarrolla el marco teórico que sostiene la investigación; la violencia obstétrica es analizada como una tecnología de poder —en el sentido foucaultiano— que se articula con el modelo médico hegemónico y que se despliega en prácticas que configuran lo que puede ser sentido, dicho y reconocido como legítimo. Se incorporan los aportes de la teoría crítica de los derechos humanos y del giro afectivo. Este análisis se enmarca en una lectura interseccional que permite identificar las formas diferenciadas en que se experimenta y se procesa la violencia obstétrica.

En el tercer capítulo se describe el diseño metodológico cualitativo de la investigación, se explica el proceso de selección y análisis de 66 recomendaciones emitidas por la CNDH entre 2020 y junio de 2024, así como el uso de herramientas de análisis Altas.Ti para la construcción de redes conceptuales, y se detallan los criterios metodológicos utilizados. El

cuarto capítulo presenta una cartografía de las recomendaciones analizadas, describiendo las instituciones involucradas, los niveles de atención médica implicados, los tipos de consecuencias reconocidas, entre otras características como los obstáculos estructurales que enfrentan las mujeres para acceder a mecanismos efectivos de denuncia y reparación; se señala cómo las condiciones de vulnerabilidad social se traducen en una mayor dificultad para ser escuchadas, reconocidas y de acceso a la justicia institucional.

El quinto capítulo se centra en el análisis central de las recomendaciones emitidas por la CNDH, a partir de cuatro dimensiones afectivas identificadas en los relatos: afectos moralizantes, afectos de desposesión, afectos institucionales y afectos político-movilizadores. Con el objetivo de visibilizar las experiencias contenidas en estos documentos, se examinan ocho casos representativos que ejemplifican cuatro dimensiones estructurantes de la violencia obstétrica: el saber-poder médico, la negación de la autonomía reproductiva, la omisión y el abandono institucional, y las barreras estructurales en el acceso a servicios de salud. Estas dimensiones no sólo permiten clasificar los tipos de violencia observados, sino que se articulan con circuitos afectivos específicos que revelan cómo las relaciones de poder se inscriben en los cuerpos y emociones de las mujeres. La propuesta es que dichos afectos no deben entenderse únicamente como reacciones frente al daño, sino como elementos constitutivos de los mecanismos que reproducen la violencia obstétrica y por lo tanto, algunos de estos afectos —particularmente los políticos— pueden habilitar formas de resistencia y agencia frente a las lógicas de silenciamiento institucional.

Finalmente, en el cierre del sexto capítulo se propone la justicia reproductiva como un horizonte ético, político y afectivo desde el cual reconfigurar las respuestas institucionales frente a la violencia obstétrica. Se argumenta que las medidas actualmente ofrecidas por el Estado, centradas en la reparación económica o la emisión de recomendaciones, resultan insuficientes para responder a violencias que son estructurales y continuas. A partir del análisis de los afectos movilizadores y de la cronicidad de la violencia obstétrica, se plantea la necesidad de una perspectiva que articule la justicia social, la emancipación y el reconocimiento de la dignidad, y que reconozca las formas diferenciadas en que se produce el daño.

A lo largo de esta tesis se plantea que los afectos constituyen un eje central para comprender la configuración de la violencia obstétrica, los mecanismos de desposesión y exclusión que

la sostienen, así como los procesos de resistencia y demanda de justicia que emergen frente a ella. Esta perspectiva permite trascender los límites del análisis jurídico tradicional y proponer una mirada crítica que articula las dimensiones estructurales, institucionales y emocionales en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

En este marco, expreso mi agradecimiento al Secretariado de Ciencia, Humanidades e Innovación y Tecnología (SECIHTI) por el apoyo brindado mediante la beca del programa de formación de investigadoras e investigadores, así como al proyecto de investigación No. CF-2023-G-1034, titulado “Giro epistemológico, desarrollo teórico e implicaciones sociopolíticas del derecho humano a la ciencia en México”, aprobado en la Convocatoria Ciencia de Frontera 2023, cuyo acompañamiento académico y respaldo institucional fueron esenciales para el desarrollo de esta investigación.

DEMARCACIONES INICIALES EN TORNO A LAS DISPUTAS SOBRE LA ATENCIÓN Y LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

1.1 Encuadre teórico conceptual de la investigación: análisis y posicionamientos

“El futuro de la Tierra puede depender de la capacidad de las mujeres para identificar y desarrollar nuevas definiciones del poder y nuevos modelos de relación entre las diferencias”.-
(Lorde, 1984, p. 134)

La investigación se inscribe en el enfoque epistemológico feminista y sociocrítico. Retoma los aportes epistémicos de los feminismos, en tanto movimiento social, político y teórico. Esto permite realizar un entretrejo entre lo institucional y lo estructural, entre la teoría y la *praxis*¹, en donde las mujeres son sujetas activas de derechos que actúan, inciden, confrontan y producen transformaciones en múltiples campos: en lo jurídico, al disputar el sentido del derecho y exigir el reconocimiento de sus derechos reproductivos; en lo médico, al cuestionar las prácticas hegemónicas del modelo biomédico; en lo político, al ejercer ciudadanía desde sus cuerpos; en lo afectivo, al visibilizar las configuraciones emocionales que atraviesan la atención obstétrica.

Debido a ello, hablar de los feminismos en singular resulta una lectura reduccionista. Este aspecto no es menor: por un lado, debido a la complejidad epistemológica y política que ello conlleva, y por otro, porque remite a una diferencia profundamente política. No se trata únicamente de vías diferentes para lograr un mismo fin u objetivo, sino de fines, objetivos y horizontes son radicalmente diferentes. En este sentido, en esta investigación el horizonte que se retoma es apartir de la teoría crítica del derecho y el feminismo interseccional, los cuales se articulan para hablar de una noción de justicia reproductiva orientada no solo a la garantía de derechos, sino también a la transformación de las condiciones estructurales, afectivas y epistémicas que sostienen las desigualdades y violencias en la experiencia reproductiva de las mujeres. Es un horizonte que interpela al Estado, a las instituciones de

¹ La premisa de que teoría y praxis son aspectos inseparables; la teoría es en sí un tipo concreto de práctica, y en tanto práctica produce efectos en la realidad. *Vide.* BOLLA, Luisina, “Cartografías feministas materialistas: relecturas heterodoxas del marxismo”, *Nómaditas*, 48, abril de 2018, Universidad Central, Colombia, p. 130.

salud y a la sociedad en su conjunto, y se nutre de las luchas de las mujeres en contextos de exclusión, racismo y clasismo.

Desde este marco, esta tesis se posiciona en un enfoque epistémico y político que retoma los aportes de la teoría interseccional, el giro afectivo y la teoría crítica en derechos humanos, perspectivas que comparten un carácter emancipador orientado a transformar las estructuras sociales de opresión. Al asumir estas perspectivas teóricas se busca dejar atrás los binarismos genéricos, se cuestionan las relaciones de poder que atraviesan los cuerpos y moldean nuestra existencia y generan experiencias de opresión. Además, se reconoce que esas relaciones de poder siempre se relacionan con otras estructuras de dominación, como lo son la colonialidad, el patriarcado y el capitalismo.

Estas perspectivas nos muestran la necesidad de posicionar dentro del proceso de investigación, la construcción de abordajes teóricos que cuestionen el conocimiento hegemónico cisheteropatriarcal, colonial y racista occidental. En este sentido, la investigación se enfoca en la relación entre el discurso médico y el discurso jurídico que prevalece en las recomendaciones de derechos humanos emitidas por la CNDH. El análisis de esta relación es una vía fundamental para cuestionar la medicalización y objetivación de los cuerpos, los afectos y los procesos reproductivos que ocurren durante la atención obstétrica.

Por otro lado, debido a que esta atención se conceptualiza dentro de un marco de derechos humanos al tener una relación directa con el Estado, es decir que la misma se *garantiza* en clave del derecho a la salud reproductiva y sexual, la perspectiva teórica y política de esta tesis emplea herramientas conceptuales y analíticas críticas y emancipadoras que buscan contribuir a repensar la manera en cómo se brinda la atención obstétrica durante el pasaje hospitalario, las opresiones y los afectos que se movilizan, y la manera en que esto confluye en el acceso a derechos humanos.

En este sentido, tal y como señala bell hook, hacer investigación desde los feminismos conlleva un pensamiento y una acción política del centro al margen para seguir siendo resistencia, pensando la resistencia como un lugar de apertura radical y posibilidad (bell hooks en Viveros, 2023). Los posicionamientos hasta aquí descritos son un punto de partida fundamental para esta tesis, al volverse la columna vertebral de todo el análisis que en estas páginas se propone.

1.2 Planteamiento del Problema

La violencia obstétrica es un tipo de violencia de naturaleza sistémica, siendo una manifestación imbricada de violencia de género y, al mismo tiempo, de violencia institucional, que se manifiesta en ciertos espacios sociosanitarios específicos: las unidades de salud y, especialmente, los hospitales del sector público (Sesia, 2020). Desde un marco de género y derechos humanos, se puede hacer una lectura de la violencia obstétrica como parte de un continuum de las violaciones en materia de derechos sexuales y reproductivos (Castro & Erviti, 2014).

En nuestro país, el abordaje de la violencia obstétrica dentro de planes y programas nacionales está ligado, principalmente, a la mortalidad materna. Desde 1993, México ha participado en la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos, lo que ha permitido visibilizar las omisiones en la atención de las mujeres durante sus procesos reproductivos, tanto a nivel estructural como en la atención recibida (Alcalá et al., 2019). La incorporación de la salud materna como parte de los Objetivos del Milenio en 2000 elevó la importancia del tema a nivel internacional e instauró el parto como un proceso biológico que debía ser tratado por las instituciones de salud.

La institucionalización del parto, así como de todos los procesos reproductivos en nuestro país trajo consigo su patologización e hipermedicalización, lo cual al conjugarse con la estructura biomédica, ha implicado que las mujeres vivían el pasaje hospitalario marcado por maltratos, agresiones verbales y emocionales y diferentes expresiones de discriminación con base en rasgos socioculturales, físicos y/o económicos (ONU, 2014)

Hablamos de una violencia imbricada entre la violencia de género, la violencia institucional y la violencia estructural, tal como lo plantea Paola Sesia (2020). Esta intersección de violencias se materializa en prácticas obstétricas que vulneran sistemáticamente la autonomía, la dignidad y los derechos humanos de las mujeres. No obstante, las mujeres y sus redes —ya sea desde lo comunitario, lo jurídico o lo afectivo— denuncian, cuestionan y exigen formas distintas de atención obstétrica, así como nuevas maneras de vivir los procesos reproductivos desde la autonomía y el respeto. Un ejemplo paradigmático de esta resistencia y agencia es el caso de Alyne da Silva Pimentel contra Brasil, resuelto en 2011 por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW). Este caso sentó un precedente histórico al establecer que la muerte materna evitable constituye una violación

a los derechos humanos de las mujeres, particularmente a su derecho a la salud, a la vida y a vivir una maternidad digna (Arguedas et al., en Miranda & Alcalá, 2023).

Esta resolución internacional no solo reconoce la responsabilidad del Estado en garantizar servicios de salud adecuados, sino que también visibiliza cómo la violencia obstétrica puede tener consecuencias letales, especialmente para mujeres en situación de pobreza, discriminación y exclusión estructural. Su reconocimiento trajo consigo la creación en el 2013 del Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal, cuyos objetivos son:

1. Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos. 2. Contribuir a reducir la morbilidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2007, p. 27)

Sin embargo, el documento no señala la manera en que se logra lo anterior y tampoco cuestiona acerca de los impedimentos que atraviesan las mujeres para apropiarse de sus derechos y cuerpos, así como las dificultades que atraviesan en los contextos institucionales y sociales (Alcalá et al., 2019). Este vacío revela la falta de voluntad política y las estructuras institucionales arraigadas en un largo sistema patriarcal que invisibiliza las experiencias de las mujeres en sus cuerpos.

Si bien en los documentos oficiales se utiliza el término *violencia obstétrica* de manera limitada para referirse a las omisiones y violencias que enfrentan las mujeres durante sus procesos reproductivos, hacer una lectura a través de términos como mortalidad materna, atención obstétrica, salud materna y salud reproductiva permite evidenciar un panorama complejo. Esta perspectiva resalta cómo la falta de acceso a derechos pone en riesgo la vida de las mujeres.

Por lo tanto, la ruta de análisis de la violencia obstétrica nos permite reconocer un panorama adverso en la garantía de los derechos de las mujeres. Una de las principales limitaciones radica en un sistema de salud y en un marco normativo que, por razones políticas, económicas y culturales, ha diseñado políticas públicas e institucionales ajenas —e incluso incomprensibles— al contexto sociocultural de las mujeres. A ello se suma la ausencia de un

reconocimiento explícito y transversal de la violencia obstétrica dentro de los programas nacionales de atención a la salud materna.

Frente a esta omisión institucional, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) ha contribuido a visibilizar el fenómeno al cuantificar el maltrato, abuso y falta de respeto hacia mujeres que han dado a luz. Según la ENDIREH 2021, entre tres y cuatro de cada diez mujeres reportaron haber sufrido algún tipo de violencia durante su último parto (INEGI, 2021). Al respecto, Castro señala que:

Es probable que estos datos estén subregistrando la prevalencia del maltrato, abuso y falta de respeto, si consideramos que muchas mujeres en México no están concientizadas de que tienen derechos, no conocen otro tipo de atención, están acostumbradas a una obstetricia hospitalaria abusiva y sobremedicalizada y han normalizado ser receptoras de un trato denigrante (Castro, 2021, p. 20).

En conjunto el panorama hasta hora descrito en nuestro país da cuenta de las diferentes violencias a los derechos humanos que se unen en un solo termino: la violencia obstétrica, que no es únicamente el resultado de concepciones y prácticas biomédicas, sino que en ella se conjugan estereotipos y discriminación hacia las mujeres en relación con su género, etnia, raza, edad y clase. Aunado a lo anterior la violencia obstétrica en su dimensión institucional y estructural es también la suma de fallas del sistema de salud:

Reconocer que la violencia obstétrica existe y aqueja al sistema de salud, conlleva admitir de responsabilidades institucionales sistémicas por parte de las autoridades, y la identificación, atribución y/o deslinde de responsabilidades individuales para el personal de salud, ante mujeres víctimas (Sesia, 2020, p. 24).

A pesar de ello, gran parte de la literatura relacionada con el tema se ha centrado únicamente en la relación médico-mujer desde un enfoque racional. Esto ha llevado a dejar de lado, en primer lugar, los afectos que circulan y se despliegan durante la atención Y por otro lado el despliegue de acciones que las mujeres realizan para el acceso y apropiación de sus derechos humanos, permeando los espacios institucionales. Hablamos de configuraciones político-

afectivas sobrepasan el ámbito hospitalario, impactando también en el trabajo realizado por las comisiones de derechos humanos cuando las mujeres y/o redes buscan el reclamo de sus derechos.

Por ello, la presente tesis tiene la finalidad de analizar las configuraciones político-afectivas en las recomendaciones de derechos humanos sobre mujeres que vivieron violencia obstétrica en servicios de salud, desde una perspectiva interseccional y crítica del derecho. Para esto, se reconoce que es imperativo profundizar en la diversidad de experiencias, abordando una perspectiva que integre un examen explícito de las tensiones y relaciones de poder en los procesos de atención obstétrica pero también en la denuncia; y se distingue que los procesos para garantizar los derechos se encuentran en constante movimiento y cargados de afectos, lo que permite diversas formas de negociación para acceder a los mismos. Lo anterior es fundamental para visibilizar la violencia obstétrica y contribuir a la formulación de recomendaciones más efectivas que promuevan una atención digna y respetuosa en el ámbito obstétrico.

1.3 Justificación

Las normativas internacionales, y con ellas el accionar de movimientos feministas, han aportado significativamente a la construcción de la perspectiva de derechos humanos en materia de derechos sexuales y reproductivos. Esto ha implicado un profundo debate en torno a las interpretaciones sobre la sexualidad y la reproducción (Maffia, 2020).

En este sentido, la salud reproductiva y sexual ha sido reconocida de manera internacional desde la Conferencia Mundial sobre la Población y Desarrollo celebrada en El Cairo (1994). Pese a ello, a casi treinta años de El Cairo y de su programa de acción, en México encontramos que las leyes y las políticas de salud no han logrado incorporar una mirada integral. Para lograr este objetivo, es necesario contar con ciertos elementos, tales como la disponibilidad de programas y recursos, la aceptabilidad cultural, la perspectiva de género, la accesibilidad y calidad; esta última entendida como la existencia de personal capacitado y equipamiento adecuado (Ortale, 2008).

De este modo, la demanda de derechos no se reduce a un reclamo por servicios adecuados y de calidad ante el Estado, sino que abarca la disputa por espacios de decisión y autonomía al

interior de las relaciones, familias, instituciones y comunidades, así como su despliegue en los ámbitos locales de la vida social(Maffia, 2020).

Dicho lo anterior, podemos afirmar que la atención obstétrica no es simplemente un servicio de salud, sino un espacio crucial para el reconocimiento de las mujeres como sujetas de derechos. Cuando sus experiencias y necesidades no se visibilizan adecuadamente, existe el riesgo de replicar las violencias que afectan la vida cotidiana de las mujeres. En este sentido, la atención obstétrica se convierte en un microcosmos que refleja y reproduce las relaciones de poder más amplias que configuran la vida social, política y económica. Esta dinámica no solo limita el acceso a la atención adecuada, sino que también perpetúa estructuras de desigualdad y vulnerabilidad, subrayando la necesidad de una mirada crítica y un enfoque interseccional que contemple las diversas realidades que enfrentan las mujeres en el ámbito de la salud reproductiva.

Por lo tanto, la atención obstétrica constituye un importante espacio para el acceso a los derechos humanos de las mujeres; al tratarse de una atención que se encarna en sus cuerpos, donde confluyen múltiples dimensiones: por un lado, la medicalización de los procesos reproductivos y, por el otro, la anulación del reconocimiento de las mujeres como sujetas de derechos (Castro & Savage, 2019), al formar parte de la serie de opresiones que históricamente han marcado la vida de las mujeres por razones de género, raza, etnia y clase social. En relación con ello, en julio de 2017, la Comisión Nacional de Derechos Humanos emitió la Recomendación General 31 dirigida a todo el sector salud mexicano, para enfrentar y buscar soluciones ante la problemática sistémica de violencia obstétrica (CNDH. No. 31/2017). Es importante señalar que esta recomendación surgió del análisis de miles de denuncias realizadas por las mujeres y sus redes.

Así, esta oleada de búsqueda de acceso a la justicia también implicó que, desde 2016, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) incluyera dentro de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) el constructo de violencia obstétrica, reconociéndola como una forma específica de violencia de género. En su primera medición (2016), la encuesta reportó que aproximadamente el 33.4 % de las mujeres que habían tenido un parto en los últimos cinco años sufrieron algún tipo de violencia obstétrica. En la edición de 2021, esta cifra fue de 31.4 %, lo que evidencia la persistencia estructural del fenómeno, a pesar de su creciente visibilización epidemiológica y normativa

(INEGI, 2021). Esta continuidad muestra que los avances en materia de reconocimiento legal o estadístico no han sido suficientes para transformar las prácticas institucionales en el sistema nacional de salud. Así, la violencia obstétrica debe entenderse como parte del continuum de violencias patriarcales que vulneran la dignidad, el cuerpo y los derechos humanos de las mujeres en México.

En este contexto, la violencia obstétrica no solo afecta a las mujeres de manera individual, sino que, al ser una manifestación de violencia estructural, también rompe el tejido social. Cuando las mujeres enfrentan experiencias de violencia durante la atención de sus procesos reproductivos, y estas situaciones son denunciadas sin recibir una respuesta adecuada por parte de las autoridades, se erosiona no solo la confianza en las instituciones de salud, sino también en el sistema de justicia que debería proteger y garantizar sus derechos. La falta de respuesta estatal perpetúa un ciclo de impunidad, exclusión y despojo, donde las mujeres no solo ven vulnerada su autonomía corporal, sino también su ciudadanía y su lugar como sujetas de derecho.

Desde una perspectiva político-afectiva, esto genera un ciclo de desconfianza y exclusión que perpetúa la desigualdad y la violencia, pero sobre todo invisibiliza a las mujeres como sujetas políticas y de derecho. Por lo tanto, abordar la violencia obstétrica no es únicamente una cuestión de derechos individuales, sino una necesidad social que incide directamente en la salud colectiva y en la cohesión del tejido social.

En este sentido, analizar la atención obstétrica desde la teoría interseccional, el giro afectivo y la teoría crítica de los derechos humanos permite reconocer la especificidad y complejidad de las múltiples formas de desigualdad y violencia que atraviesan la experiencia reproductiva de las mujeres, tomando como base el análisis de las recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Incorporar el horizonte de la justicia reproductiva posibilita no solo visibilizar estas violencias desde un enfoque situado y multidimensional, sino también comprenderlas como el resultado de relaciones históricas de poder que regulan los cuerpos, las decisiones y los afectos. Desde esta perspectiva, la justicia reproductiva se convierte en una apuesta política que exige transformar las condiciones materiales, simbólicas e institucionales que limitan el ejercicio pleno de los derechos reproductivos, colocando en el centro la dignidad y la autonomía.

1.4 Genealogía de la violencia obstétrica: estado de la cuestión

En la actualidad dentro de la academia y la normativa internacional existen dos corrientes para conceptualizar las malas prácticas dentro de la atención a los procesos reproductivos y sexuales de las mujeres y personas gestantes. Una de ellas es “*disrespect and abuse*”, concepto acuñado dentro de la academia inglesa y utilizado por organismos internacionales como la Organización de la Salud (OMS), y la segunda es “violencia obstétrica” considerada una categoría política al exponer las dimensiones estructurales de las violencias vividas dentro de los sistemas de salud nacionales en América Latina y sobre todo al ser el lenguaje utilizados desde los activismos en el reclamo de los derechos sexuales y reproductivos.

En 2006 se reconoce por primera vez de manera institucional la violencia obstétrica en Venezuela a través de la Ley Orgánica del Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia, dicha ley la definía como:

Artículo 15. La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización, y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (República Bolivariana de Venezuela, 2007).

Actualmente la violencia obstétrica se encuentra reconocida en diversos países de América Latina dentro de sus marcos legales para la erradicación de la violencia de género. En México se integró en 2008, provocando su incorporación en documentos oficiales y en recomendaciones generales (Chávez & Sánchez, 2018). Pese a su reciente reconocimiento dentro de la legislación, el concepto de violencia obstétrica ha sido estudiado en Latinoamérica, desde la década de 1980, a partir de aproximaciones etnográficas de las experiencias femeninas en la atención en salud. En 2015, Diniz y Schraiber denunciaron la violencia contra la mujer en los servicios de salud a partir de sus investigaciones en salud materna (Diniz et al., 2015).

En México el sociólogo Roberto Castro, desde hace más de 25 años ha denunciado las violaciones a los derechos reproductivos que viven las mujeres de forma rutinaria en los

servicios de salud. Sus investigaciones se han centrado en investigar el habitus médico y la ciudadanía reproductiva a partir de la teoría de Pierre Bourdieu (Castro, 2010, 2013, 2014a; Castro & Erviti, 2014).

Un hito importante en la región fue la Primera Conferencia Internacional para la Humanización del Nacimiento, que se celebró en Brasil en el año 2000. En este evento, activistas, investigadoras y profesionales de la salud latinoamericanos se unieron para abordar las altas tasas de intervenciones en los partos y la creciente preocupación por los abusos durante el parto de las mujeres. Fue en esta conferencia donde se fundó la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto (Prado, 2021). Es precisamente en este contexto de activismo, academia y denuncia, donde surge y madura la conceptualización de la violencia obstétrica, transformándose en una categoría maleable a la necesidades políticas, históricas y sociales de las mujeres gestantes. En nuestro país, la organización feminista Grupo en Información Elegida (GIRE) ha sido pionera en el trabajo por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, infancias y disidencias, con respecto a la violencia obstétrica señala que las manifestaciones pueden ser físicas y psicológicas:

Entre las manifestaciones de este tipo de violencia se encuentran las prácticas invasivas y suministro injustificado de medicación, la negativa de tratamiento o aplazamiento de la atención médica, no respetar los tiempos del parto, los regañones, burlas, insultos, manipulación de la información, falta de respeto por la privacidad de las mujeres, así como la coacción para obtener su “consentimiento” y otros tratos discriminatorios y humillantes. Estas formas de violencia pueden derivar en muerte materna: fallecimientos prevenibles relacionados con el embarazo, parto y puerperio (GIRE, 2018, p. 83)

La violencia obstétrica se trata de una violencia de género que emana de conductas individuales e institucionales por parte de los sistemas de salud interseccionados con lo estructural y político. En este sentido, a la falta de respeto y el abuso en la atención del parto se le suman las insuficientes y precarias condiciones de los establecimientos de salud además de las dinámicas sociales más amplias de la desigualdad, entre las diferentes comunidades presentes en unas sociedades estratificadas como la mexicana y en general, las latinoamericanas.

Por lo tanto, una definición integral del problema debe considerar la relación compleja entre las necesidades, la normalización de la violencia de género y los derechos humanos, reconociendo al mismo tiempo cómo se conectan la acción individual y comunitaria con las condiciones sistémicas de las desigualdades sociales que afectan los procesos reproductivos de las mujeres (Freedman & Kruk, 2014).

En relación con este punto encontramos líneas de investigación como las de Castro y Savage, que proponen conceptualizar la violencia obstétrica como una forma de *gobernanza reproductiva*, definida como:

los mecanismos a través de los cuales diferentes configuraciones históricas de actores tales como instituciones estatales, iglesias, agencias donantes y organizaciones no gubernamentales (ONG) usan controles legislativos, económicos incentivos, mandatos morales, coerción directa e invitaciones éticas para producir, monitorear y controlar conductas y prácticas reproductivas (Castro & Savage, 2019, p. 124).

Sin embargo, la incorporación del término violencia obstétrica al ámbito político y académico ha provocado disputas. En el 2015, la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG), emitió un comunicado a propósito de las modificaciones legislativas en distintas entidades federativas sobre la violencia obstétrica manifestando “el total desacuerdo con el uso del término violencia obstétrica para designar la intervención médica o la realización de procedimientos operatorios que cuentan con una validación y sustento científico y que demuestran el beneficio en la vida y en la salud de la madre y de su hijo...” conforme a lo señalado en la normativa vigente (FEMECOG, 2015, p. 2)

El argumento central desde este gremio es que las malas praxis exponen las condiciones y carencias del sistema de salud, de las cuales el personal de salud no es responsable y que, por lo tanto, antes de tipificar el delito sería necesario garantizar las condiciones adecuadas para la atención obstétrica. Aunado a esto, el Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C (COMEGO), emitió un documento titulado “Propuesta del COMEGO para eliminar el término de Violencia Obstétrica”. En esta propuesta, la comunidad médica manifiesta que:

El término erróneo Violencia Obstétrica ha causado confusión y desprestigio dentro de la medicina, al no corresponder con los principios éticos que rigen bajo las premisas

elementales de beneficiar siempre o al menos no dañar... dicho término resulta falaz y nocivo ya que no sólo se planteó de manera intrusiva e irresponsable por personas carentes de conocimiento médico sino que también fue aprovechado y magnificado por grupos diversos para abanderar, promover o reivindicar sus propios intereses, (...) por lo anterior se propone eliminar el término violencia obstétrica y sustituirlo por el de falta de respeto y maltrato durante la atención del parto (COMEGO en Villanueva et al., 2016, p. 19)

Al respecto, Castro señala que reemplazar el término violencia obstétrica por falta de respeto y maltrato, conlleva a invisibilizar el carácter estructural de la misma y a reducirla a un problema de falta calidad en la atención: “adoptar esta perspectiva es imaginar que sus soluciones se refieren a cuestiones meramente técnicas y de suficiencia de recursos” (Castro, 2014, p. 56)

Otras autoras señalan que desde las categorías de falta de respeto y maltrato, no explican cuál es la relación entre la violencia y género; en cambio, la categoría de violencia obstétrica permite nombrar que el embarazo, parto y puerperio son eventos representativos de la sexualidad femenina y por lo tanto las violencias vividas en los mismos provienen de la desigualdad estructural de género, es decir, de la posición subordinada de las mujeres en la sociedad, en comparación con los hombres (Prado, 2021).

El componente estructural de la violencia obstétrica es desarrollado por Muñoz y Barrio, quién la distingue de otras formas de violencia que tienen lugar en el ámbito hospitalario. Además, esta autora retoma aportes desde los feminismos y señala que “la violencia obstétrica, es el conjunto de violencias a los derechos humanos de las mujeres que se ejercen hacia al interior de las instituciones y servicios de salud pública y que es responsabilidad del Estado, al poseer una dimensión institucional que va más allá de los prestadores de salud” (Muñoz & Berrio, 2020, p. 119). Otro aporte importante es la conceptualización hecha por Sadler, quien amplía el concepto al poner el énfasis en los procesos reproductivos rompiendo con el imaginario de que la violencia obstétrica se reduce a la atención del parto, para considerar sus efectos en la vida colectiva y comunitaria, reconociendo que la violencia obstétrica no es solo una violencia experimentada durante el parto, sino una manifestación de la violencia estructural que enfrentan las mujeres, la cual se refleja en la atención a sus

procesos reproductivos y se configura sobre sus cuerpos, poniendo en riesgo, de este modo, sus vidas (Sadler, 2020).

Por su parte, diversas autoras han señalado que las resistencias a la incorporación del término violencia obstétrica en las instituciones y personal de salud, es debido a que se considera poco diplomático. Al respecto, Gabriela Arguedas señala que no utilizar la categoría violencia obstétrica es “producir una despolitización del problema y un vaciamiento ético de las causas y las consecuencias que tiene, contribuye a la idea errónea de que la violencia obstétrica es un problema que se presenta sólo durante la labor de parto. Y este desplazamiento retórico implica también posicionamientos de carácter epistemológico” (Arguedas, 2016, p. 68).

Arguedas plantea que la negación del concepto es una negación de la situación en sí misma y por ende es negar las experiencias y denuncias de las mujeres. Contrario a estos postulados Bohren et al., afirman que “mistreatment” es un término más inclusivo que “*obstetric violence*”, “*dehumanized care*”, “*disrespect*” y “*abuse*”, al englobar las experiencias de las mujeres como las del personal de salud, así como las dimensiones activas y pasivas del trato recibidos (Bohren et al., 2015). Por otra parte, autores como Jewkes y Penn-Kekana afirman que ambas categorías son demasiado extensas para su operalización y aconsejan desarrollar enfoques más específicos relacionados con el uso intencional de la violencia y las deficiencias estructurales causantes de violencia (Jewkes y Penn-Kekana y Freedman et al. en Goberna, 2019). En este sentido, un concepto paralelo es “abuso en la atención sanitaria”² propuesto por Bruggemann, sin embargo, ha sido criticado al reducir a las mujeres al rol de pacientes en el sistema sanitario (Goberna, 2019).

Lo cierto es que, como se mencionó anteriormente, estas propuestas siguen sin problematizar el papel que juega el género dentro de la atención, lo cual es un eje central en los estudios sobre violencia obstétrica en Latinoamérica. Aunado a ello, conceptos como abuso y falta de respeto sitúan la problemática a nivel individual (instituciones, funcionarios y profesionales de salud que no cumplen con estándares mínimos de cuidado), haciendo un borramiento de

² Hace referencia a la experiencia subjetiva de los pacientes en sus encuentros con el sistema de salud, caracterizado por situaciones desprovistas de cuidado, en las que los pacientes sufren y sienten que pierden su valor como seres humanos.

las estructuras de poder e inequidades de género que caracterizan estas formas de violencia en el contexto latinoamericano (Sadler, 2020).

Paola Sesia señala que la preferencia de los conceptos de abuso, falta de respeto y de maltrato en los círculos de salud global se relaciona con una “actitud pragmática de promover la mejora institucional de la atención materna sin antagonizar a la profesión médica, y para poder contar con el apoyo de las autoridades de salud a nivel nacional e internacional”(Sesia, 2020, p. 13). La autora argumenta que esta elección lingüística evita cuestionar a fondo la ideología y la praxis de la ginecología y la obstetricia hegemónicas, y reproduce una narrativa que despolitiza las experiencias de maltrato y control sobre los cuerpos de las mujeres. Por lo tanto, el lenguaje empleado en los discursos institucionales sobre violencia obstétrica no solo nombra la realidad, sino que construye límites sobre lo que puede ser reconocido y, por ende, denunciado.

1.5 Análisis contextual de la violencia obstétrica en México

La salud sexual y reproductiva ha sido reconocida en nuestro país y de manera internacional desde mediados del siglo XX e inicios del siglo XXI. Su reconocimiento ha traído consigo declaraciones, convenciones y plataformas a nivel internacional con la finalidad de poder la garantizar a todas las mujeres. Resulta importante mencionar que su visibilización y posicionamiento dentro de la agenda pública es producto de los esfuerzos de movimientos como el feminista y el de las diversidades sexo-genéricas, mujeres, académicas y sociedad civil organizada. La mayoría de los encuentros internacionales desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), hasta la Cumbre de Nairobi (2019), organizada por el UNFPA, han reafirmado los compromisos globales en derechos sexuales y reproductivos, bajo el enfoque de derecho a la salud, justicia social y equidad de género.

La accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y calidad en la atención son una pieza clave para que las mujeres puedan gozar de su derecho a la salud sexual y reproductiva. En nuestro país a partir del año 2000 y gracias a la firma de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), muchas de las violencias que atraviesan las mujeres en el acceso a la salud sexual y reproductiva, se comenzaron a abordar bajo el compromiso de disminuir la razón de mortalidad materna, dado que en esta se reconoce que el 99% de las muertes maternas durante el embarazo, parto y puerperio son prevenibles cuando se cuenta con servicios de calidad.

Sin embargo, al no poder lograr el objetivo (que implicaba una reducción de la tasa al 75%) durante el periodo de gobierno de 2006 al 2012, se promovieron una serie de políticas encaminadas a su disminución. Es por este motivo, que el Plan de Desarrollo de 2013 a 2018 comienza a plantear la necesidad de disminuir los altos grados de exclusión, privación de derechos sociales y desigualdad entre personas y regiones de nuestro país (Freyermuth, 2017). Con el establecimiento de los Objetivos del Desarrollo Sustentable, se contempla en el Objetivo 3, “Asegurar una vida saludable y promover el bienestar en todos los grupos de edad”, en el no solo se contempla la reducción de la mortalidad materna (MM) para el 2030, sino que establece la necesidad de “garantizar el acceso universal a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales” (ONU, 2015).

El desarrollo de estas iniciativas ha evidenciado aspectos clave para garantizar que las mujeres accedan plenamente a su salud sexual y reproductiva:

1. La importancia de la educación para la salud de la mujer: no solo debe estar incluida en los programas nacionales de desarrollo, sino que es necesario considerar las preferencias de las mujeres y su participación activa en el proceso de atención, sin reducirlas a simples beneficiarias.
2. Atención primaria en salud para las mujeres embarazadas: es fundamental que en todos los contextos exista atención primaria con personal capacitado para brindar cuidado prenatal y asistir en partos de bajo riesgo. Además, es necesario que el personal pueda hacer detección temprana y eficaz de casos de alto riesgo, para referirse a niveles superiores de atención médica.
3. Formación de parteras tradicionales: la capacitación de parteras tradicionales es crucial para mejorar la atención del parto en las comunidades.
4. Reconocimiento de la salud de las mujeres como un derecho: es necesario que la salud de las mujeres sea vista como un derecho autónomo, y no exclusivamente vinculada a la salud infantil ni subordinada a esta.
5. Acceso a abortos seguros: es imprescindible garantizar el acceso a abortos seguros como parte integral de la salud sexual y reproductiva.

6. Reconocimiento de la opresión estructural: Es importante reconocer que los problemas de salud de las mujeres no están determinados únicamente por la biología, sino por un sistema basado en relaciones de poder sexo-génericas y de clase.
7. Cuestionamiento de los programas de crecimiento poblacional: la mayoría de estos programas no consideran las necesidades de salud de las mujeres y reproducen estereotipos bajo discursos demográficos que culpabilizan a las mujeres de clases bajas por contribuir a la perpetuación de la pobreza y la degradación ambiental (Argüello, 2017).

Por lo tanto, en el caso específico de la atención del embarazo, parto y puerperio, algunas recomendaciones internacionales no consideran necesario que esta se brinde exclusivamente en instituciones de tercer nivel, es decir, en hospitales. Esto es un aspecto relevante en el contexto mexicano, donde dicha medida fue adoptada a partir de 2010 (Argüello, 2017).

Esta decisión fue construyendo poco a poco gracias a la declaración conjunta emitida en 1999 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) y el Banco Mundial (BM), en la que se estableció la atención del parto por personal calificado como un indicador prioritario para la reducción de la mortalidad materna. Lo anterior trajo consigo un proceso de medicalización y tecnificación de la atención obstétrica en México, desplazando enfoques centrados en la mujer y marginando otras formas de atención más respetuosas, comunitarias e interculturales. En este contexto, y como resultado de la materialización de estos pactos internacionales en la política pública nacional, la partería tradicional fue gradualmente relegada. La mayor parte de los recursos económicos se dirigió a los partos asistidos por personal sanitario dentro de las instituciones de salud. Si bien esta estrategia contribuyó a la reducción de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) a nivel global, también generó un aumento significativo en el uso de cesáreas. Tan solo en 2020, según datos del INEGI, se estima que el 47 % de los nacimientos en México fueron por cesárea, a pesar de que la OMS y UNICEF establecen que tasas superiores al 15 % en la atención obstétrica indican un uso inapropiado del procedimiento (Argüello, 2017).

El uso excesivo de cesáreas ha permitido al personal reducir el tiempo de estancia de las mujeres frente al parto eutócico (parto natural). Esta práctica ha sido una de las consecuencias del impulso del parto hospitalario en México, dentro de un sistema de salud que no estaba

preparado para ello: con unidades hospitalarias insuficientes, escasez de insumos, personal limitado e infraestructura precaria. Como resultado, en el sistema de salud público las mujeres se ven impedidas de ejercer sus derechos reproductivos, al no poder contar con planes de parto, ser acompañadas durante el proceso, elegir la posición en la que desean parir o decidir si quieren consumir líquidos o alimentos.

Si bien, el reconocimiento e incorporación de la salud sexual y reproductiva en los Planes de Desarrollo Nacional trajo consigo políticas de planificación familiar, educación sexual integral y, desde una perspectiva feminista, representó una conquista importante. Esto al permitir que las mujeres tuvieran mayor control sobre su fecundidad, al garantizar el acceso a métodos anticonceptivos y atención gratuita, tal como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio (Secretaría de Salud, 2016).

No obstante, este mismo contexto dejó de lado la inclusión de la diversidad, al no considerar muchas de las medidas eugenésicas, autoritarias y violentas por parte del personal de salud hacia las mujeres durante la atención a sus procesos reproductivos, especialmente en los contextos rurales y comunitarios del país. Desde la década de los ochenta del siglo pasado, se ha evidenciado un incremento en la prevalencia de métodos de anticoncepción definitivos (esterilización) entre mujeres pobres e indígenas, según lo documentan diversas encuestas demográficas y de salud. Esta práctica fue denunciada en 2002 por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en su Recomendación General núm. 4: “Sobre las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto a la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar” (Bronfman y Castro en Castro & Campuzano, 2021, p. 330).

Lo anterior deja claro que la violencia que enfrentan las mujeres no siempre proviene del exterior del sistema de salud; en muchas ocasiones, se manifiesta dentro de las mismas instituciones. Esta violencia es de carácter estructural e incluye la falta de recursos, la baja calidad en la atención, y la inaccesibilidad financiera, geográfica y cultural. Pero, sobre todo, se expresa mediante formas de autoritarismo en la atención, lo cual es problematizado como violencia obstétrica.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), recopila información sobre las relaciones de género, violencia en el hogar y otros aspectos relacionados con la dinámica familiar. Desde el 2016, incluye un apartado específico para recabar datos sobre la atención obstétrica en el país. En su versión más reciente (2021), la encuesta documentó experiencias de maltrato durante el embarazo, la atención prenatal y los partos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento (2016–2021) (Instituto Nacional de Estadística, 2021).

Para comprender la situación de la atención obstétrica en México, a continuación se analizan los resultados proporcionados por la ENDIREH 2021, tomando como referencia el marco conceptual que la propia encuesta establece. Este análisis permitirá caracterizar las principales problemáticas y desafíos que enfrentan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud. Además, constituye un preámbulo necesario para el examen posterior de las recomendaciones emitidas por la CNDH, al aportar un contexto epidemiológico y estructural que da cuenta de la magnitud y persistencia de la violencia obstétrica en el país.

El diseño de la ENDIREH es probabilístico, trietápico, estratificado y por conglomerados. (es decir, se basa en una selección aleatoria que se realiza en tres etapas sucesivas, considerando distintas características de la población como ubicación geográfica, tamaño del hogar o nivel socioeconómico y agrupa unidades de análisis similares para garantizar representatividad nacional). Las unidades de observaciones fueron viviendas particulares y las mujeres de 15 años o más residentes en ellas. El tamaño de la muestra nacional fue de 140 784 viviendas, y el periodo de levantamiento fue del 04 de octubre al 30 de noviembre de 2021. Es importante mencionar que la población en México asciende a 126 millones de personas, de las cuales 64.5 millones son mujeres (51.2 %) y 61.5 millones son hombres (48.8 %). Asimismo, el 75.5 % de las mujeres tiene 15 años o más, según datos de la propia encuesta (Castro & Campuzano, 2021).

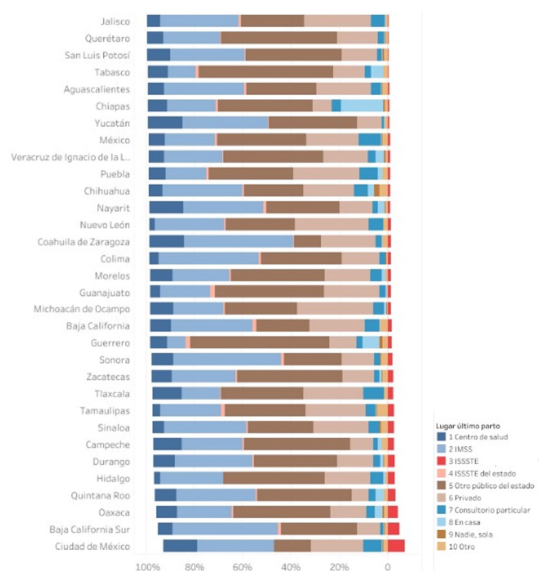
Con relación a la prevalencia de la violencia, el 70.1% de las mujeres en México han experimentado al menos una forma de violencia (psicológica, física, sexual, económica, patrimonial y/o discriminación). Además, el 42.8% de las mujeres reportaron haber sufrido algún tipo de violencia en los 12 meses previos al levantamiento de la encuesta. En cuanto a la violencia obstétrica, en mujeres de 15 a 49 años cuyo último parto o cesárea ocurrió en los

últimos cinco años, la prevalencia nacional es del 31.4%. Los estados con mayor prevalencia son Ciudad de México (38.4%), San Luis Potosí (38.3%) y Tlaxcala (37.8%). En comparación, los datos de 2016 mostraban al Estado de México (39.5%), Ciudad de México (39.2%) y Tlaxcala (37.7%) como las entidades con mayores niveles de violencia obstétrica (ENDIREH, 2021: 2016).

En relación con el lugar de atención del parto, según la gráfica 1 de la ENDIREH 2021, que clasifica los espacios de atención en categorías como centros de salud, IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, otros servicios públicos del estado, hospitales privados, consultorios particulares, partos en casa, sin asistencia u otros, se estima que el 61.5 % de los partos fueron atendidos en centros de salud. El segundo lugar lo ocupan las clínicas del IMSS y el tercero el ISSSTE, consolidándose como las instituciones más frecuentes en la atención obstétrica (ENDIREH, 2021). Este desglose revela la centralidad de los servicios estatales de salud en la atención obstétrica, al concentrar el mayor volumen de partos atendidos en el país.

Sin embargo, al contrastar estos datos con las recomendaciones emitidas por la CNDH (como se analizará más adelante), se observa una disyuntiva significativa: la mayoría de los casos documentados por esta institución se concentran en servicios federales, particularmente en el IMSS y el ISSSTE. Esta discrepancia plantea preguntas relevantes sobre las condiciones estructurales, las prácticas institucionales y los mecanismos de denuncia y visibilización que operan en los distintos niveles del sistema de salud.

Gráfica 1 . Distribución del lugar de atención de los partos, EDIREH (2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENDIREH 2021.

La ENDIREH conceptualiza el maltrato obstétrico como “situaciones en donde existen malos tratos por parte del personal médico durante las consultas prenatales, la atención del parto o el periodo de puerperio de la mujer, o bien sobre la presión para utilizar métodos anticonceptivos y la falta de autorización para realizar procedimiento” (ENDIREH, 2021). Para este indicador, la encuesta evaluó los siguientes aspectos dentro del subcuestionario de atención obstétrica:

- Le gritaron o la regañaron.
- La presionaron para que usted aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaron para ya no tener hijos(as).
- La ignoraban cuando usted preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé.
- No dio el permiso o autorización para que le hicieran la cesárea.
- No le informaron de manera que pudiera comprender por qué era necesario hacer la cesárea.

- Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho.
- La obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta para usted.
- Le dijeron cosas ofensivas, humillantes o denigrantes.
- Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as).
- Se negaron a anestesiarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones.
- Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de 5 horas, sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza.
- La obligaron o la amenazaron para que firmara algún papel sin informarle qué o para qué era.
- Le pellizcaron o jalonearon.

En cuanto al enfoque con el que la ENDIREH aborda la violencia obstétrica, se observa que la encuesta la identifica explícitamente como una manifestación de la violencia de género. Reconoce sus múltiples formas de expresión —físicas, verbales y psicológicas—, así como su carácter estructural. Además, destaca la importancia de garantizar la autonomía de las mujeres durante la atención obstétrica, promoviendo prácticas como el contacto piel con piel tras el nacimiento y la posibilidad de tomar decisiones libres e informadas sobre sus procesos reproductivos. Esto incluye el acceso a información clara y comprensible sobre métodos anticonceptivos, el respeto al consentimiento informado, y la libertad de decidir la posición en la que desean parir, en lugar de estar limitadas exclusivamente a la posición supina.

Asimismo, la encuesta reconoce la deuda histórica que existe en México con relación a prácticas como la esterilización forzada, que ha afectado de manera particular a mujeres indígenas y grupos en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, una de las principales limitaciones de la encuesta es que no incluye preguntas específicas sobre la accesibilidad a los servicios de salud. Esta omisión es especialmente relevante, ya que la accesibilidad (en sus dimensiones económica, geográfica y cultural) constituye un elemento fundamental para garantizar una atención obstétrica digna y libre de violencia. Además, impide abordar de forma integral la dimensión institucional de la violencia obstétrica, que va más allá del trato individual y se inscribe en estructuras desiguales y prácticas excluyentes del sistema de salud.

Aunque las experiencias de violencia durante la atención obstétrica varían según las características sociodemográficas de las mujeres, en México aún se carece de datos desagregados que permitan analizarlas desde una perspectiva interseccional. La ENDIREH no contempla variables como nivel socioeconómico, pertenencia étnica, orientación sexual, estado civil, edad o condición de discapacidad, lo cual limita la comprensión de las desigualdades que configuran el acceso y la calidad de la atención obstétrica. No obstante, los datos disponibles permiten observar algunas diferencias relevantes: por ejemplo, la prevalencia de maltrato obstétrico es más alta entre las mujeres que se sometieron a una cesárea, alcanzando un 33.4 %, frente al 29.6 % de quienes tuvieron un parto vaginal. Esta violencia se manifiesta de forma particular a través de tratamientos médicos no autorizados, que afectaron al 25.9 % de las mujeres encuestadas (ENDIREH, 2021).

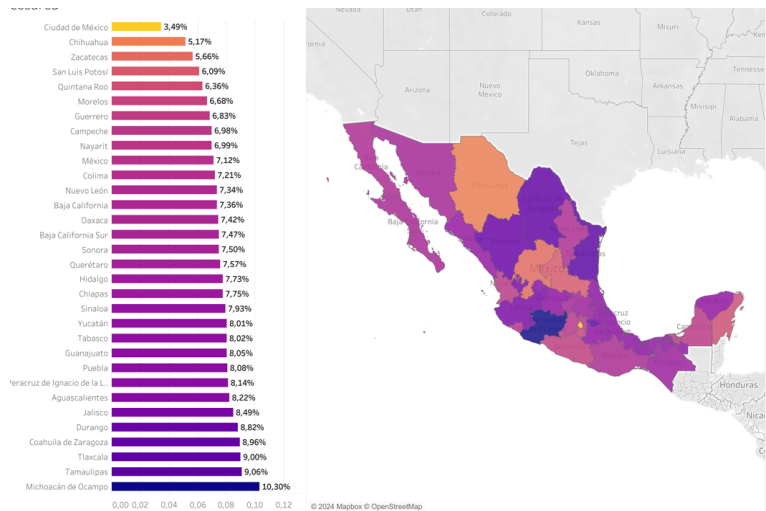
Es relevante destacar que, según la Encuesta Nacional de la Dinámica de la Demografía (ENADID) 2018, en México se observó que, en el uso de cesáreas durante el embarazo, de cada 100 mujeres embarazadas el 23.3 % tuvieron cesáreas programadas, mientras que el 22.8 % se sometieron a cesáreas de emergencia. Esto refleja una tendencia hacia la medicalización del parto en el país. En la gráfica 2, se presentan las prevalencias de cesáreas por entidad federativa, destacando que los estados con los índices más altos son Michoacán, Tamaulipas y Tlaxcala, donde las intervenciones quirúrgicas se han vuelto cotidianas.

Por otro lado, la gráfica 3 muestra el acceso a la información durante el procedimiento de cesárea, evidenciando que en entidades como Michoacán muchas mujeres reportaron no haber recibido información suficiente, clara o comprensible sobre la intervención quirúrgica (ENDIREH 2021). Este dato, revela una preocupante ausencia de consentimiento informado, lo que pone en entredicho el respeto al derecho a la información en contextos obstétricos. Esta omisión de información no debe leerse como un simple fallo comunicativo, sino como una expresión estructural del modelo médico hegemónico que limita el ejercicio de la autonomía reproductiva. Tal omisión puede llevar a que las mujeres perciban la cesárea como una intervención obligatoria y no como una decisión compartida, reproduciendo relaciones jerárquicas entre el personal médico y las mujeres.

La gráfica 4, relacionada a la autorización para la realización de la cesárea, confirma que Michoacán y Tamaulipas también presentan los índices más altos de procedimientos realizados sin el debido consentimiento, lo cual refuerza un patrón sistemático de vulneración

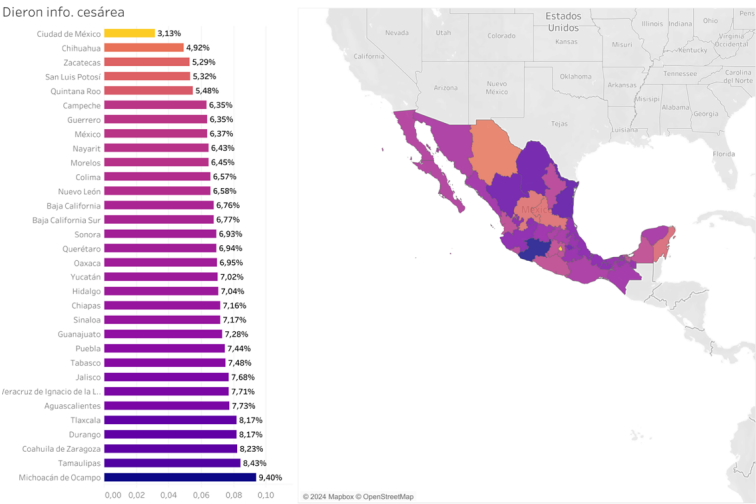
del derecho a decidir sobre el propio cuerpo y de negación del consentimiento como principio ético básico en la atención obstétrica (ENDIREH, 2021).

Gráfica 1. Prevalencia de cesáreas en México. EDIREH (2021)



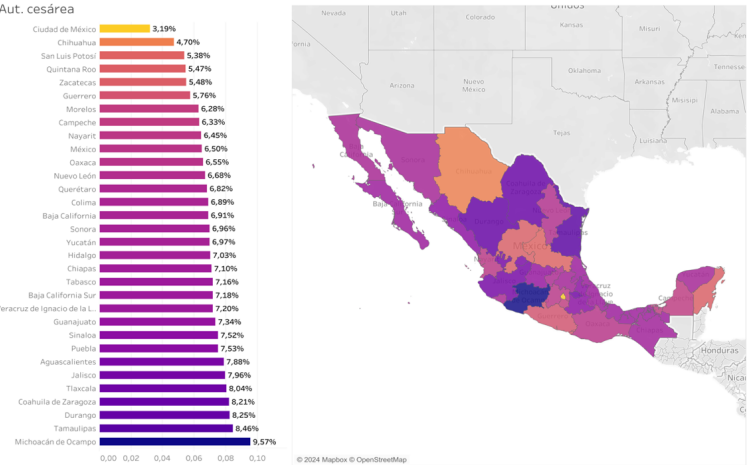
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENDIREH 2021.

Gráfica 2. Prevalencia de cesáreas que dieron información sobre el procedimiento. EDIREH (2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENDIREH 2021.

Gráfica 3. Prevalencia de cesáreas que no contaron con autorización por parte de las mujeres. EDIREH (2021)



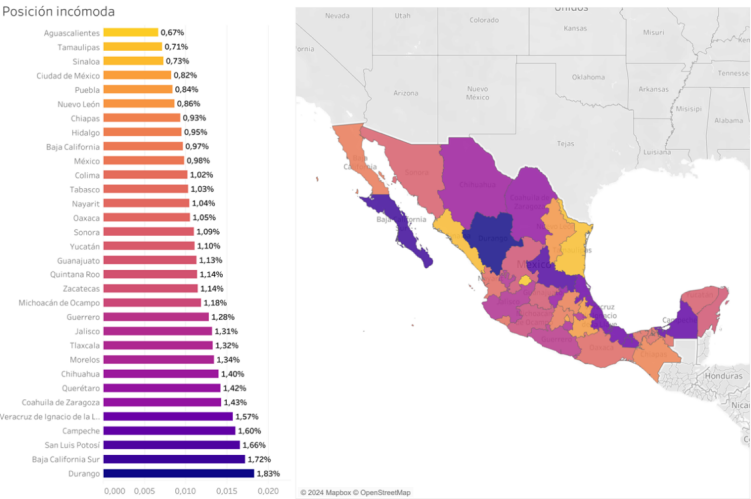
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENDIREH 2021.

La información disponible sobre violencia física durante la atención obstétrica se representa en las gráficas 5, 6 y 9, las cuales documentan diversas experiencias reportadas por mujeres durante el parto. Estas incluyen la imposición de posiciones incómodas, la negación del uso de anestesia o bloqueo para el dolor sin justificación médica clara, así como agresiones físicas como pellizcos o jalones. Un hallazgo importante es que muchas mujeres han naturalizado la falta de autonomía para elegir la posición del parto, sin identificarla necesariamente como una forma de violencia, lo que revela un proceso de normalización institucional del control corporal.

En comparación con los datos de la ENDIREH 2016, las denuncias relacionadas con la negativa a aplicar anestesia y las agresiones físicas han disminuido a nivel nacional. Sin embargo, esta aparente disminución debe interpretarse con cautela, ya que puede reflejar obstáculos estructurales para la denuncia, subregistro o un proceso más profundo de silenciamiento institucional. Como advierte Castro (2019), la negación del uso de anestesia puede constituir una forma de castigo institucional hacia las mujeres, que refuerza dinámicas autoritarias y moralizantes en la atención obstétrica.

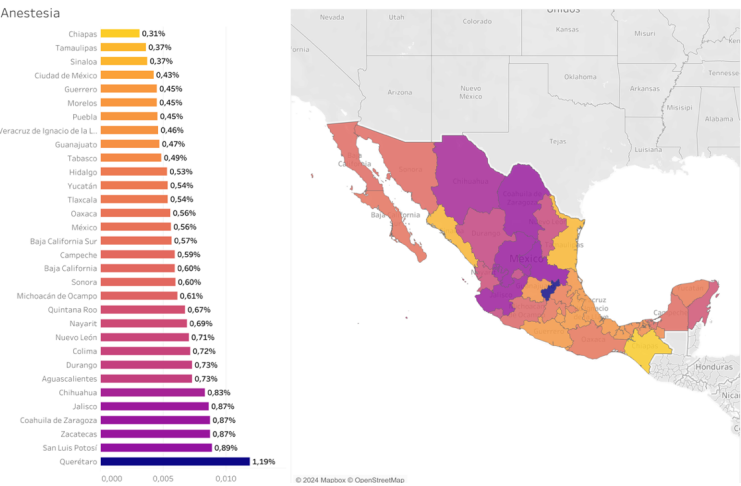
Con relación a las expresiones de violencia verbal y psicológica, se observa que constituyen las formas de maltrato más frecuentes durante la atención obstétrica en México, así como las más fácilmente identificadas por las mujeres. En particular, la gráfica 7 muestra que Chihuahua, Querétaro, Quintana Roo y Oaxaca presentan las tasas más altas de mujeres que reportaron haber recibido comentarios ofensivos, humillantes o degradantes. En el caso de Oaxaca, esta situación debe leerse desde una perspectiva interseccional, considerando que se trata de una entidad con alta presencia de pueblos indígenas, donde el racismo y la discriminación estructural intensifican la violencia obstétrica. De este modo, el género, la etnicidad, el territorio y la clase social se entrelazan para configurar experiencias diferenciadas de exclusión y maltrato.

Gráfica 4. Prevalencia de las mujeres que fueron obligadas a permanecer en una posición incómoda o molesta durante el parto. EDIREH (2021)



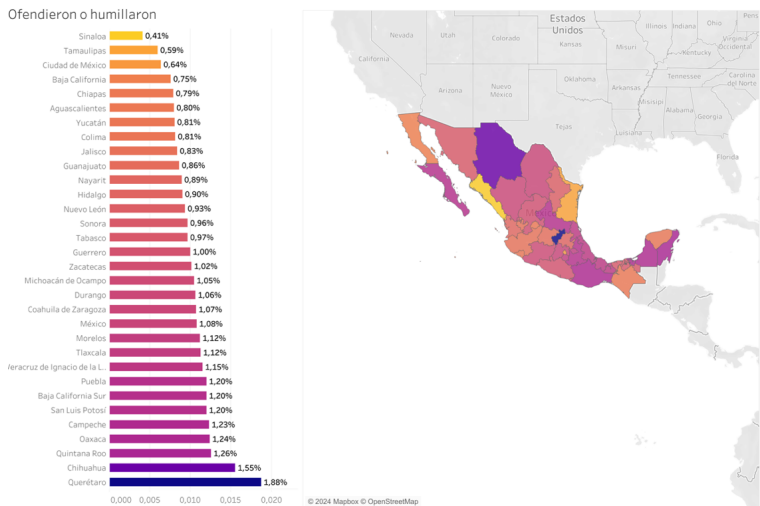
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENDIREH 2021.

Gráfica 5. Se negaron a anestesiarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones. EDIREH (2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENDIREH 2021.

Gráfica 6. Les dijeron cosas ofensivas. EDIREH (2021)

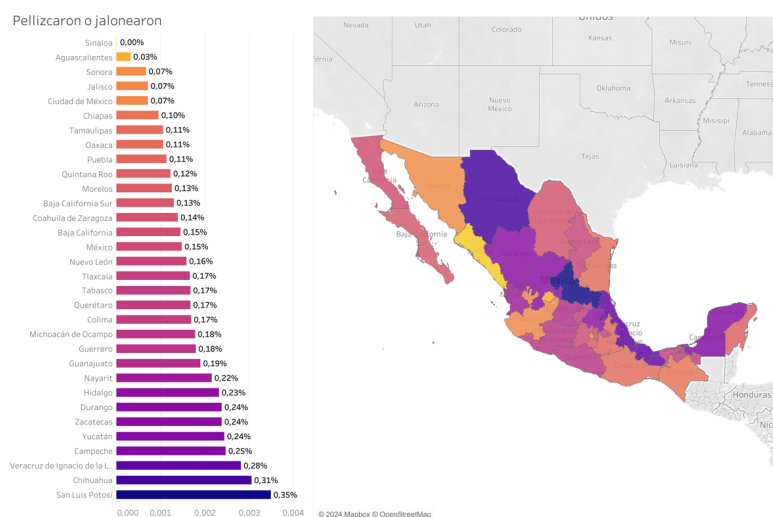


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENDIREH 2021.

Las gráficas 8 evidencian la persistencia de violencias verbales y simbólicas, como los gritos o regaños por parte del personal de salud. Estas expresiones de violencia refuerzan un modelo de atención que excluye activamente a las mujeres del ejercicio de su derecho a la información, a la autonomía y a un trato digno. Resulta especialmente preocupante que estas prácticas persistan incluso en entidades federativas como Ciudad de México, que cuenta con marcos normativos más avanzados, como la inclusión de la violencia obstétrica en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. La continuidad de estas formas de violencia pone en evidencia la normalización institucional del abuso y sugiere que la existencia de leyes no garantiza, por sí sola, la protección efectiva de los derechos reproductivos si no se acompaña de mecanismos de exigibilidad, monitoreo permanente y una transformación profunda del sistema de salud.

En este contexto, se vuelve indispensable ampliar el análisis hacia otras dimensiones del cuidado obstétrico (como el contacto piel con piel tras el nacimiento) para visibilizar cómo se obstaculizan prácticas esenciales de apego, vínculo afectivo y respeto. Su omisión no solo vulnera derechos fundamentales de mujeres y recién nacidos, sino que también reproduce lógicas de control que despojan de humanidad y calidez un momento vital del proceso reproductivo.

Gráfica 7. Le gritaron o la regañaron durante el parto. EDIREH (2021)

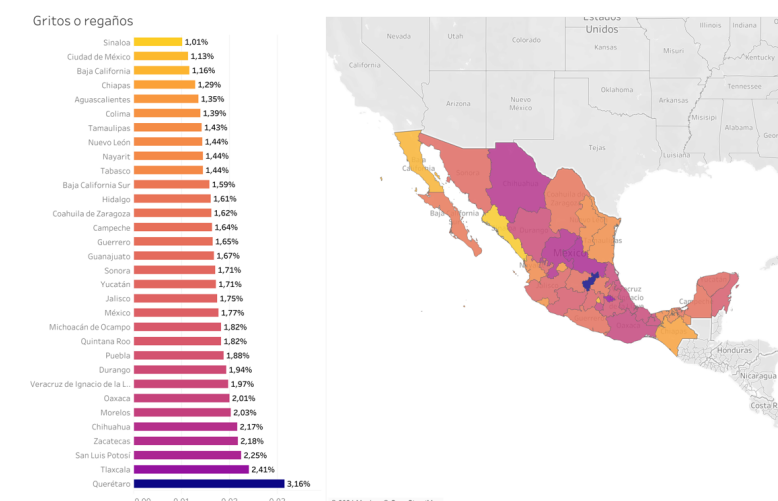


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENDIREH 2021.

A nivel nacional, la gráfica 9 indica que los estados con mayor prevalencia de agresiones físicas durante el parto son San Luis Potosí, Tlaxcala y Querétaro. Por otro lado, la gráfica 10 muestra que Durango, San Luis Potosí, Nayarit y Coahuila registran los porcentajes más altos de mujeres que reportaron haber sido ignoradas al preguntar sobre su parto o sobre su bebé. Esta forma de violencia obstétrica que implica el silenciamiento y la desestimación de las inquietudes de las mujeres refuerza lógicas autoritarias en la atención, donde el conocimiento biomédico se impone sobre la experiencia subjetiva de las mujeres, debilitando su autonomía y su derecho a la información durante el proceso reproductivo.

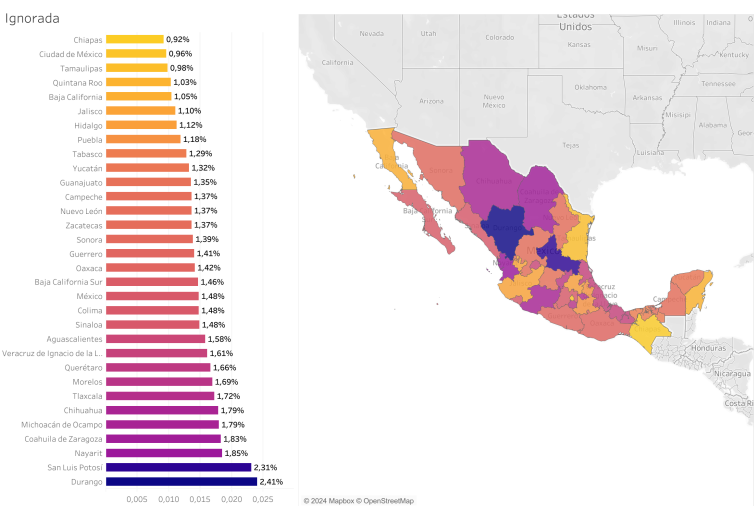
La prevalencia sostenida de violencia verbal, psicológica y física en los servicios de salud obstétrica no solo evidencia deficiencias en la calidad de la atención, sino que revela la reproducción de esquemas institucionales autoritarios que operan sobre los cuerpos, las emociones y las decisiones de las mujeres. Estas formas de maltrato no deben comprenderse como hechos aislados, sino como manifestaciones estructurales del modelo médico hegemónico, que deslegitima el dolor, silencia las voces de las mujeres y penaliza sus expresiones emocionales durante el parto.

Gráfica 8. Le pellizcaron o jalonearon durante el parto. EDIREH (2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENDIREH 2021.

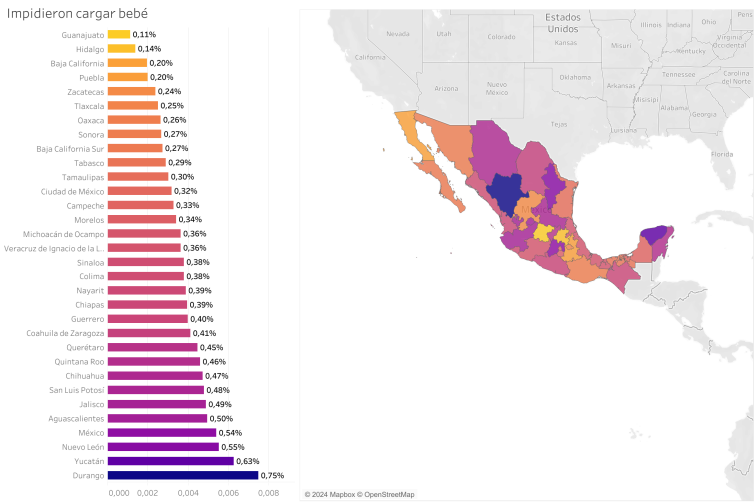
Gráfica 9. La ignoraban cuando usted preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé. EDIREH (2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENDIREH 2021.

La gráfica 11 muestra los porcentajes de mujeres a quienes se les impidió ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de cinco horas sin causa justificada ni explicación alguna. Según datos de la ENDIREH 2021, el 5.77 % de las mujeres reportaron esta forma de separación injustificada del recién nacido. Aunque menos prevalente en comparación con otras formas de violencia obstétrica, este tipo de maltrato revela cómo dimensiones afectivas del cuidado (como el apego temprano) son desplazadas por lógicas institucionales que privilegian la tecnificación de la atención. Entidades como Durango, Yucatán y Nuevo León presentan las tasas más altas, lo que evidencia una distribución territorial desigual de estas prácticas y alerta sobre la persistencia de esquemas que subordinan el bienestar emocional de las mujeres y sus hijas e hijos a criterios médicos no consensuados.

Gráfica 10. Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de 5 horas, sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza. EDIREH (2021)



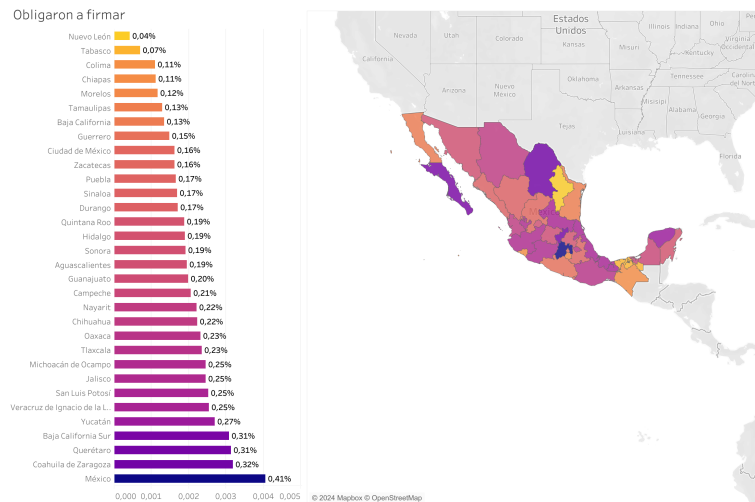
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENDIREH 2021.

Como se mencionó al inicio de este apartado, la incorporación de políticas poblacionales en México como forma de garantizar la salud reproductiva ha tenido consecuencias significativas que aún persisten en la actualidad. Una de las más graves es la esterilización forzada, que se manifiesta no solo en la ausencia de consentimiento informado, sino también a través de múltiples prácticas coercitivas en los servicios de salud. Entre estas destacan la

presión, la manipulación y las amenazas hacia las mujeres para que firmen consentimientos (muchas veces sin comprender su contenido) con el fin de aceptar el uso de métodos anticonceptivos o procedimientos quirúrgicos tras el parto.

Estas situaciones vulneran de forma directa el derecho a la autonomía reproductiva y perpetúan una cultura institucional basada en la coerción y la desinformación. La anticoncepción forzada se encuentra representada en la gráfica 12, que muestra la prevalencia de mujeres que reportaron haber sido obligadas o amenazadas para firmar documentos sin que se les informara su contenido o propósito. Esta forma de violencia debe ser analizada en el contexto de los programas de planificación familiar vigentes, los cuales siguen evaluando su “éxito” a partir del número de métodos colocados, en lugar de priorizar el acceso a información clara, comprensible y suficiente. En este sentido, se reproduce un discurso institucional que violenta la libre determinación de las mujeres sobre sus cuerpos y decisiones reproductivas, al subordinar el consentimiento informado a metas cuantitativas de control poblacional.

Gráfica 11. La obligaron o la amenazaron para que firmara algún papel sin informarle qué o para qué era. EDIREH (2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EDIREH 2021.

Los datos evidencian una distribución territorial desigual de esta práctica, siendo Coahuila, Querétaro y Baja California Sur los estados con las tasas más altas. En este sentido, resulta necesario problematizar la posible subrepresentación estadística de este tipo de violencia. Es probable que muchas mujeres no identifiquen como coerción el hecho de haber firmado un consentimiento bajo presión o sin información suficiente, ya que podrían interpretarlo como parte de una acción estatal destinada a “garantizarles” el acceso a métodos anticonceptivos. Esta interpretación no solo invisibiliza la dimensión violenta del acto, sino que también refleja una apropiación instrumental de los derechos sexuales y reproductivos, donde el énfasis está puesto en la cobertura y no en la calidad de la atención.

En este marco, es necesario cuestionar qué significa “acceso” cuando las condiciones de ese acceso no son voluntarias ni informadas. Los datos disponibles podrían reflejar únicamente la prestación de un servicio, sin problematizar si ese servicio fue ejercido con consentimiento pleno y libre de coerción. Así, la violencia obstétrica vinculada a la anticoncepción forzada no solo se expresa en la práctica clínica, sino también en el diseño mismo de las políticas públicas y sus mecanismos de evaluación.

Con ello, se cierra este análisis de las gráficas derivadas de la ENDIREH 2021, las cuales permiten observar que, a pesar del avance normativo en algunas entidades federativas, las prácticas coercitivas, medicalizadas y deshumanizadas siguen siendo una realidad estructural en los servicios de salud reproductiva. La violencia obstétrica, lejos de ser un fenómeno aislado, representa una expresión institucionalizada de control sobre los cuerpos de las mujeres, en detrimento de sus derechos humanos.

Conclusiones

La violencia obstétrica se manifiesta como un conjunto de prácticas y actos de violencia física, verbal, psicológica y estructural ejercidos durante la atención del embarazo, parto, puerperio y otros procesos reproductivos de mujeres y personas con capacidad de gestar. Constituye una grave violación a los derechos humanos, al expresarse mediante la imposición de intervenciones médicas deshumanizantes, la ausencia o invalidez del consentimiento informado y el silenciamiento de las mujeres como sujetas políticas. Estas prácticas restringen la autonomía reproductiva y perpetúan una cultura institucional de control sobre los cuerpos. Se trata de un continuum de violencias que atraviesa de forma transversal la

atención en salud reproductiva y vulnera de manera sistemática los derechos sexuales y reproductivos.

A pesar de los avances normativos tanto a nivel internacional como nacional (como la tipificación de la violencia obstétrica en Venezuela o su medición en México), su implementación efectiva continúa siendo limitada, como se ha evidenciado a lo largo de este capítulo. Los discursos médicos y jurídicos siguen mostrando resistencias no solo para reconocer, sino sobre todo para cuestionar críticamente los procesos de medicalización, patologización y objetivación de los cuerpos gestantes. Esta falta de problematización se traduce en marcos normativos que, si bien reconocen formalmente ciertos derechos, lo hacen de forma acotada y despolitizada, sin transformar las estructuras institucionales que reproducen la violencia.

Persiste una disonancia profunda entre los derechos reconocidos en el plano legal y las prácticas concretas en los servicios de salud, particularmente en el ámbito público. Las políticas públicas no siempre se articulan con los contextos reales de atención, y continúan reproduciendo dinámicas de medicalización excesiva, coerción reproductiva y despojo de la autonomía. Estas formas de violencia se agravan en los cuerpos de mujeres y personas gestantes indígenas, afrodescendientes, migrantes, adolescentes, con discapacidad o en situación de pobreza, cuyas experiencias están atravesadas por múltiples formas de discriminación. En estos casos, la violencia obstétrica adquiere dimensiones aún más complejas y profundas, consolidando esquemas de exclusión estructural que obstaculizan el acceso a una atención digna y respetuosa de los derechos humanos.

La ENDIREH permite reafirmar que la institucionalización del parto como política pública nacional no garantizó una atención más equitativa ni respetuosa para las mujeres. La prevalencia de cesáreas se ha vuelto cotidiana; persisten graves omisiones de información durante los procedimientos quirúrgicos; el consentimiento informado, cuando existe, rara vez es claro, completo o culturalmente pertinente. Las violencias físicas, verbales y psicológicas (como obligarlas a parir en posición supina, gritarles o desoír sus preguntas) continúan normalizadas, lo cual debilita profundamente la autonomía reproductiva.

Estas expresiones de violencia, lejos de ser casos aislados, forman parte de un modelo estructural que despoja a las mujeres de agencia y humanidad. Incluso prácticas menos frecuentes como la separación injustificada del recién nacido (que afecta el vínculo afectivo

y el derecho al apego temprano) evidencian cómo las dimensiones emocionales y afectivas del cuidado han sido desplazadas por una lógica institucional centrada en la tecnificación del parto. Reconocer la responsabilidad del Estado en garantizar una atención digna, adecuada y con calidad implica visibilizar que la violencia obstétrica puede tener consecuencias letales o irreversibles (como la muerte materna) especialmente para mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad. La violencia obstétrica no solo vulnera derechos humanos de las mujeres, sino que produce sufrimiento evitable e injustificable, deslegitimando la experiencia de las mujeres en uno de los momentos más significativos de su vida.

Por otro lado, este capítulo ha mostrado que, aunque herramientas como la ENDIREH han sido clave para visibilizar la violencia obstétrica en México, también tienen limitaciones importantes. Una de las principales es su diseño metodológico, que impide hacer un análisis interseccional completo. No se incorporan de forma clara ni accesible variables como etnicidad, clase social, orientación sexual, edad o situación migratoria, lo que dificulta cruzar estos datos con los del subcuestionario de violencia obstétrica. Así, los perfiles sociodemográficos de las mujeres encuestadas quedan desarticulados del análisis de las violencias que viven, lo que impide dimensionar cómo se intersectan distintos ejes de desigualdad.

Tampoco se consideran otras formas de violencia obstétrica fuera del parto, como las que ocurren durante la atención postaborto o en la colocación de métodos anticonceptivos en personas que tienen capacidad de gestar, esto genera una visión parcial del problema. Además, el hecho de que se pregunte por experiencias ocurridas hasta cinco años atrás puede afectar la precisión del recuerdo y, por lo tanto, de lo denunciado. A esto se suma que la dimensión emocional y psicológica está muy poco desarrollada, lo que deja fuera aspectos fundamentales del daño que viven muchas mujeres.

Otra cosa importante a tomar en cuenta es que la encuesta puede estar subestimando la verdadera magnitud de la violencia obstétrica. Esto puede deberse tanto a barreras estructurales que impiden la denuncia (como el miedo, la normalización del maltrato o la desconfianza en las instituciones), como al poco conocimiento o apropiación de los derechos sexuales y reproductivos entre muchas mujeres. En este sentido, es clave señalar los límites epistemológicos de las herramientas estadísticas, que muchas veces operan desde una lógica burocrática y patriarcal, que reduce experiencias complejas a cifras frías.

Cuando la estadística no interroga aspectos fundamentales como la calidad de la atención, la ética del acto médico o la agencia de las mujeres, corre el riesgo de legitimar prácticas violentas bajo el disfraz de “servicios prestados”. Esta mirada técnica y cuantitativa puede invisibilizar violaciones graves a los derechos humanos, reduciendo experiencias de dolor y abuso a simples porcentajes. Basta un solo caso de violencia obstétrica para evidenciar una falla estructural, porque detrás de cada cifra hay una vida, una historia, una mujer a la que se le negó dignidad y autonomía.

En este sentido, la visibilización epidemiológica, por sí sola, no ha sido suficiente para transformar las prácticas institucionales ni para garantizar una atención obstétrica basada en derechos. La atención obstétrica no puede entenderse como un acto médico aislado. Lo que ocurre en ese espacio reproduce y condensa las relaciones de poder que atraviesan la vida de las mujeres en México: su situación económica, el color de su piel, su lugar de residencia, su edad o el hecho de hablar una lengua indígena. Por ello, politizar su análisis (como se desarrollará en los próximos capítulos) no es solo una postura académica, sino una apuesta ética y metodológica para nombrar lo que tantas veces se silencia.

Es urgente ir más allá de los datos estadísticos y recuperar la dimensión política, afectiva y epistémica de las experiencias de las mujeres durante la atención obstétrica. Las respuestas institucionales frente a la violencia obstétrica —como la ENDIREH, la Recomendación General 31/2017 de la CNDH y diversas normativas nacionales— han tendido a preservar intactas muchas de las prácticas médicas hegemónicas, al no cuestionar su legitimidad desde una perspectiva ética y de derechos humanos. La persistencia del maltrato demuestra que la existencia de leyes o protocolos resulta insuficiente cuando no se acompañan de mecanismos efectivos de exigibilidad, supervisión y transformación institucional.

La atención obstétrica no puede reducirse a un servicio técnico más dentro del sistema de salud. Es un espacio donde se disputa el reconocimiento de las mujeres y personas gestantes como sujetas de derechos, y donde se actualizan, reproducen o resisten relaciones de poder históricas. Es también un territorio de conflicto político y simbólico: ahí se define quién tiene voz, quién decide sobre los cuerpos, y bajo qué condiciones se ejerce el derecho a la vida, al cuidado y a la dignidad.

MARCO TEÓRICO: LAS HUELLAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA, UN ABORDAJE DESDE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA POLÍTICA DE LAS EMOCIONES

Introducción

Como se mostró en el capítulo anterior, en Latinoamérica, el concepto de violencia obstétrica ha adquirido una significativa incidencia política, generando intensas disputas sobre su reconocimiento en los espacios institucionales. Estas disputas han obstaculizado el reconocimiento pleno de las graves violaciones a los derechos humanos que enfrentan las mujeres y personas gestantes durante la atención obstétrica, limitando su visibilización dentro del sistema nacional de salud y restringiendo la posibilidad de transformar estructuralmente las prácticas médicas desde una perspectiva de derechos.

En este contexto, el presente marco teórico se desarrolla a partir de tres ejes fundamentales que parten del reconocimiento de los derechos humanos como una realidad compleja y en disputa. Se analizan no solo desde una perspectiva normativa, sino también como una herramienta para desafiar estructuras de poder que han legitimado la violencia en la atención obstétrica. En este sentido, la violencia obstétrica es comprendida en su dimensión estructural, institucional y biopolítica, vinculándose con las formas de regulación y control de los cuerpos feminizados dentro del Modelo Médico Hegemónico (MMH).

A partir de este marco, los enfoques teóricos del capítulo se organizan en los siguientes tres ejes:

1. La fundamentación de los derechos humanos desde la teoría crítica en América Latina.
2. El abordaje teórico de la violencia obstétrica y su relación con la biopolítica, los regímenes afectivos y la regulación de los cuerpos.
3. La teoría interseccional y su aporte al análisis plural de la violencia obstétrica.

El primer apartado se centra en fundamentación de los derechos humanos desde la teoría crítica, señalando cómo estos derechos no pueden reducirse a normas abstractas, sino que deben analizarse como una herramienta de lucha contra la opresión y la exclusión social (Dussel, 2013; Herrera, 2008). Se problematiza la idea de universalidad de los derechos y se

enfatisa la necesidad de situar su interpretación en las realidades materiales y las desigualdades estructurales.

El segundo apartado aborda la conceptualización de la violencia obstétrica, analizando su relación con la violencia de género, la violencia institucional y la violencia estructural. Se integra un enfoque desde la biopolítica y el poder disciplinario, retomando a Foucault (1976) para explicar cómo las instituciones médicas no solo regulan la salud, sino que también producen subjetividades, regulan cuerpos y legitiman prácticas que pueden derivar en violencia.

Dentro de esta discusión, se desarrolla la noción de configuraciones afectivas en la atención obstétrica, explorando cómo ciertos afectos—como la culpa, la humillación o el miedo—se instrumentalizan para disciplinar, mientras que otras emociones—como la rabia o la indignación—pueden constituirse en afectos movilizados para la transformación. Desde el giro afectivo, se argumenta que el acceso a la salud no puede analizarse únicamente desde una lógica normativa, sino que debe considerar la dimensión emocional y relacional. Se retoman los aportes de Sara Ahmed (2017), Marina Ariza (2020) , Olga Sabido (2024) y Myriam Jimeno (2019) para analizar cómo los afectos se inscriben en dispositivos de poder y pueden funcionar tanto como herramientas de control como de resistencia.

El tercer apartado introduce la teoría interseccional, que permite analizar cómo las violencias obstétricas se articulan con otras desigualdades estructurales. Este enfoque resulta clave para comprender cómo la clase, la raza, la etnicidad y la orientación sexual intersectan con la opresión de género en el ámbito de la salud reproductiva. Desde esta mirada, se cuestionan las estructuras de poder que configuran la violencia obstétrica y se visibiliza cómo estas dinámicas afectan de manera diferenciada a mujeres indígenas, afrodescendientes y personas gestantes en situación de pobreza.

Este marco teórico ofrece un enfoque integral y crítico para analizar la violencia obstétrica dentro del modelo médico hegemónico, considerando no solo su dimensión jurídico-política, sino también su inscripción en relaciones de poder, jerarquías de género y configuraciones afectivas.

2.1 Las aproximaciones teóricas desde la teoría crítica de los derechos humanos

Este apartado tiene como objetivo realizar un análisis crítico de la concepción y aplicación de los derechos humanos, cuestionando los marcos normativos desde los cuales han sido formulados y la manera en que han operado en contextos de desigualdad estructural, como el caso de México y América Latina. En primer lugar, se examina la fundamentación de los derechos humanos, resaltando cómo su construcción ha estado marcada por una perspectiva liberal y eurocéntrica, lo que ha condicionado su aplicación efectiva en sociedades con profundas desigualdades. En segundo lugar, se analizan las limitaciones del derecho moderno, señalando cómo la normatividad jurídica no siempre ha garantizado la protección de los derechos humanos, sino que en muchos casos ha servido como un mecanismo de regulación y control, restringiendo la capacidad de los pueblos y comunidades históricamente oprimidas para reivindicar sus derechos y transformar sus condiciones materiales de existencia.

Para comprender la situación de los derechos humanos en México, es esencial considerar su evolución histórica y política. A lo largo de los años, su desarrollo ha estado marcado por una constante tensión entre los discursos internacionales y la realidad nacional. Si bien la transición democrática generó expectativas de mayor protección y garantía de estos derechos, en la práctica, su reconocimiento y aplicación han estado determinados por las estructuras de poder y las dinámicas económicas que rigen el país. En este contexto, la reforma constitucional de 2011 representó un avance significativo en la consolidación del reconocimiento y ejercicio de los derechos humanos en México. Con esta reforma, se introdujeron diversos mecanismos dirigidos a enfrentar la crisis en esta materia, colocando la dignidad humana como eje central del debate.

Como señala Herrera Flores (2005), “los derechos humanos no son una dádiva de los Estados, sino conquistas históricas de los pueblos que han debido luchar para hacer valer su dignidad frente a los sistemas de poder” (p.112). No obstante, como se observa cotidianamente, persiste una brecha entre el reconocimiento normativo y su materialización efectiva, lo que sigue representando un desafío. La garantía de derechos humanos no se reduce a la existencia de un marco legal, sino que requiere un proceso dinámico de reconocimiento y adaptación a los múltiples contextos en los que deben materializarse.

Desde una fundamentación crítica, la institucionalización y garantía de los derechos humanos no pueden abordarse de manera uniforme, ya que su implementación se encuentra

condicionada por factores políticos, económicos y sociales que imponen constantes desafíos. Esta complejidad ha dificultado su materialización y ha puesto en evidencia la necesidad de un análisis continuo que permita identificar las barreras estructurales y diseñar estrategias efectivas para su cumplimiento. Como advierte Gallardo (2008), el reconocimiento normativo por sí solo no garantiza su aplicación, ya que las violaciones a los derechos humanos no solo derivan de problemas en su implementación, sino también de vacíos conceptuales en su formulación. En este sentido, más allá de la ampliación del catálogo de derechos y el fortalecimiento de su institucionalización, es crucial revisar los fundamentos que los sustentan, asegurando su coherencia y efectividad en la práctica.

Por ello, es imprescindible cuestionar la dependencia exclusiva en el derecho positivo como única fuente de legitimación, ya que este enfoque tiende a limitar la reflexión sobre el significado y las implicaciones de los derechos humanos. Cuando el derecho positivo es asumido como la única base para acceder al reconocimiento de los derechos humanos, se generan riesgos ideológicos que afectan su historicidad y finalidad, restringiendo su alcance en contextos donde la garantía es objeto de disputa, como en el caso de los derechos sexuales y reproductivos. Por ello, es esencial asegurar una coherencia entre el discurso y la práctica, lo que supone no solo considerar la dimensión normativa, sino también reconocer el contexto en el que se construyen y ejercen los derechos Gallardo (2008).

En este sentido, América Latina es un escenario clave para resignificar los derechos humanos, debido a que su aplicación efectiva exige un análisis que contemple las relaciones de poder y las estructuras de subordinación que históricamente han limitado su materialización. Una fundamentación desde esta región cuestiona la concepción liberal y occidental de los derechos humanos, evidenciando cómo han sido abordados en abstracto y desvinculados de la materialidad, lo que ha servido para legitimar relaciones de poder y perpetuar desigualdades sociales sin traducirse necesariamente en garantías concretas para quienes los necesitan. Así, la lucha por los derechos humanos debe ser entendida como un proceso continuo de transformación social, dirigido a desafiar las estructuras de poder que perpetúan la desigualdad y a generar las condiciones materiales necesarias para su ejercicio real (Rosillo, 2013)

Uno de los ejemplos más claros es el debate sobre la clasificación generacional de los derechos humanos. La visión tradicional plantea una evolución lineal desde los derechos

civiles y políticos (primera generación), pasando por los derechos económicos, sociales y culturales (segunda generación), hasta los derechos colectivos o de los pueblos (tercera generación). Sin embargo, esta perspectiva ha sido ampliamente criticada por su carácter reduccionista, ya que supone que los derechos han evolucionado de manera progresiva y complementaria, sin reconocer los conflictos, tensiones y resistencias que han marcado su desarrollo. Como señala Pérez Luñón, “las generaciones se asumen como un modelo histórico racional y lineal, donde unos derechos tan solo complementan a los anteriores” (Luñón como se cita en Rosillo & Manchado, 2021, p.310). Este enfoque ignora que los derechos humanos no han surgido de forma armónica, sino como resultado de luchas históricas concretas en contextos de opresión y resistencia, lo que refuerza la necesidad de un enfoque descolonial que no imponga jerarquías normativas que privilegian la tradición liberal sobre otras formas de reivindicación.

Desde la visión occidentalizada, los derechos de primera generación, vinculados al liberalismo clásico, se han considerado la base fundamental del sistema jurídico moderno, mientras que los derechos económicos y sociales han sido relegados a una dimensión secundaria. Como consecuencia, los derechos colectivos han enfrentado aún más dificultades para su reconocimiento y exigibilidad, perpetuando una visión eurocéntrica que no reconoce las luchas por la dignidad de los pueblos oprimidos, cuyos derechos no encajan en el esquema liberal de la modernidad. En consecuencia, las violaciones a los derechos humanos suelen interpretarse de forma fragmentada, como daños individuales descontextualizados, sin reconocer los patrones estructurales que las configuran. Un ejemplo claro de esta lógica es el feminicidio en México, donde cada asesinato de una mujer se investiga como un caso aislado, sin reconocer su vínculo con un patrón estructural de violencia de género. La incapacidad del Estado para atender esta problemática como una violación sistemática a los derechos humanos perpetúa la impunidad y refuerza la idea de que las garantías fundamentales se limitan a la protección de derechos individuales.

Frente a esta visión restrictiva, la Filosofía de la liberación formulada por Enrique Dussel ofrece una base crítica para repensar los derechos humanos desde la experiencia histórica de los pueblos oprimidos. Para Dussel, es necesario desplazar el fundamento del derecho desde el sistema vigente hacia la realidad del Otro: es desde su exterioridad (desde ese lugar excluido por el orden normativo) que se puede ejercer una crítica ética radical del sistema

jurídico. Esto implica que la transformación del derecho no puede surgir desde sus propias lógicas internas, sino que debe partir de las voces y vivencias históricamente negadas (Dussel, 2013). Desde esta perspectiva, la institucionalización formal de los derechos resulta insuficiente si no va acompañada de una transformación estructural del sistema político y jurídico, fundada en un principio ético-crítico que confronte las raíces mismas de la exclusión.

En consonancia con esta propuesta, Dussel sostiene que toda normatividad auténtica debe surgir de una praxis liberadora frente a una situación de opresión. Por ello, el derecho no puede ser concebido como un sistema cerrado y autorreferencial, sino como una construcción situada que responde a las condiciones concretas de injusticia y a las demandas éticas de los sujetos oprimidos. La legitimidad jurídica, entonces, no puede reducirse a su forma procedimental; debe anclarse en la justicia material de los cuerpos, territorios y comunidades vulneradas (Dussel, 2013)

Hablar, desde esta clave, de la transformación del sistema jurídico implica desmontar las estructuras de dominación que han perpetuado la exclusión y subordinación de ciertos sujetos dentro del orden normativo moderno. El derecho, como producto histórico del pensamiento eurocéntrico, ha reproducido lógicas coloniales que invisibilizan otras epistemologías y formas de existencia. En este sentido, la construcción de un derecho formulado desde la alteridad exige cuestionar las categorías normativas impuestas por el paradigma hegemónico y avanzar hacia una juridicidad plural que reconozca la diversidad epistémica, cultural y política de los pueblos (Viveros, 2023). Solo así podrá emerger un sistema jurídico capaz de responder a las experiencias concretas de las mujeres y de otras comunidades históricamente marginadas, y con ello, abrir camino a una justicia verdaderamente liberadora que reconozca la pluralidad de epistemologías y formas de vida.

Para los derechos de las mujeres, esto significa la posibilidad de repensar la normatividad desde sus experiencias y luchas, garantizando no solo la igualdad formal, sino la transformación de las condiciones materiales y simbólicas que perpetúan la violencia estructural y la negación de sus derechos. La incorporación de una perspectiva crítica del derecho permite avanzar hacia un modelo normativo que no solo incluya a las mujeres como sujetas de derecho, sino que también reconozca y valore sus saberes, formas de resistencia y demandas históricas como base fundamental.

Reconociendo esto, los derechos humanos no pueden entenderse como principios abstractos desligados de los contextos sociales y materiales en los que deben aplicarse. Como advierte Correas, los derechos no son cosas, sino enunciados que otorgan permiso para actuar, en la medida en que permiten a las personas presentarse ante una autoridad para exigir que esta haga algo, lo que se denomina “obligación” (Correas, 2010, p. 3). Sin embargo, cuando los derechos humanos quedan reducidos a una formulación normativa sin mecanismos efectivos de exigibilidad y aplicación, su reconocimiento corre el riesgo de convertirse en una estrategia retórica. En lugar de garantizar su cumplimiento, esta dinámica perpetúa su carácter simbólico sin generar un impacto real en la vida de las personas.

Este problema es especialmente visible en América Latina, como señala Rosillo (2013), la aplicación real de estos derechos exige un análisis que contemple las relaciones de poder y las estructuras de subordinación que históricamente han obstaculizado su materialización. Un claro ejemplo de la brecha entre el reconocimiento normativo y su efectividad se encuentra en el derecho a la salud reproductiva, pues, a pesar de que instrumentos internacionales como la CEDAW (1979) y el Programa de Acción de El Cairo (ONU, 1994), así como normativas nacionales como la NOM-046, garantizan el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, su implementación sigue siendo desigual. La criminalización del aborto, la falta de acceso a métodos anticonceptivos y la negación de educación sexual integral evidencian cómo las estructuras patriarcales y jurídicas han condicionado su ejercicio, demostrando que el derecho positivo no siempre se utiliza para garantizar derechos, sino también para restringirlos, perpetuando así la exclusión y el control sobre ciertos cuerpos y experiencias. Desde una perspectiva histórica, Ellacuría (1989) advierte que, aunque los derechos humanos se presentan como universales y generales, en su origen y aplicación han sido principalmente derechos ciudadanos de una clase social determinada y de un conjunto específico de países. Esto significa que su formulación ha respondido a intereses particulares y no necesariamente a las necesidades de las mayorías. La instrumentalización del derecho positivo como herramienta de control, en lugar de garantía, refuerza esta crítica al evidenciar cómo ciertas estructuras de poder condicionan qué derechos son realmente ejercidos y por quiénes. Siguiendo esta línea, para Ellacuría “solo un proceso en el que las mayorías sean protagonistas de la historia permitirá la construcción de nuevos valores y derechos” (Ellacuría, 1989, p. 295). En este sentido, la lucha por los derechos humanos debe surgir

desde las demandas sociales en la búsqueda de la justicia social (como sucede con los movimientos feministas). Estas demandas buscan su reconocimiento no desde una perspectiva meramente legalista, sino desde su aplicación efectiva en la vida cotidiana de las personas, garantizando que los derechos sean herramientas reales para la dignidad y la autonomía.

Siguiendo este argumento, Boaventura de Sousa Santos (2009b) realiza un análisis sobre la modernidad y su relación con el derecho, a partir de ello plantea que existe una diferencia clave entre dos concepciones de los derechos humanos: la hegemónica y contrahegemónica. La visión hegemónica, ha servido como un instrumento legitimador del orden capitalista global, al inscribirse dentro del paradigma occidental de la modernidad³ (el cual ha privilegiado la regulación sobre la emancipación). En este sentido, los derechos humanos hegemónicos han priorizado la protección de los derechos individuales bajo un marco liberal, desatendiendo los derechos económicos, sociales y colectivos, los cuales son fundamentales para garantizar condiciones de justicia y equidad.

Este modelo hegemónico es particularmente evidente en los derechos de las mujeres y disidencias, ya que ha perpetuado desigualdades en ámbitos fundamentales como la autonomía sobre sus cuerpos, el acceso equitativo al trabajo y la erradicación de la violencia de género. Estas inequidades no solo se sostienen en estructuras de exclusión históricas, sino que también reflejan la incapacidad de los marcos normativos hegemónicos para responder de manera efectiva a las demandas actuales de transformación social. En este sentido, Santos (2009b) sostiene que nos encontramos en un período de transición de paradigmas, donde la crisis de la modernidad no solo se explica por el incumplimiento de sus promesas en materia de derechos humanos, sino también por su ineficacia para abordar las luchas contemporáneas por la justicia y la equidad. Ante ello, surge la urgencia de repensar los derechos humanos

³Para Boaventura de Sousa Santos, la modernidad y el capitalismo son dos procesos históricos diferentes, aunque en la práctica han convergido. La modernidad occidental no presupone necesariamente al capitalismo como su modo de producción propio, pero con el tiempo ambos se han imbricado, generando estructuras normativas que estabilizan las expectativas a través de la regulación y limitan los horizontes emancipatorios. Ver Santos, B. de S. (2009). *La desaparición de la tensión entre regulación y emancipación en la modernidad occidental*. En Sociología jurídica crítica. Para un nuevo sentido común en el derecho (pp. 29-51).

desde una perspectiva intercultural radica en la necesidad de superar los límites impuestos por el enfoque normativo eurocéntrico. Como señala Santos:

El éxito de las luchas emancipatorias se mide por su capacidad para constituir una nueva relación política entre experiencias y expectativas, una relación capaz de estabilizar las expectativas a un nivel nuevo, más exigente e incluyente. Para expresarlo con otras palabras, el éxito de las luchas emancipatorias reside en su capacidad de transformarse en una nueva forma de regulación, mediante la cual el orden bueno se convierte en orden. No obstante, es típico del paradigma de la modernidad el que tales éxitos sean siempre transitorios: una vez que la nueva forma de regulación se estabiliza, nuevas aspiraciones y prácticas de oposición intentarán desestabilizarla en nombre de expectativas más exigentes e incluyentes (Santos, 2009a, p. 35)

Lo anterior significa que los avances en materia de derechos humanos no son conquistas definitivas, sino que están en constante tensión con las estructuras de poder existentes. La estabilización de una nueva forma de regulación no significa el fin de la lucha, sino el inicio de nuevas disputas por expectativas aún más incluyentes y transformadoras. Desde esta perspectiva, la reconstrucción crítica de los derechos humanos no solo desafía la universalidad impuesta desde Occidente, sino que también abre la posibilidad de desarrollar modelos normativos alternativos, fundamentados en las experiencias y luchas de los pueblos históricamente oprimidos. Santos enfatiza la necesidad de construir un horizonte de futuros alternativos en el que los derechos humanos se configuren como una herramienta de transformación social, en lugar de un mecanismo de legitimación de las desigualdades estructurales.

Por otro lado, la comprensión compleja de los derechos humanos debe evitar tanto su naturalización como su estatalización, ya que ambas perspectivas limitan su potencial emancipatorio. Ante lo anterior Herrera Flores señala, “es necesario resistirse a interpretaciones que los conciban como fenómenos ahistóricos, despojándolos de su dimensión histórica y de lucha, o que los reduzcan a una construcción meramente estatal, eliminando sus dimensiones políticas e ideológicas” (Herrera Flores, citado en Rosillo y Machado, 2021, p. 345). Desde esta perspectiva, los derechos humanos no deben ser concebidos como categorías ideales e inmutables, sino como procesos en constante disputa,

que emergen de luchas colectivas y responden a las necesidades concretas de los pueblos y comunidades en su búsqueda de justicia y dignidad.

En esta misma línea, la racionalidad jurídica moderna también ha sido objeto de cuestionamiento por su tendencia a simplificar la complejidad de las relaciones sociales y de poder. Como señala Fariñas,

la racionalidad jurídica moderna, sobre la cual se asienta la construcción teórica de los derechos humanos, ha estado presidida por el paradigma de la simplicidad, el cual ha contribuido, mediante el presupuesto epistemológico de la *reductio ad unum*, al ocultamiento y la hipersimplificación de la pluralidad, la diversidad y la complejidad ontológicas de la sociedad y de los procesos sociales concretos (Fariñas, citado en Rosillo y Machado, 2021, p. 339).

Esta perspectiva ha tenido diversas implicaciones en la manera en que se conceptualizan y aplican los derechos humanos. En primer lugar, ha reducido el derecho a un sistema estatal y monolítico, ignorando otras expresiones jurídicas como el pluralismo jurídico. En segundo lugar, ha fragmentado artificialmente las esferas de lo público y lo privado, lo jurídico y lo político, así como las relaciones de poder y la ética, dificultando la comprensión de las intersecciones entre derechos individuales y colectivos. Así, Sánchez Rubio advierte que esta visión hegemónica de los derechos,

a) se reduce el derecho estatal, asumiendo el monismo jurídico e ignorando otras expresiones jurídicas no estatales (pluralismo jurídico); b) se separa sin capacidad de autocritica el ámbito de lo público y de lo privado; el ámbito de lo jurídico y de lo político, de las relaciones de poder y de lo ético; la práctica y la teoría en materia de derechos humanos; la dimensión previolatoria de la postviolatoria de derechos humanos; c) se abstrae el mundo jurídico del contexto socio-cultural en el que se ubica y por el que está condicionado. Se vacía y se desplaza lo humano, lo corporal, lo físico, y se sustituye al ser humano real por seres sin atributos y descontextualizados (Sánchez, citado en Rosillo y Machado, 2021, p. 349).

Desde esta perspectiva, la racionalidad jurídica moderna no solo ha limitado la comprensión de los derechos humanos, sino que también ha contribuido a la reproducción de sistemas de exclusión y desigualdad, en lugar de operar como un instrumento de transformación social.

Así, lejos de ser un espacio neutral de protección de derechos, el derecho moderno se ha constituido como un mecanismo de regulación, que, bajo la apariencia de imparcialidad, ha reforzado estructuras de dominación y ha marginado otras formas de justicia y conocimiento. Esta crítica a la racionalidad jurídica dominante abre paso a una concepción alternativa de los derechos humanos, no como simples enunciados normativos, sino como prácticas sociales dinámicas que emergen de la lucha de los pueblos y comunidades históricamente oprimidas. Como señala Rosillo y Machado (2021):

Entender los derechos humanos como un conjunto de prácticas sociales, simbólicas, culturales y jurídicas, económicas e institucionales de la ‘comunidad de víctimas’, que permite constituirse en sujeto y reaccionar contra los excesos de cualquier tipo de poder, modificando las tramas sociales para lograr acceder a los bienes para la satisfacción de las necesidades de producción y reproducción de la vida (p. 366).

Esta perspectiva supone un giro fundamental en la forma en que se conciben los derechos humanos. En lugar de ser entendidos como categorías estáticas o principios abstractos dictados por el Estado o el derecho internacional, se reivindican como herramientas de lucha y resistencia que emergen desde las comunidades afectadas por diversas formas de violencia y exclusión. La idea de una “comunidad de víctimas” enfatiza el carácter colectivo de los derechos humanos, rechazando su interpretación meramente individualista y liberal.

Bajo esta mirada, los derechos humanos no se limitan a la regulación estatal ni a un marco jurídico preexistente, sino que se configuran como procesos de transformación social, donde los sujetos no solo exigen reconocimiento, sino que modifican las estructuras que perpetúan su exclusión. Esto resulta clave para entender los derechos desde una lógica interseccional y descolonial, en la que la lucha por la justicia no puede separarse de la necesidad de reconstruir las relaciones económicas, políticas y culturales que han garantizado el acceso desigual a los bienes y recursos necesarios para la vida digna.

2.2 El abordaje teórico de la violencia obstétrica

2.2.1 Emociones y biopolítica: Modelo Médico Hegemónico

La incorporación de las teorías feministas y de género en la salud ha evolucionado desde sus raíces en el activismo feminista hasta convertirse en un marco más amplio dentro de las políticas de salud y la biomedicina. Sin embargo, persisten tensiones en torno a la

medicalización del cuerpo, las desigualdades estructurales y la manera en que se conceptualizan las diferencias de género. Aunque se ha avanzado en la desnaturalización de las categorías sexo-genéricas, el desafío actual sigue siendo desarrollar enfoques que integren las experiencias encarnadas, así como las relaciones de poder dentro de las instituciones de salud.

Desde la perspectiva foucaultiana, las instituciones no solo establecen normas de manera explícita, sino que también operan mediante mecanismos sutiles de disciplina y normalización que moldean los cuerpos y subjetividades sin necesidad de una coacción directa. Este poder no discursivo se manifiesta en prácticas cotidianas, en la disposición de los espacios y en la organización de las relaciones sociales, estructurando lo que se considera normal sin ser necesariamente enunciado. Así, la escuela, el hospital o la familia imponen jerarquías y comportamientos sin que estos sean siempre formulados en palabras, sino a través de hábitos, regulaciones implícitas y arquitecturas de control. Como señala Foucault, “el poder no actúa por la pura obligación o prohibición impuesta a aquellos que no lo tienen; produce saber... producen discursos” (Foucault, 1976, p. 24). En este sentido, la medicina no es una excepción; al contrario, es una de las instituciones donde este poder se materializa de manera más evidente.

Uno de los principales dispositivos de control en el ámbito de la salud es el Modelo Médico Hegemónico (MMH), el cual estructura tanto la formación profesional como las prácticas cotidianas en las instituciones sanitarias, ya sean públicas o privadas. Este modelo se fundamenta en principios como la objetividad, el reduccionismo, el determinismo, el tecnicismo y el biologicismo, estableciendo un marco universal que se presenta como neutral, pero que en realidad impone una única forma de entender la salud y la enfermedad. Como lo explica Menéndez, el MMH impone la idea de que existe una única formación aceptada y reconocida para todas y todos, con rigurosos modelos teóricos que explican el proceso de salud, enfermedad y atención (2020). Esta idea de universalidad se enmarca en el metalenguaje biomédico, el cual, desde una perspectiva foucaultiana, opera como una manifestación de la microfísica del poder, ya que no solo impone una visión hegemónica sobre la salud, sino que también regula cuerpos y subjetividades a través de saberes aparentemente neutrales. En este proceso, transforma procesos naturales en enfermedades, consolidando la medicalización de la vida cotidiana.

Además de impulsar la medicalización de la existencia, el MMH se caracteriza por sostener una supuesta objetividad y racionalidad, que se presenta como un conocimiento absoluto, libre de cualquier influencia social, histórica o emocional. No obstante, este paradigma ha sido ampliamente cuestionado por las epistemologías feministas y el giro afectivo en la antropología y la sociología, los cuales han evidenciado que la exclusión de las emociones y la subjetividad en la ciencia no es neutral, sino que responde a una lógica patriarcal, colonial y clasista. En este sentido, el sistema de salud y sus instituciones se configuran como espacios donde estas lógicas se materializan, reproduciendo jerarquías de género y consolidando una práctica médica altamente masculinizada.

Como advierte Ariza (2020), las emociones juegan un papel fundamental en las relaciones sociales, ya que pueden fortalecerlas, sostenerlas o debilitarlas, llegando a formar parte esencial de las estructuras que configuran determinadas dinámicas sociales. Sin embargo, dentro del MMH, la experiencia emocional es deslegitimada en favor de un saber biomédico que se presenta como objetivo, científico y racional (Menéndez, 2020). Esta supuesta neutralidad no solo invisibiliza dimensiones fundamentales de la experiencia humana, sino que también relega aquellas que han sido históricamente vinculadas con lo femenino, consolidando su desvalorización dentro del conocimiento científico y la práctica médica (Ettorre, 2017).

En este contexto, el cuerpo se convierte en un territorio de disputa, donde el saber biomédico ejerce su autoridad al definir qué es normal o patológico, reforzando una jerarquización de los cuerpos en función de normas cisheteropatriarcales y productivistas. Esto se evidencia claramente en la institucionalización de la salud, donde las mujeres han sido históricamente ubicadas en roles de cuidado y asistencia, mientras que el conocimiento médico y la toma de decisiones han estado dominados por figuras masculinas (Scott, 1996).

Esta masculinización refleja una composición jerárquica dentro de las instituciones de salud y la forma en que el MMH ha construido un paradigma médico basado en la autoridad, la tecnificación y la exclusión del conocimiento emocional. Lo anterior ha llevado a que los padecimientos relacionados con los cuerpos feminizados sean históricamente subestimados o patologizados, reproduciendo una lógica en la que la salud de las mujeres y disidencias sexo-genéricas es tratada de manera secundaria o incluso disciplinaria dentro del sistema de salud (Arguedas Ramírez et al., 2020)

Además, la exclusión del componente emocional y afectivo dentro del conocimiento médico no es arbitraria. La ciencia hegemónica—y, en consecuencia, el Modelo Médico Hegemónico—se ha construido bajo la premisa de que la razón debe prevalecer sobre la emoción, estableciendo una jerarquización del conocimiento que relega ciertos saberes a un estatus subordinado. Esto no solo refuerza desigualdades sexo-genéricas en la atención médica, sino que también perpetúa una comprensión fragmentada de las personas que reciben atención, despojándolas de su dimensión subjetiva y relacional.

Desde esta perspectiva, Joan Scott (1996) sostiene que, aunque existan disputas dentro de las normas, siempre habrá una posición que emerja como predominante y que, al instalarse como la única posible, determinará la validez de los saberes dentro de un campo determinado. Aplicado al contexto de la medicina, esto significa que el discurso MMH, al ocupar una posición jerárquica superior al saber de las mujeres, adquiere legitimidad social y se convierte en un productor de consenso. Como menciona Scott, una vez que el discurso médico se impone sobre otros saberes, este “será nutrido por la legitimidad social y visto como productor de consenso social” (Scott citada en Ramírez, 2020, p. 38). Esto se ve cristalizado en relaciones de desigualdad sexo-genéricas; la práctica médica se consolida así como masculinizada y racional, como dominante.

Por lo tanto, es fundamental reconocer que la atención en salud no puede analizarse únicamente desde la lógica racionalista del MMH, sino que debe considerarse dentro del marco de una formación social más amplia, donde las emociones también juegan un papel crucial en la producción y aplicación del conocimiento. Como advierte Jimeno, “el pensamiento moderno occidental ha estado sustentado en la idea del individuo gobernado por una conciencia racional unificada” (Jimeno, 2004, p. 185), lo que ha llevado a invisibilizar el papel de las emociones en la construcción de la ciencia y la medicina.

2.2.2 Configuraciones afectivas y lo político

Desde una perspectiva sociológica, la conceptualización del cuerpo en la salud ha estado influenciada por enfoques positivistas que minimizan la importancia de la experiencia encarnada. Wetherell enfatiza que “el estudio del cuerpo afectivo y corporal y sus ramificaciones sociológicas y psicológicas es un requisito previo para comprender la patología orgánica y la salubridad” (citado en Ettorre, 2017, p. 38). En otras palabras,

comprender el cuerpo desde una perspectiva afectiva y social es clave para abordar la atención en salud de manera no reduccionista.

En este sentido, las ciencias sociales han reflejado históricamente una dominación masculina que ha estudiado el cuerpo y los procesos sociales que de él se desprenden desde la racionalidad y la neutralidad. Al hacerlo, se niegan las relaciones de poder que lo estructuran, es así como en el campo de la biomedicina, el determinismo tecnocientífico ha desempeñado un papel clave en la justificación de la atención desigual. Urla y Terry sostienen que “los cuerpos no son entidades naturales con un núcleo genérico; más bien, los cuerpos son efectos, productos o síntomas de técnicas y prácticas regulatorias específicas; los cuerpos son puntos sobre los cuales y desde los cuales se ejerce el poder disciplinario de las investigaciones científicas” (1995, citados en Ettore, 2017, p. 3). Esto resalta el papel del MMH en la construcción de normas corporales y en la legitimación de ciertas formas de exclusión y control, como se explicó en el apartado anterior.

Dentro de estos planteamientos, resulta fundamental destacar la importancia por las emociones y la afectividad, el cual forma parte de un esfuerzo más amplio por recuperar una dimensión analítica que durante mucho tiempo ha sido relegada en las ciencias sociales y las humanidades (Ariza, 2016). En esta línea, Jimeno señala que “el giro afectivo provino de la inconformidad con el abordaje reduccionista y ahistórico de las emociones y su desconocimiento como fuerzas sociales. Los estudios históricos, hermenéuticos y etnográficos mostraron el modelado cultural de las emociones, su carácter relacional e intersubjetivo, y las emociones se entendieron como fenómenos públicos y no meros estados internos” (Jimeno, 2021, p. 5). Así, este giro ha permitido reconocer el papel de las emociones en la configuración de dinámicas sociales y estructuras de poder, alejándose de visiones individualistas y ahistóricas.

Esta ruta de reflexión tiene como interés relevar la centralidad de los actores sintientes, el cuerpo y la afectividad en el análisis de la realidad social. Los aportes de Comte y Durkheim señalan que la sociedad tiene la capacidad de imbuir en los individuos cualidades emocionales que los mantienen unidos con base en valores morales compartidos. “En la visión durkheimiana, es la fuerza social de las emociones colectivas lo que hace posible la materialización del vínculo entre el orden simbólico y el orden moral como elementos constituyentes de lo social” (Shilling y Barbalet, citado en Araiza, 2016, p.11).

Desde este enfoque se sugiere que las emociones no solo reflejan la estructura social, sino que también la sustentan, permitiendo la cohesión a través de valores morales compartidos. Sin embargo, esta concepción puede ser cuestionada al problematizar la universalidad de estas dinámicas afectivas y al explorar cómo los regímenes afectivos pueden variar según contextos históricos, políticos y de poder, más que asumir una función estabilizadora y que resulta importante contextualizarlas y pensarlas dentro de circuitos.

Por otro lado, uno de los aspectos que subyacen a la prolongada ausencia de las emociones como objeto de reflexión sociológica es la arraigada antítesis entre razón y emoción. Desde la perspectiva contractualista, la sociedad se entiende como el resultado de un pacto racional que permite superar un estado de naturaleza caracterizado por la irracionalidad, el dominio de las pasiones y la ausencia de orden moral. Esta visión se vincula con la propuesta kantiana de una separación estricta entre cuerpo y mente, lo que lleva a entender las emociones como fuerzas que deben ser reguladas. En esta línea, pensadores como Comte, Durkheim, Simmel y Weber sostuvieron una visión dualista del ser humano, en la que trascender lo instintivo y natural es clave para alcanzar la verdadera vida social y civilizada (Ariza, 2016).

Este marco teórico ha tenido consecuencias en la comprensión de las emociones dentro de las estructuras de poder. Theodore Kemper sostiene que “poder y estatus constituyen las dos dimensiones básicas de la sociabilidad de las que emanan todas las emociones” (Kemper, citado en Araiza, 2016). En este sentido, la regulación de los afectos se vuelve un elemento central en la organización del orden social, donde la emocionalidad es modulada para sostener las jerarquías existentes. Al respecto, la perspectiva política de Martha Nussbaum desafía la idea de que las emociones son meramente individuales o irracionales, al destacar su papel fundamental en la configuración de la vida social y política. Según la autora, “todas las sociedades tienen que pensar en sentimientos como la compasión ante la pérdida, la indignación ante la injusticia o la limitación de la envidia y el asco en aras de la simpatía inclusiva” (Nussbaum, citado en Jimeno, 2021, p.15). Esto implica que las emociones no solo afectan a los individuos, sino que también tienen un impacto en la estabilidad y el funcionamiento de las instituciones democráticas.

Por lo tanto, la compasión no debe limitarse a un sentimiento individual, sino reconocerse como un elemento esencial en la configuración política del Estado. Su influencia se materializa en la formulación de leyes, en la implementación de políticas de redistribución y

en la promoción de la justicia social. Asimismo, Nussbaum sostiene que una cultura política sostenible “tiene que esforzarse en cultivar las emociones para perdurar” (Nussbaum, citado en Jimeno, 2021, p.15). Esto sugiere que la estabilidad de una democracia no depende únicamente de normas y estructuras institucionales, sino también de la promoción activa de emociones que refuerzan la cohesión social y la justicia.

Sara Ahmed (2017) refuerza lo anterior al concebir los afectos como fuerzas sociales que no solo emergen de los sujetos, sino que los atraviesan, los preceden y los configuran dentro de redes de relaciones sociales, históricas y materiales. Desde esta perspectiva, los afectos no son meramente individuales ni internos, sino que circulan en la sociedad, adhiriéndose a cuerpos, objetos, discursos y espacios, en lo que la autora denomina “pegajosidad” afectiva. Este concepto hace referencia a cómo ciertas emociones quedan asociadas a determinados sujetos o grupos sociales a través de procesos históricos de repetición, generando efectos que refuerzan jerarquías de poder y estructuras de exclusión.

Ahmed, en su libro “La política cultural de las emociones” (2017), analiza a partir de un enfoque fenomenológico y discursivo cómo el miedo y el asco pueden adherirse a ciertos cuerpos racializados, generando su marginación y reforzando estereotipos que los posicionan como amenazas o peligros. Para ella, los afectos no son estáticos, sino que se construyen a través de prácticas discursivas y materiales que constantemente reafirman qué cuerpos y sujetos merecen ciertas emociones y cuáles quedan excluidos de ellas. De este modo, los afectos no son neutros, sino que operan como tecnologías de regulación social, organizando el espacio público y delimitando los límites de la pertenencia (Ahmed, 2017).

Desde esta perspectiva, el afecto no es una reacción espontánea ni un fenómeno meramente individual, sino una herramienta política que puede ser instrumentalizada para sostener regímenes de opresión o, por el contrario, para articular estrategias de resistencia y transformación social. En esta misma línea, Laura Quintana (2021) sostiene que los afectos no existen en el vacío, sino que emergen y se configuran dentro de dispositivos sociales atravesados por las dinámicas del capitalismo global y sus múltiples violencias. Para ella, uno de los afectos clave en este entramado es la rabia, una emoción que, dependiendo de su orientación, puede ser instrumentalizada para reforzar lógicas de opresión o convertirse en una fuerza de resistencia y transformación.

Además, Quintana nombra la existencia de políticas de miedo y odio, que describe como mecanismos para disciplinar la rabia y convertirla en una emoción que paraliza o se vuelve destructiva hacia quienes la experimentan. A través de discursos mediáticos, prácticas institucionales y estructuras económicas, el capitalismo global ha promovido una gestión afectiva hacia el resentimiento individual o la fragmentación social, impidiendo su potencia colectiva. Esto genera formas de inferiorización y desigualdad, donde ciertos cuerpos y sujetos son marcados como peligrosos o indignos de reconocimiento, reforzando así su exclusión y marginación. Sin embargo, para Quintana, la rabia también tiene el potencial de romper el tejido de la resignación y convertirse en una energía movilizadora. Como emoción política, la rabia no solo denuncia la injusticia, sino que puede ser el motor para la acción colectiva y de luchas emancipatorias (Quintana, 2021).

Jimeno enfatiza la naturaleza performativa y político-cultural de las emociones y, a partir de sus investigaciones académicas, desarrolla la categoría de “comunidades emocionales”, las cuales emergen en contextos de violencia, memoria y justicia. Según su planteamiento, estas comunidades se configuran a través de la narración y el testimonio, permitiendo que el sufrimiento vivido por un individuo sea compartido y reconocido por otros. Como señala “se produce en el proceso de narrarle a otro, atestiguar para otro, un sufrimiento vivido y lograr que el otro se identifique en ese sufrimiento a través de un relato, una narrativa. A veces es una narrativa escénica, a veces es una narrativa ritual, a veces es una narrativa política. Lo que argumento es que esa narrativa política adquiere verdadero efecto cuando construye comunidad emocional” (Jimeno, citado en Macleod & De Marinis, 2019).

Las experiencias de construcción de comunidades emocionales retratan una noción de comunidad que no es homogénea o armónica. Las comunidades no son espacios homogéneos, sino que están atravesadas por jerarquías relacionadas con la raza, el género, la clase y la educación, entre otras estructuras de poder, las cuales deben ser analizadas críticamente desde nuestra posición como investigadores (Macleod & De Marinis, 2019).

Lo expuesto hasta ahora permite revelar las conexiones, muchas veces invisibilizadas, entre los sujetos y los esquemas culturales que han sido socialmente aprendidos. En este sentido cuando hablamos de violencia, es posible apreciar cómo está inmersa “en estructuras sociales jerárquicas y de poder y el papel de las emociones en la dinámica particular de las interacciones mediadas por la violencia” (Jimeno, 2021., p. 21). Esto sugiere que las

emociones no son solo reflejos pasivos de las estructuras de poder, sino que también juegan un papel activo en su mantenimiento o transformación. En definitiva, las emociones pueden reproducir sistemas de dominación, pero también articular resistencias y generar contestaciones, convirtiéndose en una dimensión clave dentro de las disputas por la justicia y el cambio social (Jimeno, 2021).

Por ello, en la presente investigación retomamos la propuesta de considerar las emociones como un objeto central de reflexión sociológica, particularmente en relación con las dicotomías históricamente arraigadas que han estructurado el pensamiento moderno, tales como razón/emoción, mente/cuerpo, público/privado, individuo/colectivo y estructura/agencia. Sin embargo, las emociones no solo forman parte de la experiencia individual, sino que desempeñan un papel estructurante en la vida colectiva, funcionando como mecanismos de regulación social y de articulación política. Como plantean Barbalet y Becker, la modernidad se ha caracterizado por un proceso de racionalización que ha invisibilizado el papel fundamental que desempeñan las emociones en la vida social, relegándolas dentro de las reflexiones críticas acerca de lo social (citados en Ariza, 2016).

En esta línea, Araiza (2016) destaca el papel de las emociones morales —como la vergüenza, el orgullo, la indignación, la culpa, la humillación y la gratitud— en la configuración de la estructura social y la identidad de los sujetos. Estas emociones conectan a las personas con la cultura y los valores compartidos, funcionando como reguladores del comportamiento social. Retomando a autores como Turner y Stets (2006), así como Mercadillo, Díaz y Barrios (2007), Araiza señala que las emociones emergen en función de códigos culturales compartidos que, de manera explícita o implícita, sancionan el comportamiento moralmente aceptable. Así, estas emociones no solo están socialmente modeladas, sino que también se encuentran vinculadas a procesos de evaluación moral. En este sentido, las emociones no solo reflejan estados internos, sino que operan como mecanismos de cohesión y control social, configurando la interacción entre individuos y moldeando sus identidades dentro de la sociedad (Araiza, 2016).

Las emociones morales no solo reflejan el orden social, sino que también lo refuerzan y lo transforman. La percepción de una transgresión a normas fundamentales genera sentimientos morales dolorosos que exigen la restitución del equilibrio social. Dependiendo de su orientación, estas emociones pueden dirigirse hacia el propio individuo, como en el caso de

las emociones autocríticas (culpa y vergüenza), o hacia los demás, como ocurre con las emociones de condena (ira, asco, desprecio, indignación). Además, existen emociones que surgen del reconocimiento del sufrimiento ajeno, como la compasión y la empatía, o del ascenso en la valoración social de otros, como la admiración y la gratitud (Haidt, 2003; Turner & Stets, 2006; Mercadillo Caballero, Díaz & Barrios, 2007, citados en Araiza, 2016). Araiza propone analizar las emociones desde tres perspectivas: como resultado de procesos sociales, como causa de estos o como variables intervinientes. Desde esta perspectiva, las emociones pueden ser entendidas no solo como reflejos de una sociedad determinada, sino también como fuerzas que la transforman, articulando demandas colectivas y generando acción política (Araiza, 2016). En síntesis, esta propuesta permite superar la visión reduccionista de las emociones como meras respuestas individuales, reconociéndolas como herramientas de regulación social y de transformación política, fundamentales para comprender los procesos de cambio y resistencia en la sociedad.

2.2.3 El entramado de las relaciones de poder en la violencia obstétrica

La violencia obstétrica se inscribe dentro de un entramado de relaciones de poder que atraviesan la atención a los procesos reproductivos de las mujeres y cuerpos gestantes. Se trata de una problemática de carácter sistémico y estructural que evidencia la subordinación de las mujeres dentro del sistema de salud y la sociedad en general. En este sentido, los estudios sobre la violencia obstétrica retoman la crítica a la medicina moderna como una forma de dominación social ejercida sobre los colectivos e individuos, basándose en los aportes de Michel Foucault (1976), Irving Zola (1972), Pierre Bourdieu (1979) e Iván Illich (1975).

A partir de sus aportes sobre la conceptualización del poder el tema es abordado por las ciencias sociales, en específico por la antropología médica donde se acuña el término de *medicalización de los procesos naturales*, como parte del discurso médico hegemónico permitiendo entender cómo el desarrollo tecnológico ha influido en una atención del nacimiento cada vez más tecnificada, desplazando a la mujer de su protagonismo en el parto (Davis-Floyd, 2009).

Asimismo, la violencia obstétrica puede analizarse desde la perspectiva de la violencia simbólica (Bourdieu), dado que se encuentra normalizada dentro del discurso médico MMH. Este discurso la presenta a las mujeres como sujetas receptoras y la atención medicalizada y

tecnificada como necesaria y benefactora para las mujeres, lo que las obliga a obedecer sin cuestionar, bajo el riesgo de ser sometidas a más violencia “las técnicas modernas de represión son en general invisibles y no dicen lo que prohíben, porque decirlo es dar indicación de su existencia” (García, 2017, p 45).

Siguiendo esta línea cultural y simbólica, Noriega conceptualiza la violencia obstétrica, a partir de las formas que adquiere, como “una violencia que va del maltrato físico al maltrato verbal”(Noriega De La Rosa, 2020, p 272). Subrayando la existencia de una relación histórica de dominación de los cuerpos femeninos que se traduce en interacciones asimétricas y naturalizadas dentro del saber médico-obstétrico.

Esta mirada sociohistórica permite hacer una lectura de la violencia obstétrica situando los comportamientos y las necesidades sociales (pobreza, crecimiento poblacional, derechos humanos, etc.), las cuales se encuentran determinadas por coyunturas políticas siendo maleables dependiendo de momentos concretos. En este sentido, los abordajes realizados a partir de la perspectiva de derechos humanos han ampliado el concepto de violencia obstétrica para incluir la falta de recursos y de infraestructura de los servicios de salud que llegan a afectar de forma directa la privacidad e intimidad de las mujeres, lo anterior ha llevado a hablar del carácter institucional y estructural de la violencia (Ábalos et al., 2017). Resulta importante en este sentido estudiar la violencia obstétrica más allá de lo que ocurre durante el embarazo o parto y considerar toda la atención a los procesos reproductivos, partiendo de una visión que no se centre solo en las cuestiones de “calidad” y “calidez” de la atención y que reconozca problemas institucionales y estructurales como la falta de insumos e infraestructuras, el síndrome de burnout con el que trabaja parte del personal producto de la excesiva cantidad de trabajo cotidiano y/o a la doble o triple jornada de trabajo (Valenzuela & De la Torre, 2019). En síntesis, la violencia obstétrica, denuncia y enlaza diversas formas de violencias (física, sexual, psicológica, simbólica, etc.), problematizándolas desde su naturaleza sistémica, institucional y estructural. Para la presente investigación entenderé a la violencia obstétrica como:

El conjunto de violencias a los derechos humanos de las mujeres que se ejercen hacia al interior de las instituciones y servicios de salud pública y que es responsabilidad del Estado, al poseer una dimensión institucional que va más allá de los prestadores de salud. Reconociendo que no se trata solo de una violencia vivida durante el parto,

sino de una expresión de la violencia estructural que atraviesan las mujeres y que se expresa en la atención de sus procesos reproductivos configurándose sobre sus cuerpos, colocando en consecuencia en riesgos sus vidas (Sesia, 2020, p. 28).

Por otro lado, para sistematizar el estudio de la violencia obstétrica, Bohren (2015) propone una clasificación de sus expresiones en tres niveles:

Figura 1. Expresiones de Violencia Obstétrica según Bohren, 2015.



Fuente: Elaboración propia a partir de la propuesta de Bohren, 2015.

Lo expuesto hasta aquí permite comprender que la violencia obstétrica no solo es una manifestación de la violencia de género, sino que también forma parte de un entramado de violencias institucionalizadas y de las políticas del Estado. En este sentido, es relevante retomar el concepto de continuum de violencias, desarrollado por Liz Kelly (1988) en los estudios feministas y de género, ya que permite comprender la violencia obstétrica dentro de un marco más amplio de violencias que atraviesan la vida reproductiva de las mujeres. Desde esta perspectiva, las distintas formas de violencia no se presentan de manera aislada, sino que se interconectan y persisten a lo largo del tiempo, manifestándose en distintos contextos y niveles de intensidad. Así, la violencia obstétrica no puede entenderse como un hecho puntual, sino como parte de una estructura que reproduce y refuerza la subordinación de los cuerpos feminizados dentro del sistema de salud y la sociedad en general.

En otras palabras, en la violencia obstétrica se entrelaza con violencias estructurales e institucionales que restringen la autonomía de las mujeres en sus decisiones reproductivas,

consolidando un sistema que perpetúa la desigualdad y limita el ejercicio pleno de sus derechos. Reconocer esta interconexión es fundamental para desarrollar estrategias de intervención que aborden la violencia obstétrica desde una perspectiva integral y basada en derechos humanos.

Tabla 1. Tipología del Maltrato a las mujeres durante el nacimiento según Bohren, et. Al 2015.

Temas de tercer orden	Temas de segundo orden	Temas de primer orden
Abuso físico	Uso de la fuerza Contención física	Mujeres golpeadas, abofeteadas, pateadas o pellizcadas durante el parto Mujeres atadas físicamente a la cama o amordazadas durante el parto
Abuso sexual	Abuso sexual	Abuso sexual o violación
Abuso verbal	Lenguaje duro Amenazas y culpabilización	Lenguaje duro o altisonante Comentarios acusatorios o que juzgan Amenazas sobre contención del tratamiento o resultados desfavorables Culpabilización por los resultados desfavorables
Estigma y discriminación	Discriminación basada en las características sociodemográficas Discriminación basada en condiciones médicas	Discriminación basada en etnia / raza / religión Discriminación por edad Discriminación basada en el nivel socioeconómico Discriminación basada en el estado serológico (VIH+)
Incapacidad de cumplir con estándares de cuidado	Ausencia de consentimiento informado y confidencialidad Exámenes físicos y procedimientos Negligencia y abandono	Ausencia de consentimiento informado Incumplimiento de la confidencialidad Exámenes vaginales dolorosos Negativa de proporcionar medicamentos para el control del dolor Realización de operaciones quirúrgicas no consentidas Negligencia, abandono o esperas largas Asistencia calificada ausente en el momento del parto
Inadecuada comunicación entre las mujeres y los proveedores de servicios	Comunicación deficiente Ausencia de cuidado efectivo Pérdida de autonomía	Mala comunicación Desestimación de las preocupaciones de la mujer Problemas de idioma e interpretación Actitudes deficientes del personal Falta de atención de apoyo por parte de los trabajadores de la salud. Negación o falta de compañeros de parto. Mujeres tratadas como participantes pasivas durante el parto Negación de alimentos, líquidos o movilidad.

		Falta de respeto por las posiciones preferidas para el parto de las mujeres Negación de prácticas tradicionales seguras Objetivación de la mujer Detención en instalaciones
Desviaciones estructurales	Ausencia de recursos Ausencia de políticas Cultura organizacional	Condiciones físicas de las unidades de salud Restricciones de personal Escasez de personal Restricciones de suministro Ausencia de privacidad Carencia de reparación a las víctimas Corrupción y extorsión Estructuras de cuotas no claras Peticiones irracionales de los profesionales de la salud a las mujeres

Fuente: Adaptado de *The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review*, por M.A. Bohren et al., 2015, *PLoS Medicine*, 12(6), <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>. Licencia CC BY 4.0.

Código de campo cambiado

2.3.31 La disciplina obstétrica y la sujeción del cuerpo femenino

La violencia obstétrica, en tanto que violencia de género, es una forma de control social: sigue el patrón de subordinación de las mujeres y de dominación de lo masculino, en paralelo con el patrón de subordinación del paciente y de dominación del profesional (García, 2017). En este sentido Michel Foucault, en su análisis del biopoder ⁴, describe cómo el Estado y las instituciones médicas han ejercido control sobre los cuerpos a través del conocimiento y las prácticas médicas. La medicalización del parto y el control obstétrico forman parte de una estrategia mayor de disciplinamiento y normalización de los cuerpos femeninos dentro de un marco biomédico que reproduce estructuras de poder desiguales (Foucault, 1975). A través del biopoder, el control de la vida se ejerce mediante técnicas de regulación y vigilancia sobre los cuerpos, estableciendo mecanismos de control que van desde la patologización de procesos naturales, la intervención médica forzada hasta la manera que se construye la política pública en materia de salud sexual y reproductiva. En el caso de la salud reproductiva el concepto de biopoder, permite comprender cómo la obstetricia moderna ha desplazado a las mujeres de su autonomía corporal, situándolas bajo la autoridad médica en un proceso de subordinación institucionalizada.

Por lo tanto, hablamos de que “el cuerpo humano entra en un sistema de sujeción que lo hace más obediente a la vez que más útil” (Foucault, 1976, p. 168), por ello para entender la atención obstétrica dentro del pasaje hospitalario, es necesario nombrar que el disciplinamiento comienza desde que el momento en que ingresan al hospital en las consultas prenatales y se intensifica a lo largo del proceso de atención. Hablamos de toda una maquinaria que se pone en juego por medio dispositivos de poder que se aplica a los cuerpos y subjetividades de las mujeres, construyéndolas en el imaginario biomédico, como sujetas dóciles y útiles para la reproducción de la norma. “El poder disciplinario actúa haciendo a los individuos más útiles y más obedientes” (Foucault, 1977, p. 147), lo que en el ámbito obstétrico se traduce colocar a las mujeres como la Otredad por medio procedimientos

⁴ El biopoder describe la forma en que el poder moderno no solo se ejerce de manera represiva, sino también mediante la regulación de la vida biológica de los individuos y las poblaciones. Se trata de un mecanismo de control que opera a través de las instituciones, la medicina, la salud pública y las normas sociales para disciplinar los cuerpos y optimizar su utilidad dentro del sistema económico y político. Según Foucault, el biopoder “se encarga de administrar, optimizar y multiplicar la vida, sometiéndola a controles precisos y regulaciones detalladas” (Foucault, 1976, p. 140).

estandarizados que reducen su autonomía y capacidad de decidir, y por ende, su reconocimiento como sujetas de derechos.

Un ejemplo de esta sujeción es la despersonalización, como señala Paola Sesia (2011, 2013, 2020), que ocurre desde el ingreso al hospital. Las mujeres dejan de ser identificadas por su nombre propio y pasan a ser nombradas como “pacientes”, una categoría que las sitúa en una posición pasiva dentro del sistema médico, incluso en ocasiones utilizando el diminutivo “pacientitas”. Además, se les despoja de sus pertenencias personales y se les proporciona una bata de hospital, un uniforme estandarizado que refuerza su pérdida de individualidad y control sobre su propio cuerpo. Por otro lado, el aislamiento de sus redes familiares y de apoyo (en la mayoría de los hospitales del sector público, las mujeres son separadas de sus acompañantes durante el trabajo de parto), provoca que las mujeres deban enfrentarse a la institución de manera solitaria en un momento de mucha vulnerabilidad, lo que refuerza su dependencia al personal de salud. Así la individualización y el aislamiento impide que las mujeres reciban un acompañamiento integral, pero sobre todo refuerza este imaginario simbólico de que su capacidad de cuestionar, negociar o demandar una mejor atención se encuentra limitada (Sesia, 2020).

Por otro lado, la inmovilización es otro de los elementos fundamentales en la disciplinamiento obstétrico, muchas mujeres son colocadas en posición supina o son conectadas de manera rutinaria la hidratación intravenosa, lo que reduce su capacidad de movimiento y las hace completamente dependientes del personal de salud.

Es importante destacar que estas construcciones trascienden el ámbito hospitalario y forman parte de un entramado sociocultural más amplio. Como señala Foucault (1976), el poder sobre la vida opera en dos niveles: sobre los cuerpos individuales y sobre la población en su conjunto (p. 139). En este sentido, la idea de que el parto debe ser doloroso o que la atención disponible es de baja calidad o incluso violenta ha contribuido a la consolidación de un marco sociocultural que naturaliza estas experiencias dentro del sistema biomédico. Esto no solo refuerza la subordinación de las mujeres en la sala de parto, sino que también la perpetúa dentro de un modelo disciplinario que se internaliza y se reproduce a través del discurso institucional dominante, legitimando la violencia obstétrica como parte del proceso reproductivo.

En este sentido, la vigilancia constante sobre sus cuerpos refuerza esta relación de dominación. Foucault (1976) describe cómo “el cuerpo es investido de relaciones de poder que lo configuran como objeto de saber y control” (p. 141), lo que se refleja en la atención obstétrica por medio de los procedimientos antes descritos, pero también al momento de que los mismos son llevados sin su autorización o el de sus redes de apoyo (como lo son la episiotomía rutinaria, la administración de oxitocina para acelerar el parto o la realización de cesáreas sin necesidad médica). Las intervenciones son impuestas desde la lógica institucional que construye y delimita a las mujeres como pasivas con una capacidad de agencia reducida dentro de las relaciones de poder que se delimitan durante el pasaje hospitalario (Foucault, 1977, p. 21).

Por otra parte, tal como lo señala Foucault, el poder disciplinario no se impone exclusivamente a través de la coerción, sino que opera mediante la regulación de los cuerpos y la naturalización de prácticas que los someten a una lógica de docilidad y utilidad dentro del sistema biomédico. Como plantea en *Historia de la sexualidad I*, “el sexo fue puesto en el corazón de las técnicas del poder mediante un juego complejo de regulaciones” (Foucault, 1976, p. 133), lo que permite entender cómo el parto y en extenso la atención a los procesos reproductivos son regulados por estructuras disciplinarias que buscan mantener el control sobre el cuerpo de las mujeres.

Foucault (1977) también habla de una microfísica del poder⁵ por lo cual “el poder no es una propiedad que algunos posean y otros no; el poder se ejerce en relaciones múltiples, desde innumerables puntos y en el juego desigual y móvil de las relaciones de fuerza” (Foucault, 1977, p. 98). Así las relaciones asimétricas que caracterizan la atención de los procesos reproductivos detonan diversas formas de agresión que somete a las mujeres a un control de su corporalidad construyendo durante el pasaje hospitalario. Esta microfísica del poder, permite señalar que lo anterior no sucede como una imposición sino “como una serie de actos normalizados precedidos por concepciones sociales (...) haciendo que se configure en función de una autoridad o referente de poder. Esa violencia que se ejerce sin ningún tipo de

⁵ Se refiere a la manera en que el poder no se concentra en una única estructura centralizada, sino que opera de manera difusa y capilar a través de múltiples instituciones, discursos y prácticas cotidianas. Foucault argumenta que el poder circula en las relaciones sociales y se manifiesta en dispositivos disciplinarios que configuran los cuerpos y las subjetividades Foucault, M. (1977). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (A. Gimeno, Trad.). Siglo XXI.

coacción muestra cierta sutileza y un grado de *ingenuidad* dentro del discurso que aparentemente es natural para el que lo enuncia” (Noriega De La Rosa, 2020, p. 276).

Un ejemplo de ello lo podemos ver en el lenguaje que se emplea en la ginecología y la obstétrica, en donde se reflejan patrones de pensamiento androcéntricos, plagados de imágenes de violencia y conquista; “los nombres de las partes de los cuerpos de las mujeres, se encuentran unidos a los nombres de los ginecólogos como si las hubieran inventado: trompas de falopio, glándulas de Bartolino y el músculo de Kegel para su suelo pélvico” (Kitzinger, 2015, p. 34). En este marco, las instituciones de salud, a través de mecanismos disciplinarios que va desde las formas discursivas hasta la relación terapéutica, imponen reglas y comportamientos que las mujeres deben seguir en sus procesos reproductivos, consolidando así su subordinación dentro de la estructura hospitalaria.

Silvia Federici (2010) profundiza lo anterior, señalando que la manera en que el control de la reproducción ha sido un pilar fundamental en la instauración y consolidación del capitalismo. Para la autora, “la expropiación del cuerpo femenino y su conversión en una máquina de reproducción fue esencial para el desarrollo del capital” (Federici, 2010, p. 26). Esta perspectiva permite entender cómo la subordinación de las mujeres en la atención obstétrica no es solo un mecanismo de dominación médica, sino también una estrategia económica y política que busca garantizar la disponibilidad de fuerza de trabajo. “El cuerpo de las mujeres ha sido históricamente un territorio de lucha donde se han librado batallas por el control de la reproducción y la autonomía” (Federici, 2022, p. 87), lo anterior resalta el carácter histórico de la violencia obstétrica a partir de una lectura de la manera en cómo se ha construido la política pública con relación a la salud sexual y reproductiva.

En este sentido, para comprender cómo la atención obstétrica se tornó violenta, es fundamental analizar la historia de la construcción del conocimiento obstétrico. En el siglo XVI, el conocimiento sobre la fisiología del parto era transmitido y practicado exclusivamente por comadronas, quienes formaban a otras mujeres en esta labor. Sin embargo, a partir del siglo XVII, con el avance de la biomedicina y la creciente institucionalización del parto, se produjo un cambio significativo en su concepción. Este proceso llevó a que el embarazo y el parto comenzaran a ser considerados condiciones médicas o estados patológicos, lo que permitió que la atención de los nacimientos fuera

progresivamente desplazada de las comadronas hacia los obstetras, consolidando así un modelo de control médico sobre los cuerpos gestantes (García, 2017).

La medicalización de los procesos reproductivos ha estado marcada por un fuerte sesgo de género, transformando la menstruación, la menopausia, el embarazo y el parto en condiciones patológicas que se consideran antinaturales y, por lo tanto, requieren intervención y control médico (R. Castro, 2013, 2014b; García, 2017). Este enfoque responde a un MMH que, como ya se mencionó, a través de la medicalización como técnica de intervención, ha promovido una atención que carece de un trato humanizado y digno. En este contexto, las mujeres han sido tratadas como meros objetos de estudio dentro del campo biomédico, donde su cuerpo es analizado bajo un paradigma que privilegia los mecanismos fisiológicos por encima de su experiencia y autonomía (Noriega, 2021).

La biomedicina, como se afirmó, ejerce su poder sobre el cuerpo social e individual, cosificando el cuerpo y fragmentándose para su estudio e intervención, y haciéndolo depositario de normas (Prado, 2021). Como resultado, los cuerpos de las mujeres y personas gestantes han sido objetivados y sometidos a tutela por parte del personal de salud, negándoles su autonomía en la toma de decisiones sobre sus propios procesos reproductivo (Bellón, 2015) .

Federici señala que la medicalización de los procesos naturales “destruyó el control que las mujeres habían ejercido sobre su función reproductiva y sirvió para allanar el camino al desarrollo de un régimen patriarcal más opresivo (...) sus poderes sexuales y reproductivos fueron colocados bajo el control del Estado y transformados en recursos económicos” (Federici, 2010, p. 26).

El asentamiento de la biomedicina como *ciencia*, implicó un epistemicidio que ha posicionado al modelo médico hegemónico como conocimiento *científico, indisputable, inasequible y extraño* para la mayoría de las personas y para las mujeres en particular (García, 2017; Menéndez, 2020; Salder, 2004). Esta construcción jerárquica de la biomedicina ha redefinido las demandas asistenciales y denigrado los saberes empíricos subalternos, minimizando la medicina tradicional, históricamente ejercida por mujeres, como las curanderas y parteras. Este proceso representa una desposesión del cuerpo femenino:

Es como si las mujeres sólo existieran en tanto que seres destinados a la reproducción, como si sólo hubiera que hacerles caso en ese sentido (no hay más que ver cómo las

unidades de la mujer de los hospitales sólo se refieren a ellas en un sentido ginecológico y obstétrico); pero además, al ser la otredad, las raras, las *no-hombres*, se las mantiene en un estado perpetuo de enfermedad, y por ello han de ser medicadas para huir de su propia naturaleza (enfermiza, patológica), porque es un modo de dominarlas mediante el miedo, la fragmentación de sus cuerpos, y el fomento del desconocimiento sobre éstos (García, 2017, p. 92).

En esta misma lógica, la medicalización de los procesos reproductivos ha provocado una desvinculación social del parto, promoviendo su tecnificación e industrialización. Bajo el argumento de garantizar mayor seguridad y eficiencia, el nacimiento ha pasado de ser un proceso íntimo y comunitario a un acto altamente medicalizado, donde el uso de instrumentos como el fórceps obstétrico, espéculos vaginales, espátulas, ecografías y monitores se ha normalizado como parte del control institucionalizado sobre los cuerpos gestantes. Esta intervención sistemática no solo refuerza la idea de que el cuerpo de las mujeres es defectuoso y requiere supervisión constante, sino que también despoja a las mujeres de su autonomía, subordinándolas al saber biomédico como única autoridad válida sobre sus experiencias.

La medicalización no es solo el resultado de la toma de decisiones médicas o la administración de fármacos e intervenciones, sino que responde a posturas políticas que se sustentan en el desarrollo de tecnologías diseñadas para acelerar procesos y demostrar la eficiencia de los procedimientos (Noriega De La Rosa, 2020). En este contexto, la violencia obstétrica se inscribe dentro de prácticas médicas profundamente patriarcales, reflejando la violencia directa que enfrentan las mujeres y reproduciendo una lógica de violencia institucional y estructural. Además, esta forma de violencia no solo opera a través de intervenciones médicas deshumanizadas, sino que también se articula con las construcciones sociales en torno al papel de la “paciente”, situando a las personas gestantes en un estado de pasividad e indefensión frente al personal y las instituciones de salud, lo que refuerza su subordinación dentro del sistema biomédico (Castro, 2014b).

Las lógicas presentes en la atención obstétrica han implicado que las mujeres entren en una estandarización de sus procesos, que a su vez son contruidos como problemas de salud. Trayendo una serie de consecuencias, que convergen en la transformación de la mujer en una pasiva, lo que justifica la utilización de todos los métodos e intervención sobre sus cuerpos (Salder, 2004). Así, al momento de ser atendidas son sometidas a tratamientos y

procedimientos que las llevan a reducir sus posibilidades de valerse por sí mismas y generando dependencia por las intervenciones técnico-científicas (Camacaro, 2009).

La violencia obstétrica se inscribe en un entramado de disciplinamiento corporal y dinámicas de dominación, donde el autoritarismo médico institucionalizado deslegitima los conocimientos, necesidades y experiencias de las mujeres en los distintos momentos de la atención sanitaria. Este fenómeno no solo ocurre dentro del ámbito hospitalario, sino que se articula con una tríada de: discursos, saberes e instituciones que consolidan formas de violencia en la relación médico-paciente durante el parto. Estas violencias, aunque tienen lugar en un contexto asistencial, trascienden el espacio clínico y se proyectan hacia lo social, ya que impactan la condición humana y reconfiguran la posición de las mujeres en términos de poder, tiempo y espacio, reforzando su subordinación dentro del sistema biomédico y la sociedad en general (Noriega De La Rosa, 2020).

Los cuerpos femeninos de esta manera son sometidos a un proceso de objetivación y control, donde su autonomía es negada y su existencia queda subordinada a funciones impuestas desde el exterior. En este contexto, las mujeres no son reconocidas como sujetos plenos, sino que su corporalidad es apropiada y simbolizada como un cuerpo disponible para otros, quedando sus decisiones en manos de terceros a través de restricciones, mandatos, prohibiciones y normativas que regulan su acceso a derechos y autodeterminación. Esta expropiación se intensifica en el caso de mujeres en situación de pobreza, quienes son aún más vulnerables a estas dinámicas de control. Al ser atendidas en instituciones públicas o a bajo costo, su derecho a decidir sobre sus cuerpos y necesidades es deslegitimado, quedando bajo la autoridad del sistema médico, que asume el poder de determinar qué procedimientos son adecuados para ellas y en qué condiciones pueden acceder a la atención (Salder, 2004).

El ingreso de las mujeres a las instituciones de salud implica una violencia ontológica, ya que su identidad se reduce a la de un cuerpo fisiológico, despojándolas de su agencia y subjetividad. Esta visión biomédica, centrada en una lectura racionalista de la corporalidad, contribuye a la reproducción de valores que perpetúan las relaciones desiguales de poder dentro del sistema de salud. En este contexto, cuando una mujer es hospitalizada, se enfrenta a un sistema que no solo regula su comportamiento, sino que también impone un modelo de obediencia estructurado por la burocracia hospitalaria. Esta lógica institucional está diseñada para asegurar la conformidad, premiando la adhesión acrítica a normas y protocolos, mientras

que la desviación es castigada dentro de una estructura jerárquica rígida (Kitzinger, 2015). Así, la subordinación de las mujeres en los espacios hospitalarios no es solo un efecto colateral del modelo médico, sino una manifestación más de un sistema disciplinario que restringe su autonomía y refuerza su control dentro de las dinámicas de poder biomédico.

Para Roberto Castro, lo anterior se clarifica de la siguiente manera, el campo médico constituido por diversas instituciones de salud, educativas, farmacéuticas etc. Produce y es producido por una serie de subjetividades entre las que se encuentra el *habitus médico*, entendido como el conjunto de pensamientos y creencias que se constituyen en esquemas mentales que llevan a que el personal de salud tenga determinadas prácticas (Castro, 2010).

El contexto hospitalario se convierte en una fábrica, donde el interés reside en el producto, no en el proceso, se considera que las mujeres son las trabajadoras, cuyas máquinas: sus úteros, requieren un control externo por los doctores y en el que priman la efectividad, la división del trabajo en tareas y el control del tiempo, de modo que se cosifica y se le incorpora a un proceso protocolizado (J. Hernández & Echevarría, 2014).

Dicha protocolización, tal y como señala Sadler, implica distancia atencional y emocional que se conjuga con un conocimiento médico altamente especializado, y encriptado en un lenguaje técnico que en muchas ocasiones las mujeres no entienden y en muchas instituciones no se explica, avisa o pregunta acerca de los procedimientos que se van a realizar. Es un sistema que se basa en una lógica androcéntrica y paternalista en donde sigue vigente la idea de que no es necesario informar o compartir informaciones con las mujeres (Sadler, 2004; Brigidi & Busquets-Gallego, 2019).

La fragmentación y despersonalización en la atención médica pueden tener consecuencias fatales para las mujeres, ya que muchas de las prácticas que generan morbilidad materna están directamente vinculadas con la estructura patriarcal del sistema de salud. Este modelo se manifiesta en intervenciones obstétricas innecesarias que, en muchos casos, son realizadas con fines de aprendizaje para estudiantes o residentes, en la imposición de la posición horizontal durante el parto, en la ausencia de un acompañamiento psicoafectivo para la mujer y en la falta de atención adecuada durante el embarazo, parto, puerperio o en situaciones de emergencia obstétrica. Estas deficiencias en la atención, derivadas del poder obstétrico, no solo comprometen la salud de las mujeres, sino que también refuerzan la violencia de género

dentro del ámbito médico, contribuyendo al aumento de la morbilidad materna (Chávez & Sánchez, 2018).

Desde la antropología médica, Sadler (2004) analizó los mecanismos de control social que operan en la atención medicalizada del parto, mostrando cómo estos refuerzan la subordinación de las mujeres dentro del sistema biomédico y limitan su capacidad de decisión

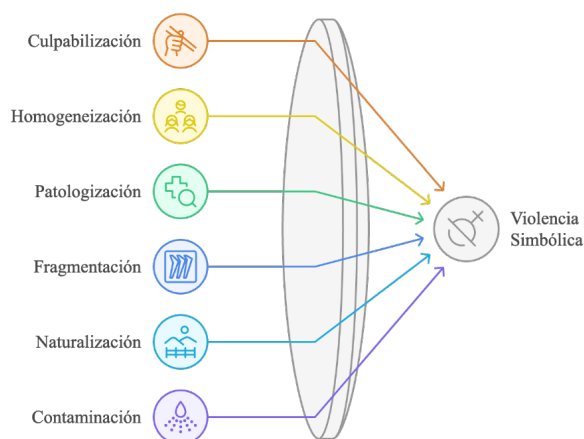
Figura 2. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto Sadler



Fuente: Elaboración propia a partir de la propuesta de Salder, 2004.

Además, a partir de este análisis Sadler, retomando el concepto de violencia simbólica acuñado por Bourdieu, se explica cómo las jerarquías presentes en la atención obstétrica despojan a las mujeres de su autonomía, situándose como incompetentes para tomar decisiones sobre sus cuerpos, asumiendo el conocimiento biomédico como el único adecuado para enfrentar el momento del parto (Salder, 2004). A partir de lo anterior Sadler desarrolla los mecanismos de desautorización (Figura 2.), que implican una serie de prácticas que despojan a las mujeres de sus identidades particulares al momento de ingresar al hospital y continúan a lo largo de la atención del parto, teniendo como resultado la internalización (en mayor o menor medida) de las normas impuestas.

Figura 3. Mecanismos de Desautorización (Sadler 2004).



Fuente: Elaboración propia a partir de la propuesta de Salder, 2004.

En conclusión, la sujeción que viven las mujeres en la atención de sus procesos reproductivos no es un fenómeno aislado, sino que se inscribe dentro de un entramado más amplio de dominación política, económica y social. El biopoder, en el sentido foucaultiano, opera a través de las instituciones de salud para disciplinar y regular los cuerpos de las mujeres, consolidando un modelo de atención que refuerza su pasividad y dependencia. Los mecanismos utilizados de manera cotidiana en la atención obstétrica no solo responden a una lógica institucional, sino que también se internalizan en el extenso social, reproduciendo prácticas médicas que perpetúan la construcción de las mujeres como sujetos dóciles y carentes de agencia sobre sus propios cuerpos.

2.3 ¿Quiénes encarnan la violencia obstétrica?: La teoría interseccional

Considerar la violencia obstétrica como una categoría epistémica y ontológica implica asumir un posicionamiento político, ya que su reconocimiento forma parte de una comprensión más amplia de la violencia sistemática. En este sentido, se entiende como una manifestación que se encuentra entrelazada con la violencia de género y, al mismo tiempo, con la violencia institucional, expresándose en determinados espacios socio-médicos (Sesia, 2011, 2013),

En las últimas décadas, el tema ha cobrado mayor visibilidad en la esfera pública debido a su reconocimiento como una violación a los derechos humanos. En México, su abordaje ha seguido principalmente dos caminos: por un lado, su tipificación como una forma de violencia de género dentro de las leyes estatales de acceso a una vida libre de violencia, y por otro, su incorporación en el diseño de políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva. Estas estrategias han contribuido a su problematización y a la generación de mecanismos de atención y prevención, aunque su aplicación sigue enfrentando resistencias dentro del sistema de salud.

Sin embargo, poco se ha cuestionado acerca de los cuerpos que sufren violencia obstétrica y las maneras particulares en que los mismos se ven afectados. En este sentido las formas en cómo se ha teorizado y estudiado la violencia obstétrica han quedado anclada bajo conceptualizaciones universales sobre la categoría “mujer” y una serie de discursos hegemónicos sobre la regulación de la fecundidad femenina, debido a esto es fundamental reconocer que los procesos reproductivos y la atención de estos, no son un tema neutral.

Es por ello por lo que en este apartado se realizará un análisis de la violencia obstétrica a partir de la teoría interseccional y el concepto colonialidad de género propuesto por María Lugones (2011) y los aportes que realiza Breny Mendoza (2023) al mismo.

3.1.1 Aproximaciones a la teoría interseccional y a la colonialidad de género.

El concepto de interseccionalidad fue creado en 1989 por la abogada Kimberlé Crenshaw en el caso contra General Motors, al darse cuenta de que no existía una categoría jurídica que evidenciara las múltiples opresiones experimentadas por las trabajadoras negras dentro de la compañía (Viveros, 2016). Al emplearlo, esperaba resaltar que las mujeres no solo eran violentadas por el hecho de ser mujeres, sino que la raza y el género se conjugan y crean discriminaciones múltiples en diferentes niveles.

El término interseccionalidad, no solamente habla de categorías de opresión, sino que lleva implícitos grados de estas, nos permite señalar que cada mujer será atravesada de forma específica por cada una de estas. Patricia Hill Collins, señala que la interseccionalidad conlleva analizar cuestiones *macrosociológicas* como *microsociológica*, puesto que dicha

dualidad implica considerar los efectos de las estructuras de desigualdad social en las vidas individuales, es decir microsociales por un lado y por el otro reconocer, que a nivel macrosocial se relaciona con la forma en que se producen, organizan y mantienen los sistemas de poder (Viveros, 2023).

Al respecto, Kergoat señala que es importante considerar que las relaciones sociales son *consustanciales* y *coexistimos*, lo anterior nos llevaba a hablar de que las experiencias no pueden ser divididas secuencialmente, ya que se producen mutuamente, por lo tanto la dominación debe de ser considerada una formación histórica en donde las relaciones sociales se encuentran atravesadas por experiencias concretas que pueden vivirse de diversas maneras (Kergoat, citado en Viveros, 2016, p. 11). En este sentido, tratar de universalizar dichas opresiones para describir formas de dominación específica, sería inadecuado.

La apuesta por la interseccionalidad consiste en tratar de comprender las relaciones sociales como construcciones simultáneas que operan en distintos ejes de clase, género y raza, y que se configuran de manera situada en contextos históricos específicos. Esto significa que dichas categorías no existen de forma aislada, sino que se interrelacionan y adquieren significado en función de las circunstancias en las que se manifiestan. Desde esta mirada, la interseccionalidad no solo permite reconocer la consustancialidad de estas relaciones de poder, sino que también visibiliza cómo los sujetos pueden modular, enfatizar o minimizar ciertas dimensiones de su identidad según el contexto en el que se encuentren, lo que influye en sus experiencias y posibilidades de acción (Kergoat, citada en Viveros, 2016).

Mara Viveros, señala que la toda dominación es por definición interseccional al ser producidas por las relaciones género, raza y clase, lo complejo es entender que algunas corporalidades gozan de privilegios y no las perciben ni experimentan al estar naturalizadas en las relaciones que las producen,

Los análisis interseccionales ponen de manifiesto dos asuntos: en primer lugar, la multiplicidad de experiencias de sexismo vividas por distintas mujeres, y en segundo lugar, la existencia de posiciones sociales que no padecen ni la marginación ni la discriminación, porque encarnan la norma misma, como la masculinidad, la heteronormatividad o la blanquitud (Viveros, 2016, p. 8).

En este sentido Nina Lykke (2011), señala que la interseccionalidad, como “un lugar discursivo donde diferentes posiciones feministas se encuentran en diálogo crítico o de

conflicto productivo” (Lykke, citada en Viveros, 2016, p. 5). La interseccionalidad se ha utilizado de manera amplia dentro y fuera de la academia, lo que ha generado algunas críticas al respecto por su despolitización en este sentido Lykke, señala que es necesario tener precaución en su uso “contextualizando las teorías o posturas teóricas que se ponen en diálogo y sacando provecho de ellas para aplicarlas políticamente de forma creativa y crítica” (Lykke, citada en Viveros, 2016, p. 5).

En el caso de Latinoamérica, esta contextualización implica nombrar la colonialidad de género y el relato del mestizaje como mito fundador de las relaciones sociales. Maria Lugones (2010) en su artículo “Hacia un feminismo descolonial”, cuestiona el carácter universalista y eurocéntrico del concepto occidental género y la manera en que los feminismos blancos en América Latina han hecho suya esta categoría. Esta crítica la realiza a partir de las aportaciones teóricas de Oyeronke Oyewumi y de la crítica al concepto colonialidad del poder y la idea de raza de Quijano (Lugones, 2011).

Lugones, llega al concepto de colonialidad de género al debatir los aportes de Quijano con la teoría interseccional, rescatando del primero la crítica al eurocentrismo y la idea de raza como ejes estructurales del proyecto de expoliación, explotación y genocidio capitalista; sin embargo, cuestiona el hecho de que Quijano sigue naturalizando el género sin cuestionar su carácter occidental y papel que juega como principio ordenador de poder.

Cuestionan la universalidad y la binariedad jerárquica de los sexos y los géneros, así como la dualidad heterosexualidad-homosexualidad que las epistemologías occidentales han asumido e impuesto violentamente como verdades y preceptos morales incuestionables, a través de procesos de conquista y colonización, evangelización, guerras imperialistas, imperialismo cultural epistemicidios, globalización neoliberal, etc. (Mendoza, 2014, p. 46).

En este marco, la imposición de categorías binarias de género no garantizó la humanización de los sujetos colonizados, sino que reforzó su subordinación dentro del orden colonial. Breny Mendoza (2014) explica que el dominio colonial se impone a través de la clasificación de género, es decir, mediante la distinción entre “hombres” y “mujeres”. Sin embargo, esta categorización no conlleva un proceso de humanización, ya que el estatus de ser humano quedó reservado exclusivamente para los pueblos considerados civilizados, mientras que los colonizados fueron definidos dentro del patrón de poder de la colonialidad. En este sentido,

no se trata de una auténtica simbolización de género, puesto que para acceder a ella sería necesario ser reconocido como sujeto humano, algo que, como señala Mendoza, “no ha estado dentro de los cálculos de los diseños coloniales ni imperialistas hasta hoy” (Mendoza, 2014, p. 52).

La doble mirada es una propuesta de resistencia y reconstrucción epistémica frente a la imposición del sistema sexo-género binario dentro del habitus colonial. Alma López (2008), mujer maya guatemalteca, plantea esta perspectiva como una forma de ampliar la comprensión del mundo, trascendiendo las categorías impuestas por la colonialidad. Desde su visión, es necesario romper con la linealidad del pensamiento occidental y adoptar una mirada que contemple tanto el pasado como el futuro, lo cercano y lo lejano, lo propio y lo ajeno. Como señala, es fundamental “ver para adelante y para atrás, hacia un lado y para el otro, es decir, donde podamos ver el pasado y el futuro a la misma vez para a partir de ahí, crear un nuevo mundo” (López, citada en Mendoza, 2014, p. 65). Esta propuesta no solo invita a desafiar la hegemonía del conocimiento impuesto, sino también a imaginar nuevas formas de existencia que recuperen saberes ancestrales desde una perspectiva crítica y emancipatoria, alejándose de las lógicas occidentales que han estructurado las relaciones de género y poder.

2.3.1 Implicaciones de la colonialidad de género y la interseccionalidad en la violencia obstétrica.

Las mujeres negras e indígenas en América Latina han enfatizado que las formas de opresión que enfrentan no pueden explicarse únicamente a través del concepto de género, ya que sus experiencias están atravesadas por múltiples sistemas de dominación, como el racismo, el colonialismo y la exclusión económica. Además, han cuestionado las estrategias feministas hegemónicas, particularmente las alianzas que ciertos sectores del feminismo blanco latinoamericano han establecido con el Estado como vía para reducir la violencia de género y garantizar el acceso a la ciudadanía. Desde una perspectiva crítica, estas alianzas han sido señaladas como insuficientes, ya que no contemplan las desigualdades estructurales que históricamente han afectado a las mujeres racializadas al no transformar los sistemas de poder que perpetúan su marginación.

Señalan que desde estos feminismos hegemónicos no se reconoce el hecho de que históricamente las mujeres indígenas y negras se han enfrentado a la violencia del Estado y la discriminación racial. Estas situaciones se cristalizan en los discursos hegemónicos que se esgrimen a menudo a nivel local como justificación para continuar con las formas íntimas y patriarcales de exclusión y control.

Por lo tanto, cuestionan el discurso de los derechos humanos, señalando su carácter estado-céntrico y liberal, el cual carece de un análisis crítico sobre la naturaleza del Estado y su papel en la reproducción de las desigualdades. Desde esta perspectiva, evidencian una ceguera histórica, al ignorar los procesos de formación de los Estados-nación y su vinculación con la colonialidad del poder. En este sentido, los feminismos hegemónicos han quedado anclados en un proyecto de modernidad occidental que se distancia de las realidades históricas de los países latinoamericanos y que, en lugar de desafiar las estructuras de dominación, se inserta dentro de un orden simbólico de mestizaje, reproduciendo así las lógicas de exclusión y subordinación que dicen combatir (Mendoza, 2023).

En este sentido, el enfoque liberal y estado-céntrico de los derechos humanos no solo limita la comprensión de las violencias estructurales, sino que también impacta la manera en que se conceptualiza la violencia obstétrica. Existe el riesgo de que esta sea reducida a una simple violación del derecho a la salud sexual y reproductiva, enmarcada dentro de un esquema de derechos individuales y ciudadanía que no necesariamente aborda las relaciones de poder y las estructuras que la producen. Esto implica una omisión de los cuerpos que encarnan esta violencia y de las formas específicas en que se manifiesta según el contexto y las condiciones sociohistóricas de quienes la padecen. Un ejemplo claro de ello es la anticoncepción forzada, práctica que evidencia cómo la violencia obstétrica no puede analizarse exclusivamente desde un marco de derechos individuales, sino desde su dimensión estructural, racializada y clasista, que condiciona quiénes tienen el poder de decidir sobre su reproducción y quiénes son objeto de control.

Su reconocimiento como violación a los derechos humanos solo tiene sentido cuando se enfatiza lo cishetorsexual, racial, capitalista y colonial del Estado-nación. En este sentido es indispensable reconocer que la violencia obstétrica interactúa con la discriminación racial y étnica, la exclusión social y las formas específicas de desarrollo económico, por lo cual es impredecible ubicar las distintas formas de opresión que atraviesan los cuerpos y colocan a

las personas dentro de ciertas jerarquías que vienen a determinar la forma en como estas entienden y viven sus vidas.

El enfoque interseccional permite analizar cómo las categorías de discriminación son construcciones sociales que operan a partir de clase, género, raza y etnicidad, configurando contextos de desigualdad estructural que se materializan en los cuerpos. Más que entender el capitalismo, el patriarcado y el racismo como sistemas de opresión independientes, es fundamental reconocer su interdependencia y la manera en que se refuerzan mutuamente para consolidar jerarquías sociales que determinan la posición de las mujeres en la estructura social (Viveros, 2023). En este sentido, el capitalismo neoliberal en México no puede comprenderse sin considerar su carácter racializado y sexista, que coloca a las mujeres en general, y a las mujeres indígenas y racializadas en particular, en los niveles más bajos de la pirámide social, perpetuando así su exclusión y vulnerabilidad (Espinosa, 2014).

Esta posición implica un proceso de reapropiación y cuestionamiento de los lugares que ocupamos en el mundo, lo que permite reflexionar sobre cómo el género, la edad, el origen étnico, entre otras categorías, modelan las formas en que las mujeres y personas gestantes experimentan y significan su cotidianidad. En este sentido, autoras como Rita Segato (2015) y Silvia Federici (2022) han analizado cómo estos sistemas de opresión han generado históricamente el silenciamiento y el exterminio de las mujeres en América Latina, configurando un sistema de dominación múltiple que opera a través de una doble estrategia: universalizar particularidades y particularizar lo universal (Díaz, 2016).

Desde esta perspectiva, las relaciones de poder presentes en los distintos contextos son específicas y diversas, estructurándose a partir de la clase social, el género, la edad y la etnicidad, entre otros factores. Es precisamente en esta red de opresiones donde los cuerpos son condicionados y regulados, como sucede con la violencia obstétrica, la cual se inscribe en una lógica de control sobre los cuerpos gestantes, reforzando jerarquías históricas de exclusión y subordinación. La teoría interseccional, por lo tanto, ofrece un punto de partida clave para explorar las conexiones entre la violencia estructural y las formas interpersonales de violencia y opresión que las mujeres y personas gestantes viven en la atención de sus procesos reproductivos.

Brandy Mendoza, en relación con el acceso a derechos señala que “es necesario no olvidar nuestra condición de colonialidad y el hecho de que los principios liberales no sólo dicta la

exclusión de género, sino que para su mantenimiento es necesaria una exclusión racial y de clase” (Mendoza, 2014, p. 52). Siguiendo este hilo de pensamiento es necesario nombrar que dentro de las dinámicas sociales de nuestro país las jerarquías coloniales de “indios” y “mestizos” siguen presentes y se mezclan con jerarquías de género internalizados en las comunidades mexicanas que a menudo ubican a los cuerpos gestantes racializados y pobres en el último nivel de los sistemas de subordinación.

Márgara Millán señala que la subordinación generalizada de la vida social a la lógica capitalista de acumulación constante no solo opera mediante la instauración de oposiciones binarias que separan y jerarquizan lo cultural frente a lo natural, lo público frente a lo privado o lo masculino frente a lo femenino, sino que también establece diferenciaciones jerarquizadas entre lo occidental y lo indígena, lo blanco y lo moreno, el inglés y el español, el español y las lenguas originarias, o el conocimiento occidental y los saberes locales. Estas dicotomías legitiman formas diversas de violencia y exclusión, tales como la explotación de recursos naturales y humanos, el deterioro ambiental, la subordinación estructural y la violencia contra las mujeres, así como el desprecio, la marginalización y la colonización hacia las culturas indígenas, cuyas lenguas y saberes son sistemáticamente devaluados. En este contexto, las mujeres indígenas son situadas en los niveles más bajos de estas cadenas jerárquicas, enfrentándose a múltiples formas de subordinación y exclusión (Millán, citada en Espinosa, 2014).

Desde esta perspectiva, las intersecciones de género, etnia y clase moldean las formas en que los sujetos existen en el mundo, ya que cada sociedad y grupo cultural construye su propia concepción de la realidad a partir de su contexto histórico y social. Por ello, incorporar las diferentes identidades culturales en el análisis de la violencia obstétrica exige reconocer los valores, normas, prejuicios e interpretaciones que determinan la vida de las mujeres y personas gestantes en sus comunidades y en su relación con el sistema de salud (Espinosa, 2014).

La violencia obstétrica no impacta de la misma manera a todas las mujeres y personas gestantes, sino que se manifiesta de forma diferenciada según el contexto étnico, cultural y de clase en el que se inscriben sus cuerpos. Superar una visión homogeneizadora que la concibe como una experiencia uniforme implica reconocer que las condiciones sociales y las estructuras de poder configuran desigualdades en la atención de los procesos reproductivos.

Desde una perspectiva interseccional, es necesario cuestionar las formas en que se entiende ser mujer, así como el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en México. Esto implica reconocer que la agenda política ha excluido sistemáticamente el respeto a la diferencia dentro de las instituciones públicas, lo que ha perpetuado la invisibilización de las experiencias diversas en el acceso a la salud. En este sentido, recuperar otros referentes históricos y culturales sobre la sexualidad y la reproducción permite visibilizar las múltiples maneras en que se han significado el cuerpo, la maternidad, el deseo y las relaciones de género, abriendo la posibilidad de construir enfoques más inclusivos y situados en la diversidad de las experiencias gestantes.

Bajo esta lógica, la disputa por la autonomía corporal y sexual no puede reducirse únicamente a la lucha por el reconocimiento legal de derechos, sino que implica cuestionar las estructuras de poder que históricamente han expropiado y regulado los cuerpos de las mujeres y personas gestantes. Como señala Espinosa (2014), “gestar realidades alternativas no solo significa disputar la autonomía en términos políticos, económicos y culturales, sino también recuperar el control sobre los territorios más íntimos, aquellos que han sido históricamente apropiados por el capitalismo, el patriarcado y el sexismo comunitario” (p. 247). En este sentido, la sexualidad y la reproducción deben ser entendidas no como condiciones impuestas por sistemas de poder, sino como opciones libres, deseadas y vinculadas al bienestar.

Este reposicionamiento de la sexualidad y la reproducción implica reconocer que las experiencias corporales y subjetivas no son estáticas, sino que están atravesadas por realidades sociales específicas que las transforman y resignifican de manera particular en cada persona. Así, lo planteado hasta aquí permite afirmar que no existen las condiciones necesarias para que las mujeres sean titulares plenas de sus derechos sexuales y reproductivos, ya que el acceso a estos derechos sigue mediado por estructuras de poder que restringen su ejercicio efectivo.

Conclusiones

Sabemos que a veces necesitamos del cierre, distanciamiento social. Y en la época de mayor movilidad para ciertos cuerpos volvemos a sentir la necesidad de cierto aislamiento arcaico. Y si embargo nunca podemos suspender el contacto; de una o de otra manera dependemos los unos de los otros, y no

podemos suprimir el riesgo de la relación. –
Laura Quintana (2021)

El análisis desarrollado en este capítulo permitió construir un marco teórico crítico y situado para abordar la violencia obstétrica como una problemática compleja, estructural y multicausal, enraizada en relaciones históricas de poder que atraviesan los cuerpos, las instituciones, los afectos y los saberes. Desde una perspectiva crítica de los derechos humanos, se sostuvo que estos no pueden entenderse como categorías abstractas, universales o atemporales, sino como construcciones históricas en disputa, profundamente condicionadas por el contexto político, jurídico y social en el que emergen. Tal como plantea Herrera Flores (2005, 2008), los derechos humanos no son una dádiva otorgada desde el Estado, sino el resultado de luchas colectivas por la dignidad frente a sistemas de dominación. Gallardo (2008) y Correas (2010) complementan esta crítica al señalar que el reconocimiento normativo de los derechos resulta insuficiente si no se acompaña de mecanismos efectivos de exigibilidad, y de una revisión de sus fundamentos conceptuales y éticos.

Desde esta perspectiva, la propuesta de Enrique Dussel (2013) resulta fundamental para repensar la juridicidad desde las experiencias de los sujetos oprimidos. Su filosofía de la liberación plantea que toda normatividad auténtica debe surgir de una praxis ética y liberadora que parta de la exterioridad del Otro, es decir, de aquellas voces que han sido históricamente excluidas del campo del derecho. La legitimidad jurídica no puede reducirse a su forma procedimental ni a su codificación legal, sino que debe anclarse en la justicia material de los cuerpos, territorios y comunidades vulneradas. Esto implica desafiar la racionalidad eurocéntrica, liberal y colonial sobre la que se ha construido el sistema jurídico moderno, y avanzar hacia formas de juridicidad más inclusivas, pluralistas y situadas. Ellacuría (1989) refuerza esta visión al advertir que los derechos humanos, aunque presentados como universales, han respondido históricamente a los intereses de sectores privilegiados, y sólo a través de la acción protagónica de las mayorías podrán transformarse en verdaderas herramientas de justicia social.

En el campo de la salud reproductiva, este enfoque ayuda a cuestionar el formalismo jurídico y las divisiones entre lo público y lo privado, lo técnico y lo político, lo racional y lo afectivo. Permite reconocer que la violencia obstétrica no ocurre solo en lo médico, sino en una red de relaciones que afectan directamente la vida de las mujeres. El MMH, como dispositivo de

poder, reproduce lógicas de control y exclusión a través de una epistemología biomédica que se presenta como objetiva, neutral y universal, pero que en realidad está atravesada por jerarquías de género, raza y clase. Como advierte Menéndez (2020), este modelo no solo determina cómo se define la salud, la enfermedad y la atención, sino que también impone una forma única de ver el mundo que niega otros saberes y experiencias. Desde Foucault (1976, 1977), se plantea que la atención obstétrica no es simplemente una práctica clínica, sino un espacio donde opera una microfísica del poder, mediante mecanismos disciplinarios y biopolíticos que moldean cuerpos y subjetividades. En este contexto, la violencia obstétrica no es una falla del sistema, sino una consecuencia estructural de su propio funcionamiento. La antropología médica y los estudios feministas han mostrado que esta forma de atención (tecnificada, fragmentada y deshumanizante) legitima prácticas de medicalización excesiva, imposición de procedimientos, desinformación, infantilización y maltrato. Sadler (2004), Castro y Erviti (2010, 2013, 2014, 2014b, 2015, 2021), y Paola Sesia (2011, 2013, 2020) documentan cómo estas prácticas no solo vulneran el derecho a la salud, sino que también niegan la agencia y la voz de las mujeres, especialmente de aquellas que viven en condiciones de vulnerabilidad social. La atención obstétrica se convierte así en un campo de batalla donde se juegan el control de los cuerpos, la negación del saber experiencial y la imposición de un conocimiento técnico que muchas veces se presenta en un lenguaje inaccesible, sin diálogo ni consentimiento.

Además, este capítulo incorporó una lectura afectiva y epistémica de la violencia obstétrica. Lejos de entender las emociones como factores secundarios o meramente individuales, se retomaron los aportes de Ariza (2016, 2020), Jimeno (2004, 2021) y Ahmed (2017, 2022) para plantear que los afectos cumplen una función social y política central. Las emociones no solo reflejan las estructuras de poder, sino que también las sostienen, organizando el espacio institucional y jerarquizando los cuerpos. El miedo, la vergüenza, la culpa o la humillación que experimentan las mujeres durante la atención obstétrica no son efectos colaterales, sino dispositivos de control que refuerzan su subordinación. Sin embargo, también se reconoció el potencial político de los afectos, como la indignación o la rabia, que pueden articular procesos de resistencia.

Por otra parte, el enfoque interseccional y decolonial permitió profundizar en la dimensión estructural y diferenciada de la violencia obstétrica. Tal como lo proponen Viveros (2016,

2023), Lugones (2011), Mendoza (2014, 2023) y Espinosa (2014), esta forma de violencia no puede analizarse de manera homogénea, sino que debe situarse en el entrecruce de múltiples ejes de opresión. Las mujeres indígenas, racializadas, migrantes o empobrecidas no solo enfrentan mayores barreras de acceso a la salud, sino que también son blanco de prácticas específicas de violencia institucional, como la esterilización forzada, la discriminación estructural o la negación del trato digno. El concepto de colonialidad de género visibiliza cómo los cuerpos feminizados y racializados han sido históricamente expropiados y regulados por sistemas que los consideran objetos de intervención, y no sujetos de derecho (Lugones, 2011). En suma el capítulo sostiene que la violencia obstétrica constituye una manifestación profundamente articulada de múltiples formas de dominación, entrelazadas en los planos jurídico, institucional, médico, epistémico y afectivo, que se configura como una práctica sistemática de violencia estructural, anclada en los entramados de poder que regulan los cuerpos y las decisiones reproductivas.

SOBRE LA INVESTIGACIÓN

“Cada palabra revela quién somos y el lugar que habitamos, en el tiempo, en el espacio y en la historia”-

Djamila Ribero, 2023.

A partir del marco teórico previamente desarrollado, que articula los aportes de la teoría crítica de los derechos humanos, el giro afectivo y la teoría interseccional, esta investigación se inscribe en un enfoque cualitativo, feminista, crítico y situado. Lejos de reproducir una mirada neutral o aséptica, parte del reconocimiento de que toda práctica investigativa está atravesada por posicionamientos éticos y políticos. Como advierte Sandra Harding (1996), “la ciencia no es sólo un conjunto determinado de enunciados ni un método único, sino un conjunto global de prácticas significativas” (p. 81). La producción de conocimiento, por tanto, no puede desvincularse de las relaciones de poder que configuran qué cuerpos, voces y saberes son legitimados, y cuáles son silenciados o desplazados.

Desde esta perspectiva, se reconoce que la investigación feminista no parte de una supuesta objetividad neutra, sino que se ancla en experiencias concretas, en prácticas reflexivas y en compromisos políticos. Tal como lo plantea Harding (1998), este enfoque utiliza las experiencias de las mujeres como indicadores significativos de la realidad y propone una metodología que estudia “de abajo hacia arriba”, desafiando las jerarquías tradicionales del conocimiento. Esta postura sostiene que una ciencia comprometida con la justicia puede alcanzar una mayor objetividad precisamente al hacer explícito su lugar de enunciación. En palabras de la autora, “introducir este elemento subjetivo en el análisis no debilita el conocimiento, sino que lo fortalece, al revelar las condiciones sociales que lo hacen posible” (Harding, 1998).

A pesar de su inscripción institucional, esta investigación asume una apuesta política por recuperar las experiencias de mujeres que han sido sistemáticamente colocadas en la subalternidad por el sistema de salud y el derecho. Se trata de mujeres que vivieron violencia obstétrica y que, pese a enfrentar múltiples barreras institucionales, optaron por interponer una queja ante la CNDH. El recuperar sus voces a partir de las recomendaciones no constituye únicamente una estrategia metodológica, sino un posicionamiento ético-político que busca subvertir las lógicas hegemónicas que determinan qué experiencias son reconocidas como conocimiento válido y cuáles son deslegitimadas o silenciadas,

reivindicando la necesidad y la legitimidad de escucharlas. En este sentido, analizar las recomendaciones implica también activar un ejercicio de memoria.

Además este enfoque cuestiona de forma directa la supuesta neutralidad del conocimiento científico, entendida como un legado de la racionalidad ilustrada y del pensamiento colonial. Como ha argumentado Djamila Ribeiro (2023), dicha neutralidad no es tal, sino que encubre un discurso que se construye desde posiciones de poder, pero que se presenta como universal y deslocalizado. Esta pretendida objetividad impide reconocer el lugar de enunciación desde el cual se produce el conocimiento, y al hacerlo, desplaza otras formas de saber, de nombrar el mundo y de resistir. En este sentido, la epistemología dominante no solo excluye, sino que impone sus criterios como únicos. Grada Kilomba (retomada por Ribeiro) subraya que todo conocimiento que logra legitimarse dentro del canon científico responde a intereses políticos concretos (Ribeiro, 2023).

Por lo tanto, desde esta conciencia epistémica, ética y política, el conocimiento producido en esta investigación se construye desde y con los testimonios de mujeres que denunciaron haber sido víctimas de violencia obstétrica. Este conocimiento se asume como situado, feminista y comprometido con los procesos de denuncia y transformación social. El diseño de la investigación busca analizar de qué manera las recomendaciones emitidas por la CNDH reflejan las configuraciones político-afectivas que modelan tanto las prácticas institucionales como las posibilidades de las mujeres para ejercer sus derechos en contextos marcados por la desigualdad, el racismo médico y la medicalización patriarcal. Al centrar la atención en este corpus documental (documentos que constituyen huellas de denuncia, archivo de memoria y disputa por la verdad) se pretende no solo identificar las omisiones y reconocimientos que en él se producen, sino también tensionar los marcos jurídicos que definen qué cuerpos importan, qué experiencias son legitimadas y qué afectos son admitidos en el reclamo de justicia reproductiva.

4.1. Preguntas de investigación

¿De qué manera las recomendaciones sobre violencia obstétrica, emitidas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) a las instituciones de salud, reflejan la relación entre las configuraciones político-afectivas en la atención obstétrica y el ejercicio de los derechos de las mujeres desde una perspectiva interseccional y crítica del derecho?

4.2. Objetivo general

Analizar, desde una perspectiva interseccional y crítica del derecho, cómo las recomendaciones de la CNDH sobre violencia obstétrica reflejan la relación entre las configuraciones político-afectivas en la atención obstétrica y el ejercicio de los derechos de las mujeres.

4.3. Objetivos específicos

- Examinar las recomendaciones de la CNDH sobre violencia obstétrica en los servicios de salud desde un enfoque de derechos humanos e interseccionalidad.
- Explorar las configuraciones político-afectivas en la atención obstétrica y analizar su presencia en las recomendaciones de la CNDH, examinando su relación con los discursos sobre derechos humanos.
- Analizar de qué manera las recomendaciones sobre violencia obstétrica de la CNDH expresan la relación entre las configuraciones político-afectivas y el ejercicio de los derechos de las mujeres, y cómo influyen en la reproducción o transformación de estructuras de poder en los servicios de salud.

4.4. Diseño metodológico

La investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo y feminista, entendido, en palabras de Carmen de la Cuesta Benjumea, como el estudio sistemático de la experiencia cotidiana con énfasis en la subjetividad y los afectos. Este enfoque permitió comprender cómo las experiencias fueron vividas, interpretadas y corporalizadas por quienes las experimentaron, sin pretender predecir el comportamiento ni identificar sus “causas”, sino más bien interpretar su significado (Cuesta, 1997).

Desde una perspectiva feminista, la investigación reconoció que las prácticas de violencia obstétrica y la regulación de los cuerpos de las mujeres están atravesadas por estructuras coloniales, raciales y patriarcales que determinan quiénes tienen acceso a una atención digna y quiénes son excluidas del derecho a una maternidad segura. En este sentido, se retomaron las reflexiones de Yuderkis Espinosa Miñoso (2014), quien planteó que el feminismo decolonial busca dismantelar los discursos universalizantes sobre la mujer, visibilizando las múltiples formas de opresión que operan sobre los cuerpos gestantes, especialmente en contextos marcados por la precarización y la exclusión.

Desde este marco, el enfoque feminista aplicado en la investigación no solo permitió describir la violencia obstétrica como una problemática estructural, sino también cuestionar las relaciones de poder que la producen y legitiman, evidenciando cómo las recomendaciones de la CNDH intervinieron (o no) en estos procesos.

4.4.1 Método

Las fuentes primarias de este estudio fueron las recomendaciones públicas emitidas por la CNDH sobre casos de violencia obstétrica en instituciones de salud. Se eligió esta fuente porque se trata de un organismo autónomo cuyo mandato es la defensa y promoción de los derechos humanos en México. A diferencia de otros organismos como la CONAMED, las recomendaciones de la CNDH implican un reconocimiento formal de la violación a derechos humanos, lo que les otorga un peso jurídico, político y simbólico mayor. Estos documentos permiten observar cómo el Estado conceptualiza la violencia obstétrica, cómo se narran los hechos y cómo se plantea la responsabilidad institucional.

El procedimiento metodológico inició con la identificación y búsqueda de documentos en la plataforma digital oficial de la CNDH, en la sección “Recomendaciones”. Se revisó un total de 951 documentos emitidos entre enero de 2020 y julio de 2024. Posteriormente, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión que permitieron delimitar el corpus. Se incluyeron únicamente aquellas recomendaciones en las que la violencia obstétrica aparecía como eje central de la denuncia y en las que la CNDH reconocía explícitamente la existencia de violaciones a derechos humanos en el marco de la atención obstétrica y se excluyeron documentos en los que esta forma de violencia aparecía de manera tangencial, así como aquellos no disponibles en su versión íntegra o que correspondían a duplicados.

El periodo de análisis se delimitó entre enero de 2020 y julio de 2024 por tres razones principales. Primero, se buscó examinar las recomendaciones emitidas después de la Recomendación General 31/2017, en la que la CNDH reconoció la violencia obstétrica como violación a los derechos humanos. Segundo, es posible vincular los hallazgos con la ENDIREH 2020 (que retoma los cinco años previos para su levantamiento). Tercero, en este periodo, se alcanzó un punto de saturación teórica y discursiva suficiente para identificar patrones y regularidades, sin que la incorporación de nuevos casos modificara sustancialmente los hallazgos.

Tras la selección inicial se conformó un corpus de 66 recomendaciones; suficiente para identificar patrones y regularidades. Cada documento fue sistematizado en una base de datos y analizado en Atlas.ti en dos momentos: primero, mediante la codificación de categorías iniciales y emergentes; y segundo, a través del examen de los marcos discursivos y afectivos que configuran las relaciones de poder en los relatos institucionales. Este procedimiento metodológico permitió trazar una ruta clara para comprender cómo las recomendaciones de la CNDH no solo documentan hechos de violencia obstétrica, sino que también delimitan los marcos de reconocimiento de los derechos humanos en la atención obstétrica.

4.4.1.1 Criterios de selección de las recomendaciones

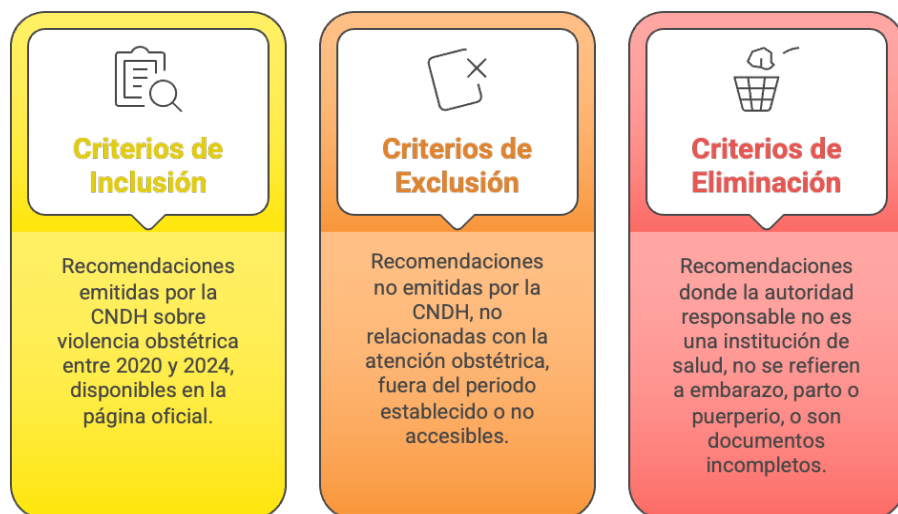
Las recomendaciones fueron identificadas mediante una búsqueda sistemática en la plataforma digital oficial de la CNDH (www.cndh.org.mx), en la sección “Recomendaciones”. Se revisaron 951 documentos emitidos entre enero de 2020 y julio de 2024. El proceso se basó en un muestreo intencional con base en la pertinencia temática, la accesibilidad del contenido y la calidad narrativa del relato de hechos, como se muestra en el flujograma (Figura 4).

En una primera etapa, se aplicaron criterios de inclusión para delimitar el corpus: se consideraron únicamente las recomendaciones emitidas por la CNDH; aquellas que documentaran casos explícitos de violencia obstétrica durante el embarazo, parto o puerperio (verificado en el campo “Asunto”); que correspondieran al periodo establecido (según la fecha de emisión en la plataforma); y que estuvieran disponibles públicamente en el sitio institucional.

Posteriormente, se aplicaron criterios de exclusión. Se descartaron recomendaciones no oficiales o emitidas por otras instancias; aquellas que no abordaran la atención obstétrica (según el resumen de derechos vulnerados); las que no tuvieran como autoridad responsable a una institución del sector salud; y las que fueran emitidas fuera del periodo delimitado.

Por último, se eliminaron aquellos documentos que, pese a cumplir con los criterios anteriores, contenían información duplicada, insuficiente o inconsistencias en la narrativa, lo que imposibilitaba el análisis.

Tabla 2. Criterios de selección para las recomendaciones.



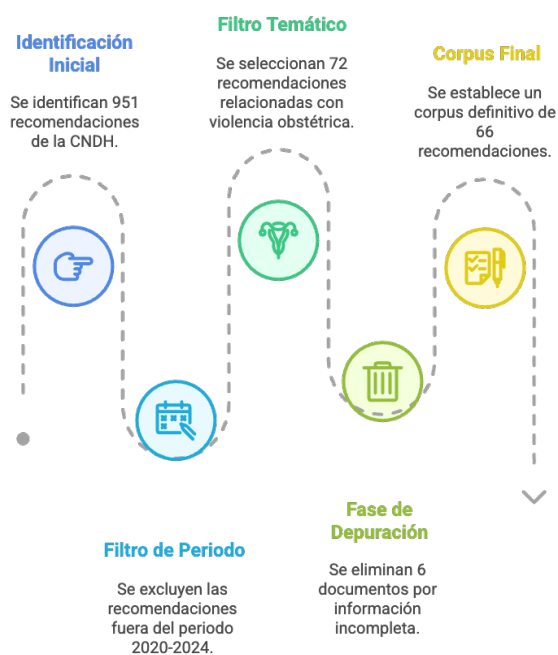
Fuente: Elaboración propia.

4.4.1.2 Secuencia del proceso de selección de las recomendaciones analizadas

El proceso de selección del corpus se desarrolló en varias fases sucesivas. En una primera revisión se identificaron 951 recomendaciones emitidas por la CNDH entre enero de 2020 y julio de 2024. El primer filtro excluyó aquellas que no correspondían a este periodo y en la segunda fase se revisaron los campos “Asunto”, “Resumen” y “Autoridad responsable” con el propósito de identificar los casos relacionados con violencia obstétrica. Como resultado, se conformó un conjunto preliminar de 72 recomendaciones, distribuidas de la siguiente manera: 2 en 2020, 13 en 2021, 10 en 2022, 27 en 2023 y 20 en 2024. Paralelamente, se descartaron 879 documentos que no cumplían con el criterio de pertinencia temática, cuya distribución fue: 88 en 2020, 132 en 2021, 251 en 2022, 282 en 2023 y 126 en 2024. En la fase final de depuración se eliminaron 6 documentos adicionales por contener información incompleta o insuficiente, con lo cual el corpus definitivo quedó conformado por 66 recomendaciones y estas se distribuyeron de la siguiente forma: 2 en 2020, 13 en 2021, 10 en 2022, 25 en 2023 y 16 en 2024. El procedimiento permitió conformar un corpus amplio y

sistemático de 66 recomendaciones, analizadas conforme a los objetivos de la investigación (véase Anexo 1).

Figura 4. Secuencia del proceso de selección de las recomendaciones analizadas



Fuente: Elaboración propia.

4.4.2. Enfoque analítico

El análisis se llevó a cabo en tres fases principales con el enfoque del Análisis Cualitativo de Contenido desarrollado por Bardin (1996). En la primera fase, sistematización de datos desde una perspectiva interseccional, se construyó una matriz en Excel para caracterizar de forma estructurada las 66 recomendaciones seleccionadas (véase Anexo 2). Se registraron variables como fecha de emisión, entidad responsable, nivel de atención, persona promovente, número de embarazos, semanas de gestación, tipo de parto, presencia de muerte materna o daño al neonato, población en situación de vulnerabilidad (ruralidad y/o etnicidad), modalidad de

violencia obstétrica reconocida por la CNDH, consecuencias o resultados del evento obstétrico, derechos reconocidos y existencia de instituciones involucradas. Este proceso permitió identificar patrones sociodemográficos, institucionales y clínicos que ofrecieron una base empírica para el análisis cualitativo posterior.

En la segunda fase, centrada en la codificación y organización del contenido, se utilizó el software ATLAS.ti para analizar el corpus documental. Se llevó a cabo un proceso de codificación intrainvestigadora, es decir, todas las fases de lectura, codificación y análisis fueron desarrolladas por la misma investigadora, lo cual garantizó coherencia interpretativa. El procedimiento inició con la identificación de unidades de significado en los fragmentos que narraban los hechos, las omisiones institucionales y las respuestas oficiales. Posteriormente, se aplicó una codificación axial, entendida como el proceso mediante el cual se vinculan las categorías emergentes con conceptos teóricos centrales, lo que permitió establecer relaciones jerárquicas, causales y contextuales (Sampieri et al., 2014). Las categorías se definieron a partir de una estrategia mixta: por un lado, se retomaron categorías predefinidas construidas con base en la literatura especializada sobre violencia obstétrica, el giro afectivo e interseccionalidad (Ariza, 2020; Espinosa, 2014; Salder, 2004; Sesia, 2013, 2020; Viveros, 2016, 2023) ; por el otro, se incorporaron categorías emergentes derivadas de la lectura exhaustiva del corpus.

Esta decisión metodológica respondió a la necesidad de articular los hallazgos empíricos con los marcos conceptuales. El resultado fue la construcción y retroalimentación de un libro de códigos (véase Anexo 3), en el que las categorías se organizaron en tres grandes ejes analíticos: en primer lugar, las expresiones de violencia obstétrica, tanto institucionales y estructurales como aquellas ocurridas durante la atención médica; en segundo lugar, los afectos, diferenciados en moralizantes, de desposesión, institucionales y movilizadores; y, finalmente, las dimensiones de justicia reproductiva, que abarcaron los derechos reconocidos, las consecuencias de la violencia y las instituciones responsables. Esta organización posibilitó un análisis transversal y relacional del corpus desde una mirada interseccional y crítica del derecho, lo que permitió identificar qué formas de violencia se nombran, qué emociones circulan y qué silencios persisten en los discursos institucionales.

La tercera fase del análisis se centró en la interpretación y visualización de las categorías construidas, examinando cómo se entrelazan la violencia obstétrica, los afectos y las

estructuras de poder que atraviesan tanto la atención en salud como los procesos de queja. Mediante las herramientas de visualización de ATLAS.ti, se elaboraron redes conceptuales que permitieron mapear las conexiones entre diferentes tipos de afectos, modalidades de violencia y respuestas institucionales, revelando tramas narrativas complejas.

Esta triangulación metodológica (entre la matriz estructurada de variables, la codificación cualitativa y las redes conceptuales) permitió una interpretación robusta, crítica y situada del corpus, que se desarrolla en los siguientes dos capítulos de resultados.

En particular, se identificaron narrativas que articulan emociones, silencios y formas de nombrar la violencia, lo que evidenció la posición desigual de las mujeres frente al personal de salud. Las estructuras de poder se expresaron en el abandono institucional, las omisiones sistemáticas, la medicalización coercitiva y la burocratización de los procesos de atención, estos elementos aparecieron como patrones recurrentes en las recomendaciones analizadas y mostraron que la violencia obstétrica no se reduce a actos individuales, sino que responde a lógicas estructurales de subordinación, exclusión y control inscritas en los marcos normativos y administrativos de las instituciones.

4.4.3 Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones del estudio fue la dependencia de documentos oficiales, lo que significó que el análisis se sustentara en la forma en que la CNDH registró y narró las violaciones a los derechos de las mujeres durante la atención obstétrica. En consecuencia, la reconstrucción de estas violencias estuvo mediada por los criterios con los que la institución documenta, clasifica y comunica las violaciones a los derechos humanos en este ámbito.

Además en algunas recomendaciones no se incluyeron testimonios directos y, en otras, solo se incorporaron fragmentos parciales de las declaraciones de las afectadas, lo que limitó la posibilidad de reconstruir con detalle sus experiencias. No obstante, los peritajes y notas médicas (o bien, su ausencia) permiten, a través de un lenguaje técnico, identificar las omisiones, negligencias y procesos de burocratización que estructuran la violencia obstétrica. Esta fragmentación no es menor, pues incluso el silencio documental habilita una lectura afectiva que interroga las exclusiones producidas institucionalmente. ¿Por qué no se encuentran nombradas? ¿Qué formas de sufrimiento son sistemáticamente borradas del archivo institucional?

Estas preguntas dialogan con lo planteado por Olga Sabido (2024), quien sostiene que la incorporación de los estudios sobre el cuerpo y las emociones en América Latina fue posible gracias al camino abierto por los estudios de la mujer y de género. Desde esta perspectiva, emergen interrogantes fundamentales (¿quién, cómo y por qué decide sobre los cuerpos?) que han impulsado un giro temático al vincular el análisis corporal con problemáticas sociales y afectivas situadas histórica y políticamente. La autora subraya que estos objetos de estudio no provienen de una “realidad” dada, sino que se construyen a partir de marcos teóricos, institucionales y políticos específicos, lo que evidencia el carácter situado y relacional del conocimiento (Sabido, 2014).

Desde esta perspectiva, se vuelve necesario reflexionar no solo sobre aquello que es nombrado en las recomendaciones, sino también sobre los silencios y las ausencias que estas reproducen. Pensar esas omisiones como parte del campo afectivo responde a una preocupación metodológica y epistemológica más amplia, el reconocer que los discursos institucionales no se limitan a describir los hechos, sino que configuran un régimen de sensibilidad que determina qué cuerpos, emociones y memorias son consideradas legítimas y cuáles son desplazadas. Como advierte la propia Sabido (2011), fenómenos como la violencia, la migración, el racismo y las herencias coloniales han delineado los ángulos desde los que hoy es posible comprender la afectividad como una dimensión política, inscrita en relaciones históricas de poder y exclusión, y no únicamente como una experiencia individual o privada (Sabido, 2011).

Frente a estas limitaciones, se implementaron diversas estrategias metodológicas para fortalecer el análisis. En primer lugar, se recurrió a la triangulación con datos epidemiológicos, utilizando la ENDIREH 2021 como fuente contextual que permite dimensionar la prevalencia y las características estructurales de la violencia obstétrica en México. En segundo lugar, se elaboró una matriz de variables interseccionales que permitió sistematizar la información disponible en las recomendaciones y detectar patrones comunes. Asimismo, durante el análisis cualitativo, se aplicaron criterios de saturación teórica y se llevó a cabo una codificación estructurada en ATLAS.ti.

No obstante, incluso con la implementación de estas estrategias, persiste una limitación inherente al uso de documentos que reproducen una “verdad institucional” mediada por el lenguaje médico-jurídico, y como en toda investigación, existen marcos, voces y

experiencias que quedan fuera. Ahora bien, como se ha argumentado a lo largo de este trabajo, los afectos no solo atraviesan las vivencias de las mujeres, sino que también impregnan las formas en que estas son documentadas, interpretadas y archivadas por las instituciones.

En este sentido, las recomendaciones no se producen desde una posición neutral; por el contrario, están atravesadas por estructuras de poder que determinan qué hechos merecen ser nombrados y de qué manera deben ser narrados. Tal como ha señalado Ribeiro (2023), los discursos que pretenden universalidad y objetividad suelen omitir su propio punto de enunciación; reconocer este sesgo permite advertir que los relatos institucionales organizan un régimen de sensibilidad que jerarquiza memorias, cuerpos y emociones, al mismo tiempo que excluye sistemáticamente aquello que no encaja en su marco normativo. Asumir esta tensión metodológica y epistemológica ha sido fundamental para adoptar un posicionamiento crítico y situado frente a los archivos del Estado. Desde esta perspectiva, las recomendaciones fueron leídas no solo como documentos legales, sino también como textos políticos, cargados de afectividad y atravesados por silencios, tensiones y disputas en torno al reconocimiento, la reparación y la justicia reproductiva.

4.4.4 Consideraciones éticas

Dado que esta investigación se basa en documentos públicos emitidos por la Comisión, no implicó la recopilación directa de datos personales ni la interacción con las mujeres. Sin embargo, el análisis de narrativas sobre violencia exige una postura ética y política clara, que reconozca la densidad afectiva y el sufrimiento contenido en las recomendaciones. En este sentido, se asumió un abordaje ético no reducido a protocolos formales, sino vinculado con el lugar desde el que se produce el conocimiento, reconociendo la desigual distribución del poder epistémico, simbólico y político que afecta a las mujeres que denuncian violencia obstétrica.

Uno de los principales desafíos metodológicos fue representar las experiencias de las mujeres sin reproducir lógicas de revictimización ni reforzar estereotipos institucionales. Para ello, se adoptaron decisiones éticas guiadas por el principio de no maleficencia, entendido no solo en su dimensión física o emocional, sino también en su alcance simbólico y epistémico. Como advierten Bissutti y Pérez, trabajar con narrativas de víctimas implica reconocerlas

como interlocutoras válidas para la producción de conocimiento, y no como objetos de análisis pasivos (Bissutti y Pérez citados en Corbelle et al., 2021).

Por este motivo, se optó por referirse a ellas mediante el genérico “mujer” y en otros fragmentos se mantuvo el uso de nombres con el fin de facilitar la lectura, cuidando siempre evitar denominaciones impersonales como “la paciente” o “la víctima”, comunes en los documentos oficiales, con el objetivo de restituir agencia y subjetividad en el relato analítico. Del mismo modo, se implementaron cuidados metodológicos para problematizar las ausencias, omisiones y silencios presentes en las recomendaciones al momento de identificar las expresiones de violencia obstétrica; estas ausencias no fueron entendidas como vacíos neutros, sino como parte constitutiva del discurso institucional. Como señalan Corbelle, Cozzi y Querales (2021), los silencios también son discursos, es decir, formas de organización del sentido que delimitan lo decible en el campo institucional. En esta misma línea, se procuró evitar tanto miradas estigmatizantes como romantizadas de las mujeres afectadas; ambas posiciones, como advierten las autoras, impiden comprender la complejidad de las experiencias de subordinación y, al mismo tiempo, invisibilizan las formas de resistencia, agencia y construcción de sentido que las mujeres desarrollan frente a la violencia (Corbelle et al., 2021).

Este posicionamiento ético también se articula con la crítica de Sandra Harding (1998), quien subraya que las investigaciones feministas han mostrado la resistencia constante de las mujeres frente a la dominación masculina. A partir de ello, el análisis buscó un equilibrio entre el reconocimiento del daño y la restitución de la voz, evitando reducir a las mujeres a la categoría de víctimas sin agencia. En esta línea, se reconoce que las narrativas institucionales están atravesadas por jerarquías epistémicas y afectivas que deben ser problematizadas. Djamila Ribeiro (2023) advierte que los discursos autorizados (como los del saber jurídico y médico) excluyen selectivamente ciertos relatos y conocimientos, reproduciendo así una jerarquía violenta.

No se trata únicamente de abrir espacio a la palabra, sino de interrogar las condiciones estructurales que definen qué voces son escuchadas, validadas o silenciadas (Ribeiro, 2023). Esta crítica resultó fundamental para asumir la responsabilidad de una lectura que, desde una perspectiva crítica y situada, evitó reproducir las violencias denunciadas y, en su lugar, buscó desarticularlas. En esta misma dirección, esta investigación no pretendió hablar “por” las

mujeres, sino leer con cuidado los documentos que narran fragmentos de sus vidas. La apuesta analítica fue construir un espacio narrativo que permitiera rememorar el dolor sin convertirlo en espectáculo y, al mismo tiempo, contribuir a desestabilizar las estructuras que producen silencio e impunidad. Como advierte Querales Mendoza “la víctima no es una categoría, es una identidad forzada y no elegida, y por lo tanto el lenguaje estrictamente científico resulta insuficiente para aprehender las experiencias en las que emergió tal condición” (Querales Mendoza, 2018., p. 49). Desde esta perspectiva, la escritura analítica se concibió como una forma de acompañamiento respetuoso, orientada a visibilizar las violencias sin reproducirlas y a restituir la dignidad de quienes han sido sistemáticamente despojadas de su voz.

Conclusiones

La apuesta metodológica planteada a lo largo de este capítulo no se limita a describir herramientas y técnicas de análisis, sino que constituye una posición política y epistémica que desafía el mandato de neutralidad dominante en gran parte de la investigación sociojurídica. En lugar de considerar las recomendaciones como simples repositorios de “hechos”, esta investigación las abordó como documentos atravesados por tramas afectivas y relaciones de poder, donde los silencios, las omisiones y las jerarquías epistémicas configuran un régimen institucional sobre lo que puede decirse, recordarse y exigirse. En este sentido, la sistematización y el análisis de las recomendaciones no solo tienen como propósito comprender la violencia obstétrica, sino también desnaturalizarla, nombrarla y abrir posibilidades para su transformación desde una ética feminista.

Reafirmando lo señalado por Querales Mendoza, trabajar con narrativas institucionales que contienen experiencias de violencia implica reconocer que éstas condensan dimensiones del sufrimiento que muchas veces exceden la posibilidad narrativa (Querales, 2018). Los testimonios fragmentados son señales de una historia que interpela los marcos éticos del análisis, y que obliga a preguntarse por los límites de lo decible. Desde esta perspectiva, el trabajo no pretende hablar por las mujeres, sino leer con atención aquello que fue posible narrar, a pesar de las condiciones institucionales que lo mediaron. Tal como propone Harding (1998), la investigación feminista parte de las experiencias situadas de las mujeres no para representarlas en abstracto, sino para interrogar las estructuras sociales que limitan su palabra, su ciudadanía y sus derechos. Por ello, se optó por una ética feminista que no elude

la incomodidad de investigar desde un lugar situado y políticamente implicado. Se tomaron decisiones metodológicas orientadas a interpelar las formas hegemónicas de representación del dolor: nombrar a las mujeres como tales, resistir el lenguaje despersonalizado y patriarcal del discurso médico-jurídico, visibilizar los silencios institucionales como formas activas de exclusión y colonización, y mantener una mirada crítica que no se deslindara del posicionamiento político frente a la violencia obstétrica.

Finalmente, esta investigación reconoce que producir conocimiento desde los feminismos y los derechos humanos implica asumir un compromiso político. No se trata únicamente de describir violencias, sino de desmontar las tramas institucionales que las sostienen y, sobre todo, de construir una narrativa situada que contribuya a su transformación. En este sentido, el análisis no se limitó a exponer hallazgos, sino que se inscribió en una ética de la memoria y de la escucha, orientada a visibilizar el daño y a restituir dignidad.

5. RUTAS DE EXIGIBILIDAD Y LÍMITES DE LA REPARACIÓN: CARTOGRAFÍA DE LAS RECOMENDACIONES

Introducción

En México, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió la Recomendación General 31/2017, en la que reconoció el carácter sistemático de la violencia obstétrica y formuló una serie de medidas para su erradicación. No obstante, desde entonces, su disminución ha sido mínima. El reconocimiento institucional, de esta forma de violencia ha permitido que, en años recientes, se emitan recomendaciones específicas en las que se reconoce el derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

El presente capítulo tiene como objetivo caracterizar 66 recomendaciones emitidas por la CNDH entre 2020 y junio de 2024, y seleccionadas para este trabajo, con el fin de conocer de manera sistemática las condiciones bajo las cuales se reconoce la violencia obstétrica en el marco institucional de dicho organismo, así como los límites, omisiones y contradicciones que persisten en su abordaje a nivel nacional. A partir de un enfoque que articula la perspectiva de género, la teoría interseccional y los derechos humanos, se exploran no solo los hechos denunciados, sino también los dispositivos normativos, administrativos y discursivos que configuran la respuesta institucional ante estas violencias.

Para contextualizar la lectura de las recomendaciones, el capítulo comienza con un preámbulo sobre la configuración del sistema de salud y los mecanismos de queja con los que cuentan las mujeres en nuestro país. En un segundo apartado se realiza el análisis de las recomendaciones, el cual considera las siguientes dimensiones: 1) cómo la CNDH enmarca la violencia obstétrica; 2) en qué instituciones fueron atendidas las mujeres; 3) las características sociodemográficas de estas mujeres; 4) el tipo de parto; 5) los mecanismos de queja empleados; 6) el perfil institucional de los servicios involucrados en los casos; 7) el tipo de consecuencias clínicas, jurídicas y sociales documentadas, y; 8) reconocimiento de los derechos humanos vulnerados.

Este acercamiento busca cuestionar la narrativa oficial con la que se construye institucionalmente la violencia obstétrica, y mostrar cómo, pese a los avances normativos y al aumento en la emisión de recomendaciones, persisten importantes vacíos en términos de reparación integral, reconocimiento del daño y medidas estructurales de no repetición. Así,

este capítulo constituye una primera aproximación a las formas en que el Estado mexicano reconoce y regula institucionalmente la violencia obstétrica.

5.1 Acceso a la justicia y violencia obstétrica: el encuadre de la CNDH ante los retos estructurales

El Estado mexicano, a través de sus distintos niveles de gobierno, tiene la obligación de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud, así como de prevenir, investigar y reparar vulneraciones a los derechos humanos, entre ellas la violencia obstétrica, que afectan el pleno goce de los derechos de las mujeres. Para ello, debe asegurar la existencia de mecanismos accesibles de justicia que permitan a las personas afectadas exigir responsabilidad y obtener reparaciones integrales (GIRE & Impunidad Cero, 2022). En este sentido, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos elaboró las *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de políticas y programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad*, en las cuales se establece que los Estados deben adoptar medidas que garanticen no solo la prestación adecuada de servicios de salud materna, sino también la exigibilidad y la rendición de cuentas en casos de violaciones a derechos humanos (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH, 2012)

Retomando este marco internacional, resulta claro que el Estado mexicano no puede limitar su responsabilidad a garantizar el acceso formal a los servicios de salud. Debe, además, asegurar la calidad de estos, su provisión en condiciones de dignidad y el respeto irrestricto de los derechos humanos. Desde esta perspectiva, es indispensable que el derecho a la salud incorpore mecanismos eficaces de prevención, sanción y reparación frente a actos de violencia. En el caso de la violencia obstétrica, ello implica fortalecer los sistemas institucionales de denuncia y garantizar el acceso efectivo a la justicia para las mujeres afectadas (GIRE, 2015).

Al respecto, el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que:

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Asimismo, deben prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2024).

De acuerdo con el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Estado tiene la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos. En el contexto de la violencia obstétrica, estas obligaciones adquieren una dimensión fundamental, dado que la atención en salud reproductiva se convierte en un espacio en el que la dignidad, la autonomía y la integridad de las mujeres son frecuentemente vulneradas. Promover los derechos humanos implica, en este contexto, asegurar que la población, en particular las mujeres, conozcan sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva, así como los mecanismos disponibles para exigir su cumplimiento en casos de violación. Respetar exige que las instituciones del Estado se abstengan de acciones que interfieran en el ejercicio de estos derechos, tales como realizar episiotomías rutinarias sin consentimiento informado, negar información veraz sobre alternativas de parto, o ejercer un trato deshumanizante durante el proceso de atención obstétrica.

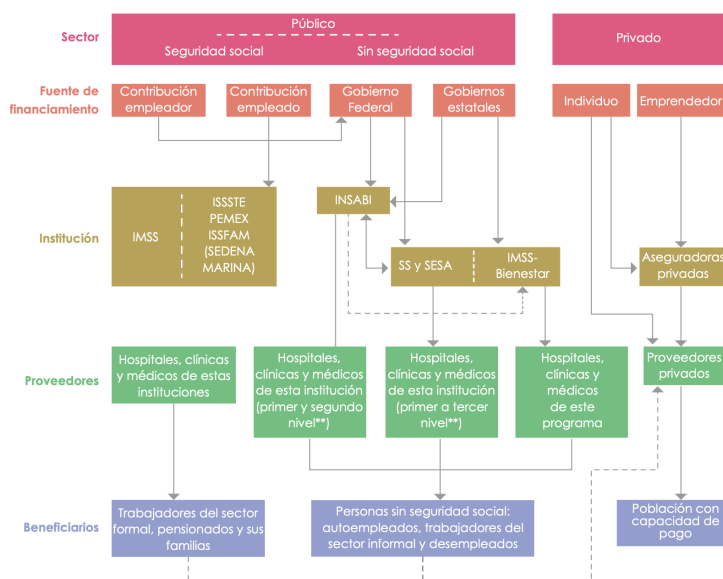
Proteger supone establecer sistemas de denuncia accesibles y eficaces, así como mecanismos de sanción frente a prácticas como la esterilización forzada, la imposición de procedimientos médicos no consentidos o el uso de violencia verbal y física durante el trabajo de parto. Finalmente, garantizar implica generar las condiciones necesarias para el disfrute efectivo de los derechos humanos, lo que comprende la dotación de infraestructura adecuada, la disponibilidad de personal médico capacitado con enfoque de derechos humanos y género, y la eliminación de barreras institucionales que impidan una atención obstétrica respetuosa, digna y libre de violencia

El artículo 1º de la Constitución también establece los principios que deben orientar la interpretación y aplicación de los derechos humanos por parte de todas las autoridades, incluidas aquellas vinculadas al sistema de salud. De acuerdo con el principio de interpretación conforme, las normas deben interpretarse de manera coherente con los derechos reconocidos en la Constitución y los tratados internacionales ratificados por México. De igual manera, el principio pro persona exige que, en caso de conflicto o ambigüedad, se opte por la interpretación que otorgue la mayor protección a los derechos humanos, la universalidad reconoce que los derechos pertenecen a todas las personas sin

distinción alguna; la interdependencia, que el ejercicio de un derecho depende del acceso a otros; y la indivisibilidad, que los derechos humanos forman un todo que no admite jerarquización. Finalmente, la progresividad obliga al Estado a adoptar medidas deliberadas y permanentes orientadas a avanzar en la realización plena de los derechos humanos.

Como se ha mencionado, no basta con garantizar el acceso a los servicios de salud; resulta igualmente imprescindible asegurar la existencia de mecanismos que permitan a las mujeres apropiarse de este derecho y, en su caso, exigir justicia ante su vulneración. Para comprender las vías de exigibilidad, es necesario analizar primero el contexto institucional en el que se organiza el sistema de salud en México. El Sistema Nacional de Salud se estructura en dos grandes subsistemas: el público y el privado (figura 5), cuya diferenciación responde principalmente a las condiciones socioeconómicas de la población usuaria, aunque ambos subsistemas se encuentran bajo regulación estatal. La configuración actual del sistema de salud comenzó a consolidarse en la década de 1930 con la creación de la Secretaría de Asistencia Pública y se fortaleció en 1943 con la fundación de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Figura 5. Sistema de Salud Mexicano



Fuente: Figura tomada de *Hacia la sostenibilidad del sistema de salud mexicano* por FUNSALUD, p. 23, 2023.

La Secretaría de Salud Federal coordina el Sistema Nacional de Salud, define su alcance, establece acciones para su consolidación y supervisa la prestación de servicios médicos y el cumplimiento de la normatividad sanitaria en todo el país. En coordinación con esta instancia, los gobiernos estatales son responsables de implementar sistemas de salud locales en concordancia con el modelo nacional, formular programas específicos, generar información estadística y de garantizar la aplicación de la legislación sanitaria en sus territorios (GIRE, 2015).

Dentro del subsistema público se integran instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR), encargadas de brindar servicios de salud y seguridad social a trabajadoras y trabajadores del sector formal. Estas instancias se financian a través de contribuciones gubernamentales, patronales y de las propias personas afiliadas. La atención médica para la población sin acceso a esquemas de seguridad social la proporcionan los Servicios Estatales y Federales de Salud, anteriormente mediante programas como el Seguro Popular y, actualmente, a través del Programa IMSS-Bienestar y el Órgano Público Descentralizado IMSS-Bienestar, establecidos para garantizar el acceso mediante recursos federales, estatales y cuotas de recuperación. Por su parte, el subsistema privado opera mediante el pago directo de las personas usuarias o a través de seguros médicos privados. Está conformado por hospitales y clínicas privadas, consorcios de salud, consultorios independientes y farmacias que ofrecen servicios médicos asociados.

Funcionalmente, el sistema de salud en México se organiza en tres niveles de atención: el primer nivel comprende una red de unidades médicas que ofrecen atención ambulatoria, enfocada en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la detección temprana de padecimientos, el segundo nivel está constituido por hospitales generales que brindan servicios de internamiento hospitalario y atención de urgencias, organizados en torno a cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia. Finalmente, el tercer nivel corresponde a hospitales de alta especialidad, dedicados a la atención de

subespecialidades médicas no disponibles en los niveles anteriores, como el Instituto Nacional de Perinatología y el Instituto Nacional de Pediatría.

No obstante, más allá de esta organización formal, la estructura fragmentada del sistema de salud, caracterizada por la dispersión normativa, la falta de articulación entre niveles de atención y las desigualdades en el acceso, dificulta la efectiva incorporación del marco normativo en materia de salud sexual y reproductiva. Esta fragmentación, junto con una desorganización institucional arraigada, genera un entorno propicio para la persistencia de dinámicas que priorizan la preservación de la funcionalidad administrativa por encima de la calidad del servicio. Tanto GIRE (2015) como Castro y Erviti (2014) advierten que, en este contexto, las prácticas médicas —particularmente durante la atención del parto— se encuentran regidas por una lógica médico-administrativa racionalizante que subordina la atención digna al cumplimiento de objetivos operativos. Como resultado, la violencia obstétrica continúa manifestándose de manera sistemática, evidenciando que las reformas normativas, aunque necesarias, no han logrado transformar los patrones estructurales que sostienen las violaciones a los derechos humanos dentro del sistema de salud.

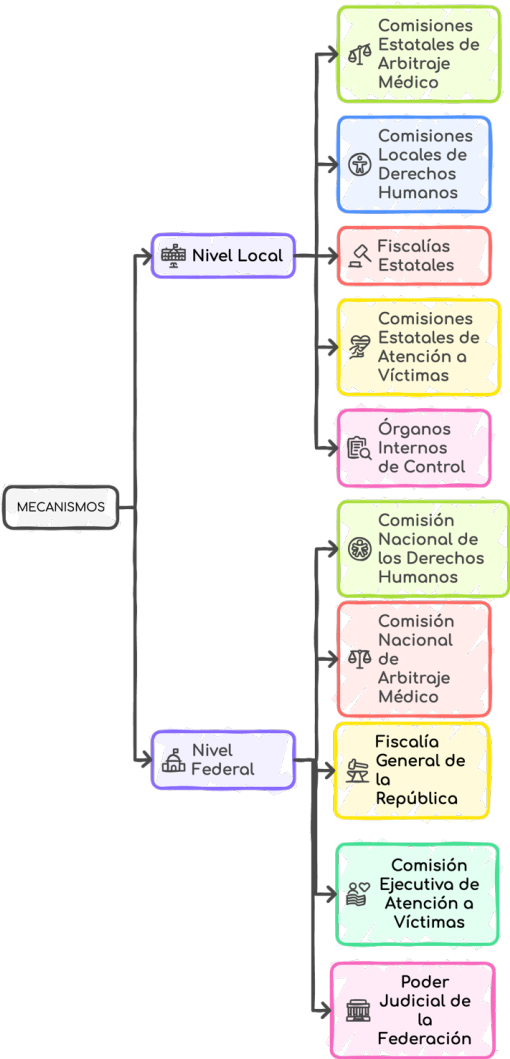
5.2 Mecanismos de queja y denuncia en casos de violencia obstétrica

Ante este panorama institucional y estructural, garantizar el acceso efectivo a la atención de calidad en el ámbito de la salud implica más que el simple reconocimiento normativo de los derechos o protocolos de atención; requiere, además, la existencia de mecanismos accesibles y eficaces que permitan a las mujeres presentar quejas, denunciar vulneraciones y activar procesos de reparación integral, como ya se ha expuesto. En esta lógica, aunque en México se han establecido diversas vías institucionales para atender las violaciones a los derechos humanos, su diseño y funcionamiento presentan dinámicas que deben ser analizadas con detenimiento. En este sentido la coexistencia de múltiples instancias puede ser leída de manera ambivalente, ya que, si bien evidencia un esfuerzo institucional por ampliar las rutas de exigibilidad, también revela una complejidad estructural que, en muchos casos, obstaculiza el ejercicio pleno de derechos.

Comprender cómo se configuran y operan estos espacios resulta esencial para valorar los alcances y limitaciones de la respuesta institucional frente a las violaciones a los derechos humanos. En los apartados siguientes se examinarán los principales mecanismos de queja y

denuncia disponibles en México para la violencia obstétrica (Figura 5), así como el papel que desempeña la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en este entramado institucional.

Figura 6. Mecanismos de Justicia y reparación para la violencia obstétrica.



Fuente: Elaboración propia (2025).

5.2.1 Procedimientos administrativos de queja

Los procedimientos administrativos constituyen una de las opciones más inmediatas para exigir responsabilidad en casos de violencia obstétrica. Estos se realizan mediante la presentación de quejas ante los órganos internos de control o contralorías de las propias instituciones de salud. Su objetivo es establecer responsabilidades administrativas por actos u omisiones en el servicio, constituyendo el primer nivel de respuesta institucional frente a posibles vulneraciones de derechos en el ámbito de la salud. No obstante, el diseño y funcionamiento de estos mecanismos presentan diversas limitaciones, debido a la falta de homogeneidad en los procedimientos de queja entre distintas instituciones generan procesos desiguales y poco claros.

A ello se suma el conflicto de interés que implica que las quejas sean resueltas dentro las mismas estructuras institucionales denunciadas, lo cual compromete la imparcialidad y obstaculiza su efectividad. Además, estos procedimientos solo son aplicables al personal de salud adscrito a instituciones públicas y, conforme a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, las sanciones impuestas (como amonestaciones, suspensiones o inhabilitaciones) resultan limitadas frente a la magnitud de las violaciones denunciadas. Por otro lado, con base en la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, las víctimas pueden reclamar indemnizaciones por daños derivados de actos administrativos irregulares; es necesario señalar que esta vía no contempla una reparación integral ni aborda los elementos estructurales que perpetúan la violencia obstétrica al enfocarse solo en las faltas administrativas (GIRE, 2021).

5.2.2 Mecanismos de conciliación y arbitraje médico

Otra ruta institucional son los mecanismos de conciliación y arbitraje médico, ofrecidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y sus equivalentes estatales. Estas instancias buscan resolver controversias entre usuarias y prestadores de servicios de salud mediante alternativas extrajudiciales más ágiles que los procedimientos formales. Si bien pueden representar una opción más rápida para obtener indemnizaciones económicas, su enfoque se limita a evaluar la actuación individual del personal médico y, al igual que ocurre en los procedimientos administrativos y de igual manera en la mayoría de los casos no se

abordan las fallas estructurales que originan la violencia obstétrica ni se establecen garantías de no repetición (GIRE, 2021).

5.2.3 Acciones penales en casos de violencia obstétrica

La vía penal representa otra alternativa para el acceso a la justicia en casos de violencia obstétrica; no obstante, la judicialización penal individual suele ser ineficaz para enfrentar las causas estructurales de fondo que existen en la violencia obstétrica (como la falta de recursos materiales y/o de personal de salud calificado). Sin embargo, como se señaló en el marco teórico, existen situaciones graves como la esterilización forzada, la tortura o las lesiones en las cuales el derecho penal constituye una herramienta importante para la obtención de justicia. En este sentido, a nivel federal, el Código Penal Federal contempla delitos relacionados con la responsabilidad médica, previendo no solo sanciones penales, sino también la suspensión o inhabilitación profesional de quienes resulten responsables (GIRE, 2021).

5.2.4 Comisiones de derechos humanos

Dentro de los mecanismos disponibles para exigir el respeto a los derechos humanos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y las comisiones estatales que cumplen una función clave como organismos autónomos encargados de proteger y promover los derechos fundamentales.

La CNDH tiene su base legal en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece su independencia de gestión y autonomía presupuestaria, elementos esenciales para asegurar que su actuación sea imparcial y libre de presiones externas. Entre sus principales tareas se encuentran recibir quejas por posibles violaciones a los derechos humanos, investigar actos u omisiones de autoridades administrativas federales, emitir recomendaciones públicas no vinculantes y fomentar procesos de conciliación entre las víctimas y las autoridades señaladas como responsables. Además, la CNDH tiene la facultad de proponer reformas a las leyes, impulsar la enseñanza y difusión de los derechos humanos y, cuando sea necesario, presentar acciones de inconstitucionalidad ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación en caso de leyes o

tratados que contravengan el marco nacional de protección a los derechos humanos (CNDH, 2024).

Las recomendaciones son uno de los principales instrumentos de actuación de la CNDH, a través de ellas, se determina si existió una violación a los derechos humanos y se proponen a la autoridad responsable medidas para reparar el daño y prevenir que situaciones similares se repitan. Aunque estas recomendaciones tienen un peso público relevante, no son vinculantes, lo que significa que no obligan legalmente a las autoridades a cumplirlas, ya que la CNDH no forma parte del poder judicial ni posee facultades para imponer sanciones. En este contexto, su efectividad enfrenta limitaciones importantes, dado que su cumplimiento depende en gran medida de la voluntad política de las autoridades involucradas, lo que puede derivar en escenarios de impunidad o en respuestas meramente formales (GIRE, 2021).

No obstante, constituyen una herramienta fundamental para visibilizar violaciones graves a derechos humanos. Además, tras la reforma constitucional de 2011, su impacto se fortaleció al facultar a la CNDH para solicitar la comparecencia ante el Congreso de los titulares de las autoridades que se nieguen a aceptar o cumplir una recomendación. Así que una vez emitida, la autoridad a quien se dirige debe manifestar si acepta la recomendación y, en su caso, presentar las pruebas que acrediten su cumplimiento. Si opta por rechazarla, debe justificar debidamente su decisión ante la Comisión (CNDH, 2024).

En el caso de la violencia obstétrica fue visibilizada a través de la Recomendación General 31/2017, emitida en julio de 2017, este documento marcó un momento importante en el reconocimiento de las condiciones de vulnerabilidad que enfrentan las mujeres durante la atención obstétrica en el sector público, en su contenido se identifican prácticas de violencia obstétrica y a su vez señalan los obstáculos estructurales que limitan el acceso efectivo al derecho a la salud. Entre las principales problemáticas señaladas en la Recomendación se encuentran la negligencia médica, el abandono de pacientes, los trámites administrativos deficientes y la falta de suministro oportuno de medicamentos y servicios básicos (CNDH, 2017). Pese a ello, a pesar de los avances que representa esta Recomendación, uno de los aspectos críticos es la falta de mecanismos concretos para dar seguimiento a su implementación y evaluar el impacto real de las medidas sugeridas (Gire, 2021).

El recorrido hasta aquí expuesto permite advertir que, aunque el orden jurídico mexicano contempla diversas vías —civiles, penales y administrativas— para reclamar frente a la

violencia obstétrica, estas opciones no siempre aseguran mecanismos para trabajar la estructura del Sistema Nacional de Salud para evitar la repetición y la naturalización de la misma. Desde esta perspectiva, fortalecer los mecanismos de exigibilidad ante los organismos públicos de derechos humanos se vuelve esencial para impulsar cambios reales en las instituciones de salud y construir un modelo de atención obstétrica que respete plenamente la dignidad, la autonomía y los derechos de las mujeres.

5.3 Caracterización de las recomendaciones de la CNDH en materia de violencia obstétrica

En este apartado, se ofrece una caracterización sistemática de las recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) en relación con violencia obstétrica. La información se analiza desde distintos ejes que permiten delinear un primer bosquejo general de las dimensiones reconocidas de esta forma de violencia en las recomendaciones emitidas entre 2020 y junio de 2024, con un total de 66 casos documentados.

El análisis comienza con un recorrido por la evolución temporal en la emisión y resolución de las recomendaciones, para luego adentrarse en la identificación de las instituciones responsables y los niveles de atención médica involucrados en los hechos. Posteriormente, se abordan las principales condiciones clínicas de los eventos obstétricos, poniendo especial atención en el tipo de parto, las semanas de gestación y las consecuencias de los hechos violatorios, lo anterior tiene el objetivo de visibilizar las desigualdades estructurales que atraviesan estas experiencias, se examina también información sobre quienes impulsaron las quejas. Finalmente, se caracteriza la forma en que la CNDH ha reconocido los derechos humanos afectados, atendiendo a su concurrencia e interdependencia.

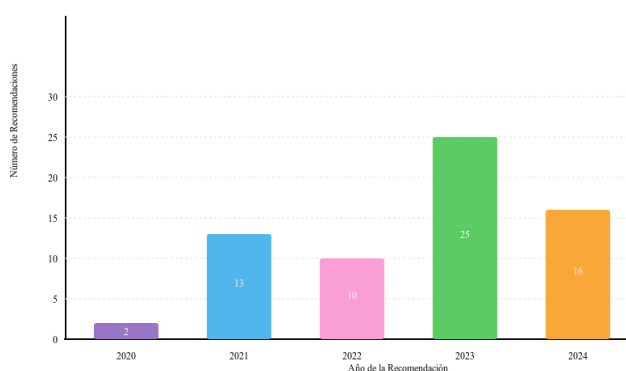
Es importante señalar que en este primer bosquejo se trabaja exclusivamente con la información explícita contenida en las recomendaciones. No obstante, en el siguiente apartado se profundizará el análisis más allá de lo nombrado formalmente, recuperando aquellos elementos que emergen de los casos pero que no son plenamente reconocidos por la CNDH, como lo son algunas modalidades de violencia obstétrica que permanecen invisibilizadas o minimizadas, particularmente aquellas relacionadas con las dimensiones afectivas de la atención obstétrica.

5.3.1 Panorama general de las recomendaciones

La evolución anual en la emisión de recomendaciones por violencia obstétrica muestra un crecimiento notable en el periodo comprendido entre 2020 y junio de 2024. En 2020, se emitieron únicamente dos recomendaciones, cifra que aumentó a 13 en 2021 y luego se estabilizó ligeramente en 2022 con diez recomendaciones (Gráfica 13). El pico más alto se observa en 2023, con un total de 25 recomendaciones, seguido por 16 recomendaciones en la primera mitad de 2024. Este comportamiento refleja una tendencia general a la alza, que puede interpretarse desde distintas dimensiones. Por un lado, el incremento progresivo podría estar vinculado con una mayor visibilización del problema y con el fortalecimiento de procesos de denuncia y exigibilidad de derechos. Sin embargo, este aumento también puede señalar una continuidad —e incluso un agravamiento— de las condiciones estructurales dentro del Sistema Nacional de Salud que naturaliza estas violencias.

Es relevante subrayar que el número de recomendaciones no representa la totalidad de casos de violencia obstétrica ocurridos, sino solo aquellos que fueron formalmente denunciados, documentados, investigados y finalmente reconocidos como violaciones a derechos humanos por la CNDH. En este sentido la baja cifra de 2020 puede explicarse parcialmente por los efectos de la pandemia por COVID-19, tanto por las restricciones en la movilidad y en el acceso a servicios de salud, como por las dificultades para presentar quejas y dar seguimiento a los procedimientos administrativos. No obstante, los efectos acumulados de la emergencia sanitaria sobre el sistema de salud podrían haber influido en el incremento de casos en los años posteriores, especialmente en 2023, cuando se alcanza el mayor número de recomendaciones del periodo.

Gráfica 12. Número de recomendaciones por año



Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH.

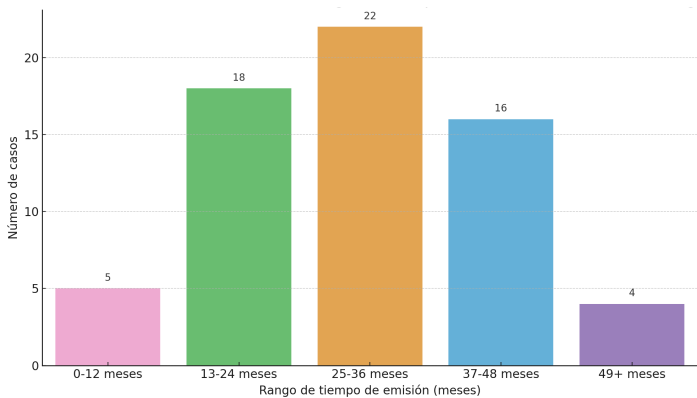
Además de observar un aumento sostenido en el número de recomendaciones emitidas entre 2020 y 2024, es fundamental considerar el desfase temporal entre la ocurrencia de las violaciones y el inicio formal del procedimiento de queja, en el análisis de los 66 casos se revela que el tiempo promedio transcurrido entre la fecha en que ocurrió la violencia obstétrica y la fecha de presentación de la queja es de aproximadamente 197 días, es decir, más de seis meses. Sin embargo, este promedio oculta importantes desigualdades, ya que en algunos casos, la queja fue presentada el mismo día del evento, mientras que en otros, las víctimas tardaron hasta casi cinco años (4.86 años) en iniciar el proceso ante la CNDH, lo cual en muchas ocasiones se puede deber a barreras en la accesibilidad, así como a las consecuencias emocionales y psicosociales por la violación.

Una vez interpuesta la queja hasta su resolución los datos señalan que los procedimientos dentro de la CNDH suelen extenderse durante largos periodos de tiempo. La gráfica 14 refleja el rango de tiempo entre la recepción de la queja y la emisión de la recomendación, se evidencia que solo cinco casos (de un total de 66) se resolvieron en un lapso inferior a 12 meses. Por el contrario, la mayoría de los casos (22) se resolvió entre los 25 y 36 meses, seguida por 18 casos en el rango de 13 a 24 meses y 16 casos más en un periodo de 37 a 48 meses. Incluso cuatro casos superaron los 49 meses de espera. Este panorama refuerza la constatación de que, en la práctica, el procedimiento ante la CNDH dista mucho de ser una

vía de reparación pronta y efectiva, puesto que hablamos de una dilación que no solo representa una omisión en los deberes del Estado, sino que puede convertirse en una forma de revictimización. Así mientras las víctimas esperan una resolución institucional, deben enfrentar las consecuencias físicas, emocionales y sociales de la violencia obstétrica sufrida, lo cual en muchos casos implican gastos prolongados en atención médica y psicológica, así como costos invisibilizados como la pérdida de ingresos, la interrupción de proyectos personales o laborales, o la reorganización familiar forzada para afrontar las secuelas del daño.

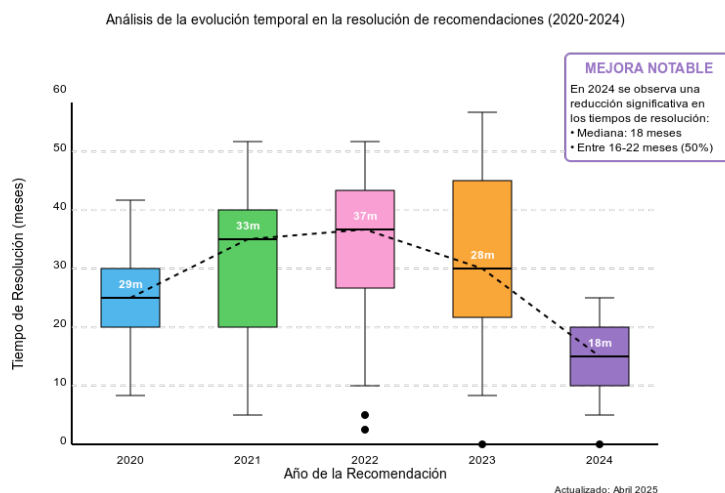
Por ello, también es necesario resaltar que los datos sobre las recomendaciones muestran que, hasta 2023, los tiempos de resolución se mantenían con una mediana de entre 28 y 37 meses, es decir, entre dos y más de tres años de espera para obtener una resolución (Gráfica 15). Sin embargo, en 2024 se observa una mejora notable, la mediana del tiempo de resolución se redujo a 18 meses, y el 50 % de las recomendaciones emitidas ese año fue resuelta en un rango de 16 a 22 meses. Este descenso representa un cambio significativo en el desempeño institucional.

Gráfica 13. Distribución de las recomendaciones según el tiempo de emisión clasificado por rangos



Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH.

Gráfica 14. Análisis de la evolución en la resolución de las recomendaciones



Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH.

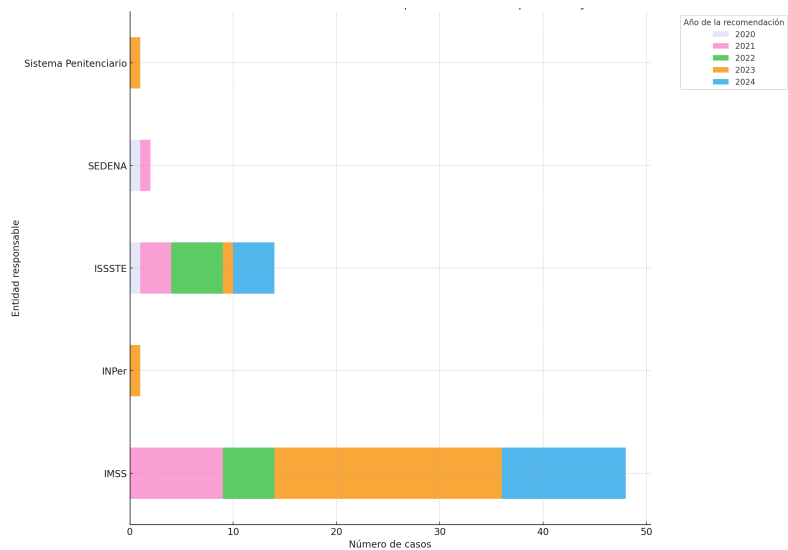
En suma, las recomendaciones emitidas por año no solo reflejan la incidencia de la violencia obstétrica, sino también los múltiples silenciamientos que median entre el hecho, la denuncia y su eventual reconocimiento oficial. El análisis articulado de estas tres dimensiones —la emisión de recomendaciones, el desfase entre la violencia y la queja, y el tiempo de resolución— permite visibilizar una ruta institucional marcada por la dilación, que lejos de ofrecer reparación inmediata, termina prolongando el sufrimiento, la incertidumbre y la impunidad.

5.3.2 Instituciones responsables y niveles de atención

Del análisis de las recomendaciones emitidas por la CNDH en relación con violencia obstétrica se revela un panorama concentrado en ciertas instituciones del sistema nacional de salud. De acuerdo con la distribución general por institución responsable, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) destaca al concentrar el 67.2% del total de recomendaciones. Le sigue el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con un 20.9%, el IMSS Bienestar representa el 6%, mientras que otras instituciones como el Sistema Penitenciario, SEDENA e INPer representan porcentajes entre 1.5% y 3%.

Este patrón se mantiene consistente a lo largo de los años, como lo muestra la gráfica 16, donde se observa que el IMSS ha sido la institución con más recomendaciones en todos los años analizados (2020 a 2024), con un repunte particularmente alto en 2023. Esta recurrencia institucional sugiere que los problemas no son casos aislados ni atribuibles únicamente a fallas individuales o administrativas, sino que reflejan fallas estructurales persistentes en la atención médica brindada por esta institución en lo relativo a la salud sexual y reproductiva. Cabe destacar, además, que en ninguno de los 66 casos se emitieron recomendaciones dirigidas a los servicios de salud estatales ni a prestadores privados, esta ausencia puede interpretarse tanto como una limitación en los mecanismos de queja disponibles en esos contextos, como una expresión de la centralidad que tienen ciertas instituciones federales. Por ello, esta concentración sugiere la necesidad de un análisis territorial más detallado, que permita comprender cómo se distribuyen las quejas y recomendaciones a lo largo del país.

Gráfica 15. Análisis de la evolución en la resolución de las recomendaciones



Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH.

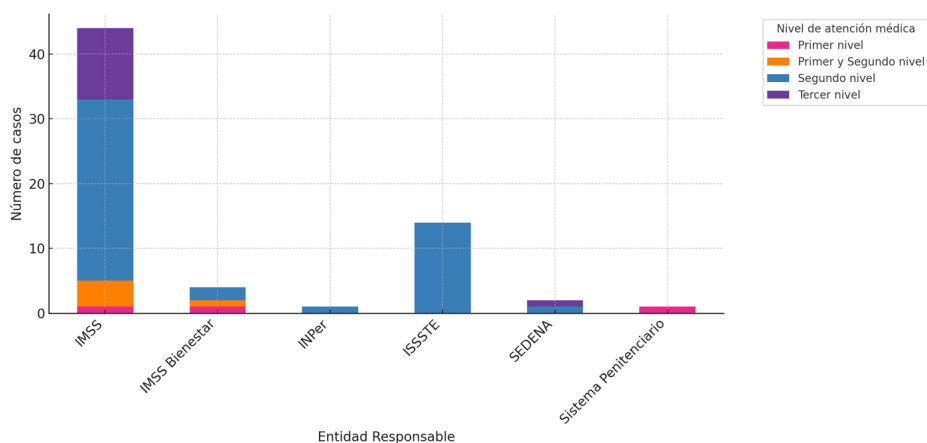
En relación con el nivel de atención médica en que ocurrieron las violaciones, la mayoría de las recomendaciones corresponde a eventos sucedidos en el segundo nivel de atención, con

un incremento sostenido entre 2021 y 2023. Aunque también se identifican casos en el primer y tercer nivel, e incluso algunos en los que se combinan niveles, el predominio del segundo nivel (que incluye hospitales generales con especialidad gineco obstétrica) sugiere que las prácticas violentas se reproducen en espacios donde se esperaría mayor capacidad técnica, especialización y supervisión. Este hallazgo se relaciona con lo que han señalado otras autoras (Argüello, 2017; Freedman & Kruk, 2014; Freyermuth & Sesia, 2013; Sesia, 2013) respecto a la sobresaturación del segundo nivel de atención, producto de políticas de salud implementadas desde inicios de los años dos mil. Dichas políticas han promovido una concepción del parto como evento patológico y medicalizable, lo que ha contribuido a concentrar la atención obstétrica hospitalaria en el segundo nivel; esta saturación se traduce en infraestructura insuficiente, condiciones laborales adversas y prácticas institucionales que tienden a despersonalizar la atención, factores que inciden directamente en la reproducción de violencia obstétrica.

Además, en algunos casos documentados, se observa que la atención es dilatada innecesariamente en el segundo nivel, sin que se realicen las transferencias oportunas al tercer nivel cuando las condiciones clínicas lo ameritan, lo cual no solo agrava los riesgos médicos, sino que también constituye una forma de negligencia institucional con efectos graves sobre los derechos de las mujeres. Este patrón se profundiza al cruzar la variable de nivel de atención con la institución responsable (Gráfica 17). El IMSS concentra casos en todos los niveles, pero particularmente en el segundo, lo cual refuerza la hipótesis de que los problemas están arraigados en la cultura institucional de atención médica y no únicamente en recursos materiales o formación profesional individual. El ISSSTE, por su parte, también acumula casos principalmente en el segundo nivel.

La distribución institucional de las recomendaciones permite observar cómo se entrelazan los problemas estructurales del sistema de salud pública con las formas de violencia obstétrica: la concentración de casos en ciertas instituciones y niveles, la ausencia de recomendaciones para servicios estatales y privados, y la persistencia de estas prácticas a lo largo del tiempo, evidencian un entorno institucional en el que la violencia obstétrica no solo ocurre, sino que se reproduce como parte de un modelo de atención hegemónico, tecnocrático y deshumanizante.

Gráfica 16. Análisis de la evolución en la resolución de las recomendaciones

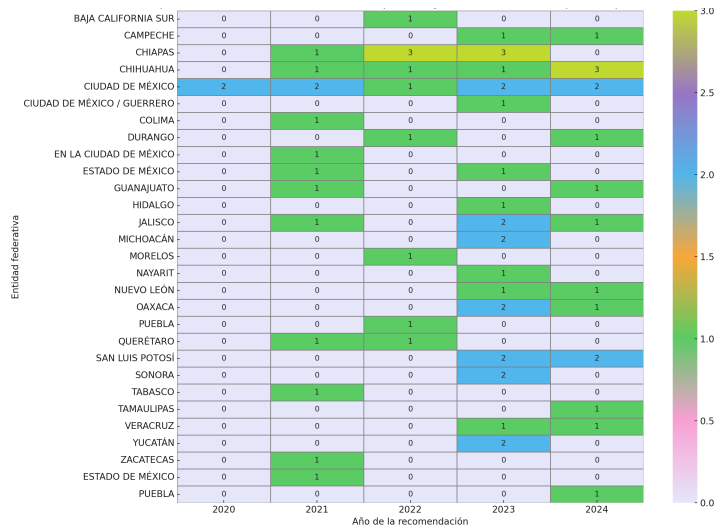


Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH.

El análisis territorial de las recomendaciones revela una concentración significativa importante en ciertas entidades federativas, lo que permite observar cómo se territorializa la violencia obstétrica y su reconocimiento institucional. La gráfica 18 muestra que entidades como Ciudad de México, Estado de México, Veracruz, Puebla, Guanajuato y Jalisco presentan un mayor número de recomendaciones acumuladas entre 2020 y 2024. En contraste, hay estados con nula o escasa presencia en los registros, como Tlaxcala, Durango, Aguascalientes o Quintana Roo.

Esta concentración no necesariamente refleja una mayor ocurrencia de violencia obstétrica en dichas entidades, sino que puede estar vinculada a factores estructurales asociados con la visibilización, la capacidad organizativa para denunciar y el acceso a mecanismos institucionales. En este sentido, es relevante considerar que la mayoría de las recomendaciones van dirigidas a instituciones federales como el IMSS o el ISSSTE, cuyas sedes principales de atención (y de recepción de quejas) se encuentran en zonas urbanas densamente pobladas como la Ciudad de México y el Estado de México, lo cual nos habla de un acceso diferenciado a derechos.

Gráfica 17. Recomendaciones por entidad federativa



Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH.

Así, el patrón institucional y territorial expuesto hasta ahora podría estar indicando una centralización de los procesos de denuncia y documentación, más que una distribución equitativa de los mecanismos de acceso a una atención de calidad y libre de violencia. Es posible que en aquellas entidades con menor número de recomendaciones existan subregistros significativos, resultado de barreras geográficas, culturales, lingüísticas o del temor a represalias, especialmente entre poblaciones indígenas, rurales o en condiciones de mayor vulnerabilidad. Por tanto, la lectura de las recomendaciones no debe limitarse a una interpretación cuantitativa, sino que debe abrir paso a una reflexión crítica sobre las desigualdades territoriales en el ejercicio del derecho a la salud y en el acceso a mecanismos de denuncia, protección y reparación. La ausencia de recomendaciones en algunas entidades o instituciones no refleja necesariamente que no ocurra violencia obstétrica, sino que probablemente esta se encuentra más profundamente silenciada y desatendida.

5.3.3 Características clínicas del evento obstétrico

El análisis de las recomendaciones revela un panorama alarmante respecto a las consecuencias clínicas derivadas de la violencia obstétrica. Lejos de tratarse de eventos aislados o menores, los casos documentados evidencian graves violaciones a los derechos humanos de mujeres, personas gestantes, recién nacidas, así como de sus parejas y familiares. En cuanto a las semanas de gestación al momento del evento (gráfica 19), la mayoría de los casos se concentra entre las 38 y 40 semanas, es decir, en embarazos a término. Esto sugiere que las formas de violencia obstétrica que logran ser reconocidas institucionalmente son, en su mayoría, aquellas ocurridas durante el trabajo de parto o en el postparto inmediato. Esta focalización responde, en parte, a que en estos contextos las consecuencias tienden a ser más visibles o palpables (muerte materna, muerte perinatal o secuelas neonatales graves). Sin embargo, esta delimitación supone un riesgo analítico.

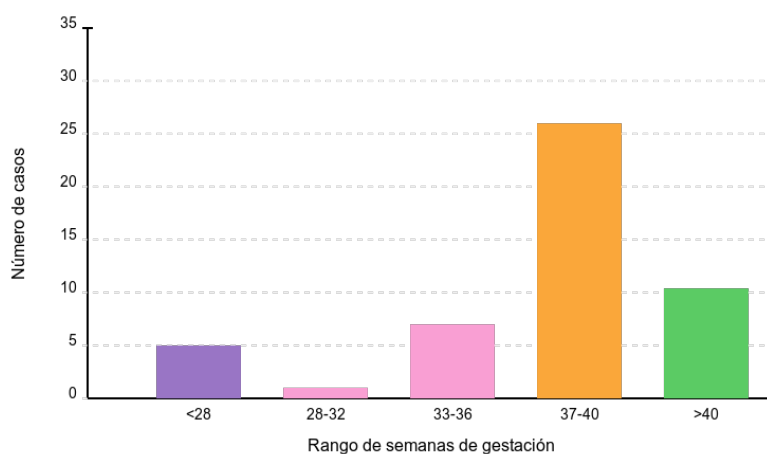
Reducir la violencia obstétrica únicamente al momento del parto restringe no solo su abordaje integral, sino también el reconocimiento simbólico y emocional de otras violencias vividas en el transcurso del proceso reproductivo. Así, se normalizan e invisibilizan las condiciones bajo las cuales las instituciones de salud garantizan (o niegan) el derecho a la salud reproductiva. Las recomendaciones analizadas documentan de forma muy limitada (cuando no ausente) las violencias que ocurren durante el control prenatal, el posparto o en contextos de aborto. Esta omisión no solo impide una comprensión estructural del fenómeno, sino que también restringe las posibilidades de justicia y por ende de reparación.

¿Qué ocurre con quienes fueron desoídas, infantilizadas o culpabilizadas en una consulta prenatal o durante la atención de un aborto? ¿Qué tipo de dolor queda fuera del lenguaje institucional y, por ende, del marco de protección de derechos? Esta exclusión epistémica y afectiva reproduce formas de silenciamiento que operan como filtros normativos sobre lo que puede (o no) ser reconocido, denunciado y exigido como una violación a los derechos humanos. Pero también evidencia quiénes pueden enunciar ese dolor y qué cuerpos maternos son considerados válidos para exigir no ser violentados: el de la madre hegemónica, adulta, heterosexual, sin discapacidad, dispuesta a maternar. No así el de una niña o adolescente, una mujer con discapacidad o el de una mujer que decide no ser madre. ¿Quién puede ser, entonces, reconocida como víctima de violencia obstétrica? ¿Y quién queda fuera incluso del derecho al reconocimiento de su dolor?

Retomando lo que plantea Ribeiro (2023), la posibilidad misma de nombrar una experiencia como violenta está mediada por una epistemología dominante. En este sentido, las recomendaciones se encuentran atravesadas por una articulación entre el saber médico hegemónico y el discurso jurídico, que definen (y limitan) qué violaciones merecen reparación y qué dolores son considerados legítimos. Esto no significa que otros cuerpos maternos no denuncien o nombren lo vivido como violencia; significa, más bien, que sus relatos no encuentran eco ni reconocimiento dentro del lenguaje institucional.

Así, los derechos humanos vuelven a universalizarse bajo una noción genérica y abstracta de “mujer”, borrando las experiencias específicas de quienes habitan cuerpos racializados, empobrecidos, con discapacidad o que deciden no maternar. Su dolor queda fuera del campo de lo reconocido y, por ende, fuera del marco de reparación. No hay dolores “chiquitos”, solo jerarquías impuestas que configuran qué vidas importan y cuáles son sistemáticamente descartadas.

Gráfica 18 Rango de semanas de gestación al vivir la violación



Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH.

Dentro de las consecuencias clínicas documentadas, la muerte perinatal se presenta como la más frecuente, representando el 53.4 % del total de casos analizados (39 de 73 consecuencias

registradas). Esta situación constituye una violación directa al derecho a la vida, afectando tanto a las personas recién nacidas como al proyecto de vida de las mujeres. La mayoría de estas muertes ocurrieron en instituciones de segundo nivel de atención, lo que pone en evidencia fallas graves en el monitoreo fetal, la atención oportuna y la toma de decisiones clínicas, precisamente en espacios donde se esperaría una respuesta institucional adecuada, especializada y respetuosa de los derechos humanos. Además, las entidades con mayor número de recomendaciones por muerte perinatal son: en primer lugar, Ciudad de México y Chihuahua (seis casos cada una); en segundo lugar, San Luis Potosí y Chiapas (cuatro casos cada una); y en tercer lugar, Veracruz (dos casos).

Más allá de las cifras, es fundamental reconocer el trasfondo afectivo que acompaña la pérdida perinatal, ya sea por aborto espontáneo, embarazo ectópico, muerte fetal o neonatal. Estas experiencias no solo implican la pérdida física del embarazo, sino que movilizan múltiples dimensiones emocionales, simbólicas y sociales. Como señala De Gracia de Gregorio (2023), el duelo perinatal “comprende muchas pérdidas, entre las que se incluyen la pérdida del embarazo, la pérdida de esperanzas y sueños futuros, la pérdida de la autoestima, la pérdida de la función parental prevista” (Gregorio, 2023, p. 153).

Este tipo de duelo adquiere características particulares cuando está precedido por una cadena de omisiones institucionales que se inicia desde el control prenatal (por ejemplo, la ausencia de pruebas para detectar anomalías congénitas o cribados para infecciones), como se ha documentado en diversas recomendaciones. Además, el impacto emocional no se limita al momento en que las mujeres reciben la noticia de la muerte del bebé que esperaban durante semanas o meses; por el contrario, se intensifica y se entrelaza con el contexto en que ocurre la pérdida, especialmente cuando este está marcado por la desatención, la falta de información y el trato negligente del personal de salud.

En estos contextos, la experiencia de pérdida se ve agravada por un entorno institucional que restringe la autonomía de las mujeres. Como advierten Goberna-Tricas y colaboradores, “la autonomía de las mujeres queda subordinada a modelos de atención atravesados por lógicas paternalistas, benéficas y patriarcales, que minimizan su capacidad de decisión y su voz en contextos de emergencia obstétrica” (Goberna-Tricas et al., 2024, p. 10). La centralidad otorgada al parto y al nacimiento como los únicos eventos significativos dentro de la atención obstétrica ha contribuido a invisibilizar otras experiencias reproductivas, como las pérdidas

perinatales, que a menudo son abordadas de forma deshumanizada y, por tanto, violenta. Esta falta de reconocimiento institucional se vincula con lo que De Gracia de Gregorio (2023) conceptualiza como “duelo desautorizado”: una forma de pérdida a la que se le niega valor simbólico y legitimidad social, al no ofrecerse acompañamiento ni validación del sufrimiento que implica (Gregorio, 2023).

Se trata de una lógica biomédica que concibe las pérdidas perinatales como eventos “naturales” o clínicamente inevitables, omitiendo la necesidad de un abordaje afectivo y reduciendo la respuesta institucional a la ejecución de procedimientos técnicos y estandarizados. Desde esta mirada tecnocrática, el dolor emocional es desestimado y las pérdidas se tornan invisibles, esta dinámica implica una cadena de acciones y omisiones que abarca desde la manera en que se comunican las noticias, el respeto (o no) al proceso de duelo y el trato a los restos mortuorios, hasta los apoyos materiales y emocionales que se brindan (o se niegan) a madres, padres y personas gestantes en momentos profundamente vulnerables (Boladeras-Cucurella, 2024).

Por ello, la experiencia de pérdida no se limita al evento clínico en sí, sino que se prolonga en el tiempo, atravesando distintas etapas. Las mujeres suelen ser ignoradas no solo durante la emergencia obstétrica (al reportan la ausencia de movimientos fetales o un dolor intenso durante los abortos inducidos), sino también en el periodo posterior: cuando deben suspender la producción de leche sin recibir orientación adecuada, enfrentar la entrega (o la falta de entrega) del cuerpo, o cuando son ubicadas en salas de recuperación compartidas con mujeres que acaban de parir. Estos escenarios no solo intensifican el dolor emocional, sino que profundizan la sensación de abandono institucional en un momento de extrema vulnerabilidad.

Si bien algunos hospitales han implementado iniciativas como las “salas mariposa” (espacios destinados a brindar privacidad y acompañamiento ante la pérdida perinatal), en muchos otros la falta de infraestructura se suma a la excesiva protocolización de los procedimientos y a una desconexión afectiva del personal de salud frente al dolor de las mujeres. En este contexto, la desautorización del duelo no solo limita la posibilidad de que las mujeres transiten su proceso en sus propios términos, sino que también constituye una forma de violencia obstétrica que vulnera de manera directa su dignidad.

Negar a las mujeres y personas gestantes una atención cálida, respetuosa e informada frente a la pérdida perinatal no solo constituye una omisión ante sus necesidades emocionales, sino que además actúa como un mecanismo de invalidación del dolor y del sentido de lo vivido. En consecuencia, esta ausencia de reconocimiento institucional no solo rompe la posibilidad de transitar el duelo de manera digna, sino que también afecta la integridad y el proyecto de vida, lo que convierte el acompañamiento en una responsabilidad ética del Estado y de las instituciones de salud, y no en un mero acto de compasión.

Goberna-Tricas et al. (2024) señalan que las éticas del cuidado suponen la responsabilidad de dar respuesta al sufrimiento y a las demandas de la otra persona, subrayando que cuidar no es únicamente una técnica, sino también una disposición política y relacional (Goberna-Tricas et al., 2024, p. 10). Desde esta perspectiva, reconocer el duelo perinatal como una vivencia legítima (que atraviesa el cuerpo, los vínculos, la subjetividad y el proyecto de vida) es fundamental para garantizar una atención digna. No obstante, en México la ausencia de un marco normativo que lo reconozca limita su registro institucional y su validación legal, afectiva y social, lo que contribuye a perpetuar el estigma y el silencio en torno a esta experiencia.⁶ Superar esta omisión implica avanzar hacia modelos de atención que dignifiquen el cuidado.

Al igual que en los casos de muerte perinatal, la morbilidad materna (con diez registros, equivalentes al 14.9 % del total de consecuencias analizadas) agrupa afectaciones graves a la salud que, aunque no derivaron en el fallecimiento de las mujeres, representaron un riesgo significativo de muerte materna prevenible (Argüello, 2017). Estos eventos ocurrieron principalmente en unidades de segundo y tercer nivel de atención, donde existen protocolos específicos para emergencias obstétricas, como el Código Mater. Sin embargo, su

⁶ En contraste, en octubre de 2023, Argentina aprobó la Ley de procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal. Esta normativa establece una serie de derechos orientados a garantizar un acompañamiento digno, humano y culturalmente pertinente durante estas experiencias, entre ellos: recibir información clara y suficiente sobre las intervenciones médicas disponibles; decidir libre e informadamente; acceder a un trato respetuoso y personalizado; tomar contacto con el cuerpo sin vida del bebé con acompañamiento psicológico si así se desea; designar o no a una persona acompañante; conocer las causas del fallecimiento y solicitar estudios como autopsia o asesoría genética; ser internadas en espacios adecuados que garanticen privacidad; recibir orientación sobre lactancia, inhibición o donación de leche; y contar con atención médica y psicológica especializada en salud mental perinatal. Además, prohíbe someter a las personas gestantes a procedimientos con fines de investigación sin su consentimiento informado, por escrito y bajo protocolos éticos aprobados Ley N.º 27.732, publicada en el Boletín Oficial el 12 de octubre de 2023.

persistencia evidencia que dichos lineamientos son, en muchos casos, ignorados o aplicados de forma inadecuada.

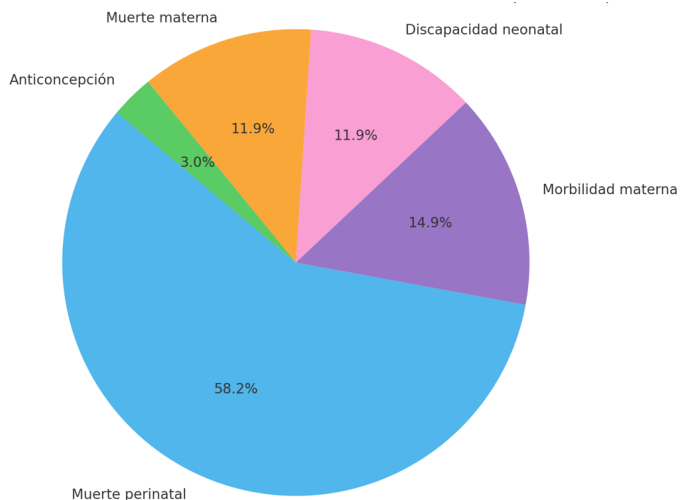
La brecha entre la existencia de protocolos y su aplicación efectiva responde a un régimen institucional caracterizado por múltiples deficiencias: desconocimiento de los procedimientos por parte del personal, falta de insumos y recursos humanos, sobrecarga laboral, ausencia de supervisión (especialmente en el trabajo de pasantes de medicina y enfermería) y prácticas de discriminación estructural basadas en marcadores corporales como raza, etnia, estatus migratorio o edad. Así, incluso cuando las mujeres acceden a los servicios de salud, su vida puede continuar en riesgo debido a un acceso diferenciado y la desigualdad en a la atención.

En este sentido, tanto la muerte materna como el riesgo de ella “se ha convertido en un indicador para evaluar el acceso, la aceptabilidad, disponibilidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud ante complicaciones maternas, sino también en una guía para identificar rezagos en la autonomía y el valor que la sociedad le da a las mujeres” (Freyermuth, 2017, p. xiii) . Por ello, el análisis de estos casos dentro de las recomendaciones evidencia que estrategias como el Código Mater tienden a individualizar y protocolizar la atención, omitiendo que la morbilidad y la mortalidad materna están profundamente vinculadas con factores estructurales de desigualdad. Esta relación se observa también en su distribución geográfica: la mayoría de los casos se concentraron en la Ciudad de México (dos casos) y, con un caso cada una, en entidades como Estado de México, Querétaro, Chiapas, San Luis Potosí y Campeche; demostrando que no se trata de un fenómeno aislado ni exclusivo de contextos con menor infraestructura hospitalaria, pues también aparece en estados con una alta concentración de instituciones de salud, lo que evidencia la compleja intersección entre desigualdades estructurales y acceso efectivo a la atención.

Reconocer estas dimensiones implica situar el problema en su estrecha relación con la justicia social y el desarrollo económico, más allá del funcionamiento técnico de los protocolos de atención. Como advierte Argüello (2017), “se requiere no solo cambiar la disponibilidad y calidad de los servicios o su accesibilidad y adecuación cultural, sino también las condiciones estructurales y las políticas estatales que sustentan un orden social y económico injusto” (Argüello, 2017, p. 44). Atender la morbilidad materna desde esta perspectiva supone, en última instancia, una exigencia de justicia reproductiva, entendida como el derecho de todas

las mujeres y personas gestantes a vivir y ejercer la maternidad (o a decidir no ejercerla) en condiciones de dignidad, igualdad y libres de violencias.

Gráfica 19. Consecuencias documentadas de la violencia obstétrica



Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH.

Dentro de las consecuencias, la discapacidad neonatal se registró en ocho recomendaciones, lo que representa el 11.9 % del total de consecuencias clínicas documentadas. Estas discapacidades se relacionan con omisiones, negligencias o prácticas violentas, como el uso indebido de fórceps, durante la atención obstétrica. Tales prácticas no solo comprometieron la salud y el bienestar de las personas recién nacidas, sino que también generaron cargas emocionales, económicas y sociales de largo plazo para las familias. Como señalan las recomendaciones, estas afectaciones recaen de manera desproporcionada sobre las mujeres que maternan, ya que incrementan las exigencias del trabajo de cuidado y profundizan las desigualdades que lo atraviesan, generando una sobrecarga múltiple (material, de tiempo, económica y emocional).

Así, las consecuencias de la violencia obstétrica que generan discapacidad neonatal no solo aumentan la carga de cuidados, sino que también la hacen más compleja, pues se trata de necesidades permanentes que suelen extenderse a lo largo de toda la vida. No hablamos

únicamente de apoyos básicos en la infancia, sino de procesos continuos de rehabilitación, atención médica especializada, tratamientos farmacológicos, terapias de estimulación temprana o apoyos escolares diferenciados, que exigen recursos materiales, tiempo sostenido y una disponibilidad emocional constante.

Estas necesidades, al recaer de manera casi exclusiva sobre las mujeres de la familia, convierten el cuidado en una responsabilidad de largo plazo que trasciende la infancia y puede acompañar a la persona con discapacidad a lo largo de toda su vida. Ello muestra cómo la violencia obstétrica se inscribe en un continuum de violencias que se enlaza con una estructura mayor: la organización social de los cuidados como factor central de la desigualdad de género (Batthyány, 2009). En este sentido, las consecuencias trascienden el cuerpo individual y se extienden a la red femenina de parentesco, prolongando la violencia más allá del parto y reforzando la feminización del cuidado.

Ahora bien, para profundizar en este análisis, es necesario partir de una definición de cuidado que lo sitúe como una práctica esencial para la sostenibilidad de la vida, reconociendo que todas las personas necesitamos y brindamos cuidados en distintos momentos de nuestra existencia (Batthyány, 2009). No obstante, cuando se problematiza el cuidado realizado por cuerpos que maternan, emerge con claridad un mandato de género que lo asocia ineludiblemente con la entrega afectiva y con la idea de deber natural. En el caso aquí examinado, dicho mandato se traduce en mecanismos institucionales que individualizan la responsabilidad del cuidado frente a la discapacidad, asignándola casi exclusivamente a las mujeres. Esta lógica se refuerza mediante la producción de culpa institucionalizada y la notoria ausencia de apoyos públicos, traduciendo en un escenario de vulneración estructural. Como advierte Pérez Orozco (2006), en ausencia de políticas públicas que respalden el cuidado, los costos y las cargas se desplazan hacia el ámbito doméstico y femenino, en un proceso de “negación concatenada de derechos” (p. 23) . Por lo tanto, reconocer esta dinámica obliga a replantear el cuidado no como un asunto privado, sino como una cuestión pública y colectiva que exige considerarlo, a la vez, como un bien común y como un derecho humano.

Una lectura del cuidado como derecho humano permite evidenciar la fragilidad del Estado, que al renunciar a su responsabilidad de garantizarlo y relegarlo al ámbito privado, lo feminiza, lo individualiza y lo invisibiliza, reproduciendo así su ejercicio en condiciones de

precarización. En este escenario, lejos de asegurar condiciones dignas de salud o acompañar los procesos de cuidado, el Estado traslada la carga a las mujeres mediante mecanismos de culpabilización, lo que confirma, por un lado, la explotación histórica del trabajo reproductivo señalada por Federici (2013) y, por otro, lo que Segato (2021) denomina una marca colonial, donde la soberanía sobre los cuerpos femeninos funciona como el termómetro de la debilidad estatal.

Por ello, los cuidados constituyen un espacio privilegiado para analizar cómo se configuran y sostienen las desigualdades de género. Tal como explica Pérez Orozco (2006), las situaciones de enfermedad o discapacidad hacen visibles desigualdades sociales atravesadas por la clase, lo que convierte al cuidado en uno de los “nudos críticos” de la desigualdad contemporánea (p. 180) . Esta noción permite entender que el cuidado no es una práctica neutra, sino un espacio atravesado por jerarquías que reproducen la subordinación femenina; de ahí que la violencia obstétrica derive en consecuencias clínicas y emocionales que se traducen en una sobrecarga doméstica y afectiva desproporcionadamente asumida por las mujeres.

Cabe agregar que la reciente Opinión Consultiva 31/2025 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos refuerza esta lectura crítica al reconocer el cuidado como un derecho humano autónomo. La Corte lo definió como “una necesidad básica, ineludible y universal, de la cual depende tanto la existencia de la vida humana como el funcionamiento de la vida en sociedad” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2025, párr. 56) y estableció tres dimensiones inseparables: “el derecho a ser cuidado, el derecho a cuidar y el derecho al autocuidado” (párr. 85). No obstante, también constató que, debido a estereotipos de género, “las labores de cuidado no remuneradas recaen principalmente sobre las mujeres, lo que constituye un obstáculo para el ejercicio de otros derechos fundamentales como la salud, el trabajo, la seguridad social y la educación” (párr. 102).

Pese a esta opinión, la persistente negación del derecho al cuidado y la ausencia de políticas públicas eficaces evidencian la urgencia de reconocerlo como un derecho humano y situarlo en el centro de nuestras realidades. Esta tarea resulta particularmente apremiante en México, donde las desigualdades de género, clase y etnicidad se expresan con especial crudeza en la vida de las mujeres que cuidan.

Entre las consecuencias documentadas, la muerte materna constituye la expresión más extrema de violencia obstétrica, pues implica la pérdida definitiva de la vida frente a fallas que pudieron haberse prevenido. Representa el 11.9 % del total de casos analizados y se registró en hospitales de segundo y tercer nivel, instituciones que cuentan con mayores recursos técnicos y que, por ello, deberían garantizar una atención segura y de calidad. Que estas muertes ocurran en espacios que formalmente tienen capacidad resolutive demuestra que el problema no se reduce a la falta de personal, insumos o capacitación, sino que responde a deficiencias estructurales más profundas del sistema de salud.

Esto nos lleva a preguntarnos quiénes son las mujeres que mueren y en qué condiciones ocurre su muerte. La muerte materna, documentada en las recomendaciones, suele estar precedida por situaciones de abandono institucional: largas horas de espera, malas prácticas médicas o la invisibilización de las mujeres. Estos escenarios no son hechos aislados, forman parte de la cotidianidad de la atención obstétrica y reflejan lo que Didier Fassin denomina políticas de la vida, es decir, “las decisiones institucionales y sociales que ponen en juego qué vidas son dignas de ser vividas y cuáles son administradas diferencialmente” (Fassin, 2007, p. 39)

Fassin distingue estas políticas de la vida de la biopolítica foucaultiana, al señalar que mientras la biopolítica se centra en los dispositivos mediante los cuales los Estados regulan la vida de las poblaciones (por ejemplo, a través de políticas de natalidad), las políticas de la vida muestran un nivel más profundo, la valoración diferencial de la vida misma. En este marco, no se trata únicamente de regular cuerpos o administrar poblaciones, sino de decidir, de manera explícita o implícita, qué vidas merecen protección y en qué condiciones. Este proceso deja al descubierto lo que permanece en los márgenes, ya que, como afirma el autor, “la cuestión de la vida nunca puede pensarse separada de la cuestión de la desigualdad” (Fassin, 2007, p. 41). En otras palabras, las instituciones no se limitan a generar dispositivos que regulan la vida de manera homogénea, pues también seleccionan, distribuyen y jerarquizan la vida en función de marcos sociales.

Si aterrizamos esta discusión a la incidencia de muerte materna en México, esta gestión desigual de la vida se vuelve evidente; así mientras una mujer indígena con preeclampsia puede esperar horas en un hospital rural y, en caso de ser canalizada, enfrentar demoras adicionales para llegar a uno de segundo nivel; una mujer de clase media con el mismo

diagnóstico puede recibir atención inmediata en un hospital privado o acudir de manera directa a un hospital de tercer nivel. Es por ello, que el riesgo de morir no depende únicamente de la gravedad del padecimiento, sino de la posición social de las mujeres y del valor que el Estado asignan a sus vidas. Las muertes maternas prevenibles en hospitales públicos muestran con crudeza que son, sobre todo, las mujeres indígenas, empobrecidas, migrantes o sin derechohabiencia quienes son colocadas en situaciones de vulnerabilidad extrema frente al abandono institucional.

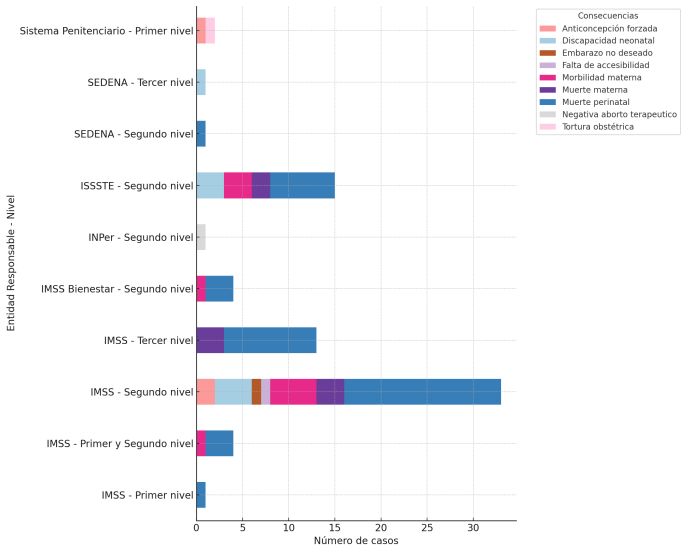
Por ello, la muerte materna no debe entenderse como un error, sino como un hecho social que revela la desigual distribución del valor de la vida; cuando una mujer muere por causas prevenibles en un hospital, el mensaje institucional es claro: su vida ha sido considerada prescindible. Este marco analítico se enlaza con lo que plantea Sayak Valencia (2012) al describir el régimen necropolítico, en el que la vida y la muerte se convierten en recursos administrados y reconfigurados a partir de la precarización económica, la construcción binaria del género y los usos predatorios de los cuerpos, generando un sistema en el que ciertas vidas se vuelven sacrificables. Leída desde esta clave, la muerte materna forma parte de un entramado de violencias estructurales que condicionan tanto el lugar como las formas en que estas muertes ocurren, inscribiéndolas en un orden institucional que las naturaliza y las vuelve inteligibles como parte de un régimen de violencia normalizada.

En síntesis, la muerte materna nos recuerda que no todas las vidas son valoradas de la misma manera y que algunas son tratadas como vidas descartables. Fassin (2007) advierte que estas políticas de la vida suelen operar de manera silenciosa y sin ser nombradas, pero su impacto es evidente al constatar cómo ciertas vidas reciben menos valor y protección que otras, desde esta perspectiva, la muerte materna no puede leerse como un hecho individual, sino como la manifestación de un sistema que organiza jerarquías de vidas. Por otro lado, retomando los aportes de Valencia, es fundamental reconocer que en nuestro país las muertes de mujeres se inscriben en una necropolítica, configurándose como muertes violentas producidas por un orden político y económico que normaliza el despojo de sus vidas (Segato, 2021). En este contexto, las muertes maternas, al entrelazarse con la violencia obstétrica, se inscriben en una lógica necropolítica que redefine de manera constante quién merece vivir y en qué condiciones. Cada muerte prevenible no solo expone las deficiencias del sistema de salud,

sino que constituye la expresión más extrema de un régimen que normaliza la desigualdad y el despojo hacia la vida de las mujeres.

Ahora bien, además de la muerte materna, las recomendaciones también documentan otras formas de violencia que, aunque numéricamente menores, son altamente significativas por su gravedad. Entre ellas se encuentran cuatro casos de anticoncepción forzada, un caso de tortura obstétrica, un embarazo no deseado derivado de una OTB y una negativa al aborto terapéutico, estas expresiones no solo vulneran de manera directa el derecho a la autonomía reproductiva y los principios de dignidad, consentimiento informado y no discriminación, sino que también forman parte de las mismas políticas de la vida que jerarquizan y administran los cuerpos de las mujeres, decidiendo qué proyectos reproductivos se autorizan, cuáles se niegan y bajo qué condiciones. Al igual que la muerte materna, estas consecuencias revelan la materialización de un régimen que naturaliza la desigualdad y el despojo, inscribiendo la vida de las mujeres en un orden institucional que las trata como vidas gestionables y, en muchos casos, descartables.

Gráfica 20. Distribución de Consecuencias por entidad responsable y nivel de atención

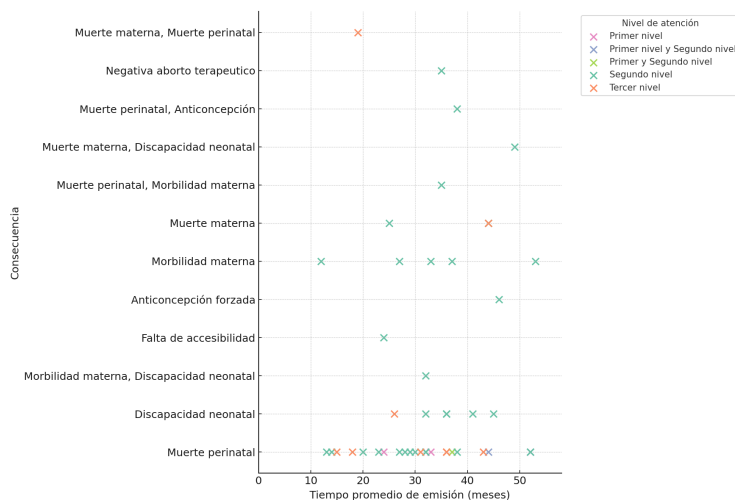


Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH.

Conocer la manera en que se distribuyen las consecuencias clínicas de la violencia obstétrica (muerte materna, muerte perinatal, morbilidad materna, discapacidad neonatal y anticoncepción forzada o no consentida) según la institución responsable y el nivel de atención en que ocurrieron los hechos, permite también revelar patrones importantes sobre la institucionalidad del daño. En relación con la muerte materna, el promedio de tiempo de resolución de las recomendaciones asociadas fue de aproximadamente 53.2 meses, en estos casos, las instituciones responsables fueron principalmente el IMSS, el ISSSTE y el IMSS Bienestar, principalmente en el tercer y segundo nivel de atención. Para los casos de muerte perinatal, que representan la mayoría de las consecuencias clínicas registradas, el promedio de resolución fue de 52.4 meses y estas muertes ocurrieron predominantemente en el segundo nivel de atención y bajo la responsabilidad del IMSS y el ISSSTE.

En cuanto a la morbilidad materna, el tiempo promedio de resolución fue de 41.8 meses, al igual que en los casos anteriores, la mayoría de los eventos se concentraron en instituciones del segundo nivel de atención, particularmente en el IMSS e IMSS Bienestar, lo que sugiere una continuidad institucional del daño y se vuelve más preocupante cuando hablamos de que se trata de modelos diseñados para atender a poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad social además esto refleja que son las instituciones que tienen más derechohabientes pero también las más carentes de recursos adecuados a nivel institucional. Respecto a los casos de discapacidad neonatal, el tiempo promedio de resolución alcanzó los 52.6 meses, un periodo que refleja no solo la tardanza en el reconocimiento de la responsabilidad institucional, sino también la desprotección prolongada de las familias afectadas por secuelas físicas en las personas recién nacidas.

Gráfica 21. Promedio de tiempos de resolución de casos de violencia obstétrica según consecuencia y nivel de atención médica



Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH.

5.3.4 Factores sociales y sujetos involucrados

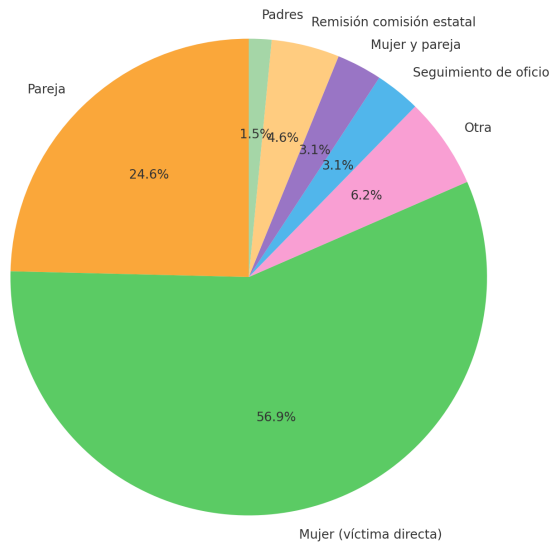
Uno de los principales hallazgos del análisis es la opacidad en la información sociodemográfica que contienen las recomendaciones de la CNDH en casos de violencia obstétrica. La ausencia de datos desagregados impide conocer con claridad quiénes son las mujeres que enfrentan la violencia, cuáles son las modalidades que vivieron y en qué condiciones fueron; en la mayoría de los casos revisados, no se consigna información sobre edad, pertenencia étnica, condición de discapacidad, situación migratoria, orientación sexual o nivel socioeconómico. Tampoco se especifica si la persona era hablante de una lengua indígena, aun cuando algunas recomendaciones aluden a poblaciones indígenas de manera general.

Este vacío no es menor, la falta de registros completos y desagregados representa una barrera estructural para el acceso a la justicia y a la salud, ya que impide identificar patrones de discriminación, exclusión o interseccionalidad en la prestación de los servicios de salud. De los 66 casos analizados, solo uno menciona explícitamente que la mujer era adolescente y

únicamente en algunas recomendaciones se señala si se trataba de mujeres indígenas, aunque sin detallar de manera profunda su lengua o comunidad de pertenencia.

Por otro lado, en relación con el número de hijos /embarazos se documentaron 22 casos con información explícita: de ellos, ocho eran primigestas, ocho mujeres con tres gestas, tres con dos gestas, dos con cuatro gestas y una con cinco gestas. La falta de sistematización sobre estos datos, sin embargo, impide una lectura más profunda sobre la experiencia acumulada en los servicios de salud y su posible vinculación con las formas de violencia recibidas, lo cual también dificulta el poder evaluar la pertinencia de las recomendaciones.

Gráfica 22. Distribución de las personas que promueven la queja



Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH.

Respecto a quiénes promueven las quejas, se encontró que en el 57.6 % de los casos, fueron las propias mujeres quienes interpusieron la queja, lo que resalta su centralidad como sujetas activas frente a la vulneración de sus derechos, esta participación resulta particularmente significativa si se consideran los obstáculos institucionales, culturales y simbólicos que suelen limitar la posibilidad de denunciar —especialmente cuando la violencia proviene de personal médico o de instituciones del Estado. En 24.2 % de los casos, fueron las parejas

quienes promovieron la queja; en 4.5 %, los progenitores; y en otro 6 %, otras personas cercanas a la víctima. Los procedimientos iniciados de oficio representaron apenas el 3 %, y aquellos canalizados a través de remisiones por parte de Comisiones Estatales de Derechos Humanos sumaron 4.5 %.

A lo largo del periodo analizado (2020–2024), la participación directa de las mujeres se mantuvo como una constante en los procesos de denuncia. No obstante, se observaron ligeras variaciones: en 2021 aumentó la participación de parejas y progenitores como promoventes, mientras que en 2022 se registró un mayor número de remisiones por parte de organismos estatales de derechos humanos, a pesar de estos cambios, las denuncias iniciadas de oficio continuaron siendo una práctica marginal, lo que revela una capacidad institucional limitada para identificar y actuar de manera proactiva ante la violencia obstétrica. Esta inacción puede estar relacionada con la insuficiente infraestructura, recursos y mecanismos de vigilancia activa con los que cuenta la CNDH, lo que restringe su capacidad de detección temprana y atención efectiva sin necesidad de denuncia formal por parte de las personas afectadas.

Desde una perspectiva interseccional y derechos humanos, estos resultados no sólo visibilizan quiénes promueven las denuncias, sino también quiénes logran acceder a los mecanismos institucionales de protección. La ausencia de datos desagregados impide conocer si existen barreras adicionales para mujeres con discapacidad, migrantes, adolescentes, indígenas o en situación de pobreza, lo cual dificulta el diseño de políticas públicas que garanticen el acceso real a la salud sexual y reproductiva además el predominio de la denuncia individual refuerza la lectura de la violencia obstétrica como un problema aislado, y no como un fenómeno estructural que requiere acciones institucionales proactivas, vigilancia permanente y sistemas de respuesta eficaces.

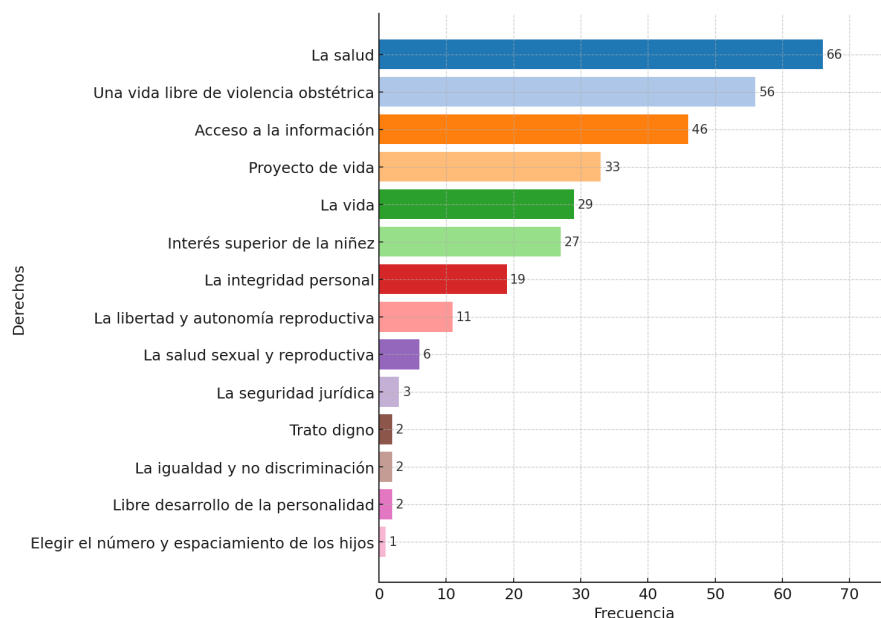
5.3.5 Reconocimiento de derechos humanos

En relación con el estructura interna de las recomendaciones, se puede caracterizar la manera en que se da el reconocimiento de derechos humanos, esto permite observar cómo esta institución enmarca jurídicamente los hechos de violencia obstétrica y qué dimensiones del daño son formalmente identificadas. Lejos de tratarse de una única afectación (reducida, por ejemplo, al acceso a servicios de salud), las recomendaciones intentan construir una lectura jurídica más amplia, que reconozca las múltiples violaciones simultáneas a derechos

humanos que se producen cuando las mujeres encarnan esta forma de violencia. No obstante, es posible identificar la existencia de un patrón repetitivo, casi en formato de “checklist”, sobre los derechos comúnmente reconocidos, debido a que en diversas recomendaciones se observa que la caracterización del daño aparece pegada y copiada, sin detallar de fondo las expresiones específicas de la violencia ni las particularidades del caso. Esto explica, por ejemplo, que en muchas recomendaciones no se incluya el derecho a la autonomía reproductiva —a pesar de su centralidad— ni otros derechos sociales y económicos también afectados en el marco de la violencia obstétrica.

En este contexto, la gráfica 23 muestra con claridad que los derechos más frecuentemente reconocidos como vulnerados son el derecho al trato digno (89 %), el derecho a la salud (85 %) y el derecho a la integridad personal (79 %). Esta tendencia sugiere que la CNDH ha construido una narrativa institucional en la que la violencia obstétrica no se entiende solamente como un problema médico o de acceso a servicios, sino como una forma de maltrato que degrada la dignidad, afecta la integridad física y vulnera el derecho de las mujeres a recibir atención en condiciones humanas y respetuosas. Además de estos derechos centrales, otros también aparecen reconocidos de forma relevante, aunque con menor frecuencia son el derecho al libre desarrollo de la personalidad (53%) y el derecho al proyecto de vida (45%). Estos reconocimientos permiten entrever un intento institucional —todavía limitado— por incorporar el impacto que la violencia obstétrica tiene en las trayectorias personales y las decisiones reproductivas.

Gráfica 23. Frecuencia de reconocimiento de derechos dentro de las recomendaciones de la CNDH



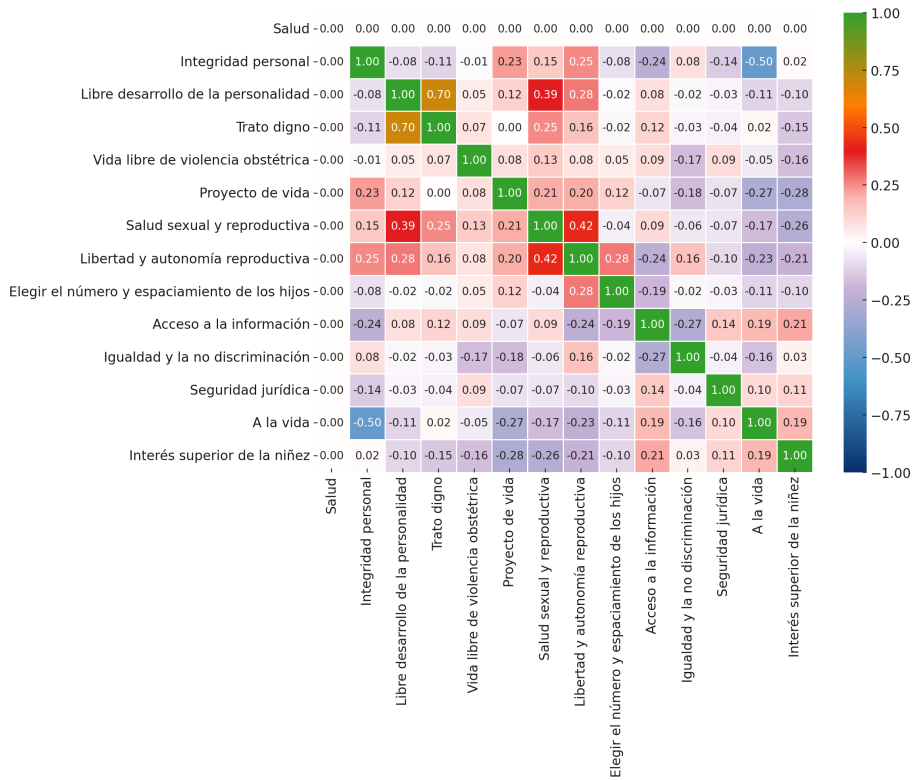
Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH.

Por otro lado, todas las recomendaciones analizadas mencionan la vulneración de más de un derecho, lo que confirma el principio de interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos. Esto pone de manifiesto que cuando se vulnera el derecho a la salud en el contexto obstétrico, no se compromete únicamente el acceso a servicios médicos, sino también otros derechos humanos como la integridad personal, la autonomía reproductiva, el acceso a la información, y en muchos casos, la seguridad jurídica o el derecho al interés superior de la niñez. Por ello, desde una perspectiva compleja la violencia obstétrica debe ser entendida como una forma de violencia estructural, institucional y de género, que erosiona el conjunto de derechos humanos de las mujeres.

Para explorar cómo se relacionan entre sí los distintos derechos humanos reconocidos en las recomendaciones, se construyó una matriz de correlación utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. El resultado se representa visualmente la gráfica 24, la correlación

más significativa se observó entre el derecho al trato digno y el derecho al libre desarrollo de la personalidad, con un coeficiente de $r = 0.70$, esta fuerte relación sugiere que, cuando se reconoce una afectación a la dignidad, también suele considerarse que la violencia obstétrica compromete la identidad y autonomía de las mujeres. Aunque no siempre se explicita esta conexión en los textos de las recomendaciones, su aparición conjunta revela una comprensión más profunda del daño asimismo, se identificó una correlación notable ($r = 0.42$) entre el derecho a la libertad y autonomía reproductiva y el derecho a la salud sexual y reproductiva, lo que confirma la cercanía conceptual y jurídica de estos derechos. Su reconocimiento simultáneo indica una lectura que entiende la violencia obstétrica como una vulneración a la capacidad de decisión de las mujeres sobre sus cuerpos y procesos reproductivos.

Gráfica 24 Interdependencia entre los derechos reconocidos en los casos de violencia obstétrica



Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH.

También se reportaron correlaciones entre el libre desarrollo de la personalidad y la salud sexual y reproductiva ($r = 0.39$), así como entre la autonomía reproductiva y el derecho a elegir el número y espaciamiento de los hijos ($r = 0.28$). Estas asociaciones reflejan que, en algunos casos, el marco institucional de la CNDH articula derechos vinculados con la autodeterminación, el proyecto de vida y la libertad reproductiva. No obstante, la mayoría de las correlaciones detectadas fueron bajas o nulas, lo que evidencia una tendencia institucional a reconocer los derechos de forma fragmentada, incluso cuando se trata de derechos fundamentales (como el acceso a la información, la igualdad y no discriminación o la seguridad jurídica), éstos aparecen desvinculados de otros derechos o bien son invocados de manera aislada, sin una narrativa integral del daño.

Esta fragmentación revela la reproducción de una lógica positivista que concibe los derechos como piezas separadas y no como un entramado interdependiente, lo que limita su capacidad transformadora. Como plantea Segato, “las leyes por sí solas no producen cambios en las prácticas sociales ni transforman los comportamientos; más bien, evidencian quién ejerce el poder para legislar. De este modo, el Estado concentra esfuerzos en generar normas cuya eficacia resulta relativa, mientras deja de lado su tarea fundamental: garantizar la protección de quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad. Así, la ley termina reproduciendo relaciones de poder antes que salvaguardando a los desprotegidos” (Segato, 2021).

De ahí que la manera en que los derechos humanos son reconocidos en las recomendaciones (reducidos a listas abstractas) se encuentre lejos de las realidades materiales de las mujeres y de los contextos concretos en que ocurre la violencia obstétrica, lo que termina por reproducir y legitimar las relaciones de poder desiguales que atraviesan tanto a las instituciones como a la vida cotidiana. La forma en que se plasman los derechos deja ver, por un lado, una atomización que los fragmenta y, por otro, la influencia de la doctrina liberal que los ha clasificado en generaciones. Herrera Flores (2008) advierte que esta división (derechos civiles y políticos; derechos económicos, sociales y culturales; y derechos colectivos) no solo establece jerarquías normativas, sino que también invisibiliza su interdependencia.

Esto se refleja claramente en las recomendaciones mientras que el derecho a la salud aparece de forma reiterada, los derechos sexuales y reproductivos apenas son mencionados y, con menor frecuencia aún, la autonomía reproductiva. Tal desconexión y jerarquización conduce a que algunos derechos se clasifiquen como “soft law”, es decir, normas de carácter no vinculante cuya exigibilidad frente al Estado resulta débil. Ello refuerza la idea de que ciertos derechos deben cumplirse de manera inmediata, mientras que otros pueden posponerse indefinidamente. En consecuencia, se reproduce la noción de que para vivir libres de violencia obstétrica basta con garantizar el acceso a la salud, omitiendo que tal garantía necesita de un entramado mucho más amplio: educación, paz, un ambiente sano y condiciones estructurales que garanticen a las mujeres el ejercicio pleno de sus derechos en la vida cotidiana.

Lo que sostengo es que la violencia obstétrica debe comprenderse como una afectación estructural que vulnera de manera simultánea múltiples dimensiones de la vida de las mujeres y no únicamente como un problema restringido al sector salud. Considero que se trata de un fenómeno que trasciende el ámbito privado o individual y compromete las condiciones en que las mujeres participan en el espacio público, ejercen su ciudadanía y son reconocidas como sujetas de derechos. Desde esta perspectiva, el uso del coeficiente de correlación de Pearson, aplicado a una base binaria, me permitió visibilizar tanto las articulaciones como los vacíos en el enfoque institucional. Lejos de constituir un ejercicio meramente estadístico, entiendo esta lectura como un acto ético y político, pues ofrece evidencia crítica para cuestionar las formas en que los derechos de las mujeres son reconocidos (o, en muchos casos, sistemáticamente omitidos) en la recomendaciones.

Esta mirada abre la posibilidad de interrogar no solo la manera en que se reconocen los derechos en las recomendaciones, sino también los marcos históricos y geopolíticos que les dan sustento. En efecto, los derechos humanos retomados por la CNDH remiten a tratados internacionales que han sido contruidos en contextos de poder profundamente desiguales. Como advierte Zaki Habib, retomando a Hinkelammert:

Occidente conquistó el mundo, destruyó culturas y civilizaciones, cometió genocidios nunca vistos; no obstante, todo lo hizo para salvar los derechos humanos. Por ello la sangre derramada por Occidente no deja manchas; lo transforma más bien en el garante de los derechos humanos en el mundo (Habib, 2021, p. 232).

Esta pretendida universalidad encubre que los derechos se materializan de manera desigual, privilegiando a ciertos sujetos mientras excluye a otros, lo que da cuenta de la colonialidad de los derechos humanos como parte del sistema-mundo capitalista, racista y patriarcal. Lo que se reconoce como derechos humanos en la normativa internacional, por tanto, nunca es neutro: es profundamente político. Siguiendo esta argumentación, la crítica feminista y decolonial ha denunciado no solo la positivización de los derechos humanos, sino también la configuración histórica del sujeto de derecho como masculino, blanco y burgués (Herrera, 2008). En este sentido, María Lugones (2011) sostiene que el género es una construcción colonial que fragmenta las experiencias de las mujeres racializadas, mientras que Valencia (2012) muestra que, en el contexto latinoamericano, las construcciones de género se encuentran íntimamente ligadas a la configuración misma del Estado. Esto refuerza un modelo de democracia meramente discursiva que reproduce tanto la masculinidad hegemónica como la diferencia colonial.

En consecuencia, los marcos jurídicos que aparentan neutralidad terminan por invisibilizar las intersecciones de racismo, sexismo y colonialismo que sostienen la negación y fragmentación de derechos. Frente a estos límites, Zaki Habib (2020) sostiene que reconfigurar los derechos humanos exige su recontextualización, lo que implica reconocer las “líneas abismales entre el ser y el no-ser que constituyen injusticias cognitivas globales y que impiden a quienes habitan zonas deshumanizadas reivindicar sus derechos con voz propia” (p. 230). Desde esta perspectiva, los derechos no pueden concebirse como un producto de las leyes, sino como el resultado de las luchas sociales y de la capacidad de los sujetos para exigir su materialización. Así, más que una teoría abstracta, lo central es asegurar las condiciones que hagan posible que las personas luchen por la materialización de sus derechos (Zaki, 2020).

De ahí surge el giro de los derechos sexuales y reproductivos hacia la justicia reproductiva, que busca superar los límites del marco liberal de derechos. Este horizonte articula la crítica feminista, decolonial e interseccional con las luchas por la salud, la autonomía y la dignidad. La justicia reproductiva, en palabras de Marji Gold (2019), parte del reconocimiento de que las opresiones asociadas a la raza, la clase, el género y la identidad sexual se producen de manera simultánea y entrelazada, conformando un entramado complejo de desigualdades. Desde esta perspectiva interseccional se hace evidente que la capacidad de decidir sobre la

vida reproductiva no se distribuye de manera equitativa: mientras algunas mujeres pueden ejercerla gracias a sus recursos económicos, educativos o al pleno reconocimiento de su ciudadanía, muchas otras la ven restringida por condiciones de precariedad, discriminación y exclusión. Así, la noción de elección, lejos de ser un derecho universal, se convierte en un privilegio reservado a quienes ocupan posiciones sociales privilegiadas.

De este modo, la justicia reproductiva trasciende la noción liberal de elección individual y pone en evidencia cómo el racismo, el colonialismo y el sexismo se conjugan en prácticas que niegan a mujeres indígenas, migrantes o empobrecidas el acceso pleno a sus derechos. En contraste con el reconocimiento acotado y fragmentado de derechos en las recomendaciones (donde la salud suele aparecer de manera aislada sin articularse con las realidades materiales), la justicia reproductiva nos ofrece un horizonte que integra estas dimensiones y revela que lo que no se nombra de manera integral no puede repararse. Por ello, constituye una vía capaz de articular dignidad, autonomía y libertad reproductiva en clave de justicia social y de derechos humanos.

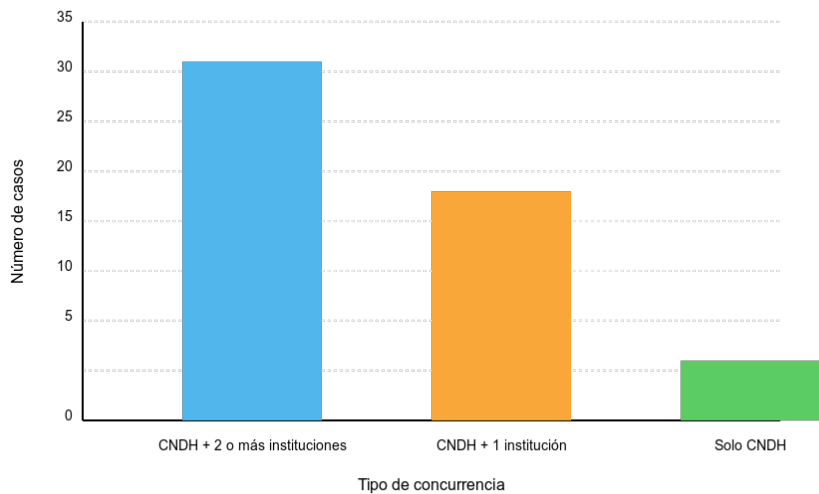
Por otro lado, las recomendaciones también permiten hablar de la manera en que las mujeres y redes de apoyo buscan acceder a la justicia, en relación con ello es importante señalar que las mujeres (y sus redes de apoyo) que han vivido violencia obstétrica no solo enfrentan procesos largos y emocionalmente costosos para narrar y denunciar lo sucedido, sino que con frecuencia deben acudir a múltiples instancias para la exigencia de sus derechos. En su recorrido, recurren tanto a organismos nacionales como a comisiones estatales de derechos humanos, fiscalías, órganos internos de control, tribunales administrativos e incluso mecanismos médicos como CONAMED. Esta multiplicidad de canales refleja no solo la gravedad del daño sufrido, sino también la fragmentación del sistema de justicia y salud.

La gráfica 13 muestra la concurrencia institucional en las denuncias por violencia obstétrica, es decir, cuántos casos fueron abordados no solo por la CNDH, sino también por otras autoridades. El mayor número de casos refleja una participación conjunta entre la CNDH y las comisiones estatales, lo que pone de manifiesto la importancia de los mecanismos locales para activar rutas de atención. Le siguen en frecuencia los casos en que hubo intervención de fiscalías, lo que indica que algunas víctimas optaron también por una ruta penal y en menor proporción, se encuentran casos con participación de órganos internos de control (OIC) y de

CONAMED, lo que pone en señal la débil articulación que existe entre los mecanismos de responsabilidad administrativa y médica.

Esto refleja una fragmentación institucional persistente, puesto que muchas denuncias son tratadas como hechos aislados, sin activar las demás vías de justicia que podrían fortalecer la respuesta integral y garantizar una reparación efectiva. Por ello, la falta de coordinación interinstitucional impone una carga adicional sobre las mujeres, quienes deben transitar procedimientos paralelos, enfrentar demoras, revictimizaciones y respuestas insuficientes. De hecho, el 90.9 % de las personas afectadas acudió a más de una instancia además de la CNDH, lo que da cuenta de una búsqueda activa de justicia que, sin embargo, no siempre obtiene resultados favorables: solo el 25.8 % de las quejas fueron resueltas como procedentes, mientras que el 47 % fueron consideradas improcedentes, el 3 % permanecen en trámite y el 4.5 % no han recibido resolución alguna por parte de las instituciones externas a la CNDH donde se interpuso una queja.

Gráfica 25. Concurrencia en denuncias por violencia obstétrica además de la CNDH



Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH.

A manera de síntesis el análisis presentado en este apartado permite trazar un panorama amplio, aunque no exhaustivo, sobre la forma en que la CNDH ha documentado, reconocido y clasificado los casos de violencia obstétrica entre 2020 y 2024. Si bien se observan avances importantes en términos de visibilidad, mayor frecuencia de emisión de recomendaciones y ampliación del catálogo de derechos vulnerados, el enfoque institucional continúa reproduciendo ciertos patrones limitados como la fragmentación normativa, el lenguaje estandarizado, la ausencia de información desagregada y la escasa articulación interinstitucional.

En las recomendaciones revisadas se puede constatar que la violencia obstétrica no constituye una suma de hechos aislados, sino que forma parte de un fenómeno estructural profundamente arraigado en el sistema de salud, el cual se manifiesta en múltiples niveles: desde las prácticas clínicas y administrativas, hasta los marcos jurídicos, la distribución territorial de los servicios y las lógicas simbólicas que configuran el trato hacia los cuerpos gestantes. Sin embargo, el modo en que la CNDH reconoce esta violencia aún no refleja plenamente dicha complejidad como se puede observar en la falta de medidas estructurales de no repetición, la prolongada duración de los procesos de resolución, y la escasa atención a las dimensiones afectivas y relacionales de la experiencia obstétrica —como el dolor, la humillación o la pérdida de autonomía— que llevan a profundizar los vacíos en la ruta institucional de acceso a la justicia al obstaculizan una reparación integral

Conclusiones

El análisis de las recomendaciones permite visibilizar las discontinuidades entre los marcos normativos de derechos humanos, las prácticas institucionales y las condiciones materiales que atraviesan la vida de las mujeres. Lejos de garantizar el acceso efectivo a la salud reproductiva, dichas prácticas reproducen dinámicas de vulneración, exclusión y silenciamiento. Como advierte Fassin (2006), toda caracterización estadística de la vida y la muerte constituye un acto político y moral; la cuantificación de los daños no puede desligarse de las condiciones de desigualdad que les dan forma, pues “la cuestión de la vida nunca puede pensarse separada de la cuestión de la desigualdad” (p. 41). En este sentido, las estadísticas no se limitan a describir muertes maternas, perinatales o discapacidades evitables, revelan el lugar que ciertos cuerpos ocupan en la jerarquía social y la manera en que las instituciones deciden, de forma explícita o implícita, qué vidas merecen ser cuidadas y cuáles pueden ser

descartadas. Así, estas desigualdades no deben interpretarse únicamente como fallas del aparato médico, sino como expresión de las consecuencias políticas de la justicia social.

En este sentido, el análisis de las 66 recomendaciones emitidas entre 2020 y junio de 2024 evidenció patrones reiterados de negligencia médica, dilación injustificada, atención despersonalizada y afectaciones graves a la vida y la salud de las mujeres, que en muchos casos también afectaron a sus hijes. Más allá de la caracterización presentada en este capítulo, se observó un abordaje fragmentado de los derechos vulnerados, con narrativas estandarizadas y sin articulación entre las dimensiones jurídicas, clínicas y afectivas de la violencia. Esta representación parcial limita tanto el reconocimiento integral de la experiencia como la posibilidad de una reparación adecuada. Ello obedece, por un lado, a la forma en que los derechos se ejercen en el tránsito hospitalario y, por otro, a la manera en que se positivizan al presentar la queja, configurando así jerarquías y políticas implícitas que sostienen el entramado de poder.

La violencia obstétrica no puede entenderse únicamente como un conjunto de prácticas médicas deficientes, sino como un síntoma de las fallas estructurales de un modelo médico hegemónico, tecnocrático y deshumanizante. Sus efectos se reflejan en indicadores como la muerte perinatal (53.4 %), la discapacidad neonatal (11.9 %) o la muerte materna prevenible (11.9 %), pero trascienden lo clínico: implican pérdidas económicas, interrupción de proyectos de vida y desconfianza hacia las instituciones. Estas injusticias reproductivas muestran cómo sexismo, racismo y colonialismo se entrelazan en prácticas que niegan a mujeres indígenas, migrantes y pobres el acceso pleno a sus derechos. Sin embargo, esta dimensión rara vez es reconocida debido a la manera en que se enuncian los derechos humanos desde marcos universales, abstractos y patriarcales.

Además, la falta de datos para caracterizar a las mujeres que experimentan violencia obstétrica refuerza esta tendencia; la ausencia de información sociodemográfica, la invisibilización de las interseccionalidades, la débil articulación entre mecanismos institucionales de queja y la dilación sistemática en la resolución de casos muestran que el acceso a la justicia reproductiva continúa condicionado por desigualdades estructurales. Dicho de otro modo, más que garantizar la vida en condiciones de dignidad, lo que se gobierna son los cuerpos y las poblaciones bajo criterios de control y exclusión. No es casual que más del 90 % de los casos analizados requirieran la intervención de múltiples instancias

para lograr un reconocimiento (parcial) del daño, lo que refuerza la idea de que el sistema de salud y justicia en México opera bajo lógicas de fragmentación, saturación burocrática y escasa sensibilidad frente a las violencias de género.

En este marco, la violencia obstétrica se inscribe en la necropolítica descrita por Valencia (2014), donde los cuerpos de las mujeres son tratados como objetos de control y su vida o muerte quedan sujetas a la potestad del Estado y de las instituciones de salud. La autora señala que la declaración del país en estado de excepción se utilizó como justificación para dismantlar un ya precario Estado de bienestar, recortando recursos en educación y salud en nombre de la seguridad nacional, bajo esta lógica, la vulneración de los derechos humanos se legitima como un costo inevitable (Valencia, 2014), lo que explica por qué las recomendaciones de la CNDH resultan insuficientes para dar cuenta de la magnitud y sistematicidad de las violencias obstétricas.

En síntesis, aunque las recomendaciones de la CNDH constituyen un mecanismo formal de reconocimiento del daño, resultan insuficientes para responder a la complejidad de la violencia obstétrica como fenómeno estructural, institucional y afectivo. Tal como advierte Herrera Flores (2008), persiste un alto grado de desigualdad en la materialización de los derechos humanos, y su forma fragmentada, colonial y patriarcal debilita las posibilidades de justicia, reproduciendo la desconfianza, la revictimización y el abandono estatal.

Solo una lectura situada, interseccional y sensible al dolor puede transformar los marcos jurídicos, las prácticas institucionales que estructuran la atención obstétrica en México. De ahí la necesidad de desplazar la mirada desde lo normativo hacia lo político-afectivo, reconociendo que los cuerpos gestantes están atravesados por relaciones de poder, clasismo, racismo y sexismo que configuran las formas contemporáneas de violencia institucional. Esto exige una revisión crítica del concepto hegemónico de derechos humanos desde el pensamiento decolonial, pues bajo la apariencia de universalidad se aplican desde un posicionamiento particular que determina quiénes son reconocidos como sujetos plenos de derechos y quiénes deben justificar su derecho a existir (Zaki, 2020),.

6. Modalidades de violencia obstétrica y circuitos afectivos: un acercamiento a las recomendaciones

Los afectos han sido colocados en un espacio marginal en el pensamiento social, en gran parte debido a la arraigada dicotomía entre razón y emoción que ha definido los criterios de validez del conocimiento. Esta separación no solo ha limitado la comprensión de la vida social, sino que también ha sostenido un modelo de ciencia racionalista que privilegia lo objetivo. Frente a ello, el giro afectivo en las ciencias sociales y los estudios de género ha impulsado una transformación profunda, cuestionando los fundamentos del conocimiento positivista e incorporando la dimensión afectiva como parte constitutiva de los procesos sociales e institucionales (Ariza, 2016).

La propuesta teórica que guía este capítulo se construye sobre dos ideas centrales: las emociones tienen una dimensión social, y los fenómenos sociales contienen, componentes afectivos Ariza (2016). Desde esta perspectiva, las emociones no se conciben como fenómenos exclusivamente psicológicos o biológicos —aunque estas dimensiones no se descartan—, sino como experiencias que se configuran en la interacción social y se encarnan en contextos históricos y culturales concretos. En esta línea, se retoma la propuesta de Denzin (1985, citado en Ariza, 2016), quien plantea que los afectos deben ser comprendidos como procesos relacionales, es decir, como experiencias posibilitadas por el entramado social, más que como estados internos aislados del entorno.

Este marco analítico permite aproximarse al contenido de las recomendaciones emitidas por la CNDH en materia de violencia obstétrica desde una perspectiva que articula afecto, poder y justicia. El análisis busca visibilizar las modalidades específicas de violencia obstétrica que se documentan en estas recomendaciones, así como los circuitos afectivos que las acompañan. Se parte de la premisa de que el poder médico no solo se ejerce sobre los cuerpos, sino también sobre los afectos, los cuales son clave tanto en la reproducción de las formas de sujeción como en la generación de resistencias.

A partir de esta perspectiva, el concepto de circuitos afectivos que ofrece una herramienta analítica clave para comprender cómo se configuran los vínculos entre personas, emociones e instituciones, especialmente en el tránsito de las mujeres por los servicios de salud sexual y reproductiva. Este enfoque parte de una concepción compleja de los afectos, entendidos como espacios donde convergen lo individual y lo colectivo, que son socialmente

compartidos, culturalmente contruidos y cargados de significado político (Jimeno, 2004). Las configuraciones afectivas resultantes no solo reflejan el orden social, sino que también lo reproducen y, en determinados contextos, pueden convertirse en formas de resistencia. Desde una mirada complementaria, Ahmed (2017) sostiene que las emociones no deben concebirse como experiencias internas o privadas, sino como fuerzas que circulan entre cuerpos, instituciones y estructuras sociales. En su tránsito, los afectos generan efectos materiales, configuran relaciones de poder y marcan diferencias —de género, raza, clase— que estructuran la vida social. Esta circulación constante es la que da forma a los circuitos afectivos, entendidos como redes dinámicas que no solo sostienen las estructuras sociales existentes, sino que también poseen la capacidad de transformarlas al desplegarse en el espacio y el tiempo.

Retomando estas propuestas, este capítulo aborda cuatro ejes analíticos: el primero examina los afectos moralizantes —como la culpa y la vergüenza— que operan como dispositivos de disciplinamiento en la atención obstétrica; el segundo eje analiza los afectos de desposesión —como la angustia, el miedo o la impotencia— que emergen en escenarios marcados por la negligencia, el abandono y la violencia institucional, con consecuencias graves e irreversibles para la vida de las mujeres. En el tercer eje, se profundiza en los afectos institucionales —como la desconfianza, el conformismo o la intimidación— que son generados y amplificados por las propias estructuras médico-burocráticas. Finalmente, el cuarto eje plantea una política de los afectos, al reconocer que también pueden movilizar prácticas de denuncia, resistencia y búsqueda de justicia.

Esta politización de los afectos permite cuestionar los límites del discurso institucional de los derechos humanos, especialmente cuando se encuentra atravesado por relaciones jerárquicas entre el personal médico y las mujeres, y por omisiones estructurales en torno a clase, identidad sexo-genérica, estatus migratorio, origen étnico o nivel educativo, etc. Analizar las recomendaciones desde esta perspectiva permite desnaturalizar la violencia obstétrica, y abrir interrogantes sobre las formas en que el poder se inscribe en los cuerpos, se reproduce en los afectos y, al mismo tiempo, puede ser resistido desde ellos.

Reconocer la centralidad de los afectos en la atención médica de las mujeres no es un gesto accesorio ni emotivista, sino una apuesta ética y política por humanizar las prácticas de salud en contextos marcados por la desconfianza, la jerarquización del saber médico y la

desvalorización sistemática de las experiencias encarnadas de quienes gestan, paren y cuidan. En los servicios de salud sexual y reproductiva, los afectos no solo median la relación entre usuarias y personal médico, sino que también configuran condiciones de escucha, legitimación del dolor, acompañamiento o, por el contrario, indiferencia, violencia simbólica y abandono. Incorporar una lectura afectiva implica reconocer que el trato digno no puede reducirse a un protocolo técnico, sino que se juega en lo relacional, en la mirada, en el tono de voz, en la disposición a creer, a cuidar y a sostener. En este sentido, los circuitos afectivos que se activan en el encuentro clínico son también una expresión del orden social: reproducen desigualdades o abren fisuras para transformarlas. Por ello, situar los afectos en el centro del análisis permite pensar una práctica médica no solo técnicamente competente, sino también justa, reparadora y profundamente humana.

6.1 Afectos moralizantes y jerarquías médicas

Siguiendo la propuesta de Stets y Turner (2006), las emociones morales no deben entenderse como reacciones individuales, sino como fenómenos profundamente sociales: circulan, se institucionalizan y refuerzan jerarquías. Como señala Ariza (2016), estas emociones pueden dirigirse hacia uno mismo (autocríticas), hacia otros (de condena) o surgir a partir de la empatía. En este apartado se sostiene que, dentro de contextos altamente jerarquizados como las instituciones de salud, los afectos morales operan como mecanismos de control institucional y en particular, en el ámbito de la atención obstétrica, estas emociones se inscriben en prácticas y discursos que penalizan cualquier desviación del ideal de la mujer. Dentro de las emociones morales se distinguen dos tipos de emociones: por un lado, las autocríticas (como la culpa y la vergüenza) implican una evaluación negativa de la propia conducta, generan efectos subjetivos profundos y un alto costo psicológico, al interiorizarse, tienden a producir justificación o minimización del maltrato vivido. Por otro lado, las emociones dirigidas hacia otros (como el asco o el desprecio), las cuales marcan jerarquías morales y refuerzan la legitimidad del castigo (Ariza, 2020).

Estas formas afectivas no son casuales, se inscriben en un régimen de saber-poder que reproduce desigualdades y refuerza la autoridad del Modelo Médico Hegemónico, con consecuencias directas en la descalificación de las mujeres dentro de la atención obstétrica. Desde esta perspectiva, los afectos moralizantes no solo impactan en el plano individual, sino

que forman parte de una economía afectiva institucional que sostiene el orden médico y castiga la insubordinación.

Este análisis se basa en la revisión cualitativa de las 66 recomendaciones emitidas por la CNDH entre 2020 y junio de 2024. A través del proceso de codificación en ATLAS.ti se identificaron tres afectos moralizantes centrales (culpa, vergüenza y asco) que se entrelazan con expresiones específicas de violencia obstétrica. Entre ellas destacan la objetivización, el maltrato, el abandono, la deshumanización, la manipulación, la gestión inadecuada de expedientes y la naturalización de la violencia, todas vinculadas a la reproducción de desigualdades y a la negación de la autonomía reproductiva de las mujeres.

Posterior a este análisis categorial se construyó una red conceptual que permitió visualizar cómo los afectos moralizantes operan como un engranaje institucional que legitima y activa prácticas coercitivas o negligentes. Dicho engranaje, a su vez, produce consecuencias físicas y psicosociales, como intervenciones no consentidas, omisiones de cuidado y la profundización de desigualdades estructurales. Dentro de este marco, se seleccionaron dos casos paradigmáticos (Elvira y Mariana) porque condensan con claridad cómo estos afectos se materializan en prácticas de control médico. No obstante, el análisis se nutre también de citas directas de otras recomendaciones que confirman la presencia sistemática de estas dinámicas afectivas en la atención obstétrica institucionalizada.

Caso de Elvira: Violencia verbal y coerción^{7, 8}

El 12 de marzo de 2019, a las 11:44 horas, Elvira una mujer de 36 años con 39.6 semanas de gestación, ingresó al Hospital General de Querétaro debido a síntomas de trabajo de parto y fuertes dolores. A pesar de la intensidad de su malestar, permaneció bajo observación sin recibir una atención de calidad que la ayudara a sobrellevar el

⁷ Los casos presentados en este capítulo constituyen una selección de las 66 recomendaciones emitidas por la CNDH en materia de violencia obstétrica, elegida con fines analíticos y pedagógicos. Para su construcción se siguió un proceso de edición y síntesis narrativa de los hechos descritos en los documentos, a fin de otorgar coherencia y continuidad a los relatos. Se preservaron de manera literal únicamente aquellas expresiones verbales consideradas relevantes para evidenciar prácticas de violencia obstétrica; el resto de la información fue reorganizada conforme a criterios de pertinencia analítica (tipos de violencia, modalidades de coerción, ausencia de consentimiento informado y consecuencias clínicas). Los nombres utilizados son seudónimos para resguardar la identidad de las víctimas, y los perfiles se elaboraron exclusivamente a partir de la información contenida en las recomendaciones.

⁸ RECOMENDACIÓN NO. 93/2022

proceso. Durante la tarde, a las 15:00 horas, fue atendida por una médica, a quien percibió estresada y molesta, desde su ingreso, se dirigió a ella con un tono agresivo y amenazante: “Ni creas que te voy a hacer cesárea”, le dijo, dejando claro que no tenía intención de considerar a Elvira y sus consultas prenatales.

A medida que avanzaba el parto, la violencia verbal de la médica se intensificó. Elvira, agotada por el dolor y la incertidumbre, escuchó cómo la profesional le advertía: “Si no nace tu hijo por parto natural puede nacer deprimido y con secuelas de por vida, además ya está en riesgo”. La presión psicológica no se detuvo ahí ante la dificultad que enfrentaba Elvira para seguir pujando, la doctora agregó: “Si no cooperas te vas a quedar sola porque me tengo que ir y no hay más doctores, yo soy la única”, la violencia continuó acrecentándose hasta convertirse en una amenaza hacia su integridad: “Si sigues sin cooperar, te voy a tener que sacar la matriz”.

El miedo, la culpa y la impotencia se apoderaron de Elvira, su dolor era muy fuerte y, sentía que no podía continuar con la labor de parto, por ello su esposo firmó el consentimiento para la cesárea. Sin embargo, la médica ignoró la solicitud y continuó con el parto natural, forzando a Elvira a seguir pujando en medio de un ambiente de hostilidad y coerción. A las 17:40 horas, sin ofrecerle otra opción, se le practicó una episiotomía y, para extraer al bebé, la doctora empleó fórceps y pese a que se le aplicó anestesia, Elvira refirió sentir dolor durante el procedimiento. La intervención le provocó un desgarro de tercer grado y una hemorragia severa.

El parto se convirtió en una emergencia obstétrica, a las 17:54 horas, Elvira presentó atonía uterina, es decir, su útero no pudo contraerse adecuadamente después del parto, lo que aumentó la hemorragia, siendo trasladada de inmediato a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN), donde el equipo médico determinó que era necesario realizar una histerectomía total para controlar el sangrado. Además, sin un consentimiento informado adecuado y sin haber explorado otras opciones, se le practicó una salpingooforectomía, lo que implicó la extirpación de sus ovarios y trompas de falopio, dejándola sin posibilidad de tener más hijxs.

Pese al evento traumático que fue el parto, la violencia obstétrica no cesó, Elvira seguía en estado de vulnerabilidad cuando la doctora volvió a dirigirse a ella con desdén: “¿Ya te atendió la psicóloga?” al responder que no, la médica mostró molestia

e indiferencia, sin brindarle ningún tipo de apoyo emocional ni información sobre su recuperación.

El caso de Elvira revela expresiones multifacéticas de violencia obstétrica, en las que se articulan prácticas coercitivas, negligencias médicas y afectos moralizantes que operan como dispositivos de control sobre el cuerpo de las mujeres. Desde su ingreso al servicio hospitalario, Elvira recibió una atención deshumanizada, en la que la violencia verbal se combinó con la negación de su autonomía mediante la imposición de procedimientos médicos no autorizados. Su parto no solo fue experimentado en un entorno marcado por una jerarquización explícita de los roles profesionales, esto se evidencia en el tono autoritario con el que la médica se dirigió a ella: “Ni creas que te voy a hacer cesárea”, estas expresiones de violencia verbal no solo refleja la profunda asimetría de poder que caracteriza al ámbito hospitalario, sino que también refuerza el lugar subordinado que se asigna a las mujeres dentro del sistema de salud, objetivizándolas, infantilizándolas e invisibilizándolas.

Es importante señalar que este tipo de experiencias no ocurren en un vacío institucional, sino que están profundamente inscritas en la estructura jerarquizada del Sistema de Salud. En el caso de Elvira, la atención tuvo lugar en un hospital de segundo nivel, el cual —como resultado de diversas políticas públicas— se ha consolidado como el principal espacio para la atención institucionalizada de los partos en nuestro país. No obstante, como han señalado autoras como Berrio (2013) y Sesia (2013), esta centralización de la atención obstétrica en unidades hospitalarias de segundo nivel no ha implicado una mejora sustantiva en la calidad del cuidado; por el contrario, ha contribuido a reforzar dinámicas de despersonalización, infantilización, coerción y control institucional. En relación con esto los datos de la ENDIREH, muestran que la violencia obstétrica no solo es generalizada, sino que se asocia de forma estrecha con prácticas altamente medicalizadas. El 29.6 % de las mujeres que tuvieron partos vaginales reportaron haber sufrido algún tipo de maltrato obstétrico, cifra que asciende al 33.4 % entre quienes fueron sometidas a una cesárea, y de manera específica, el 25.9 % de las encuestadas indicó haber recibido tratamientos sin autorización previa durante su último parto (INEGI, 2021), confirmando la persistencia de patrones institucionales que vulneran la autonomía reproductiva.

Estas formas de maltrato se manifestaron principalmente a través de procedimientos clínicos no autorizados, omisiones informativas y decisiones tomadas sin el consentimiento de las mujeres, tal y como lo evidencia el caso de Elvira. Lo anterior permite advertir que su experiencia no es un hecho aislado, sino una manifestación sistemática de prácticas institucionales que vulneran derechos humanos, y que han sido ampliamente documentadas tanto por organismos nacionales como internacionales en el ámbito de la atención obstétrica. La investigación de Freyermuth y Sesia, así como los aportes de Argüello (2017; 2013), han señalado las maneras en como la institucionalización de los partos contribuye a la saturación institucional, generando contextos en los que el tiempo, los recursos y las condiciones laborales resultan insuficientes y dónde la atención con calidad y calidez ha sido progresivamente desplazada por una lógica institucional que prioriza la eficiencia reproductiva de las mujeres y la gestión técnica de sus cuerpos. La atención que recibió Elvira estuvo claramente atravesada por esta racionalidad institucional: a medida que avanzaba su trabajo de parto, comenzó a ser responsabilizada por no pujar “adecuadamente”, y dicho señalamiento se articuló con un discurso culpabilizante, que advertía que, si no lograba un parto “natural”, su bebé podría sufrir secuelas irreversibles.

Se configura así una narrativa institucional que tiende a individualizar la responsabilidad del parto institucionalizado, desplazándola hacia las mujeres, al tiempo que se diluye la posibilidad de cuestionar críticamente el actuar del personal médico y se minimizan las fallas estructurales que inciden en la calidad de la atención. Este escenario no responde únicamente a una lógica racional, técnica o científica; por el contrario, dicha narrativa se sostiene y se reproduce a través de un régimen afectivo que, mediante el trato recibido durante la atención, refuerza la culpabilización de las mujeres, se trata de un discurso que transfiere la responsabilidad estructural al cuerpo femenino, articulado desde una economía afectiva que opera a través de la culpa, el asco, la vergüenza y la omisión deliberada de alternativas que permitirían ejercer la autonomía.

En este contexto, resulta fundamental analizar los afectos que circulan en los espacios hospitalarios y su vínculo con los mecanismos institucionales que refuerzan la violencia obstétrica. Los afectos moralizantes —como la culpa, la vergüenza y el asco— no operan de manera aislada ni como meras respuestas individuales, sino que son producidos y legitimados a través de amenazas y prácticas dolorosas que funcionan como formas de castigo corporal,

tal es el caso de intervenciones como la episiotomía, el uso de fórceps sin justificación clínica clara, o la imposición de posiciones de parto incómodas; estas prácticas se sostienen en discursos biomédicos cargados de intensidades emocionales que se acumulan y circulan entre cuerpos y espacios institucionales, así la culpa o la vergüenza no “aparecen” en las mujeres por sí solas, sino que son inducidas mediante interacciones en la relación personal de salud - mujeres que las posicionan como cuerpos deficientes, irresponsables o sucios.

Las recomendaciones analizadas evidencian cómo los afectos moralizantes circulan en los espacios hospitalarios y se inscriben en el lenguaje clínico, tanto en las notas médicas como en los argumentos orientados a “proteger” la salud de las mujeres o del producto, estas narrativas legitiman decisiones técnicas que, en múltiples ocasiones, carecen de fundamento ético y/o científico, y reproducen prácticas de control sobre las mujeres. Ejemplo de ello es la Recomendación 93/2022, donde es posible leer en las notas médicas expresiones como “paciente poco cooperadora”, “no permite exploración física”, “paciente no quiere firmar”, seguidas por frases como “se explican riesgos de hipoxia neonatal, entiende y acepta” y “deslinda de toda responsabilidad al personal médico y paramédico” (p. 15), estas expresiones construyen una representación de las mujeres como irracionales, difíciles, inestables o renuentes, desplazando la carga de responsabilidad institucional hacia ellas, dejando de lado la obligación del Estado de garantizar una atención adecuada.

De tal manera que las expresiones de culpabilización arraigadas en los expedientes clínicos no solo refleja unas prácticas discursivas cargadas de juicio moral, sino que cumple una función de regulación emocional que Turner y Stets (2006) conceptualizan como un afecto auto-dirigido. En su teoría sociológica de las emociones, la culpa emerge cuando una persona percibe haber transgredido normas sociales que ha internalizado; se trata de una emoción que no requiere la presencia de otros/as para activarse, ya que la persona se convierte en su evaluador o evaluadora. En este sentido, la culpa opera como una tecnología de control social (en el sentido foucaultiano) al orientar las conductas hacia lo que las estructuras normativas definen como aceptable o deseable. Desde esta perspectiva, en el ámbito de la atención obstétrica, la culpa no surge de manera espontánea, sino que es inducida y legitimada institucionalmente para reforzar la obediencia, la sumisión y la responsabilización individual frente a fallas estructurales.

Por otro lado, la culpa se articula estrechamente con la infantilización de las mujeres, consolidando un modelo normativo de lo que se espera de una “buena paciente”, así las expresiones registradas por el personal médico en la notas clínicas no son neutras: clasificar a una mujer como “poco cooperadora” o “difícil” funciona como un marcador moral y de género al dictar la manera que deben comportarse las mujeres dentro de los hospitales. La infantilización se sostiene a partir de una narrativa que coloca a las mujeres como sujetas incapaces de comprender, decidir y de conocer sus propios cuerpos, así se les reduce a figuras tuteladas que necesitan orientación, control y corrección, pero sobre todo que el personal de salud tome las decisiones sobre sus procesos.

Esta lógica se expresa en prácticas como la omisión del consentimiento informado, la exclusión de las mujeres en las decisiones sobre sus partos y la falta de información clara sobre los procedimientos realizados. Un ejemplo concreto es el uso del partograma, instrumento clínico obligatorio que documenta la evolución del trabajo de parto, cerca del 30 % de las recomendaciones revisadas indican que este no fue elaborado durante la atención obstétrica. El problema no radica únicamente en su ausencia, sino en el hecho de que la mayoría de las mujeres desconocen su existencia y función, lo que les impide comprender el curso de su propio parto. Además, al no formar parte del expediente clínico, su omisión impide que el partograma funcione como herramienta para garantizar una atención obstétrica adecuada, pues no queda constancia de cómo se realizó el acompañamiento médico. En este sentido, la falta de registro no solo constituye una falla técnica, sino que profundiza la subordinación epistémica y corporal de las mujeres al negarles el acceso a información clave sobre su experiencia. A su vez, esta omisión limita su capacidad de defensa ante otras instancias, como la CONAMED o las comisiones de derechos humanos.

Retomando el análisis de los afectos moralizantes, se observa que una de las prácticas más recurrentes en los espacios hospitalarios en la realización de intervenciones dolorosas sin consentimiento informado. Estas acciones suelen justificarse como necesarias para proteger la salud materna o fetal, formando parte de una medicalización rutinaria, procedimientos como el uso de fórceps continúan siendo aplicados incluso cuando no existe una indicación clínica clara o sin que se informe adecuadamente a las mujeres, en las recomendaciones 111/2024 y 309/2023, por ejemplo, su uso se justifica bajo el argumento de “fatiga materna”; en ambos casos, las mujeres sufrieron desgarros perineales de tercer grado. El cansancio de

las mujeres se presenta como causa directa para justificar intervenciones invasivas, trasladando implícitamente la culpa hacia ellas. Se sugiere que su desgaste físico, su falta de fuerza, es lo que obliga al personal a intervenir, aun cuando los dictámenes del arbitraje médico de la CNDH señalan que existían otras alternativas clínicas viables (como se analizará más adelante). De este modo, se instala una lógica moralizante que oculta la mala praxis y refuerza el control sobre sus cuerpos.

Estas dinámicas van construyendo a las mujeres como sujetas fallidas, con cuerpos poco adecuados para poder parir de manera oportuna y es esta supuesta falta lo que refuerza el argumento para que se empleen procedimientos invasivos e innecesarios. A esta lógica se suman formas explícitas de violencia verbal que refuerzan estas narrativas, en la Recomendación 045/2021, por ejemplo, una médica increpa a una mujer en trabajo de parto con frases como: “¿Cuántos días más quieres durar aquí?” o “Ahorita voy a salir a hablar con tu esposo, sólo espero que no sea un macho de esos que no entienden... y si no, así te vas a quedar, a ver hasta qué horas te alivias” (p. 5). De forma similar, en la Recomendación 170/2023 se registran expresiones como: “deje de quejarse por el dolor”, “mejor piense bien antes de volver a embarazarse” y “por eso no soy mujer” (p. 41). Estas expresiones no son excepciones ni se limitan a los casos documentados por la CNDH; forman parte de una práctica extendida en los servicios de salud. Según la ENDIREH, una de cada tres mujeres (33.4 %) que recibieron atención obstétrica declaró haber recibido regaños, gritos o ser ignorada por el personal de salud, y el 10.3% señaló haber sido objeto de burlas o comentarios ofensivos sobre su comportamiento o su cuerpo (Instituto Nacional de Estadística, 2021). Estos datos confirman por medio de la violencia verbal se refuerza la culpa y la vergüenza, al desacreditar las experiencias de dolor y sancionar moralmente sus expresiones.

Esta lógica moralizante no solo persiste, sino que se acrecienta en contextos donde no existen las condiciones mínimas para brindar atención adecuada, como sucedió en la Recomendación 304/2023 que documenta el caso de una mujer colocada en un pasillo, sin recibir atención médica ni alimentación durante varias horas y que al decidir retirarse por sus propios medios ante la falta de respuesta, el personal médico anotó en su expediente que “decidió no esperar” (p. 18). Este tipo de registro transforma una situación de abandono institucional en una supuesta decisión individual, desplazando nuevamente la responsabilidad hacia la paciente. La nota borra las fallas estructurales y presenta a la mujer como alguien que eligió no ser

atendida, reforzando así el señalamiento de culpa que justifica las omisiones del sistema. Incluso cuando las condiciones materiales son precarias, se mantiene activa una economía afectiva que moraliza el comportamiento de las mujeres y legitima la violencia obstétrica como forma de castigo por no ajustarse a las expectativas de una buena paciente, de una paciente que espera.

Este tipo de construcciones discursivas se repite con frecuencia en las recomendaciones, donde se representa a las mujeres como “paciente difícil”, “no cooperadora” o “no permite exploración física”, etiquetas que las deslegitima, patologiza y normaliza prácticas invasivas. Así, la exposición deliberada de sus cuerpos, la ausencia de acompañamiento y la imposición de procedimientos sin consentimiento se justifican bajo la idea de que “no colaboran” con el personal. En estos casos, la culpa no actúa sola: la vergüenza también se activa como forma de descalificación, sancionando cualquier comportamiento que escape al ideal de sumisión. Como en el caso de Mariana López, donde la vergüenza se inscribe en el cuerpo como una tecnología afectiva que refuerza el poder médico, marcando los límites de lo permitido y castigando cualquier forma de insubordinación.

Mariana López: la vergüenza como control obstétrico⁹

El 14 de marzo de 2019, Mariana López, una joven de 20 años con 38.5 semanas de embarazo, ingresó al Hospital General de Zona 72 del IMSS en Tlalnepantla, Estado de México. Durante su control prenatal se había determinado que le practicarían una cesárea (ya que había tenido una cesárea anterior y el tiempo entre ambos embarazos era corto, lo que aumenta el riesgo de ruptura uterina). Sin embargo, al llegar al hospital, el personal médico ignoró sus antecedentes y sin solicitar su consentimiento decidieron inducirle a un parto vaginal.

Durante la atención, Mariana fue sometida a una serie de procedimientos invasivos sin justificación clínica ni explicación alguna: tracción del cordón umbilical (jalar el cordón que une a la persona recién nacida con la placenta) antes de los 30 minutos posteriores al parto, ruptura forzada del cordón, extracción manual de la placenta sin anestesia (introducción de la mano en el útero sin medicamentos para el dolor) y revisión de la cavidad uterina sin evidencia de restos placentarios, estas

⁹ RECOMENDACIÓN NO. 128/2021

intervenciones desencadenaron una hemorragia obstétrica grave, que derivó en un choque hipovolémico grado IV (pérdida masiva de sangre con riesgo vital). Ante esta situación, se le practicó una histerectomía total y una salpingooforectomía izquierda, afectando de manera irreversible su capacidad reproductiva. Sin embargo, el daño no fue únicamente físico, Mariana fue tratada con indiferencia y desdén; su dolor fue minimizado y sus expresiones de incomodidad fueron leídas como exageraciones, lo que la hizo sentirse expuesta y avergonzada. Cuando expresó miedo, el personal respondió con una frase cargada de juicio: “ya sabías a lo que venías”.

En el caso de Mariana, como en el de Elvira, las intervenciones realizadas pueden entenderse como el desenlace de una cadena de omisiones, prácticas invasivas y decisiones unilaterales. Mariana enfrentó un choque hipovolémico; Elvira, una atonía uterina, ambas situaciones ocurrieron después de haber sido desacreditadas, expuestas y sometidas a prácticas que vulneraron su integridad, sin que sus experiencias fueran reconocidas como válidas. Por ello, resulta relevante señalar que, incluso antes de las intervenciones quirúrgicas, su integridad física ya había sido transgredida mediante revisiones sin indicación clínica, procedimientos realizados sin anestesia y omisiones en el cuidado. Es en ese terreno de ambigüedad donde la vergüenza opera, colocando en el centro las expresiones corporales de las mujeres para exponerlas y humillarlas.

En el caso de Mariana, se observa con particular claridad cómo sus expresiones de dolor no solo fueron desestimadas, sino también ridiculizadas públicamente en el escenario obstétrico, el señalamiento del médico —“ya sabías a lo que venías”— no solo minimiza su sufrimiento, sino que lo convierte en motivo de escarnio, transmitiendo la idea de que el dolor es algo que debía esperarse sin queja, y que, por tanto, su expresión resulta ilegítima. Este acto constituye una forma de violencia que activa la vergüenza: un afecto moralizante, como mecanismo de sujeción al orden de lo femenino. No se trata de que las mujeres “se avergüencen solas”, sino de que son expuestas públicamente a la humillación, lo que permite comprender la vergüenza no como una emoción atomizada o individual, sino como una respuesta socialmente inducida que disciplina y controla sus cuerpos y voces.

Por lo tanto, la humillación circula junto con otros afectos moralizantes como la vergüenza, el asco y la culpa. Aunque en las recomendaciones de la CNDH solo se encuentran huellas parciales de estos afectos —a través de expresiones de violencia verbal que se transforman

en violencia escrita en las notas médicas—, es necesario reflexionar también sobre aquello que no queda registrado en los archivos documentales: los gestos, los silencios, el tono de voz, las miradas evitadas, las órdenes pronunciadas sin contacto visual. La violencia no se limita al lenguaje: se encarna en la forma en que se realizan los procedimientos, en la ausencia de cuidado y en los juicios implícitos que recaen sobre cuerpos racializados, fértiles, que no “se portan como deben”.

De este modo, la vergüenza se impone como una dimensión central del dispositivo médico, que opera afectivamente a través de la exposición, el silenciamiento y la disciplina, funciona también como castigo: no solo se niega a las mujeres el control sobre sus cuerpos, sino también la posibilidad de narrar su experiencia sin ser juzgadas, como ocurre en el caso de Mariana. La vergüenza, entendida como una experiencia relacional, está estrechamente vinculada con las maneras en que los cuerpos son interpretados y evaluados según estructuras sociales como la clase, el género, la edad o la etnia. Retomando a Ahmed (2017), la vergüenza es un fenómeno profundamente político: no se trata simplemente de algo que sienten las mujeres en sus cuerpos, sino de un mecanismo que visibiliza una supuesta falta, haciéndolas conscientes de haber transgredido una norma. En el ámbito obstétrico, la vergüenza opera como una expresión del disciplinamiento, interpellando a las mujeres por no comportarse según lo que se espera de ellas. Las frases documentadas en las recomendaciones —“ya sabías a lo que venías”, “aguántate como todas”, “para qué se embarazan si no aguantan”, “mejor piense bien antes de volver a embarazarse”— no solo constituyen actos de violencia verbal, sino que configuran un escenario afectivo que reproduce y refuerza la vergüenza como forma de control.

La vergüenza organiza cómo las mujeres son vistas, tratadas y cómo se perciben a sí mismas dentro de un orden moral que se despliega en contextos hospitalarios, este orden establece jerarquías entre profesionales de la salud y ellas, entre saberes autorizados y cuerpos sospechosos, entre quienes ejercen poder y quienes lo padecen. En este marco, la vergüenza no es solo una emoción privada, sino una tecnología de administración de los cuerpos.

6.1.1 La red de afectos moralizantes: circulación

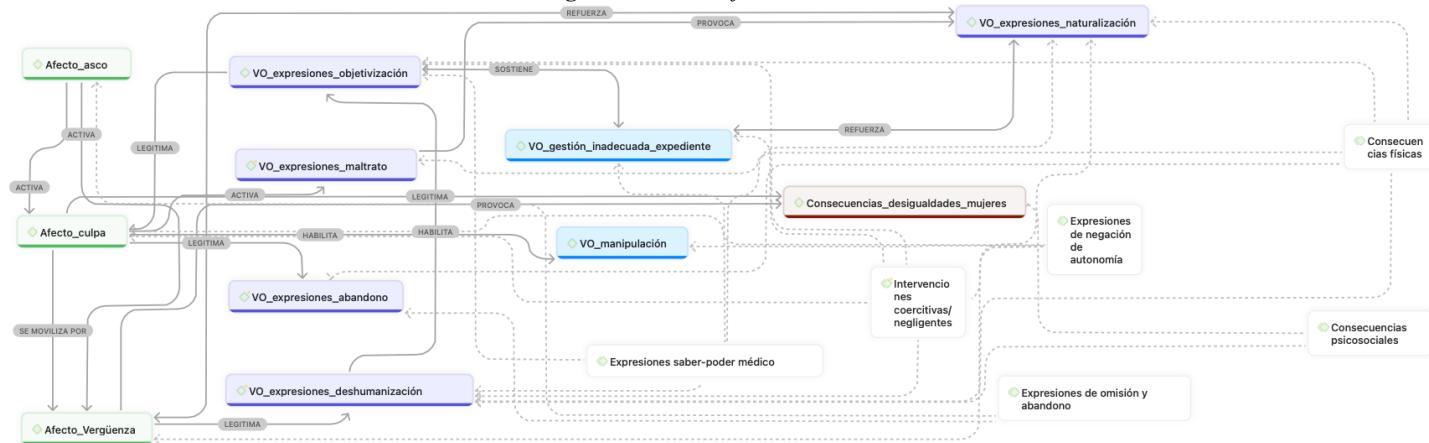
La figura 7 muestra la red de afectos moralizantes construida a partir del análisis de las 66 recomendaciones de la CNDH. En ella se identifican tres afectos principales (culpa, vergüenza y asco) interconectados con diversas expresiones de violencia obstétrica, entre las

que destacan la objetivización, el maltrato, el abandono, la deshumanización, la manipulación, la gestión inadecuada del expediente y la naturalización de la violencia. Estas expresiones se vinculan con consecuencias diferenciadas: físicas y psicosociales. El esquema permite observar la centralidad de la culpa, que se conecta con múltiples formas de violencia, así como la manera en que el asco y la vergüenza legitiman y refuerzan dinámicas de control médico.

En este sentido, los afectos moralizantes atraviesan y estructuran las prácticas documentadas en las recomendaciones, operando como tecnologías afectivas que sostienen y naturalizan la violencia obstétrica. La vergüenza suele instalarse cuando el cuerpo de las mujeres es expuesto, infantilizado o sancionado por no ajustarse al ideal de la “buena paciente”; la culpa emerge cuando se les responsabiliza por complicaciones obstétricas o malas praxis; mientras que el asco, aunque pocas veces nombrado explícitamente, deja huella en expresiones de abandono y omisión de cuidados. Este último no es experimentado por las mujeres, sino que se manifiesta desde el personal de salud como una forma de marcar jerarquías y distancias: evitar el contacto, cosificar a las pacientes o ignorarlas por completo. Muchas relataron haber pasado horas en trabajo de parto sin acompañamiento o incluso se les negó el acceso a la institución. Al respecto, Ahmed (2017) señala que el asco no solo genera repulsión, sino que también delimita fronteras, al marcar qué cuerpos son aceptables y cuáles resultan incómodos.

En las recomendaciones de la CNDH, el cuerpo de las mujeres aparece precisamente como un cuerpo que incomoda, asociado con lo grotesco, lo irracional o lo incontrolable. Así se refleja en la Recomendación 045/2021, donde, tras más de 60 horas en trabajo de parto, una médica le dijo a la mujer: “a ver a qué horas te alivias” (p. 36), una expresión cargada de hartazgo, desdén y repugnancia. Los afectos moralizantes operan, así, como tecnologías afectivas de poder que refuerzan la violencia obstétrica, invisibilizan la responsabilidad institucional y reproducen estereotipos de género que subordinan a las mujeres en el espacio clínico.

Figura 7. Red de afectos moralizantes¹⁰



Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH codificadas en Atlas.ti.

¹⁰En la red se distinguen tres grupos de categorías principales: en verde, los afectos moralizantes (culpa, vergüenza y asco); en azul, las expresiones de violencia obstétrica (objetivización, maltrato, abandono, deshumanización, manipulación, gestión inadecuada de expedientes y naturalización); y en rojo, las consecuencias (desigualdades hacia las mujeres, consecuencias físicas y psicosociales). Los enlaces muestran relaciones de legitimación, sostén, provocación y refuerzo, lo que evidencia que la culpa funciona como eje articulador que habilita prácticas de abandono y deshumanización, mientras que el asco y la vergüenza refuerzan la objetivización y el maltrato. En conjunto, el esquema permite observar cómo los afectos moralizantes sostienen entramados institucionales que derivan en consecuencias clínicas y sociales, así como en la negación de la autonomía reproductiva.

Como advierte Ariza (2016), “las emociones morales son parte medular de la formación de la identidad de los actores sociales por medio de los roles que desempeñan en los distintos ámbitos sociales” (p. 18). Esta perspectiva permite comprender cómo los afectos moralizantes sostienen prácticas de medicalización autoritaria, silenciamiento y subordinación de las mujeres en el espacio clínico. La deshumanización, la infantilización, la imposición de intervenciones y el maltrato (verbal, emocional y psicológico) no son episodios aislados, sino que se articulan con un entramado afectivo que moldea las interacciones entre personal de salud y mujeres, instaurando marcos de sentido que justifican o silencian la violencia.

En las recomendaciones analizadas, la culpa no aparece únicamente como una emoción experimentada por las mujeres, sino como una herramienta de coerción que se activa mediante las expresiones de violencia verbal en el marco de la atención. La violencia verbal, acompañada de intervenciones sin consentimiento o con información insuficiente, desplaza la responsabilidad de las decisiones médicas hacia los cuerpos de las mujeres, legitimando así prácticas como la manipulación del consentimiento y la imposición de intervenciones invasivas. Como explican Mercadillo, Díaz y Barrios (2007), las emociones morales relacionadas con la autoconciencia (como la vergüenza, el pudor y la culpa) generan en las personas una tendencia a disminuir su exposición social. En el caso específico de la culpa, esta se activa cuando alguien percibe haber ocasionado un daño a otros, derivando en actitudes de retraimiento, justificación o búsqueda de disculpas (Mercadillo et al., 2007, p. 4). En el contexto de la violencia obstétrica, estas dinámicas afectan a las mujeres al llevarlas a minimizar su experiencia, guardar silencio o incluso dudar de lo que vivieron.

El asco, por su parte, se manifiesta en las distancias que el personal de salud establece hacia las mujeres, tanto físicas (como el abandono o la omisión de cuidados) como afectivas, a través de palabras hirientes, silencios ante la exposición innecesaria del cuerpo o un trato agresivo. Este afecto anula el reconocimiento de las mujeres como personas y habilita que sus cuerpos sean intervenidos sin empatía ni cuidado, reduciéndolos a objetos y naturalizando su dolor como un sufrimiento “propio de lo femenino”.

La vergüenza, finalmente, funciona como un mecanismo que exige el cumplimiento de normas y disciplina a quienes transgreden los ideales biomédicos o patriarcales de la maternidad. Se activa a través de comentarios humillantes, burlas, exposiciones innecesarias

del cuerpo o señalamientos sobre el comportamiento durante el parto. Este proceso se articula con dinámicas de estigmatización y discursos que refuerzan desigualdades estructurales, la vergüenza no solo disciplina a las mujeres dentro del hospital, sino que también prolonga su subordinación en el ámbito social. Como advierten Shefer y Munt, citadas en Sabido (2022), “la vergüenza funciona como una forma de control social que opera desde lo afectivo, regulando los cuerpos mediante la exposición, la humillación y el silenciamiento” (p. 303). Este afecto actúa, así, como un mecanismo de vigilancia que impone una feminidad idealizada y castiga a quienes se desvían del modelo normativo. De esta manera, la vergüenza no solo regula las conductas individuales, sino que también se inscribe en la reproducción de un orden social y médico que sostiene la violencia obstétrica.

6.2 Afectos de desposesión: miedo, angustia e indiferencia

Este eje analiza cómo diversas expresiones de violencia obstétrica se articulan a lo largo del proceso de atención, configurando prácticas que homogeneizan y deshumanizan a las mujeres. Al igual que en el eje de los afectos moralizantes, este análisis se construyó a partir de la codificación cualitativa del mismo corpus de 66 recomendaciones emitidas por la CNDH. En este caso, el proceso permitió identificar la emergencia recurrente de afectos como: el miedo, la angustia, la tristeza, la impotencia, la incertidumbre, la soledad y la preocupación, los cuales fueron agrupados bajo la categoría de afectos de desposesión. Estos afectos se articulan con expresiones de violencia obstétrica como la negación de la autonomía, la medicalización, la homogenización y la discriminación estructural.

Posteriormente, se elaboró una red conceptual que evidencia cómo estos afectos sostienen y se retroalimentan con dinámicas institucionales de coerción y castigo, generando consecuencias graves como muerte materna, muerte perinatal, aborto, morbilidad severa y afectaciones psicosociales. Para ilustrar estos afectos se analizan de forma detallada dos casos paradigmáticos: el de Gabriela, que concluyó en muerte materna, y el de Priscila, marcado por el despojo de la autonomía reproductiva, complementados con citas [de otras recomendaciones que refuerzan el carácter sistemático de estas experiencias](#).

En el seguimiento de los controles prenatales, la vigilancia obstétrica inadecuada y la omisión de procedimientos básicos limitan la detección oportuna de riesgos. Al momento de ingresar a los hospitales, la atención al parto suele estar marcada por la negación o el retraso en la

asistencia médica; una vez dentro, las mujeres enfrentan ausencia de monitorización obstétrica y una medicalización rutinaria (como la administración de oxitocina) aplicada sin justificación suficiente. Ya en el trabajo de parto, la práctica o no de cesáreas depende con frecuencia más de la voluntad del personal de salud o de la disponibilidad de recursos que de criterios clínicos, realizándose en muchos casos sin el consentimiento informado de las mujeres. Esta cadena de actos, documentada en distintas recomendaciones, deriva en consecuencias graves como muerte materna, pérdidas neonatales, discapacidad neonatal o esterilización no consentida.

El recorrido narrado no constituye un proceso desafectado; por el contrario, forma parte de una denuncia histórica que las mujeres han sostenido desde sus experiencias, de manera cotidiana, escuchamos que lo más temido por las mujeres embarazadas es el momento del parto. Así, hemos naturalizado la idea de “parir con dolor”, no en referencia al dolor físico, sino a los malos tratos recibidos durante la atención obstétrica. El despojo que generan estas violencias es epistémico, político y afectivo. Las mujeres —y sus familias— narran dentro de las recomendaciones las violencias como experiencias profundamente dolorosas, marcadas por afectos como la angustia, el miedo, la impotencia, la tristeza y la soledad.

Estos afectos no emergen únicamente durante el parto o el evento obstétrico, sino que acompañan sus procesos de rehabilitación, se intensifican durante los trámites institucionales, y persisten a lo largo de los prolongados periodos de espera para la integración, resolución y cumplimiento de las recomendaciones emitidas por las comisiones o juntas de arbitraje médico. Hablamos de circuitos afectivos que se configuran en el momento de la atención de los procesos reproductivos de las mujeres, pero debido a las consecuencias que tiene para sus vidas se sostienen más allá del pasaje hospitalario, trastocando sus redes de apoyo especialmente en los casos donde las mujeres fallecen o enfrentan secuelas severas.

Enrique Dussel (2013) ha señalado que la negación de derechos no es solo una ausencia normativa, sino un acto ético-político mediante el cual se niega a la otra como Sujeta. En este apartado se retoma esa idea del despojo activo de la autonomía y la dignidad para profundizar en lo que denomino afectos de desposesión. El argumento central de este eje es que dichos afectos se entretejen, se potencian y sostienen diversas expresiones de violencia obstétrica, contribuyendo a la producción de cuerpos que no son reconocidos del todo dentro de los espacios clínicos. Esta dinámica se ve intensificada por los marcos estructurales inscritos

en los cuerpos de las mujeres (como la raza, la etnia, la clase social o la edad), que no solo condicionan el tipo de atención que reciben, sino que determinan cómo son leídas, clasificadas y tratadas dentro del sistema de salud, estas marcas no son neutras: organizan jerarquías que legitiman violencias diferenciadas. Así, muchas mujeres no solo son desatendidas o maltratadas, sino que, desde su ingreso al espacio clínico, son discriminadas siendo despojadas de su condición de sujetas de derechos.

En términos afectivos, esta estructura genera una red compleja: por un lado, se identifican afectos que provienen de las disposiciones del personal de salud, como la intimidación, la irritabilidad o el enojo; por otro, emergen en las mujeres afectos como el miedo, la tristeza, la angustia y la soledad, como respuesta a esas interacciones. Sin embargo, para evitar caer en dicotomías simplificadoras (como la oposición entre un personal de salud/mujeres), es necesario reconocer que también existen afectos compartidos, como la frustración, la impotencia y el dolor, que atraviesan a ambos actores dentro de un sistema que los limita y coacciona. No se trata únicamente de la responsabilidad individual del personal, sino de una estructura institucional que, como se abordará en el siguiente apartado, se encuentra marcada por la falta de condiciones materiales y de infraestructura. Por ello, propongo nombrar estos circuitos como afectos de desposesión, entendiendo que la violencia obstétrica no solo implica una negación de atención médica, sino un despojo profundo de la autonomía, dignidad y de reconocimiento.

Gabriela: muerte materna¹¹

El 31 de julio de 2018, Gabriela una mujer de 30 años y con 38 semanas de embarazo, ingresó al servicio de urgencias del Hospital General La Paz, en Baja California Sur. Desde hacía horas presentaba fuertes dolores de parto, pero al llegar al hospital no recibió atención. A pesar de que tenía antecedentes de hipertensión gestacional y dos cesáreas previas, el personal médico minimizó la gravedad de su estado, retrasando su atención sin justificación.

Desde el momento en que ingresó, Gabriela fue tratada con indiferencia y desdén, su dolor fue subestimado y su condición clínica no fue evaluada con la urgencia necesaria. Presentaba cifras altas de presión arterial, signo claro de que su embarazo

¹¹ RECOMENDACIÓN NO. 91 /2022

era de alto riesgo, pero en lugar de ser atendida de inmediato, fue dejada en una camilla, sin monitoreo constante ni intervención oportuna. Durante horas no se le suministraron los medicamentos necesarios para estabilizar su presión ni se tomaron decisiones médicas para evitar complicaciones. No fue hasta las 17:35 horas, más de cinco horas después de su ingreso, que finalmente fue llevada a quirófano para una cesárea y una oclusión tubaria bilateral, este último procedimiento no le fue informado ni consultado.

Durante la cesárea, Gabriela comenzó a presentar hemorragia obstétrica severa, hipertensión descontrolada y taquicardia. Aunque los médicos intentaron controlar la hemorragia con transfusiones y medicamentos, no lograron estabilizarla, su estado de salud se deterioró rápidamente hasta que, en la madrugada del 1 de agosto de 2018, sufrió un paro cardiorrespiratorio y a las 5:10 horas, Gabriela falleció.

La muerte de Gabriela constituye una expresión extrema de violencia obstétrica, no fue una complicación inevitable, sino el resultado de una cadena de omisiones, negligencias y decisiones impuestas sin su consentimiento. Su caso refleja una realidad persistente en México: mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto, aun cuando la mayoría de estas muertes son prevenibles. En nuestro país, hasta la semana 52 del año 2024, se registraron 534 muertes maternas con una razón de mortalidad materna 26.1 defunciones por cada 100,000 nacimientos estimados (Secretaría de Salud, 2024). Estas cifras están directamente relacionadas con la falta de acceso oportuno a servicios de salud, el deficiente seguimiento durante el embarazo, la omisión de protocolos durante emergencias obstétricas y la negación sistemática de la autonomía, se trata de un entramado institucional que falla en proteger, cuidar y reconocer los derechos reproductivos.

El análisis de las 66 recomendaciones revisadas para esta investigación confirma esta tendencia: en el 11.9 % de los casos la mujer murió como consecuencia directa de las violencias sufridas. Esta cifra resulta aún más alarmante si consideramos que no todas las quejas presentadas ante las comisiones de derechos humanos derivan en recomendaciones, y que muchas muertes maternas prevenibles no son reconocidas institucionalmente como violaciones a los derechos humanos. Es decir, hay muertes que ni siquiera se nombran como malas prácticas y/o producto de las violencias. En este sentido, muchas de estas muertes ocurren en el silencio de lo no documentado: diagnósticos tardíos, ausencia de personal

capacitado, decisiones médicas impuestas; la muerte materna es también una forma de exclusión estructural, que afecta de manera desproporcionada a mujeres indígenas, pobres, o rurales. La pregunta no es solo cuántas mueren, sino quiénes mueren, en qué condiciones, qué afectos rodean sus muertes y qué consecuencias deja su pérdida.

Nombrar estas muertes como parte de un continuum de violencia obstétrica no solo permite visibilizar un problema de salud pública, sino que interpela directamente a los marcos éticos, jurídicos y políticos que permiten su persistencia. Gabriela no murió porque no se pudiera hacer más, sino porque no se hizo lo que debía hacerse. El acceso a la información es un derecho humano que fue vulnerado no solo durante las cinco horas en las que permaneció sin atención médica en el hospital, sino también desde el seguimiento prenatal, lo cual condicionó su capacidad de participar en las decisiones sobre su cuerpo, la incertidumbre se entrelazó con el silencio institucional, convirtiéndose en una forma de violencia. A ello siguió una cesárea tardía, acompañada de una OTB (oclusión tubaria bilateral) no consentida —una expresión de anticoncepción forzada—. Gabriela fue despojada de información, de autonomía, de decisión y, finalmente, de su vida. Este despojo se materializó en múltiples niveles: clínico, al negársele atención adecuada; epistémico, al invalidar su saber corporal; político, al negarle voz y participación; y afectivo, al atravesar su experiencia con angustia, miedo e impotencia.

Estas formas de desposesión no ocurren de manera súbita, sino que se producen por una erosión prolongada, sostenida por estructuras institucionales que deslegitiman ciertas vidas, tratándolas como cuerpos prescindibles (Butler, 2021). A Gabriela no solo se le negó un monitoreo obstétrico adecuado o el acceso a medicamentos esenciales para controlar su presión arterial; se le negó el derecho a la vida. Y con ello, también se vulneraron los derechos de su pareja y de su bebé a construir un proyecto de vida digno. Aunque esta afirmación pueda parecer extrema, lo cierto es que durante esas cinco horas su vida no fue reconocida como digna de ser protegida, y es precisamente esa omisión la que convierte su muerte en un acto político.

Esta desigualdad en la distribución del cuidado y el reconocimiento revela cómo ciertas vidas son consideradas prescindibles, tal como lo ha señalado Butler (2021), evidenciando un ejercicio de poder que administra la vulnerabilidad de manera selectiva. En este contexto, los afectos —como ya se ha mencionado en el apartado anterior— sostienen y retroalimentan las

relaciones de poder que se configuran en el ámbito hospitalario: la indiferencia, el desinterés o la irritabilidad, pero también la impotencia, el estrés, el cansancio y el agotamiento derivados de la precariedad laboral del personal de salud, no son emociones aisladas, sino formas afectivas que legitiman la negligencia institucional. Siguiendo a Ahmed (2017), los afectos no solo se experimentan, sino que circulan y se sedimentan en las estructuras, organizando lo que debe ser sentido, por quién y con qué consecuencias. Esto produce formas de adhesión, obediencia o despojo que configuran escenarios donde ciertas vidas son sistemáticamente dejadas de lado, generando lo que he denominado afectos de desposesión, como la angustia, el miedo o la impotencia.

Por otro lado, la muerte materna representa una ruptura radical en el discurso del modelo médico hegemónico, al confrontar su promesa de control y dominio sobre el cuerpo con su fracaso más evidente: la imposibilidad de garantizar la vida. La irrupción de la muerte en el espacio institucional que debe salvaguardar la vida —el hospital— genera un profundo malestar afectivo. Como señalan Olvera y Sabido (2007), este malestar se origina en el hecho de que la muerte desmiente las expectativas que la medicina moderna ha construido sobre sí misma: la idea de que siempre es posible intervenir, prevenir o salvar. En este contexto, especialmente en relación con el personal de salud, la muerte materna no solo es negada discursivamente, sino emocionalmente por medio de la dificultad para nombrarla, asumirla o acompañarla, lo que puede entenderse como una forma de defensa frente a la angustia que provoca reconocer los límites de su práctica profesional o las fallas del sistema, las recomendaciones analizadas permiten observar esta dinámica: en varios casos se documentan demoras en la comunicación de las complicaciones obstétricas o del fallecimiento de la paciente y/o de la persona recién nacida, así como la ausencia de acompañamiento emocional a las familias.

El miedo puede considerarse el afecto de desposesión por excelencia, y la muerte, su expresión más radical; la preocupación, en este sentido, constituye su antesala. En las recomendaciones revisadas, muchas mujeres saben que algo no está bien: lo intuyen a través de la ausencia de movimientos fetales o por la forma en que se presentan las contracciones. Esa preocupación no surge de la nada, sino de una alerta situada en sus cuerpos; pese a ello, se les indica esperar y tranquilizarse. Cuando esa preocupación no es reconocida, se transforma en incertidumbre por la falta de información y, con el paso del tiempo, en angustia

ante lo desconocido. La experiencia se vuelve cada vez más insostenible, no solo por el temor a las consecuencias, sino por la ausencia de respuesta y la espera prolongada.

Por ello, los afectos de desposesión no emergen de un solo momento de violencia, sino que se configuran a través de una secuencia de omisiones que despojan progresivamente a las mujeres. En los servicios obstétricos, esta desposesión se manifiesta en prácticas de espera prolongada, como lo documenta la Recomendación 015/2020: “V1¹² manifestó en varias ocasiones que no sentía movimientos fetales, pero se le pidió que esperara su turno” (p. 4). La angustia generada por la falta de respuesta no se disipa; por el contrario, se intensifica y puede derivar en una vivencia límite, donde el cuerpo se percibe como encierro y amenaza. Tal como lo documenta la Recomendación 004/2021: “Ningún médico se acercó a explicarle qué pasaba con su parto. Permaneció horas con dolor sin que alguien le dirigiera la palabra” (p. 17), y más adelante “V1 pedía ayuda a gritos; relató que sentía que iba a morir. Nadie respondió” (p. 64). El silencio y la ausencia no son meras omisiones: constituyen una forma activa de presencia que niega, no se trata solo de ausencia física, sino de respuestas.

La angustia generada por la falta de respuesta no se disipa; por el contrario, se intensifica, y el dolor físico comienza a transformarse en sufrimiento al inscribirse en un contexto de violencia estructural. A diferencia de los afectos moralizantes, que se ejercen mediante palabras humillantes o gestos disciplinantes, los afectos de desposesión —tal como se evidencian en diversas recomendaciones— se configuran de manera porosa y prolongada, su ejercicio no recae en un acto puntual, sino que se manifiesta a través de la dilación, la indiferencia institucional y la acumulación de omisiones ante el deterioro evidente del estado de salud. Gabriela lo expresa con crudeza: “Cuando me dejaron sola en la sala, pensé que, si me moría ahí, nadie se iba a dar cuenta” (Recomendación 91 /2022).

La soledad que experimenta Gabriela no está vacía de presencia institucional; por el contrario, su relato está marcado por una omisión activa. En la Recomendación 015/2020 se expone: “a su ingreso a Terapia Intensiva [...] presentaba dolor agudo abdominal y signos de shock hipovolémico, pero no se registró intervención inmediata” (p. 36). Este fragmento no solo narra el riesgo de muerte, sino que evidencia una paradoja fundamental: la mujer se

¹² A lo largo del documento, la sigla V se utiliza para referirse a la víctima directa. Cuando se emplea V2, V3, etc., corresponde a otras víctimas involucradas en el caso, tales como el producto o familiares, esto con la finalidad de respetar, en las citas textuales tomadas de las Recomendaciones de la CNDH, la forma en que fueron redactadas originalmente.

encuentra ya en el área especializada del hospital, el espacio destinado al manejo clínico de emergencias, y aun así no se realiza ninguna intervención oportuna. Es en ese umbral —entre el reconocimiento clínico del riesgo y la falta de acción— donde se inscriben los afectos de desposesión. La frontera entre la frustración y la impotencia se vuelve difusa: la primera nace de la expectativa insatisfecha de recibir atención, mientras que la segunda se intensifica con la conciencia de que no hay manera de intervenir o cambiar el curso de los acontecimientos. Ambas emociones se entrelazan en un escenario donde el abandono no implica una simple ausencia, sino que constituye una forma activa y persistente de negligencia institucional, como es posible atestiguar en diversas recomendaciones.

Las maniobras realizadas para la extracción de la placenta de V1, que involucraban tracción, se encontraban contraindicadas, contribuyendo directamente con la ruptura de cordón umbilical que sufrió y a su vez con la posterior extracción manual de placenta, atonía uterina, hemorragia postparto e histerectomía afectó su fertilidad de manera irreversible, vulnerando su derecho a la protección de la salud permanentemente aun cuando existían alternativas que pudieron ser menos lesivas (...) considerando su edad de 20 años al momento de los hechos para salvaguardar su integridad.- Recomendación 128/2021

Posterior a estas maniobras y sin establecer el tiempo transcurrido, AR2¹³ señaló no haber podido extraer el producto 'sin encontrarse frecuencia cardíaca fetal'. Además, mencionó la aparición de un sangrado profuso transvaginal que orientaba a un 'desprendimiento placentario' y/o 'atonía uterina', motivo por el cual decidió realizar la maniobra de Zavanelli con la finalidad de extraer por vía abdominal al feto a través de operación cesárea, tomando en consideración que para ese momento ya se había presentado la muerte fetal y decapitamiento parcial. - Recomendación 013/2022

¹³ Para efectos de este análisis, se emplean las siguientes siglas: AR = Autoridad Responsable (seguido de un número progresivo según el orden en que aparecen señaladas en la Recomendación) y V = Víctima. En el caso de las víctimas, el número asignado indica si se trata de la víctima directa (V1) o de víctimas subsecuentes (V2, V3, etc.), como pueden ser el producto, familiares u otras personas afectadas.

De los elementos descritos se concluye que las complicaciones analizadas derivaron tanto del inadecuado seguimiento del control prenatal y las irregularidades en el proceso del trabajo de parto, que provocaron que V2 permaneciera en un ambiente intrauterino hostil que comprometía su bienestar fetal y, sin embargo, no se realizó la cesárea de manera oportuna, incidiendo en su estado de salud de manera desfavorable. Así mismo, fueron decisivas las irregularidades en su seguimiento en los primeros días de vida, la falta de una valoración detallada y completa, la falta de registros sobre la evolución de sus complicaciones respiratorias, la omisión de toma de estudios de laboratorio de manera oportuna que incidió en la falta de identificación a tiempo del agente patógeno causal de la infección y el otorgamiento del tratamiento antibiótico adecuado que pudiera tener mayor efectividad en el padecimiento. - Recomendación 071/2022

El desenlace de V se presentó como consecuencia de la falta de vigilancia estrecha del embarazo de alto riesgo con el que cursó, incrementando las complicaciones obstétricas que ocasionaron su lamentable deceso. A consecuencia de que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 omitieran protocolizar y tratar en tiempo y forma la hipertensión arterial con que se diagnosticó a V desde su ingreso, ya que la preeclampsia es una de las causas que se asocian con atonía uterina, y aun cuando AR7 la reintervino quirúrgicamente después de la cesárea y realizó histerectomía subtotal, dicha circunstancia fue insuficiente para restablecerle su salud, en ese sentido, se reitera que la falta de interrogatorio adecuado, una minuciosa revisión, la omisión de considerar el riesgo obstétrico, ocasionó el avance de la historia natural de la atonía uterina y con ello, se produjo la afectación al derecho humano a la protección de su salud con la subsecuente pérdida de la vida. - Recomendación 091/2022.

Los fragmentos recuperados dan cuenta de cómo, la frustración atraviesa las experiencias de violencia obstétrica con distintas intensidades, expresándose en la forma en que se vulneraron

la dignidad, la autonomía y la integridad corporal de las mujeres. En la Recomendación 128/2021, las intervenciones médicas contraindicadas derivaron en una histerectomía practicada a una mujer de 20 años, lo que implicó no solo una afectación física irreversible, sino también un daño profundo a su proyecto de vida. La frustración, emerge como un afecto que acompaña la pérdida, la imposibilidad de ejercer el derecho a decidir sobre su cuerpo, y la negación de sus derechos sexuales y reproductivos, así como de su derecho a la integridad. Las Recomendaciones 13/2022 y 071/2022 muestran que los afectos de desposesión no ocurren en un único momento, sino como procesos acumulativos, en ambos casos, la frustración emerge como un afecto central que acompaña distintas intervenciones. En la primera recomendación, la muerte fetal es el resultado de una cadena de omisiones médicas y en la segunda, la experiencia inicia con un seguimiento prenatal deficiente, continúa con la omisión injustificada de una cesárea durante el parto y culmina con negligencias en la atención neonatal que provocan la muerte de la recién nacida. Ambos relatos evidencian violaciones graves al derecho a la vida, al interés superior de la niñez y a la continuidad del cuidado.

En todos estos casos, la frustración y el enojo aparecen como afectos que señalan con precisión el punto donde se rompe el acceso a los derechos, dejando la certeza de que lo vivido pudo haber sido evitado. La frustración acompaña el dolor de la pérdida, sostiene la impotencia cuando ya no hay vuelta atrás. El enojo, en cambio, emerge como una respuesta frente a la injusticia: no se limita a registrar el daño, sino que lo nombra, lo denuncia y lo devuelve al espacio público. Es un afecto que reconoce el agravio cometido contra la dignidad y la transgresión inscrita en el cuerpo. En su forma más intensa, este enojo se transforma en rabia, una rabia que, como señala Laura Quintana (2021), no debe entenderse como irracionalidad o violencia ciega, sino como una fuerza capaz de abrir horizontes de resistencia y acción colectiva. En este registro afectivo, la conciencia del daño se convierte en impulso político: el enojo y la rabia transforman las injusticias reproductivas en exigencias y demandas, y movilizan a las mujeres y sus comunidades en la búsqueda de la justicia.

Sin embargo, no todo enojo adquiere una dimensión política. El enojo, como afecto y como expresión de poder, también puede operar como un afecto de desposesión, en este sentido, lejos de convertirse en agencia, puede inscribirse en la inercia institucional y formar parte de las dinámicas de abuso de poder. Este tipo de enojo —cuando proviene del personal de

salud— rara vez es nombrado o cuestionado; aunque se exprese mediante irritación, fastidio o desagrado hacia las mujeres, estas manifestaciones pocas veces son reconocidas por otros actores institucionales. En muchos casos, se traducen en estrategias de intimidación, vigilancia o castigo. La Recomendación 045/2021 da cuenta de una cadena de acciones cuyo efecto es la desposesión de las mujeres y sus familiares:

V1 narró en su queja que, el 1° de febrero de 2017, después de una revisión, una doctora le dijo que no tenía líquido amniótico, por lo que la trasladaron a quirófano y manifestó su preocupación a AR1, quien le contestó ‘malhumorada y de forma muy cortante’: ‘sí, ya sé, ya me pasaron el reporte’, y le indicó que le harían una cesárea. Además, le preguntó si ya había hablado con su esposo sobre no tener más hijos, y al responder que no, AR1 la regañó diciéndole que era una irresponsable. - Recomendación 045/2021, p. 34

Aquí, el enojo está presente en el trato despectivo como por la intromisión en la intimidad de la mujer, por medio de la imposición de un juicio moral sobre su reproducción. Se trata de una desautorización que se sostiene en el poder-saber biomédico, donde el personal de salud realiza una lectura del cuerpo femenino desde una lógica de riesgo, y concluye —sin mediar diálogo— que no debe reproducirse. Esta idea se encuentra atravesada por políticas institucionales de control natal, que naturalizan la intervención sobre los cuerpos de las mujeres. A través del afecto y la palabra, se teje la sugerencia de una posible esterilización, sin consentimiento ni proceso informado, esta práctica vulnera de forma directa el derecho a la autonomía reproductiva, el derecho a la integridad personal, y, sobre todo, el derecho a la dignidad humana.

Este tipo de expresiones del enojo e irritación, provienen del personal de salud y rara vez son abordadas, operando como una expresión de la violencia obstétrica, este patrón se evidencia en el siguiente fragmento, cuando la pareja de V1 intenta obtener información dentro de la misma recomendación:

V2 añadió que cuando AR1 se presentó con ellos para la firma del consentimiento, él le preguntó sobre el momento en que le realizarían la cesárea a V1, obteniendo una

respuesta grosera, ya que le replicó que los quirófanos estaban ocupados y no la iban a hacer en la cocina - Recomendación 045/2021, pp. 34–35

Esta respuesta despectiva y sarcástica busca humillar a las mujeres; es una expresión de enojo e irritación, pero sobre todo revela la indiferencia ante una situación que, para las personas involucradas, representa la diferencia entre la vida y la muerte. El uso del humor funciona aquí como una tecnología que refuerza la jerarquía profesional y pone en evidencia la asimetría de poder. Estas prácticas forman parte de las relaciones jerárquicas y desiguales de la atención obstétrica, donde, como señala Belli “la asimetría médico-paciente, se arraiga en las prácticas sociales, desplazando a la mujer del rol protagónico en su propio embarazo, en el momento del parto e incluso durante el puerperio, lugar que pasa a ser ocupado por la autoridad del saber profesional” (Belli, 2013, p. 27).

Además, estas expresiones de violencia se intensifican en la intersección con las desigualdades de clase, etnia y género, pues las mujeres pobres no solo enfrentan barreras geográficas y económicas para acceder a una atención de calidad, sino también la discriminación ejercida por el propio personal de salud (Belli, 2013). En la misma línea, Sesia (2011) subraya que “la desigualdad social constituye un proceso histórico de poder asimétrico que beneficia a unos cuantos y excluye a otros, otorgando a ciertos grupos acceso privilegiado a recursos y satisfactores, mientras que otros enfrentan un acceso limitado o nulo” (p. 242). Estas condiciones estructurales potencian la crudeza de la violencia obstétrica y generan injusticias reproductivas, donde la atención digna, cálida, oportuna, gratuita y respetuosa deja de ser un derecho para convertirse en un privilegio atravesado por clase y raza, en lugar de una garantía universal.

Asimismo, estas prácticas no pueden desvincularse de los procesos históricos mediante los cuales la obstetricia se consolidó como un campo de control social y nacional. En palabras de Marcela Nari, citada en Belli (2013), “el aparato sanitario fue uno de los instrumentos significativos para la formación de la nacionalidad. Estos espacios son fundamentales para la consolidación de las teorías médicas sobre los cuerpos y la salud de las mujeres. Los médicos tuvieron el poder de intervención social de su lado, al tiempo que los estados intentaron garantizarles el monopolio de la profesión” (p. 26). Este trasfondo evidencia cómo el desarrollo de la obstetricia estuvo atravesado por políticas eugenésicas y de construcción nacional que reforzaron jerarquías de clase y raza. Así, la violencia obstétrica no solo

responde a dinámicas médico-paciente, sino que reproduce un orden social que históricamente ha discriminado y subordinado a las mujeres pobres, indígenas y racializadas, situándolas en un escenario persistente de desigualdad y racismo institucionalizado.

Priscila: despojo de la autonomía reproductiva ¹⁴

La madrugada del 12 de diciembre de 2013, Priscila sintió que su fuente se había roto, se encontraba en su celda, dentro del Centro Federal Femenil “Noroeste”. Priscila, comenzó a pedir ayuda, pero nadie acudía y en un acto desesperado, comenzó a gritar y a golpear las rejas: “Gritaba y picaba con un cubierto en las rejas de la celda para que me hicieran caso”. Finalmente, una custodia se acercó y le dijo que se esperara, que avisaría a la comandante, no fue llevada de inmediato a un hospital, la condujeron primero a la enfermería del penal, donde le hicieron firmar un documento en el que el Centro se deslindaba de responsabilidad médica.

Durante el embarazo, Priscila manifestó de forma explícita su deseo de tener un parto natural. Se lo dijo directamente a la médica que llevaba su control, confiando en que su voluntad sería escuchada y respetada. Pero no fue así: “Yo le dije a la doctora que quería parto natural, me dijo que no se podía, que iba a ser cesárea”. No hubo diálogo, ni explicaciones, ni información sobre riesgos o alternativas. Desde ese momento, Priscila dejó de ser considerada sujeta de derechos y se le objetivizó. Su cesárea fue realizada sin su consentimiento informado y en condiciones coercitivas con sus extremidades sujetadas durante el procedimiento. Al terminar la cesárea tuvo complicaciones y escuchó que se debía de extirparle el útero. Confundida preguntó: “¿Qué órgano me iban a quitar?” y la respuesta fue: “Que no me podía morir ahí”. Nadie le explicó por qué, ni cuál era el diagnóstico, ni si existían otras alternativas. Priscila recuerda con claridad que una custodia ingresó al quirófano y se comunicó por teléfono con alguien del penal, poco después fue sometida a una histerectomía subtotal. No firmó consentimiento, no tuvo oportunidad de negarse y no hubo un registro clínico claro que justificara la urgencia o necesidad de ese procedimiento. Lo

¹⁴ RECOMENDACIÓN NO. 204/2023

que ocurrió fue una intervención irreversible ejecutada sin su voluntad, bajo la vigilancia del sistema penitenciario y la anuencia del personal médico.

En el caso de Priscila, la violencia obstétrica adoptó su forma más extrema: se convirtió en tortura institucional. Priscila, privada de la libertad, debió golpear los barrotes de su celda para ser atendida; dio a luz con las extremidades sujetadas y fue sometida a una histerectomía sin consentimiento o justificación clínica clara. Su experiencia encarna la alteridad, su cuerpo se volvió objeto de control médico y punitivo, y la posibilidad de ejercer derechos desapareció por completo. Este caso ilustra cómo las violencias obstétricas también emergen en la intersección entre múltiples instituciones, y cómo los abusos no responden solo a decisiones individuales, sino a engranajes estructurales que operan con total impunidad.

Este entramado institucional también se refleja en prácticas de negligencia sistemática que atraviesan muchas de las recomendaciones analizadas. La dilación injustificada, la omisión de valoraciones clínicas, la falta de monitoreo fetal y la administración de intervenciones sin consentimiento ni diagnóstico adecuado son formas frecuentes de violencia obstétrica. En la Recomendación 26/2020 se documenta: “Desde su ingreso hospitalario, V1 reportó disminución en los movimientos fetales, pero no se le realizó ultrasonido hasta seis horas después” (p. 26); en otra: “AR1 indicó se le suministrara oxitocina intramuscular sin evaluación clínica del cuello uterino ni monitoreo fetal” (Recomendación 014/2021, p. 4).

Lo descrito constituye violaciones graves a los derechos humanos de las mujeres, en tanto comprometen su integridad física, emocional y reproductiva sin justificación clínica. A partir del análisis afectivo realizado, se evidencia una actitud institucional por parte del personal de salud en la que predominan el conformismo y la indiferencia:

Cuando V1 fue sometida a revisiones de tacto vaginal, este procedimiento fue sin gel, provocándole dolor, y expresándolo inmediatamente al personal médico correspondiente, a pesar de ello, prosiguió con el tacto, lastimándola, agravando el sangrado vaginal que presentaba y refiriéndole que “se aguantara”, “que así lo hacía ella”- Recomendación 101/2023, p. 38

A pesar de implorarle que ‘tuviera voluntad de atendérmela porque era una vida y no un enganche de un vehículo’, AR4 se negó- Recomendación 080/2022, pp. 27–28

Los médicos solo le decían que el sangrado era normal y que quizá era cáncer lo que tenía, por eso era necesario someterse a una histerectomía total; lo que constituye una afectación psicológica, al omitir brindarle información sobre el transcurso de su práctica obstétrica- Recomendación 180/2022, p. 36

Me sacaron la placenta sin anestesia, yo gritaba del dolor y les decía que me dolía y me dijeron ‘no grite tanto, aguántese que así es esto- Recomendación 133/2021, p. 7

En los fragmentos expuestos nos podemos dar cuenta que la indiferencia no es un descuido o falta de empatía individual, puesto que opera como parte del andamiaje que reproduce la violencia obstétrica. Esta indiferencia se manifiesta en el abandono emocional, la omisión de cuidados básicos y la negativa a reconocer la palabra y el dolor de las mujeres, lo que configura una forma de desposesión afectiva y epistémica. Así, en la Recomendación 101/2023, se documenta cómo una mujer fue sometida a tactos vaginales sin gel, provocándole dolor, siendo una expresión de violencia sexual; de forma similar, en la Recomendación 080/2022, una persona usuaria suplica que atiendan a su familiar y el caso culmina con una muerte neonatal.

La indiferencia funciona como un mecanismo de adaptación al orden establecido: permite tolerar, reproducir e integrar prácticas de violencia en instituciones que se caracterizan por la omisión. Esto también nos permite comprender cómo, en todas las recomendaciones, la indiferencia opera como un dispositivo de normalización del daño y vulnera derechos como la integridad, el acceso a la información, el consentimiento informado, la protección de la salud y la dignidad humana. Dentro de los circuitos afectivos, la indiferencia se acompaña del conformismo.

AR6 no consideró ni ponderó el riesgo que implicaba que V2 presentaba restricción del crecimiento intrauterino estadio 1, manteniéndolo en un medio hostil de tipo asfíctico - Recomendación 071/2022, p. 17

AR1 y el MPSS tampoco interpretaron resultados de estudios de laboratorio, no se advirtió en la nota que se haya orientado a V1 sobre la identificación de los signos de alarma- Recomendación 080/2022, pp. 16–17

AR4 y AR5 no abordaron correctamente la atonía uterina, aun y cuando administraron múltiples uterotónicos [...] omitieron activar el equipo de respuesta inmediata obstétrica. - Recomendación 091/2022, p. 17

AR1, personal médico de la Clínica Hospital que tuvo a su cargo el control prenatal de V1, omitió proporcionarle la atención médica con la calidad y la oportunidad que requería, al no haberla referido a un segundo nivel de atención de manera prioritaria, a sabiendas que el tipo de resolución sería por vía Cesárea y que el producto se encontraba en posición transversa y con doble circular de cordón a cuello- Recomendación 004/2022, p. 27

Durante su recuperación en el área de hospitalización, el personal médico omitió realizar una exploración física dirigida, valorar el sangrado uterino y realizar un control adecuado del estado clínico de V1, situación que contraindicaba su alta. Asimismo, tampoco solicitaron valoración por el servicio de psicología, a pesar de que había sido intervenida quirúrgicamente con pérdida del producto de la gestación- Recomendación 040/2023, p. 21

El conformismo atraviesa las experiencias de violencia obstétrica; no se trata de una actitud pasiva, sino —al igual que la indiferencia— de una forma de proceder dentro de la institución. Se manifiesta desde el control prenatal hasta el posparto. En la Recomendación 004/2022, el personal médico omitió referir oportunamente a la paciente a un segundo nivel de atención, a pesar de contar con indicios clínicos que hacían evidente la necesidad de una cesárea. En la Recomendación 091/2022, aun reconociendo un cuadro de atonía uterina, no se activó el protocolo de respuesta obstétrica, lo cual culminó en una muerte materna; dentro del documento se señala, además, que el personal conocía la normativa, reproduciendo así una lógica de inercia que naturaliza el riesgo.

Asimismo, las Recomendaciones 071/2022 y 080/2022 documentan cómo el personal no interpretó adecuadamente los estudios clínicos ni orientó a la paciente sobre los signos de alarma. Esta omisión ilustra cómo el conformismo se traduce también en una renuncia al

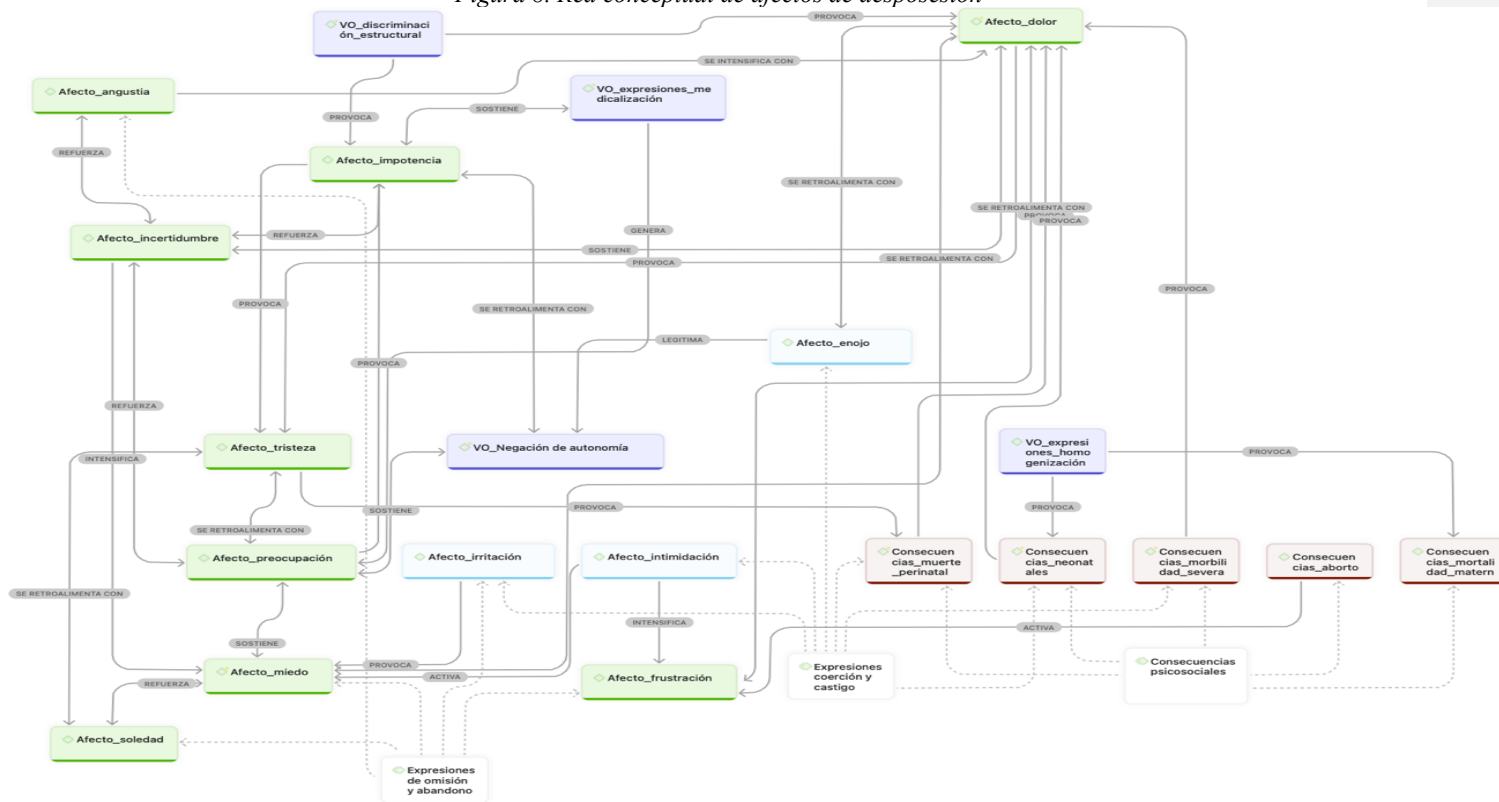
cuidado y, por ende, al derecho a la vida y a la salud de las mujeres. Finalmente, este afecto se extiende al posparto: en la Recomendación 040/2023, se omitió valorar el estado físico y psicológico de una mujer que había perdido a su hija, autorizando su alta sin acompañamiento emocional ni revisión clínica adecuada, esta alta “biomédica” —es decir, centrada únicamente en los aspectos físicos— constituye una constante dentro de las recomendaciones. En su conjunto, estas formas de conformismo institucional potencian la violencia obstétrica y vulneran los derechos de las mujeres, sosteniendo el modelo médico hegemónico.

6.2.1 Red de afectos de desposesión

La red presentada en este apartado reúne los afectos de desposesión desarrollados a lo largo de este eje, se centra en mostrar los afectos que circulan, sus expresiones, el ejercicio del poder —que se traduce en formas de violencia obstétrica dentro de los escenarios hospitalarios— y la manera que operan como mecanismos destinados a colocar a las mujeres en zonas de invisibilización, a anularlas, como quedó evidenciado en el caso de Priscila.

El abandono, en este contexto, no siempre implica la ausencia física del personal, sino una forma de no cuidado: las mujeres están, pero no son vistas; hablan, pero no son escuchadas; manifiestan dolor, pero no reciben respuesta, como se fue evidenciando en los fragmentos expuestos a lo largo de este eje. A diferencia de los afectos moralizantes, los afectos de desposesión no buscan que las mujeres se adapten a la norma ni que encajen en el ideal femenino. Estos afectos no constituyen en sí mismos violencia obstétrica explícita, pero la acompañan y la configuran como experiencia, de manera más crónica. Generan un tránsito que va desde la preocupación inicial hasta la soledad absoluta; es decir, se desarrollan de forma progresiva, no repentina, como se evidenció en el caso de Gabriela.

Figura 8. Red conceptual de afectos de desposesión¹⁵



Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH codificadas en Atlas.ti

¹⁵ En la figura 8 se distinguen tres grupos principales: en verde aparecen los afectos de desposesión experimentados por las mujeres (miedo, angustia, tristeza, impotencia, incertidumbre, soledad, preocupación, dolor), en azul claro los afectos asociados al personal de salud (irritación, intimidación, frustración, enojo), y en azul más intenso las expresiones de violencia obstétrica (negación de autonomía, homogenización, medicalización, discriminación estructural). Estas categorías se enlazan mediante flechas que muestran relaciones de sostén, provocación y retroalimentación. Finalmente, en rojo se encuentran las consecuencias clínicas (muerte materna, muerte perinatal, aborto, morbilidad severa y complicaciones neonatales), mientras que en gris se ubican las consecuencias psicosociales y dinámicas de coerción y castigo. La organización de la red permite visualizar cómo los afectos se van encadenando en circuitos progresivos, en los que las emociones iniciales (como preocupación o angustia) se intensifican y terminan en formas extremas de desposesión, invisibilización y despojo de la autonomía reproductiva.

La preocupación, en este circuito afectivo, aparece como una constante no atendida que deriva en angustia; una angustia que, al mantenerse sin respuesta, da paso a la desesperación. La falta de monitoreo obstétrico (omisión conjugada con homogenización) constituye un proceso afectivo acumulativo. Por su parte, el desinterés se manifiesta en el personal de salud y se acompaña del silencio y de una dilación injustificada que hacen que el dolor circule junto con la impotencia. Las mujeres se enfrentan así a no poder detener la violencia ni proteger su vida o la de sus bebés: “V1 preguntó reiteradas veces si el bebé estaba bien. Nadie le respondió” (Recomendación 015/2020, p. 33). Además, cuando intentan expresar su miedo o resistir una intervención, la respuesta es la intimidación: “Una enfermera le gritó a V1: ‘así como grita, se va a quedar sola pariendo’” (Recomendación 004/2021, p. 29). El miedo se convierte en una herramienta de disciplina: si tienes miedo, obedeces, pero obedecer no impide las malas praxis, como se puede leer en los casos de Gabriela y Priscila; la pérdida de la vida y de la capacidad reproductiva viene acompañada de la tristeza: “después de la cirugía, lloré mucho. No solo por el dolor, sino porque sentí que algo mío se había perdido” (Recomendación 204/2023, p. 20).

Es un error argumentar que el personal de salud no experimenta afectividad; por el contrario, como se ha señalado a lo largo de este trabajo, sí la manifiesta y en algunas ocasiones a través de disposiciones que refuerzan la jerarquización y el control. No constituyen la parte racional del aparato institucional: experimentan enojo e irritación (como se observa en la red), afectos que provocan dolor y miedo en las usuarias, además de potenciar las expresiones de violencia obstétrica. Por ejemplo: “El personal de salud no realizó vigilancia obstétrica ni proporcionó información sobre el estado de salud de la paciente ni del feto durante más de 10 horas” (Recomendación 3/2021, p. 45); o bien: “Me dijeron que si seguía insistiendo me iban a mover a otra sala y que no me quejara tanto porque no era para tanto” (Recomendación 136/2021, p. 5). Estos fragmentos permiten observar que los afectos no son individuales: forman parte de un circuito institucional de violencia que naturaliza prácticas deshumanizantes, resulta importante señalar que las quejas analizadas documentan hechos ocurridos en distintas regiones del país y en diversas temporalidades, lo cual permite visibilizar también cómo los afectos fluctúan y se sostienen en el tiempo.

Por otro lado, la experiencia del dolor, tal como se ha abordado, no es solo corporal, sino también social. Retomando a Olvera y Sabido (2007), la forma en que el dolor se nombra, se

minimiza o se niega, así como las respuestas —o su ausencia— por parte del personal de salud, configuran un circuito afectivo de sensibilidad. Estas sensibilidades marcan o generan preámbulos de lo que es permitido escuchar, sentir e ignorar. Tal como se ha documentado en las recomendaciones, esto permite comprender por qué se niega el ingreso a un hospital, por qué no se brinda acompañamiento a una mujer que grita de dolor, por qué no se sostiene la mano de una mujer que sufre una pérdida reproductiva o por qué se permite que pasen horas con el óbito dentro de su cuerpo. Todo ello está relacionado con el sufrimiento que es permitido ser visto, con las jerarquías que determinan qué dolor importa, se trata de la manera en que un sistema de salud precarizado y desigual estructura el sufrimiento (Olvera & Sabido, 2007).

Desde una mirada estructural, es importante señalar que estos afectos no surgen solamente de la atención, la presencia simultánea de afectos experimentados por las mujeres y por el personal permite entender que la violencia obstétrica no es un acto aislado, sino una relación de poder y afectividad construida dentro del entramado institucional. Los afectos del personal no siempre son deliberados, pero sí responden a una lógica funcional que refuerza el orden establecido. La intimidación se enlaza con el miedo, la irritación con la tristeza y la impotencia, y el enojo es sostenido por la frustración y el dolor; estas asociaciones conforman circuitos afectivos cruzados que enmarcan la violencia obstétrica. En el interior de esos mismos circuitos, la conexión entre los distintos afectos es clave: angustia, impotencia, tristeza, frustración y preocupación conforman un núcleo que se activa en distintos momentos de la atención obstétrica violenta, mientras que el miedo y la incertidumbre se convierten en herramientas de control, reforzadas por disposiciones institucionales como la intimidación o la irritación. En conjunto, ambos núcleos afectivos alimentan y agravan el dolor de las mujeres, y muestran cómo esta red no se limita a las salas de espera o quirófanos, sino que se reproduce e intensifica dentro de un sistema de salud más amplio, como se analizará en el siguiente eje.

En suma, nombrar los afectos de desposesión es también una forma de romper con dinámicas de poder que reproducen jerarquías de género, estos afectos operan como formas de ocultamiento: mecanismos que silencian el dolor y borran la legitimidad de las mujeres dentro del sistema de salud. La invisibilización que atraviesa la experiencia de muchas mujeres no se reduce a la violencia encarnada en el parto; se prolonga en estas disposiciones

afectivas que las empujan a los márgenes. En este contexto, ser reconocidas por el personal de salud dentro del espacio hospitalario implica, para las mujeres, es un tema de justicia social, es el reconocimiento como sujetas de derechos en el espacio público, algo que cobra especial relevancia del acceso a una vida digna.

De este modo, el análisis realizado trasciende lo clínico o lo jurídico y permite situar el daño en su dimensión más íntima y estructural. En estas experiencias, el daño se inscribe tanto en el cuerpo como en los afectos, y en esa trama se revelan las huellas de la violencia obstétrica en la cotidianidad de la atención. Con ello se abre el camino para comprender cómo estas marcas condicionan no solo los procesos reproductivos de las mujeres, sino también el pleno ejercicio de sus derechos.

6.3 Afectos institucionales: desconfianza, coerción y abuso de poder

Hablar de afectos institucionales es adentrarse en una de las capas más profundas de la violencia obstétrica: no se trata solo de observar lo que ocurre en el encuentro entre mujeres y personal de salud, sino de mirar lo que se anida en las vigas que sostienen el edificio institucional. Allí donde se dilata la atención, se acumulan omisiones, se ignoran protocolos y se fragmentan los cuidados, en donde el expediente se gestiona de forma inadecuada, la transferencia oportuna nunca llega y la patologización del cuerpo se vuelve norma, son esas expresiones invisibles las que sostienen la violencia estructural con la que muchas mujeres se encuentran al buscar atención médica.

La Recomendación General 31/2017 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH, 2017). lo plantea con claridad: la violencia obstétrica no es un accidente ni puede reducirse a malas prácticas médicas individuales; es una forma específica de violencia institucional. Surge de un entramado de omisiones estructurales y de climas organizacionales marcados por el conformismo, la indiferencia, el desinterés y la negligencia. Es una violencia que se reproduce en nombre de una ciencia supuestamente neutral, pero que perpetúa relaciones de poder, género, clase y raza. Así modelo médico hegemónico —basado en la medicalización de los procesos vitales y la desestimación de las emociones y saberes de las mujeres— encuentra en la violencia obstétrica su expresión máxima.

En este eje se propone un cambio de perspectiva: ya no se trata únicamente de observar los afectos que emergen durante el momento de la atención obstétrica, sino de analizar aquellos

que atraviesan y sostienen las relaciones institucionales dentro del sistema de salud. El interés se desplaza de las emociones hacia aquellas disposiciones afectivas que forman parte de la cultura organizacional de las instituciones. Se hace referencia a una burocracia que se protege a sí misma antes que a las pacientes, a una cadena de mando que reproduce decisiones sin cuestionar sus consecuencias, y a una estructura institucional que responde con apatía o indiferencia frente al sufrimiento de las mujeres. Estas formas afectivas no son menores: constituyen expresiones del poder que las instituciones ejercen cotidianamente.

En este sentido, se retoman los afectos institucionales para desarrollar un argumento central: la desconfianza estructural que las instituciones de salud proyectan hacia las mujeres, se configura en una relación social jerárquica y asimétrica, donde el derecho a la salud no es reconocido como un derecho exigible, sino como un privilegio condicionado. El desinterés por las condiciones de vida de las pacientes, la indiferencia ante sus malestares y la desafectación emocional del sistema frente a sus consecuencias conforman un dispositivo afectivo que opera como forma de exclusión y despojo.

Este eje parte del reconocimiento de que el derecho el derecho a la salud implica que los servicios sean disponibles (es decir, que existan en número suficiente y con recursos adecuados), accesibles (sin discriminación, geográficamente cercanos, económicamente asequibles y con acceso claro a la información), aceptables (respetuosos de la diversidad cultural, de género y de la dignidad de las usuarias) y de calidad (con personal capacitado, infraestructura adecuada y prácticas clínicas basadas en evidencia). Cuando estas condiciones no se garantizan, las instituciones no solo fallan en su obligación legal, sino que sostienen la violencia estructural y obstaculiza el acceso a una vida digna (CNDH, 2017).

Ana: cuando la atención llega tarde¹⁶

Ana, una mujer indígena ch'ol de 29 años, Ana, una mujer indígena Ch'ol de 29 años, vivía en la comunidad de Nueva Esperanza, en Tila, Chiapas. Durante su embarazo, acudió a todas sus consultas en la Unidad Médica Rural (UMR) del IMSS. En cada visita, la médica que la atendía le aseguraba que todo estaba en orden y que su bebé se encontraba bien. El 26 de diciembre de 2018, Ana comenzó a presentar hinchazón en los pies, dolor y ausencia de movimientos fetales. A pesar de estas señales de

¹⁶ RECOMENDACIÓN NO. 66/2021

alarma, no acudió de inmediato al hospital. En su comunidad, acceder a atención médica especializada es un desafío: el hospital más cercano está lejos, el costo del traslado es elevado y muchas mujeres no tienen con quién dejar a sus otros hijos. Además, confiaba en lo que le habían dicho en cada consulta, que su embarazo evolucionaba sin problemas. El 3 de enero de 2019, cuando finalmente asistió a su cita programada en la UMR, la médica detectó que el bebé había muerto aproximadamente 15 días antes. De inmediato fue trasladada al Hospital Rural de Ocosingo, donde se confirmó el óbito fetal y se le indujo el parto. Sin embargo, su situación de salud se agravó: su presión arterial subió peligrosamente y permaneció varios días hospitalizada con riesgo de sufrir complicaciones mayores. Actualmente, Ana está embarazada nuevamente, a pesar de ello, decidió no volver a atenderse en el IMSS, y su esposo ha tenido que desplazarse a otra comunidad para trabajar y costear las consultas en una clínica privada.

Este caso ilustra con crudeza cómo la promesa del acceso universal a la salud se desvanece frente a las condiciones concretas de vida de muchas mujeres indígenas. Ana cumplió con sus consultas, confió en las instituciones y siguió las indicaciones. Aun así, su hija murió. Su experiencia interpela no solo la ausencia de servicios especializados, sino también los dispositivos afectivos e institucionales que reproducen una lógica de exclusión estructural. La distancia geográfica, el costo del traslado, la sobrecarga de cuidados, la confianza depositada en diagnósticos erróneos y, finalmente, la decisión de alejarse del sistema público evidencian una cadena de obstáculos materiales, simbólicos y emocionales que impiden el ejercicio efectivo del derecho a la salud reproductiva.

El caso de Ana no es una excepción, sino un síntoma de la injusticia reproductiva que atraviesa los cuerpos racializados y empobrecidos, situándolos en los márgenes de la atención institucional. Su decisión de no volver al IMSS expresa una desconfianza hacia un sistema que no protegió ni su vida ni la de su hija. Esa desconfianza no es solo una reacción individual, sino la huella de una violencia estructural que, atravesada por género, clase y etnicidad, revela la persistencia de desigualdades institucionalizadas. En este sentido, la atención obstétrica se configura en la intersección de múltiples marcadores sociales y culturales que se refuerzan entre sí, produciendo prácticas discriminatorias y autoritarias hacia las mujeres (Viveros, 2023).

Retomando a Yuderkis Espinosa Miñoso (2022), este caso desmantela lo que ella denomina la ficción de la universalidad inclusiva: “ese ideal de la unidad en la opresión que opera como comodín para legitimar cualquier tipo de empresa y objetivo” (p. 25). Es decir, se trata de una ilusión de igualdad que, al asumir una experiencia común de opresión bajo la categoría mujer, borra las diferencias estructurales y legitima políticas que continúan reproduciendo la exclusión de las mujeres más precarizadas. Esta ficción se reproduce también en la atención obstétrica, donde el simple reconocimiento normativo de derechos parece bastar para garantizar su ejercicio efectivo, especialmente en el caso de una unidad rural. No obstante, en la recomendación se puede leer: “decidió irse al curandero refiriendo que a los 2 días después de acudir con él, desapareció el edema y el dolor, aunque persistía la falta de movimientos fetales... decidió no acudir a la UMR ni mucho menos al hospital... por lo que decidió esperar su cita en UMR que es el día de hoy” (Recomendación 66/2021, p. 25), o bien: “el fallecimiento guarda relación con la dilación de la paciente en acudir a la atención institucional” (Recomendación 66/2021, p. 36). Acceder a un hospital, recibir atención especializada oportuna y contar con personal capacitado no es una garantía para muchas mujeres indígenas, sino una promesa vacía sostenida sobre condiciones estructurales de exclusión.

El sistema le hablaba en un lenguaje técnico y aparentemente neutral, pero lo que parecía un trato igualitario era, en realidad, una forma de indiferencia institucionalizada. Entre los afectos que emergen en su experiencia, la desconfianza destaca como una reacción ante una institución que regula los cuerpos y distribuye de manera desigual el acceso a la vida y al cuidado. Como lo expresa Espinosa: “hay regímenes de poder imbricados, hay estructuras de poder que lo sostienen imbricadamente, hay cuerpos marcados con mayor o menor intensidad, o mejor lo debería decir: al final, todo cuerpo está marcado dentro de esta multiplicidad de fracturas entre cuerpos que detentan el poder en algunas instancias de lo social, y cuerpos que nunca lo detentan” (2022, p. 51).

En este contexto, la accesibilidad no puede analizarse únicamente como una barrera física o económica, sino como un campo de relaciones afectivas y de poder. La distancia al hospital, la falta de transporte, la normalización del riesgo: todo ello configura un circuito de exclusión sostenido por condiciones estructurales. La ausencia de una respuesta institucional adecuada no es un accidente, sino el resultado de una racionalidad que considera prescindibles ciertas

vidas. Como señala Espinosa, este sistema “mantiene estables las categorías del poder que se han intentado combatir” (2022, p. 93).

Hoy sabemos que las políticas públicas han sido insuficientes; los regímenes de opresión siguen interconectados y continúan afectando a las mujeres más precarizadas. Es necesario reconocer que no todas las mujeres están en el mismo lugar, resulta imposible pensar las violencias separadas de los ejes de opresión; por ello, es fundamental señalar que no existe “un mismo acceso” ni “una misma opresión” basada en el género para todas las mujeres cuando hablamos de violencia obstétrica como se reconoce dentro de las recomendaciones.

Patricia: urgencia obstétrica en fin de semana¹⁷

Patricia, de 29 años, comenzó su control prenatal en el Hospital Rural del programa IMSS-BIENESTAR en Mapastepec, Chiapas. Según consta en el expediente, el 26 de mayo de 2018, acudió al hospital por presentar dolor abdominal desde el día anterior. Al llegar, personal de enfermería manifestó que requería una cesárea urgente. Sin embargo, al tratarse de un sábado por la noche, no había personal médico disponible en el turno, y se le indicó que debía esperar. Durante ese tiempo se intentó contactar a otros profesionales, y fue hasta entrada la madrugada que dos médicos rurales llegaron al hospital para atenderla, la cirugía se realizó más de tres horas después de su ingreso. A las 2:59 del 27 de mayo nació su hija y el personal que la recibió reportó que la recién nacida presentaba dificultad respiratoria y había aspirado meconio, sin la presencia de un pediatra en el momento del nacimiento, además la atención inmediata posterior se brindó en el cunero patológico sin contar con personal especializado.

Horas después, el estado de salud de la hija de Patricia fue clasificado como grave por lo que se gestionó su traslado al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Tapachula, unidad que contaba con cuidados intensivos neonatales. El padre acompañó la ambulancia y al llegar, relató que personal de enfermería colocó a la bebé en una camilla y comenzó a atenderla preliminarmente. Sin embargo, minutos después, un médico se acercó para indicarle que no podía ser atendida por no estar registrada en el sistema del IMSS. El padre solicitó que la recibieran,

¹⁷ RECOMENDACIÓN NO. 80 /2022

comprometiéndose a completar el trámite al día siguiente hábil, dado que era domingo. Afirmó haber suplicado que se le atendieran, pero no obtuvo respuesta favorable.

Ante la negativa, la recién nacida fue llevada al Hospital Estatal de Tapachula, donde permaneció hasta el 29 de mayo, ese día fue trasladada nuevamente al Hospital General del IMSS, ya afiliada, donde ingresó en estado crítico, el 30 de mayo, se registró su fallecimiento.

El horario marca las posibilidades de acceso a la atención en contextos rurales y altamente precarizados, la temporalidad del sistema de salud público responde a criterios administrativos y estructurales, en este marco se inscribe el caso de Patricia, quien acudió un Hospital Rural, un sábado por la noche, presentando una urgencia obstétrica. Pese a que el personal de enfermería reconoció la necesidad de una cesárea urgente, no se contó con personal médico disponible en el turno, por lo que se le indicó que debía esperar, teniendo como resultado signos de sufrimiento fetal en su hija. La falta de disponibilidad de personal y recursos, lejos de ser excepcionales, revelan patrones dentro de un sistema de salud deficiente, que se encrujecen en zonas rurales e indígenas del país.

En los últimos meses de su embarazo QV1 accedió a los servicios de salud para dar seguimiento a su embarazo en hospitales a más de 100 kilómetros de distancia de su domicilio, lo que demuestra los obstáculos que las mujeres indígenas tienen que afrontar para poder acceder a servicios de salud materna eficaces y de calidad, como una forma de discriminación estructural e institucional que las coloca en un plano de desigualdad frente a otros sectores de la población- Recomendación 020/2024, p. 39

En las recomendaciones, es posible identificar las expresiones de falta de disponibilidad, tanto de personal como de insumos y equipamiento médico, que evidencian la precariedad estructural del sistema de salud, especialmente en contextos rurales y en unidades de primer y segundo nivel de atención. Estas carencias no sólo comprometen la calidad técnica de la atención obstétrica, sino que constituyen violaciones al derecho a la salud; en el primer nivel de atención, se documenta la falta de insumos básicos para diagnóstico, como lo señala la Recomendación 066/2021:

AR hizo constar durante las distintas consultas clínicas que realizó durante el control prenatal de V1, no complementó su diagnóstico o hallazgos clínicos en razón de que ‘...BILILASTIX NO SE REALIZA NO HAY TIRAS DE BILILASTIX...’; lo cual significa que la UMR no contaba con los insumos médicos necesarios para realizar pruebas reactivas de orina, situación que incrementó el riesgo de pasar desapercibidas alteraciones tanto en V1 como en aquellas personas que requirieron ese método de diagnóstico” - Recomendación 066/2021, p. 22

La escasez de equipamiento también se registra en unidades hospitalarias de segundo nivel:

Se refiere por servicio de radiología que no se cuenta con equipo de portátiles. (...) Se encontraron varias notas con señalamientos en que se solicitaron la toma de radiografías que requería V2, pero estas no fueron tomadas por una situación administrativa y la falta de equipo radiológico portátil en el Hospital 1° de Octubre” - Recomendación 015/2020, p. 93.

La falta de recursos, personal médico, quirófano, dispositivo para toma de tensión arterial y gasómetros, implicó responsabilidad institucional para el IMSS que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, pues no se garantizó una atención médica profesional y de calidad para QV y por ende a V- Recomendación 028/2021, p. 43.

Así la vigilancia obstétrica, esencial para identificar situaciones de riesgo fetal, también se ve comprometida por la carencia de equipamiento, lo que genera impotencia y frustración como se advierte en las Recomendaciones 045/2021 y 020/2024 :

AR5 en su nota médica asentó: ‘se cuenta 1 solo monitor el cual se encuentra ocupado con una paciente con RPM’, y que se diera aviso al subdirector, razón por la cual no se pudo emplear dicho aparato en V1 para una adecuada vigilancia obstétrica- Recomendación 045/2021, p. 25.

QV1¹⁸ no recibió la atención médica adecuada en el H. Orizaba por la falta de aparatos médicos para otorgar un debido monitoreo y medir el líquido amniótico- Recomendación 020/2024, p. 41.

A esta falta de quipo se le suma la falta de personal básico para la atención obstétrica como la falta de anestesiólogo, para procedimientos urgentes como legrados uterinos o incluso para procedimientos de rutina como la realización de tomas de muestras:

Se refiere por no contar con anestesiólogo para realizar legrado uterino [...] traslado a otro escalón sanitario- Recomendación 031/2021, p. 6.

No se cuenta con exámenes de laboratorio al ingreso por falta de personal de laboratorio, se toman muestras.- Recomendación 105/2023, p. 24.

y más adelante:

El HGZ y UMF No. 2 no contaba con personal médico suficiente y especializado en gineco-obstetricia, ni personal de laboratorio para atender a las personas derechohabientes o usuarias que así lo requieran, por lo que a V1 solo le tomaron muestras, lo que [...] impidió la realización de un diagnóstico adecuado del estado del binomio maternofetal que integraban V1 y V2- Recomendación 105/2023, p. 36.

Como se puede leer, en la búsqueda de atención obstétrica, una mujer puede enfrentarse con múltiples barreras que le impiden acceder a sus derechos, siendo la falta de disponibilidad de recursos una de las más persistentes. Tal como se observa en la Recomendación 105/2023, esta situación no constituye un hecho aislado, sino una expresión recurrente de una falla estructural que atraviesa diversas unidades del sistema de salud.

¹⁸ El acrónimo QV1 corresponde a la nomenclatura empleada en las recomendaciones de la CNDH para identificar a la persona quejosa y víctima 1, diferenciándola de otras posibles víctimas incluidas en el mismo caso.

La falta de disponibilidad pone en evidencia las limitaciones estructurales del modelo médico hegemónico, que, pese a su pretensión de eficiencia técnica y objetividad científica, se sostiene sobre una infraestructura precaria, profundamente centralizada y marcada por desigualdades territoriales. Lejos de garantizar el derecho a la salud, este modelo reproduce y profundiza lógicas de exclusión; cuando se traducen estas deficiencias desde el lenguaje técnico-biomédico, emergen omisiones graves con consecuencias directas sobre la vida y la integridad de las mujeres, la ausencia de autoclave o de equipo de anestesiología funcional compromete la seguridad quirúrgica; la falta de monitores obstétricos o de ultrasonido para estimar el líquido amniótico impide detectar oportunamente signos de sufrimiento fetal, estas condiciones no solo vulneran el principio de disponibilidad de servicios esenciales, sino que constituyen expresiones concretas de violencia obstétrica institucional.

A ello se suma la escasez de personal especializado, de gineco-obstetras y anestesiólogos (como ya se mencionó) esta carencia, es especialmente frecuente en zonas rurales, refleja una lógica de centralización que reproduce desigualdades estructurales en el acceso a la salud:

Cuando no es posible recibir atención médica en sus instalaciones, como sucedió en el caso de QV1, por falta de recursos materiales y/o humanos, debe acudir al HRB, a más de 30 km de distancia de su domicilio, el cual, como será especificado, tampoco contaba con el personal médico capacitado para brindar una atención adecuada, oportuna, con calidad y calidez, siendo particularmente grave al ser una de las únicas alternativas que tienen las mujeres y personas gestantes de la región para acceder a servicios de salud materna.- Recomendación 069/2024, p. 13.

Estas condiciones reproducen una lógica de atención centrada en la escasez, que no solo vulnera derechos, sino que activa afectos institucionales como la frustración, la inseguridad, la desesperanza y el miedo. En contextos donde solo hay un monitor fetal para varias pacientes, o donde el traslado de urgencia depende de la disponibilidad de personal en otro centro, no se trata únicamente de limitaciones técnicas: hablamos de una arquitectura institucional que naturaliza la desigualdad en el acceso a la salud.

En las recomendaciones es posible identificar un patrón sistemático de indisponibilidad institucional: una forma específica de operar del aparato burocrático que se articula,

principalmente, a través de la espera. Esta lógica no se restringe al periodo del embarazo, parto o posparto, sino que se prolonga en el tiempo, especialmente cuando las mujeres enfrentan secuelas físicas o cuando sus hijos e hijas padecen consecuencias neurológicas derivadas de actos de violencia obstétrica. La espera se extiende más allá del ámbito clínico: las mujeres y sus familias aguardan durante meses, e incluso años, respuestas por parte de las Comisiones de Arbitraje Médico, de Derechos Humanos o de los Órganos Internos de Control.

Desde esta perspectiva, la violencia obstétrica institucional no solo opera mediante acciones clínicas u omisiones médicas, sino también a través de formas afectivas y temporales de sujeción. El cuerpo de las mujeres (en particular indígenas, rurales o empobrecidas) es sometido a una espera interminable que funciona como dispositivo de exclusión y necropolítica, en los términos planteados¹⁹ por Mbembe (2011). Esta espera, que inmoviliza y desgasta, muestra cómo ciertas vidas quedan confinadas a una precariedad administrada, donde la protección estatal se diluye hasta volverse irrelevante (Fassin, 2007). A la vez, como advierte Valencia, esa precariedad se convierte en una estrategia de gestión social que normaliza la exposición de determinados cuerpos a la violencia, el dolor y la muerte, tratándolos como un costo aceptable del orden vigente (Valencia, 2012). En este entramado, la espera no es una simple demora burocrática, sino una tecnología de poder que prolonga el sufrimiento y produce sujetos condenados a habitar la incertidumbre.

Este contexto, deja marcas profundas en los cuerpos y trayectorias de vida de las mujeres, y al mismo tiempo alimenta afectos institucionales como el miedo y la desconfianza. Retomar el espacio hospitalario permite comprender cómo esta indisponibilidad que se materializa en la espera, se inscribe en los márgenes mismos de la atención obstétrica. Las mujeres que buscan atención enfrentan barreras físicas o administrativas; atraviesan respuestas que buscan su fragmentación: la repetición de trámites, la fatiga burocrática y la cronificación de la espera. Las recomendaciones ofrecen ejemplos de ello:

¹⁹ En este sentido, la experiencia hospitalaria de muchas mujeres puede comprenderse a la luz de lo que Mbembe describe como una condición de “triple pérdida”: la pérdida de un hogar, la pérdida de los derechos sobre el propio cuerpo y la pérdida del estatus político, lo que equivale a una forma de dominación absoluta y “muerte social”, entendida como expulsión de la humanidad (Mbembe, 2011, p. 32). En el tránsito hospitalario, esta primera pérdida puede leerse como el desarraigo del ámbito privado, mientras que la ausencia de reconocimiento en el espacio clínico les impide acceder al ámbito público como sujetas de derechos. De este modo, el despojo se reconfigura como desposesión de la ciudadanía, negando a las mujeres el pleno reconocimiento de su humanidad.

Fue casi un mes después que el personal médico del INPer refirió la necesidad de que el caso de QV1 fuera abordado en una sesión de casos complejos, lo que no sucedió sino hasta la semana 26 del embarazo- Recomendación 269/2023 p. 47.

Esta dilación institucional, disfrazada de procedimiento, tiene consecuencias directas sobre la autonomía reproductiva, lo cual pone en riesgo la vida que buscan proteger, la espera aquí es acompañada de angustia y miedo. En la Recomendación 117/2023 se señala otra forma de desatención:

Fue valorada por PMR a las 12:12 horas, quien desestimó lo referido por QV e incorrectamente otorgó una clasificación color verde en el Triage Obstétrico, siendo que lo correcto debía ser una categorización color rojo, es decir, de atención inmediata- Recomendación 117/2023 p. 28.

La clasificación errónea en el triage no es solo un error clínico, sino una expresión de un sistema que minimiza la urgencia de las mujeres, incluso cuando existen signos evidentes de riesgo, y activa la incertidumbre, ante un personal que se contradice. Estamos, entonces, ante una configuración relacional profundamente desigual entre usuarias e instituciones, que deja una huella no solo en términos del tiempo perdido, sino también del lugar subordinado que ciertos cuerpos —feminizados, empobrecidos, medicalizados— ocupan dentro del orden institucional. En este escenario, la desconfianza institucional no es únicamente una respuesta emocional; es una forma de memoria corporal y política frente a un sistema que no responde.

Fernanda: negligencia institucional²⁰

Fernanda es una mujer tsotsil de 30 años que vive en la comunidad de El Bosque, en Chiapas. El 13 de noviembre de 2020, acudió al centro de salud comunitario tras percibir el inicio del trabajo de parto, con 40 semanas de gestación. No había recibido controles prenatales y presentaba antecedentes clínicos relevantes: hipertensión y diagnóstico previo de diabetes. Ante este contexto, el personal emitió una referencia urgente al Hospital Rural del IMSS en Bochil, ubicado a varios kilómetros de distancia.

²⁰ RECOMENDACIÓN NO. 13/2022

Fernanda llegó al hospital alrededor de las 17:18 horas, en su ingreso no se constató una valoración cuidadosa, no se activó ningún protocolo de emergencia ni se consideró un traslado alternativo. Durante las horas siguientes fue valorada en tres ocasiones, sin recibir explicaciones claras sobre su situación y sin que se le tradujera a su lengua originaria, el tsotsil. A las 18:25 horas, el personal determinó continuar con el trabajo de parto “a libre evolución”. Más tarde, a las 20:14 horas, se ordenó su hospitalización, cuando ya presentaba contracciones regulares, sin contemplar la opción de una cesárea ni ofrecerle información comprensible sobre lo que podía suceder.

A las 21:00 horas se documentó actividad uterina irregular, a pesar de ello, fue hasta las 23:25 horas cuando se le administró oxitocina para acelerar el parto. Esta intervención, con implicaciones físicas y emocionales, se realizó sin su consentimiento informado ni mediación lingüística. En la madrugada del 14 de noviembre, a las 04:00 horas, tuvo la dilatación completa. Sin embargo, el traslado a la sala de expulsión se retrasó 45 minutos, sin justificación documentada, a pesar de estar en fase expulsiva, no hubo monitorización obstétrica adecuada.

Al llegar finalmente a la sala, el cuerpo de su hija comenzó a emerger, pero el nacimiento no pudo completarse por una distocia de hombros. Fernanda atravesó ese momento en medio de la angustia y sin explicaciones, mientras el personal intentaba liberar a la niña mediante maniobras invasivas. No se especifica cuánto tiempo transcurrió hasta que se tomó la decisión de realizar una cesárea; se sabe únicamente que la intervención tuvo lugar a las 05:10 horas, cuando ya no se detectaban signos vitales y el cuerpo de la recién nacida presentaba decapitamiento parcial.

Fernanda fue trasladada al quirófano con el cuerpo de su hija aún atorado en el canal vaginal, una experiencia de sufrimiento y crueldad. Horas después, le informaron del fallecimiento de su hija.

En la atención brindada a Fernanda no hubo reconocimiento institucional del daño ni una respuesta oportuna que garantizara sus derechos, durante más de 12 horas, fue colocada en una relación de dependencia en la que su presencia fue invisibilizada, su cuerpo medicalizado y su experiencia objetivizada. No se trata únicamente de fallas dentro del sistema de salud, sino de un orden político más amplio que sostiene relaciones de opresión y dominación,

incluso frente a la existencia de marcos normativos de derechos humanos —nacionales e internacionales— y de reglamentos internos en las propias instituciones. Por ello, resulta imprescindible cuestionar el discurso institucionalizado de los derechos humanos cuando se reduce a una aplicación meramente formal u operativa, el caso de Fernanda lo demuestra con claridad: no es porque ella fuera una mujer indígena, sino un modelo institucional que tiende a homogeneizar las experiencias y a reproducir desigualdades estructurales. Como plantea Espinosa (2022), su experiencia hace evidente la urgencia de interrogar los mecanismos mediante los cuales ciertos cuerpos —por su origen, su territorio o su posición social— son despojados de valor dentro del sistema (Espinosa, 2022).

Esta violencia estructural ha sido reconocida en Recomendación 013/2022: “son precisamente las mujeres jóvenes y adolescentes pertenecientes a grupos empobrecidos y/o excluidos, las que enfrentan mayores violaciones de sus derechos humanos, como ocurrió en el caso de V1 al ser una mujer indígena, en situación de vulnerabilidad” (p. 9). La espera, la desinformación, el trato negligente y la falta de traducción lingüística se entrelazan en una economía afectiva que despoja a las mujeres de su humanidad, lo señala Espinosa (2022): “¿Qué cuerpos han pasado a ser objetos de la representación de este olvido y cuáles han quedado una vez más desdibujados y por qué?” (p. 89).

Hablar de las violencias obstétricas de forma diferenciada permite visibilizar cómo la discriminación estructural que atraviesa al sistema de salud no se manifiesta de manera uniforme, sino que varía según la disponibilidad de servicios, recursos, personal y condiciones institucionales. No todas las instituciones de salud ofrecen el mismo nivel de atención ni garantizan el acceso en igualdad de condiciones, esta desigualdad estructural incide directamente en la accesibilidad, especialmente cuando se consideran los efectos de la centralización geográfica de los servicios, que obliga a muchas mujeres a desplazarse largas distancias para recibir atención médica especializada.

En este contexto, analizar el derecho a la salud reproductiva y los derechos correlacionados —como el derecho a la autonomía reproductiva, a la información, al consentimiento informado, a una vida libre de violencia y a la no discriminación— no puede limitarse a enumerarlos como garantías formales, tampoco es suficiente referirse a los componentes clásicos del acceso, la cobertura, la calidad y la aceptabilidad. Es necesario complejizar su análisis, pues como se ha ido evidenciado resulta limitado en ya que tienden a quedarse en el

nivel del cumplimiento normativo sin problematizar a fondo las condiciones estructurales que habilitan o bloquean el ejercicio efectivo de estos derechos.

Como ya se ha analizado, la aceptabilidad se ve comprometida cuando se impone el uso exclusivo del castellano y de un lenguaje clínico difícil de comprender para muchas mujeres. A pesar de ello, las recomendaciones continúan reproduciendo este tipo de discurso en su estructura, al combinar tecnicismos médicos con formulaciones jurídicas que, lejos de facilitar el acceso a la información, profundizan las barreras para ejercer una participación informada y autónoma en las decisiones sobre el propio cuerpo.

De acuerdo a la bibliografía médica se puede establecer que las lesiones descritas por AR1 durante la atención del parto de V1: desgarro cervical y vaginal de 3 a 4 centímetros aproximadamente y episiorrafia de tercer grado incompleto, comprometieron su útero (cérvix), vagina, región perineal y esfínter anal, con lo cual se confirma el traumatismo obstétrico que presentó V1 durante la atención del parto.- Recomendación 014/2021, p. 23

Resolución de 23 de marzo de 2021, emitida por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, que consideró improcedente la QA desde el punto de vista médico y administrativo, y no hubo a lugar a la petición de indemnización por fallecimiento solicitado al considerar no haber responsabilidad civil- Recomendación 109/2023, p. 13

El IMSS informó que el caso de V1 fue sometido a consideración de la Comisión Bipartita, la que el 09 de enero de 2020, resolvió la queja como improcedente, al establecer que, durante la atención institucional a su ingreso hospitalario, V1 presentó complicaciones del embarazo y puerperio; y V2, desde su nacimiento, presentó múltiples comorbilidades en estado crítico; como un paro cardiorrespiratorio, apneas, asfixia perinatal severa, neumonía y sepsis [...] -Recomendación 105/2023, p. 14

Por otro lado, la calidad de la atención se ve comprometida por una serie de prácticas reiteradas: el uso indiscriminado de oxitocina para acelerar los partos sin justificación clínica,

el manejo deficiente y sistemático de los expedientes clínicos, la atención brindada por personal no capacitado o sin supervisión adecuada, las altas médicas injustificadas y las contradicciones en los tratamientos indicados. En este contexto, la desconfianza revela lo que aquí se ha denominado afectos institucionales: formas de relación con las instituciones del Estado que emergen cuando las mujeres son tratadas como cuerpos fragmentados, desprovistos de escucha y dignidad, en el sentido que son afectos inmersos en redes que comparten significados y sentidos (Jimeno, 2002, p. 241).

Desde esta perspectiva, es pertinente recuperar lo que propone Weise (2023): los sufrimientos pueden clasificarse según sus causas, y desconfiar de las instituciones que tienen como función salvaguardar la vida produce un tipo de sufrimiento vinculado a una relación política, una relación tensa frente al Estado. Parir, para muchas mujeres, se vuelve una experiencia atravesada por la desconfianza, la incertidumbre y la inseguridad, marcadas por la conciencia de que sus derechos no están garantizados.

Tal como se ha argumentado a lo largo de este eje analítico, las mujeres atraviesan retomando a Sabido y Olvera (2007), afectos de profunda desprotección y soledad en el contexto de la atención obstétrica, afectos que se inscriben en sus cuerpos. La pérdida de la dignidad y de sus derechos alcanza tal magnitud que desborda tanto lo reconocido en las recomendaciones como lo textualizado en esta tesis.

V1 junto con V2 tomaron la decisión de que no llevará su control prenatal en la UMR, lo cual ha motivado que sea atendida en una clínica particular [...] lo cual se traduce en falta de confianza y alejamiento respecto al personal de salud de su comunidad.- Recomendación 066/2021, pp. 39-40.

Derivado de la pérdida de su matriz, sufrió una depresión muy fuerte, hasta la fecha sigue llorando, se enoja y luego le da mucha tristeza porque ella quería tener más hijos. Cuando le dan los dolores se acuerda de todo lo que vivió y se pone muy triste.- Recomendación 180/2022, p. 35.

Incluso, algunas mujeres optan por servicios privados pese a los costos económicos, debido al temor:

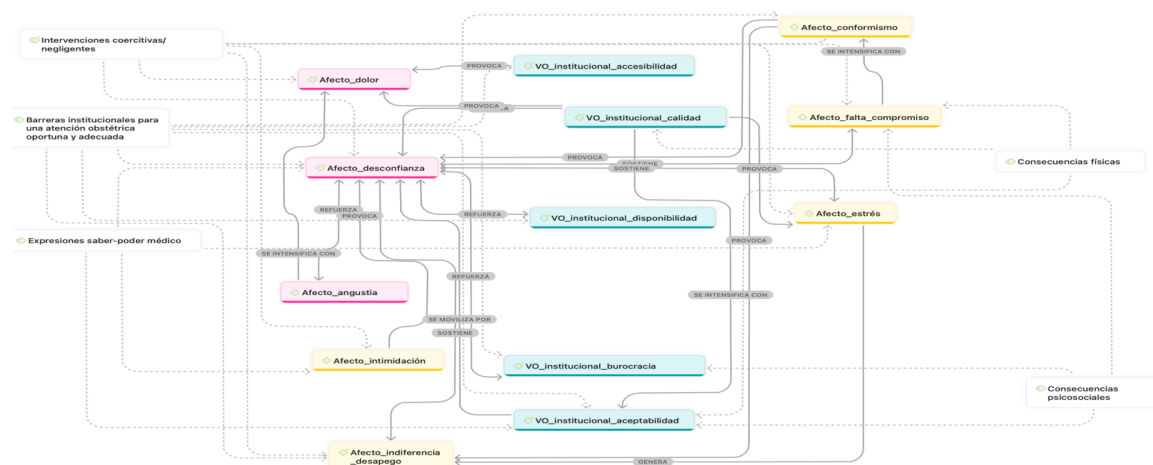
Tanto ella como V1 mantienen el temor de recibir atención médica en Unidades Médicas del IMSS. QV1 optó por llevar un control prenatal en un hospital privado [...] situación que genera una carga económica que en condiciones normales no tendrían que asumir- Recomendación 178/2024, p. 35.

La desconfianza en conjunto con el temor y la incertidumbre emerge como una red de afectos institucionales persistente. En las quejas la desconfianza no se refiere únicamente a los actos clínicos, sino a la institución en su conjunto, se activa cuando las mujeres perciben que su seguridad, integridad y dignidad no son garantizadas, y se profundiza cuando no existen mecanismos de atención.

6.3.1 Red afectos institucionales

La red conceptual permite observar que los afectos institucionales son mediaciones estructurales que permiten comprender cómo se configura la violencia obstétrica como un entramado de poder (véase figura 9). Así lejos de ser elementos residuales, los afectos constituyen claves analíticas fundamentales para develar cómo se produce el daño, cómo se sostiene la impunidad y cómo se vacía de contenido el ejercicio de derechos en el sistema de salud.

Figura 9. Red afectos institucionales²¹



Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH codificadas en Atlas.ti.

²¹ La figura 9 representa la red de afectos institucionales identificada en las recomendaciones de la CNDH. Los nodos en rosa corresponden a los afectos más frecuentes en las mujeres (dolor, desconfianza y angustia), los cuales se colocan en el centro de la red como ejes articuladores de la experiencia. En amarillo se muestran afectos asociados al personal de salud (conformismo, falta de compromiso, estrés, intimidación e indiferencia/desapego), que no se entienden solo como emociones individuales, sino como disposiciones moldeadas por la estructura institucional. En azul claro aparecen las expresiones de violencia obstétrica de carácter institucional (falta de accesibilidad, calidad deficiente, disponibilidad limitada, burocracia y problemas de aceptabilidad), que funcionan como barreras para una atención oportuna y adecuada. Las flechas indican relaciones de provocación, refuerzo, sostén o intensificación, evidenciando cómo los afectos se encadenan en circuitos progresivos. Por ejemplo, la desconfianza se activa y se intensifica con la burocracia institucional o con la falta de disponibilidad, al tiempo que genera angustia y dolor; el estrés y el conformismo en el personal se vinculan con la baja calidad y la inaccesibilidad de los servicios, retroalimentando dinámicas de abandono y desapego hacia las mujeres. Finalmente, la red conecta con dos grandes nodos de consecuencias: en un extremo las consecuencias físicas y en otro las consecuencias psicosociales, mostrando que estas experiencias emocionales e institucionales no solo se quedan en el ámbito clínico, sino que producen efectos duraderos en la vida de las mujeres y sus familias.

A lo largo de este eje se ha desarrollado como la fragmentación de la atención, las alteraciones del expediente clínico, las altas injustificadas, la burocracia excesiva, la disponibilidad limitada de recursos y la atención proporcionada por personal sin capacitación adecuada conforman un entorno institucional de desprotección. En este contexto, emergen afectos institucionales como desconfianza, estrés, falta de compromiso, conformismo, indiferencia, desapego o intimidación. Estas disposiciones son respuestas estructurales a las condiciones precarias del sistema, normalizadas.

Las mujeres deben adaptarse a estos vacíos estructurales, y lo hacen a través de respuestas afectivas que muchas veces se expresan como desconfianza, la cual no se dirige únicamente al personal médico; se orienta hacia el sistema en su conjunto. Las mujeres que han vivido experiencias de falta de atención oportuna, traslados negligentes o trámites interminables construyen una relación precaria con el sistema de salud, atravesada por afectos como el miedo o la angustia.

Estas disposiciones afectivas desde el entramado institucional acompañan la violencia: la habilitan, la naturalizan y la reproducen, se traducen en prácticas concretas como no registrar información clínica esencial, minimizar los signos de alarma, omitir el consentimiento informado o desestimar las decisiones de las mujeres, teniendo consecuencias materiales graves: muerte materna, complicaciones neurológicas neonatales, muerte perinatal, abortos involuntarios y afectaciones psicosociales.

Los afectos institucionales deben entenderse como significantes culturales que organizan quién merece cuidado, atención y reconocimiento, y quién no. En este marco, el conformismo, la irritabilidad y la falta de compromiso por parte del personal de salud no solo expresa resignación ante la precariedad, sino que legitima la repetición automática de prácticas sin cuestionamiento ético, pero también nos habla del estrés laboral que retroalimenta estos afectos en contextos saturados.

Frente a este panorama, las mujeres activan sus propias respuestas afectivas: la angustia emerge como lectura crítica del sistema, como manifestación de la incertidumbre; el dolor, como marca simbólica y material del abandono institucional. Estas emociones permiten leer la institución no como garante de derechos, sino como reproductora de una red de sufrimiento sostenido por la desconfianza. Tal como muestra la Recomendación 026/2020: “V1 no solo ha mostrado su inconformidad en relación con la atención clínica que se le otorgó durante el

parto, sino también respecto al servicio que personal médico de la SEDENA le ha brindado a V2 desde su nacimiento, lo cual [...] ha provocado en ella un factor de desconfianza” (p. 64).

Los afectos institucionales también atraviesan la forma en que se construyen las realidades sociales y las jerarquías epistémicas. La autoridad del saber biomédico no se limita al espacio hospitalario: se extiende al espacio público, moldeando las formas en que las mujeres son reconocidas (o deslegitimadas) como sujetas de conocimiento y de derechos. Hay que reconocer que este saber, aunque presentado como neutral y técnico, se sostiene en circuitos afectivos institucionales (que sistemáticamente desautorizan las voces de las mujeres), implica cuestionar los fundamentos históricos que impuesto para excluir a las mujeres. Esta exclusión se ha construido en el vínculo entre lo femenino y la irracionalidad (central para la consolidación del modelo médico hegemónico), vínculo que comienza a fracturarse cuando se logra nombrar y visibilizar esta trama emocional.

En este sentido, el modelo biomédico no solo medicaliza, fragmenta y patologiza, sino que también inscribe, desde lo afectivo, una forma de dominación que niega la diferencia, impone el silencio y justifica la violencia en nombre de una supuesta “atención adecuada”. La Recomendación 269/2023 ilustra con claridad esta dimensión afectiva del control institucional: “el no poder acceder a información veraz, oportuna y adecuada [...] generó un estado importante de incertidumbre [...] influyó de forma directa en que decidieran optar por un procedimiento de anticoncepción” (p. 52).

Por lo tanto, el circuito afectivo institucional, al inscribirse en prácticas burocráticas y estructuras clínicas, produce formas específicas de vulneración de derechos, estas no se agotan en las consecuencias médicas directas; implican también la pérdida de autonomía, dignidad y proyecto vital.

Por ello, la violencia obstétrica no puede ser interpretada como una suma de eventos clínicos aislados, sino como una tecnología de poder que opera a través de disposiciones afectivas naturalizadas. Esta violencia se cristaliza en prácticas cotidianas, pero también en omisiones, dilaciones, desinformaciones y tratos deshumanizantes y desde una perspectiva crítica de derechos humanos, es fundamental reconocer que el sufrimiento de las mujeres no es accidental, sino estructural y que las recomendaciones de derechos humanos, inscritas en un lenguaje jurídico-formal, tienden a reproducir esta mirada fragmentaria, su lógica racional y

episódica impide nombrar la violencia obstétrica como un fenómeno crónico, estructural y afectivo. De ahí la necesidad de incorporar una lectura que visibilice cómo el poder se inscribe no solo en normas y protocolos, sino también en los cuerpos, en las emociones y en las condiciones de posibilidad para una vida digna.

6.4. Afectos movilizadores y políticos: lucha por justicia reproductiva

Lo personal es político - Carol Hanisch, 1970

El recorrido realizado hasta aquí ha permitido construir una reflexión sobre la violencia obstétrica desde una perspectiva afectiva. En este eje, tiene la finalidad de ampliar esta mirada para explorar la relación entre los afectos, lo político y la búsqueda de justicia. Desde una mirada caleidoscópica, se exploró cómo ciertos afectos moralizantes —como la culpa o la vergüenza— operan en la reproducción del poder médico al disciplinar los cuerpos de las mujeres. También se analizó el lugar de los afectos de desposesión —como la angustia, el miedo o la impotencia— que emergen en contextos atravesados por el abandono, la negligencia y la violencia institucional.

En el eje anterior, dedicado a los afectos institucionales, se abordaron aquellas emociones que no solo emergen en la interacción con el aparato médico-burocrático, sino que son activamente producidas, moduladas y amplificadas por sus estructuras, normativas y dinámicas internas. Estos afectos —como la desconfianza, el conformismo, el estrés o la intimidación— no son simplemente efectos colaterales, sino componentes fundamentales de un circuito institucional que sostiene y reproduce formas de dominación y desigualdad estructural. Así, el aparato médico-institucional no solo actúa sobre los cuerpos, sino también sobre los afectos, organizando una economía emocional funcional a su lógica de control y jerarquización.

Hasta aquí, el poder ha sido abordado como un mecanismo de sujeción que atraviesa estas tramas afectivas. Sin embargo, en este eje se plantea un giro: el análisis se centrará en el carácter relacional del poder, entendiendo que allí donde se ejerce el poder también se abren posibilidades de agencia y resistencia (Vázquez et al., 2023). En sintonía con Foucault

(1989), partimos de la idea de que “donde hay poder, hay resistencia” (p. 116), y que el poder no es una propiedad, sino una relación en permanente disputa.

Desde esta perspectiva, los afectos no solo son efectos del poder, sino también fuerzas que pueden movilizar cuerpos y voluntades. Como señala Ahmed (2017), si bien las emociones son moldeadas por las economías afectivas de los Estados y sus instituciones, también poseen el potencial de desbordar sus límites, convirtiéndose en un componente clave de la agencia. Esta agencia, sin embargo, no es lineal ni necesariamente visible: muchas veces implica acciones dispersas, silenciosas o no reconocidas por los marcos formales de justicia. Como advierte Ahmed (2022), presentar una queja no es una acción única, sino un proceso arduo, repetitivo y desgastante, especialmente porque las razones que nos llevan a quejarnos ya son, en sí mismas, dolorosas como sucede en las recomendaciones analizadas.

Desde este enfoque, la denuncia por violencia obstétrica no puede reducirse a la presentación de formularios ni al cumplimiento de protocolos institucionales. Muchos actos de resistencia, denuncia y búsqueda de justicia no se registran, no se legitiman, pero existen. En este eje se argumenta que afectos como el dolor, la rabia, la frustración, la desconfianza, la indignación y la desesperación —todos ellos presentes en las narrativas de mujeres que han vivido violencia obstétrica— se convierten en fuerzas políticas cuando se encarnan en prácticas de exigencia por sus derechos.

Bárbara: indignación frente a la negación del derecho a decidir²²

Desde la semana 17.4 de gestación, Bárbara fue informada de que el producto presentaba posibles malformaciones cerebrales. Este no era un diagnóstico nuevo para ella: años antes, había perdido un embarazo a las 30 semanas por hidrocefalia. A pesar de estos antecedentes y del dolor que implicaba enfrentar nuevamente un pronóstico adverso, las instituciones médicas no le ofrecieron información clara sobre su derecho a decidir. Al conocer la gravedad del diagnóstico —una acumulación severa de líquido en el cerebro y otras alteraciones estructurales—, Bárbara manifestó en diversas ocasiones su deseo de interrumpir el embarazo. Sin embargo, tanto en el Hospital General de Acapulco (HGA) como en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) en la Ciudad de México, su voluntad fue sistemáticamente ignorada. El

²² RECOMENDACIÓN NO. 269/2023

acceso a la información fue fragmentado, los tiempos clínicos se dilataron sin justificación médica, y la única respuesta que recibía era: “esperemos a ver qué dice el comité”.

Estas sesiones del llamado “comité de casos complejos” se agendaban con días de diferencia. Aunque el diagnóstico ya era contundente, el personal le adelantó informalmente lo que nunca se le comunicó de manera oficial: que el comité no autorizaría la interrupción. Aun así, se le programó una resonancia magnética hasta la semana 32 de gestación, cuando el procedimiento ya resultaba médicamente inviable, ignorando el profundo deterioro emocional que ella experimentaba. De regreso en el HGA, el 20 de febrero de 2020, Bárbara ingresó a urgencias con estudios actualizados —tanto institucionales como particulares— que confirmaban macrocráneo e hidrocefalia severa. Solicitó formalmente la interrupción del embarazo, y le informaron que su caso sería evaluado por el Comité de Bioética. No obstante, una médica, identificándose como objetora de conciencia, le advirtió que no realizaría el procedimiento “porque estaba a favor de la vida”. Esa misma noche, el hospital pidió a su pareja que consiguiera misoprostol por fuera, mientras Bárbara permanecía internada.

El medicamento fue entregado, pero al día siguiente el plan inicial fue cancelado sin explicación. En su lugar, se decidió practicar una cesárea, la hija de Bárbara nació con condiciones incompatibles con la vida y pese a que ambos padres solicitaron cuidados paliativos, el personal médico conectó a la recién nacida a un respirador, así durante los tres días siguientes, Bárbara fue presionada para iniciar la lactancia y a comprar un extractor de leche. Su hija falleció el 23 de febrero, tras haber sido mantenida con vida de forma artificial.

La experiencia de Bárbara permite comprender cómo la violencia obstétrica no solo se manifiesta en actos explícitos de maltrato físico o verbal, sino también en la dilación injustificada de trámites administrativos: el tiempo de espera como se ha mencionado va acompañado de desesperación e impotencia. El caso ilustra como el acceso a la salud sexual y reproductiva conlleva enfrentar una serie de obstáculos burocráticos —comités, estudios postergados, opiniones evasivas, indicaciones que se contradicen— que solo profundizan la angustia. Este entramado institucional, la postergación de la atención, se convierte en una

estrategia que legitima la inacción. Siguiendo a Vázquez et al. (2023), puede entenderse como una forma de gobernanza afectiva, donde los cuerpos y las emociones son gestionados desde dispositivos aparentemente neutrales como los “comités de bioética” o los “dictámenes de viabilidad médica”. La función de estas estructuras no es solamente evaluar, sino diferir, postergar, diluir la voluntad de la mujer en una lógica de impersonalidad médica que perpetúa la negación de derechos, en este sentido, la angustia no es un efecto colateral, sino una condición producida por la inacción, por la espera.

La angustia que acompaña esa espera se convierte en un mensaje silencioso pero contundente: la mujer no tiene derecho a decidir, su deseo debe ser revisado por un aparato biomedico, solo las instituciones de salud tienen la autoridad de tomar decisiones sobre vida y la muerte (Foucault, 1976). Así, el acto de matinar —o en este caso, de no matinar— deja de ser una decisión autónoma para convertirse en un proceso tutelado por el Estado y sus instituciones médicas.

En el análisis del expediente clínico, se observa que AR3 no registró haber informado a la paciente sobre los riesgos y beneficios del procedimiento, por lo que es posible inferir que V1 no recibió la consejería adecuada antes de llevar a cabo los procedimientos de prueba de trabajo de parto y oxitocina. - Recomendación 2021/004, p.4

La falta de entrega de los informes individuales del personal del Hospital General sobre los hechos de la presente investigación impide determinar específicamente quiénes cometieron las violaciones a los derechos de V1, V2 y V.3 - Recomendación 2021/022. p. 32

V1 fue sometida a oxitocina, acelerando el trabajo de parto que cursaba de manera adecuada, exponiendo al binomio materno-fetal a situaciones innecesarias. Este proceso resulta más grave, considerando que V1 tenía programada una cesárea a las 14:00 horas. - Recomendación 2021/045, p. 33

V1, al estar impedida por su conocimiento y experiencia como enfermera, observó que las prácticas del personal médico del hospital tenían consecuencias negativas

evidentes para ella y su bebé, pero se encontraba en una posición de vulnerabilidad al no poder intervenir o impedir las intervenciones médicas.- Recomendación 2021/066, p. 42

Las irregularidades en la integración del expediente clínico representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de V1, lo que vulnera su derecho a recibir un tratamiento adecuado.- Recomendación 2021/136, p.34

La falta de referencia de V1 a otra unidad médica, pese a las complicaciones conocidas, expuso a la paciente a riesgos innecesarios, especialmente considerando que el embarazo se resolvería mediante una cesárea.- Recomendación 2022/004, p. 17

Estos fragmentos evidencian cómo el control sobre la vida y las maternidades se ejerce de manera difusa, a través de la omisión de información, la falta de transferencia, la no realización de procedimientos y la administración de medicamentos. De este modo, se decide cuándo, dónde y cómo se nacen, sin tomar en cuenta la autonomía reproductiva. El análisis revela una lógica estructural, como señala Foucault (1989), el poder no se ejerce únicamente desde arriba, sino que circula a través de múltiples redes, prácticas y saberes que configuran un campo de fuerzas. En este campo, el cuerpo gestante se convierte en objeto de intervención constante: no solo se monitorea y examina, sino que se le impone una temporalidad específica —la espera controlada—. El retraso en la respuesta desalienta; no obstante, todas las recomendaciones demuestran cómo la angustia desencadena la indignación, que a su vez se convierte en acción política. Es crucial señalar que el hecho de que las mujeres y/o sus redes de apoyo hayan denunciado y sostenido estos procesos (testificar, reafirmar la queja, etc.) permite interpretar las recomendaciones como evidencia de que la espera no debe concebirse como un acto de pasividad, sino como un campo en disputa.

Bárbara lo expresa de esta manera en su queja: “Decidí un procedimiento definitivo porque no queremos que esto le vuelva a pasar a nadie más” (Recomendación no. 269/2023, p.7). Esta declaración es profundamente política y permite visibilizar el carácter político de los afectos, rompiendo con la estructura atomizada del dolor individualizado para transformarlo en una problemática colectiva, reconoce el carácter estructural de lo que ocurre dentro de las

instituciones de salud. Además, pone de manifiesto cómo el poder médico-institucional actúa sobre los cuerpos, la dilatación de la atención como expresión de la violencia obstétrica se configura como un dispositivo afectivo que busca producir sujetas obedientes, pero, paradójicamente, también se pueden llegar a generar fracturas en el régimen de control. En donde se busca convertir el daño en demanda.

Así los afectos de indignación, rabia, desesperación, dolor, angustia y preocupación se politizan. La indignación se activa cuando las mujeres enfrentan el trato deshumanizante, como se recoge en las siguientes recomendaciones, las cuales tras una atención deficiente derivaron en secuelas neurológicas evitables para la persona recién nacida:

La inadecuada vigilancia del trabajo de parto y la dilación en la resolución del embarazo incidieron en los datos clínicos registrados en V2 al momento de su nacimiento, quien no lloró ni respiró, con una calificación de Apgar de 3-5-6, pobre tono muscular, cianosis, tiros intercostales y aleteo nasal, lo que se relaciona con las complicaciones neonatales, como el síndrome de aspiración de meconio y neumonía in útero, que contribuyeron a las alteraciones neurológicas de V2- Recomendación 2021/047, p. 46

Las secuelas neurológicas de V2, que incluyeron encefalopatía hipóxico-isquémica, fueron consecuencia directa de la asfixia neonatal secundaria a la inadecuada atención médica durante el parto, lo que derivó en un daño irreversible en el desarrollo neurológico del recién nacido- Recomendación 2021/136, p. 21

Este tipo de testimonios dan cuenta no solo del sufrimiento, sino también de las consecuencias sobre el proyecto de vida de las mujeres y de sus hijos e hijas. Dentro de las recomendaciones, es posible leer cómo las secuelas neurológicas en las personas recién nacidas no solo implican dificultades en el desarrollo infantil, sino que también incrementan la carga de cuidados para las mujeres, generando además daños psicosociales que afectan a toda la red familiar. Las consecuencias de la violencia obstétrica no se viven de manera aislada; en muchas ocasiones, implican el recrudecimiento de las actividades tradicionalmente asignadas a las mujeres, perpetuando los estereotipos de género.

Lo anterior evoca una profunda indignación que no se origina únicamente a partir de las consecuencias irreversibles de la violencia obstétrica, sino que comienza cuando las mujeres son humilladas y maltratadas. Se trata de un punto de quiebre: ese momento en que el dolor comienza a percibirse como una injusticia, no es una reacción inmediata ni una emoción aislada, sino el resultado de un proceso acumulativo de maltrato. La indignación emerge como una respuesta directa de rechazo al régimen afectivo impuesto; puede ser leída como un afecto liminar que se sitúa entre el sufrimiento y la acción. Como ha argumentado Ahmed (2017), la indignación es una de esas emociones que nos empujan hacia fuera, que interrumpen el estado de cosas y desestabilizan el sentido común.

Esta transformación afectiva aparece como una acción situada, un duelo que responde a lo vivido. Cuando las instituciones han perdido toda credibilidad, la indignación se manifiesta como una fractura profunda en la relación con el Estado. Como se documenta en la Recomendación 204/2023, “se identifican alteraciones, como: impotencia, indignación, enojo, frustración, sentimientos de humillación; todo ello relacionado con las vivencias que relata en cuanto a la deficiente atención médica y alimentaria, y a la falta de condiciones dignas” (p. 7). En este marco, la indignación no es solo un síntoma de lo intolerable, sino también una fuerza que desafía los marcos normativos que sostienen la injusticia.

Estos afectos han impulsado no solo la decisión de interponer denuncias ante la CNDH, sino también formas de acción que desbordan los marcos clásicos de la queja institucional. Lejos de limitarse a la presentación de un escrito ante una instancia de justicia, como se señaló en el capítulo anterior, muchas mujeres y/o sus familiares iniciaron procesos en múltiples espacios institucionales simultáneamente. Incluso tras haber concluido su trámite ante la Comisión, continúan en espera de la resolución ante otros órganos. En relación con ello, como ha planteado Ahmed (2022), presentar una queja no es un acto único, sino un recorrido lleno de obstáculos, donde cada paso exige volver a poner en palabras el daño, re- sentir las experiencias de violencia obstétrica, es decir se activan circuitos afectivos que sostienen la búsqueda de justicia.

Resulta fundamental reconocer que no se trata de trayectorias individuales aisladas: las estadísticas y las recomendaciones analizadas dan cuenta de que son miles las mujeres que han decidido nombrar la violencia obstétrica. Sus relatos, aunque singulares, se inscriben en una experiencia colectiva que permite identificar patrones estructurales de violencia. Es

precisamente en esa resonancia entre lo personal y lo común donde, es necesario dirigir la mirada hacia una amplia genealogía de los afectos políticos que sostienen estos procesos, frecuentemente marcados por discontinuidades, obstáculos institucionales y un profundo desgaste emocional.

Isabel: resolución de la Suprema Corte de Justicia de la Nación²³

Isabel ingresó al Hospital General de Zona No. 9 del IMSS con 38 semanas de gestación y fue sometida a más de 60 horas de trabajo de parto sin progresión, sin vigilancia continua, sin acompañamiento y sin que se respetara su voluntad en la toma de decisiones médicas.

En medio del agotamiento físico y emocional, una médica le preguntó de forma autoritaria si ya había decidido no tener más hija/os. Isabel respondió que no. La médica salió a hablar con su esposo y su suegra, y les presentó un documento ya firmado —supuestamente por Isabel— en el que se consentía una Oclusión Tubaria Bilateral (OTB). Sin haber leído el contenido ni confirmar la voluntad de Isabel, ambos firmaron como testigos, confiando en que se respetaban sus decisiones.

Esta escena ilustra una práctica profundamente violenta: la separación deliberada de Isabel de su red de apoyo, la manipulación de la información y la fabricación de un consentimiento inválido en un contexto de extrema vulnerabilidad. En sus palabras: “Después de que habló con mi esposo y mi suegra, regresó conmigo y me dijo que él ya había firmado. Yo me sentía muy mal, tenía miedo de que algo le pasara a mi hijo, y no quería problemas con ellos. Me sentí presionada. Ella me mostró un papel, no me explicó nada, solo me dijo que firmara, lo hice sin saber que era para operarme y no tener más hijos.”

Isabel había manifestado previamente su intención de utilizar un dispositivo intrauterino (DIU), una decisión que fue ignorada por el personal médico. A lo largo del proceso, ni Isabel ni su familia recibieron información clara ni se les consultó, la médica impuso su autoridad no solo sobre el cuerpo de Isabel, sino también sobre sus relaciones afectivas. Su pareja lo expresó así: “A veces la veo muy triste, siento que

²³ RECOMENDACIÓN NO. 45/2021

nos quitaron algo que era de los dos. Si me hubiera dicho que no estaba de acuerdo, no lo hubiera firmado, pero me engañaron.”

Ante la magnitud de lo vivido, Isabel presentó una queja ante la CNDH y promovió un juicio de amparo. En 2021, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) resolvió que Isabel fue víctima de una esterilización forzada practicada bajo intimidación, sin información suficiente y sin consentimiento válido, el fallo reconoció que se trató de un acto de violencia obstétrica, violencia de género y tortura.

Si bien el fallo de la SCJN representó un hecho de gran relevancia en materia de derechos reproductivos de las mujeres en nuestro país —particularmente en lo relativo a la violencia obstétrica—, es necesario detenernos a reflexionar que dicho fallo fue posible únicamente porque Isabel agotó todas las instancias de acceso a la justicia. En otras palabras, no se trató de un reconocimiento automático, sino del resultado de un proceso largo, desgastante y profundamente desigual que Isabel debió recorrer para hacer valer sus derechos.

Ahmed (2022) lo plantea con claridad: “la denuncia ofrece una manera de prestar atención a las desigualdades y las relaciones de poder desde el punto de vista de quienes tratan de cuestionarlas. Las personas utilizan la denuncia para cuestionar el poder; es importante no olvidar que las denuncias pueden verse afectadas por la posición estructural de quien denuncia (...) la precariedad institucional, la pobreza, la salud física y mental, la edad, estatus migratorio, etc.” (Ahmed 2022,p. 56). No hay denuncias desde la neutralidad.

Isabel politizó su experiencia: convirtió el dolor en palabra pública y su rabia en una demanda colectiva. Esto implicó enfrentarse a relaciones profundamente asimétricas, no solo frente a las instituciones de salud, sino también frente a las instancias del sistema judicial.

En este sentido, Foucault (1984) critica las concepciones dominantes del poder jurídico-discursivo que sustentan el funcionamiento de muchas instituciones, especialmente la idea de que el poder es un derecho o una propiedad, es decir, un atributo fijo que legitima la acción del Estado y de sus miembros (como el personal de salud). Esta concepción del poder tiende a cristalizarse en marcos normativos y en procedimientos administrativos que lo hacen parecer inamovible, centralizado y vertical. Tal lógica se traduce en la complejidad, opacidad y rigidez de los trámites burocráticos, donde el ejercicio de derechos depende del cumplimiento de requisitos técnicos, muchas veces inaccesibles para las mujeres que buscan

justicia, ejemplo de ello es la imposición de rutas legales prolongadas y fragmentadas, como las que enfrentó Isabel. Así, como señalan Vázquez, López y Pérez (2023), el poder se representa como algo que se posee y administra “desde arriba”, desconectado de las experiencias reales de quienes buscan reparación (p. 29).

No obstante, como señala Foucault (1984), los intentos de ostricidad del poder no solo fracasan, sino que además debilitan y erosionan el tejido colectivo. En contraste con esta concepción, Foucault propone entender el poder como una dinámica relacional que no se concentra en un solo lugar ni se posee, sino que circula, se ejerce y se reproduce a través de múltiples relaciones sociales. Lejos de operar de manera exclusivamente vertical, el poder atraviesa todos los espacios de la vida social de forma transversal, constituyendo redes complejas en constante transformación (Foucault, 1984, p. 284).

Las historias reunidas en las recomendaciones evidencian cómo ciertos afectos movilizados (como la indignación, el enojo o la impotencia) pueden articularse como formas de acción frente a la violencia institucional. Recuperar lo nombrado por las mujeres no solo implica documentar sus experiencias, sino también asumir una disposición ética de escucha frente al silenciamiento institucional. Este ejercicio permite reconocer que, incluso en contextos profundamente marcados por la dominación, existen prácticas de resistencia que cuestionan las lógicas del poder. Como señalan Vázquez et al. (2023), se trata de “formas de resistencia a mecanismos de dominación, estructurados como poder normalizador de las prácticas diarias que definen los órdenes de género” (p. 33); es decir, de actos que desafían la normatividad impuesta sobre los cuerpos y comportamientos. En este caso dentro de las instituciones de salud, la resistencia se dirige contra los mandatos que regulan cómo deben actuar las usuarias del sistema nacional de salud: pacientes pasivas, obedientes, receptoras silenciosas de la atención médica.

En este sentido, la rabia se articula como respuesta política ante la negación sistemática de derechos; se activa cuando las mujeres, son interpeladas por las expresiones de violencia obstétrica. La Recomendación 004/2022, señala que, tras el fallecimiento de su hija recién nacida, la madre presentó una querrela penal debido a su inconformidad con los diagnósticos emitidos por el médico : “presentó una querrela en la FGE, por el delito de ‘Responsabilidad médica técnica, homicidio, lo que resulte, cometido en agravio del recién nacido, en contra de quien o quienes resulten responsables’” (Recomendación 004/ 2022, p. 22). Estas escenas

revelan cómo la rabia, el dolor y la incertidumbre no son solo reactivas, sino estrategias que permite nombrar la violencia, cuestionar las jerarquías institucionales y activar procesos de denuncia y exigencia de justicia.

La rabia se vuelve una respuesta legítima frente a la violencia estructural, impulsa a buscar justicia, denunciar y exigir transformaciones en los servicios de salud ante la precariedad institucional. La falta de accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad activa circuitos afectivos que revelan el abandono y la frustración vivida por las usuarias y sus redes. Un ejemplo de ello es la Recomendación 022/2021 que fue seguida de oficio por la CNDH al aparecer en medios de comunicación en la misma se lee:

La pareja había llegado minutos antes a la clínica del Seguro Social, ubicada en el acceso a la ciudad, en donde se dirigió al mostrador para pedir atención [...] asimismo se detalló que [...] el padre comentó a la empleada de una ventanilla que era urgente que pasaran a su mujer, porque presentaba dolores fuertes y el niño estaba por nacer [...] Al ver que la señora ‘estaba pariendo’ el hombre comenzó a golpear la puerta de Urgencias y rompió los cristales, por lo que guardias privados se aproximaron a él para detenerlo -Recomendación 022/2021, p. 4.

Aquí, la desesperación y la rabia se transforman en un llamado urgente hacia la institución. En este contexto, la limitada capacidad de escucha institucional se evidencia en la forma en que se responde (u omite responder) a las demandas de atención. Como señala Ahmed (Ahmed, 2022), las condiciones estructurales no solo modelan nuestras experiencias de violencia, sino también las formas en que podemos (o no) denunciarla, cuanto más brutal es la violencia, más difícil resulta expresarla y más precaria es la posibilidad de escucha, especialmente en contextos donde los mecanismos institucionales de denuncia son inaccesibles, ineficaces o inexistentes.

Uno de los hallazgos más potentes del análisis es que los afectos aquí nombrados como afectos de desposesión —que tienden a sujetar a las mujeres y que comúnmente se asocian con la pasividad o el retraimiento, la impotencia o el miedo— no anulan su capacidad de agencia. Por el contrario, estos afectos pueden convertirse en el terreno desde el cual emergen formas persistentes de resistencia. La violencia obstétrica no solo deja heridas físicas y psicosociales, sino que también genera impulsos para actuar, denunciar y exigir justicia. En

la Recomendación 014/2021, tras un parto en el que fue dejada sin vigilancia e ignorada, la mujer expresó inicialmente sentimientos de impotencia: “V1 reingresando al área de terapia intensiva en la que permaneció 11 días, durante los cuales refirió vivió una pesadilla, porque aunado a los procedimientos referidos intentaron repararle el desgarro vaginal” (p. 4). Sin embargo, esa impotencia no la paralizó; por el contrario, se transformó en una demanda explícita de justicia, canalizada por múltiples vías institucionales: “El ISSSTE informó en conversación telefónica que V1 le presentó una solicitud de queja médica, sin precisar fecha, que será analizada por la Comisión de Quejas Médicas de la Delegación Estatal en Querétaro; sin embargo, podría ser atraído por el Comité de Quejas Médicas a nivel central por contar con antecedente ante esta Comisión Nacional” (p. 10).

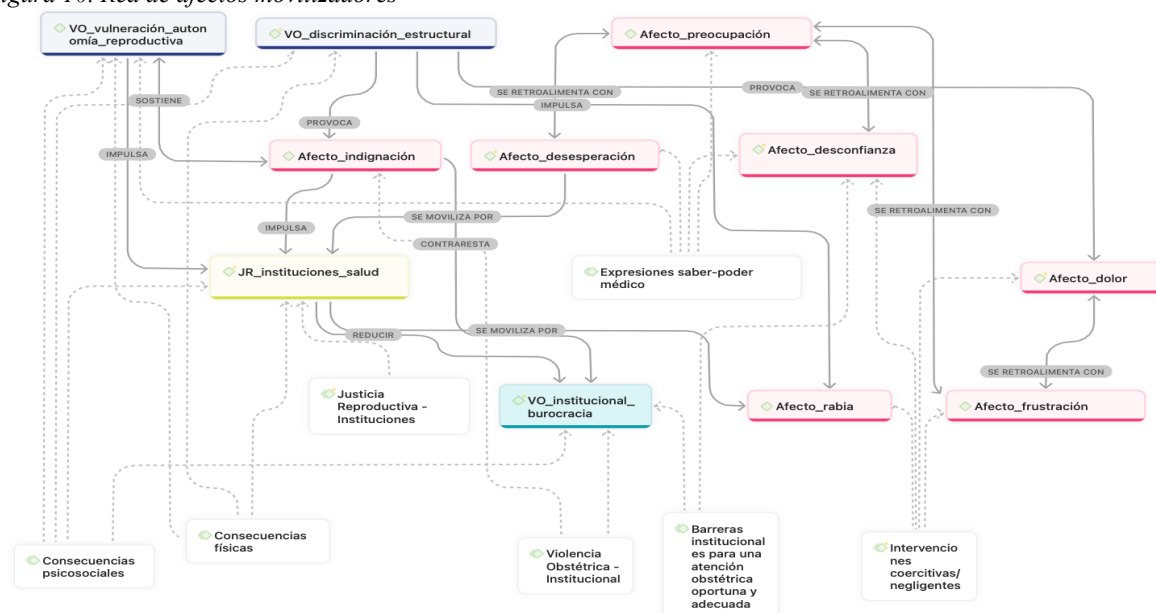
Incluso cuando la confianza institucional ha sido quebrada, muchas mujeres no abandonan la búsqueda de reconocimiento de lo vivido. La queja, como acto jurídico, se convierte en una forma de resistencia política que permite nombrar la violencia sufrida y afirmar que lo vivido no debe repetirse ni quedar impune. Sin embargo, no toda denuncia adopta la forma de denuncia institucional; muchas veces, la resistencia se manifiesta de manera silenciosa e íntima, en los espacios donde la vida fue vulnerada, la palabra negada y el cuerpo objetivado. Como señala Ahmed (2022), “escuchar la queja puede ser escuchar ese silencio: lo que no se dice, lo que no se hace y lo que no se resuelve” (p. 19). En este sentido, aunque las recomendaciones materializan procesos formales de denuncia, es importante mencionar que existen otras formas no institucionalizadas.

6.4.1 Red de afectos movilizadores

La red conceptual desarrollada en esta investigación parte de una premisa central: los afectos no son elementos secundarios ni ornamentales en la experiencia de violencia obstétrica, sino que contienen en sí mismos la posibilidad de movilizar la búsqueda de justicia. En este sentido, siguiendo a Ahmed (2022), denunciar la violencia obstétrica implica enfrentarse a instituciones que no solo han producido daño, sino que también configuran las condiciones que lo sostienen. Por ello, la red (figura 10) busca convertirse en una herramienta analítica visual que permita mapear cómo las mujeres, al narrar lo vivido, transforman el dolor en agencia y la rabia en demanda de justicia. Es importante señalar que esta propuesta no

pretende ser una representación acabada, sino un primer bosquejo orientado a plasmar la politización de las acciones emprendidas por las mujeres.

Figura 10. Red de afectos movilizadores²⁴



Fuente: Elaboración propia (2025), con base en el análisis de recomendaciones de la CNDH codificadas en Atlas.ti

²⁴ La figura 10 presenta la red de afectos movilizadores, donde los nodos en rosa corresponden a los afectos experimentados por las mujeres (indignación, desesperación, preocupación, desconfianza, rabia, frustración y dolor). En azul oscuro se encuentran las expresiones de violencia obstétrica estructural, mientras que en azul claro se ubican las violencias institucionales. En amarillo aparece el nodo de instituciones de salud, vinculado a la justicia reproductiva como horizonte político. Las flechas indican relaciones de provocación, sostén, retroalimentación o impulso, mostrando que la indignación no solo emerge como reacción frente a la discriminación estructural, sino que impulsa prácticas de movilización y agencia política. Así, afectos como la rabia y la frustración aparecen como respuestas directas a la negación de la autonomía. En la parte inferior, los nodos de consecuencias físicas y psicosociales evidencian que estos afectos no quedan en el plano emocional individual, sino que se proyectan hacia la denuncia y la demanda de transformaciones institucionales.

En la red conceptual es posible visualizar la violencia obstétrica como un fenómeno complejo, estructurado por relaciones de poder de carácter institucional, afectivo y epistémico. En un primer nivel, se identifican dos puntos de articulación fundamentales: VO_discriminación_estructural y VO_institucional_burocracia, ambos refieren a violencias sistemáticas sostenidas por lógicas institucionales que degradan, excluyen o subordinan a las mujeres, a partir de marcadores sociales como clase, raza, edad, origen étnico o ubicación geográfica. Estas formas de exclusión no operan de manera aislada, sino que se articulan con expresiones directamente vinculadas al ejercicio del poder biomédico, como la imposición de intervenciones, la ausencia de consentimiento informado o los procedimientos anticonceptivos coercitivos, agrupadas bajo el rubro de expresiones del saber-poder médico. En el núcleo de la red emergen los afectos como respuestas directamente vinculadas a estas formas de violencia. Afectos como la indignación, el dolor, la impotencia, la frustración, la rabia, la desconfianza y la desesperación operan como componentes estructurantes, al posibilitar la ruptura del silencio institucional y activar procesos de denuncia. Estas emociones no deben ser interpretadas como reacciones individuales o efectos colaterales, sino como respuestas socialmente significativas y políticamente productivas. Como plantea Ariza (2020), los afectos actúan como mediadores entre la experiencia personal y el entorno sociocultural, abriendo posibilidades de agencia que no se expresan únicamente desde el discurso racional, sino también desde el cuerpo doliente y la memoria afectiva que se transforma en denuncia (Ariza, 2020, p. 20).

La red también incorpora las consecuencias derivadas de la violencia obstétrica, organizadas en dos grandes ejes: el eje clínico —que comprende los riesgos de muerte materna, la esterilización forzada y la muerte perinatal— y el eje psicosocial —que incluye el trauma emocional, la ruptura de vínculos familiares, la vulnerabilidad económica y la afectación en los proyectos de vida—. Estas consecuencias deben ser comprendidas más allá del plano individual, desde una perspectiva colectiva que evidencia cómo la violencia obstétrica permea y condiciona estructuralmente la atención médica.

Finalmente, la red da cuenta de cómo las respuestas afectivas pueden traducirse en formas de agencia. El componente JR_instituciones_salud representa los canales institucionales para la búsqueda de justicia, como las denuncias ante fiscalías, la CNDH o los procedimientos administrativos en el sistema de salud. No obstante, estos mecanismos se entrelazan con

formas de resistencia no institucionalizadas, que emergen como respuesta ante las múltiples barreras que enfrentan las mujeres para acceder a la justicia —incluyendo la falta de disponibilidad, accesibilidad o sensibilidad institucional—. Es en este contexto que se visibiliza la justicia reproductiva como una vía legítima y transformadora, orientada a garantizar el acceso a los derechos desde una perspectiva digna, plural y situada, anclada en condiciones materiales y afectivas específicas.

6.4.2 Justicia reproductiva como horizonte epistémico-afectivo

Las emociones juegan un papel central en la participación política no convencional, especialmente en contextos atravesados por desigualdades de género, clase y raza. Lejos de ser residuos o excesos individuales (como históricamente se les ha considerado), los afectos son componentes constitutivos de las relaciones de poder que estructuran la vida social e institucional. Para Corduneanu-Huci (2018), los afectos no deben ser reducidos al ámbito de lo privado o lo irracional; por el contrario, funcionan como lenguajes políticos que configuran los marcos de posibilidad desde los cuales se definen las decisiones, los juicios morales y las respuestas institucionales (Corduneanu, 2018).

En el contexto de la atención obstétrica, esta dimensión afectiva atraviesa la estructura misma del espacio institucional y con ello del modelo médico hegemónico. Desde esta perspectiva, los afectos no se oponen a la razón, sino que constituyen un componente estructural de esquemas relacionales. Según Strauss y Quinn (1994), citadas por Jimeno (2002), el aprendizaje de las personas se organiza a través de redes de significados interrelacionados que se constituyen a partir de experiencias concretas y de los afectos que estas evocan. Estos esquemas no son estructuras fijas, sino dinámicas y relacionales que pueden reproducirse, ajustarse o transformarse con base en las experiencias vividas (Strauss y Quinn, 1994, citado en Jimeno, 2002, pp. 236–237).

Al recuperar los afectos presentes en las recomendaciones analizadas, es posible identificar circuitos afectivos institucionalizados que no solo permiten comprender cómo se experimenta la violencia obstétrica, sino también cómo esta se reproduce mediante tramas emocionales legitimadas por las propias instituciones de salud. Afectos como la culpa, la vergüenza o la angustia (ya abordados en apartados anteriores) evidencian que el poder-saber médico no opera únicamente desde la técnica o la razón, sino que está profundamente

atravesado por una dimensión emocional. Como sostienen Cedillo, Gracia y Sabido (2024), dicha dimensión no es neutral: es constitutiva del poder y está racializada, generizada y estratificada socialmente. En este sentido, la matriz emocional que estructura la atención obstétrica (compuesta por estos circuitos afectivos) no solo organiza el vínculo personal de salud- mujeres, sino que reproduce jerarquías y exclusiones, reforzando desigualdades estructurales en nombre de la supuesta objetividad médica.

Ahora bien, en las recomendaciones de la CNDH, todo lo anteriormente expuesto permanece ausente. Las expresiones de violencia emocional y psicológica aparecen, en el mejor de los casos, de forma residual y únicamente asociadas a eventos de violencia verbal o física. Esta mirada reducida limita el reconocimiento de la diversidad de expresiones de violencia obstétrica, y omite por completo que dicha violencia se experimenta de manera diferenciada según los lugares de enunciación de las mujeres y mucho menos se contempla la dimensión político-afectiva que aquí se ha desarrollado. Sin embargo, estos afectos son centrales para comprender la magnitud del daño, y para pensar formas de reparación que no se limiten a la indemnización económica.

Así, las recomendaciones de la CNDH operan en una zona ambigua: por un lado, constituyen un espacio de denuncia institucional que reconoce la existencia de la violencia obstétrica, lo cual es de suma importancia para su visibilización dentro del sistema nacional de salud, al tener un valor simbólico y jurídico, ya que legitiman el testimonio de las víctimas. Pero, por otro lado, evidencian también los límites del enfoque legalista y tecnocrático de los derechos humanos, especialmente en el ámbito jurista. En muchas recomendaciones se presenta una narrativa que intenta “corregir” el daño a través de medidas administrativas o capacitaciones, sin incorporar las dimensiones afectivas, simbólicas o estructurales que sostienen las violencias.

Además, se limita el reconocimiento de la violencia obstétrica al momento específico de la atención del embarazo, parto y puerperio, dejando fuera otros procesos reproductivos y otras corporalidades que, como se ha argumentado a lo largo de esta tesis, también están expuestas a las dinámicas de violencia aquí analizadas. Las estructuras institucionales y la red de poder que las sostiene permanecen prácticamente intactas (una cosa es que se emita una recomendación, y otra muy distinta es que se cumpla). En ese sentido, las recomendaciones funcionan como artefactos de registro: contienen el daño, lo inscriben en una forma jurídica,

pero no lo transforman. Por ello, se vuelve urgente que estas recomendaciones partan del reconocimiento de los derechos humanos no desde la abstracción de la norma ni desde la universalidad formal de los códigos jurídicos, sino desde un enfoque situado, capaz de incorporar la experiencia encarnada del daño, su dimensión relacional, y los afectos que lo atraviesan.

En este sentido, los derechos de las mujeres en relación con sus procesos reproductivos (ya sea desde el derecho a la salud, al proyecto de vida o bajo el paraguas de los derechos sexuales y reproductivos) pueden estar formalmente aceptados en el discurso institucional y en las propias recomendaciones. Sin embargo, su lectura sigue anclada a una definición negativa de los derechos: se enfocan en proteger frente a coacciones o violencias, pero no en garantizar activamente condiciones de dignidad. Un ejemplo ilustrativo de ello es la formulación de un “derecho a una vida libre de violencia obstétrica”, que, si bien constituye un avance, resulta limitado cuando permanece constreñido a la dicotomía público-privado, sin tomar en cuenta identidades sexo-genéricas, clase social, nivel educativo, estatus migratorio u otras condiciones materiales, como la necesidad de transformar las relaciones de poder.

En definitiva, aunque las recomendaciones de la CNDH constituyen un hito simbólico y jurídico al reconocer institucionalmente la violencia obstétrica y legitimar el testimonio de las personas afectadas, permanecen atrapadas en una lógica legalista y tecnocrática que burocratiza las respuestas. Al privilegiar medidas administrativas (como capacitaciones) y reducir el problema al triángulo embarazo-parto-puerperio, se invisibilizan otras corporalidades y procesos reproductivos igualmente vulnerables, así como las dinámicas de poder que atraviesan la relación entre el personal de salud y las mujeres. De este modo, las recomendaciones terminan operando más como artefactos jurídicos de registro que como herramientas de transformación, pues inscriben el daño, pero no lo desmantelan.

Ante este panorama, resulta urgente construir estrategias desde una perspectiva situada que incorpore la experiencia encarnada del daño, su matriz afectiva y relacional, y que trascienda la mera tutela negativa de derechos para garantizar de manera activa condiciones de dignidad. Ello exige reconocer las intersecciones de sexo-género, clase, ubicación y estatus migratorio como dimensiones que estructuran el acceso diferencial a la salud. Solo a través de este giro será posible abrir camino hacia una justicia reproductiva verdaderamente emancipadora,

capaz de confrontar y reconfigurar las estructuras del biopoder médico que sostienen estas violencias.

Frente a estos límites, *la justicia reproductiva* se plantea como un horizonte emancipador capaz de reconfigurar la respuesta institucional ante la violencia obstétrica. Su propósito no se reduce a sancionar o reparar, sino a transformar las condiciones materiales y simbólicas que hacen posible la persistencia de estas prácticas. Más que una alternativa que enliste derechos, constituye una apuesta por repensar los marcos desde los cuales se conciben, superando el paradigma individualista para visibilizar el carácter estructural de las instituciones que deshumanizan el cuidado, burocratizan la atención y despojan a las mujeres de su autonomía corporal y emocional.

Es evidente que, tanto en las recomendaciones emitidas por la CNDH como en otras instancias institucionales, no se logra establecer una expectativa de justicia adecuada para las víctimas, y mucho menos construir un modelo de justicia verdaderamente reparador e integral. En este contexto, la propuesta que aquí se plantea tiene una doble finalidad: por un lado, ofrecer una crítica a la forma en que la violencia obstétrica ha sido institucionalizada, reducida y gestionada desde un enfoque tecnocrático; por otro, ampliar el marco desde el cual se analizan los derechos humanos en casos que abordan, de manera sustantiva, las violencias de género en el ámbito reproductivo.

La justicia reproductiva ofrece un horizonte que articula las dimensiones estructural, afectiva y comunitaria. Sin embargo, en el campo del derecho, estas categorías ni siquiera son nombradas. En el mejor de los casos, forman parte de discusiones restringidas al ámbito académico, lo cual es una limitación significativa. Incluso la sola inclusión de la categoría de “género” en los documentos internacionales sobre derechos humanos continúa siendo problemática, debido a la persistente resistencia a incorporar marcos conceptuales que cuestionen la supuesta neutralidad universal de los derechos y abran paso a debates más complejos sobre las obligaciones de los Estados.

En este marco, resulta imprescindible recuperar la justicia reproductiva, una propuesta desarrollada por activistas negras, que ha demostrado su utilidad práctica para abordar los derechos reproductivos. Desde estos activismos, se ha impulsado el concepto de justicia reproductiva para enfatizar cómo las políticas de natalidad afectan especialmente a quienes

viven en los márgenes, para quienes el acceso a derechos no se encuentra garantizado debido a condiciones de género, raza y clase, la marginación no es una excepción, sino la norma.

La justicia reproductiva se erige, así como un marco transformador para abordar los derechos humanos de las mujeres en toda su complejidad. Este concepto, defendido y desarrollado por activistas como Loretta Ross (2017), subraya que las decisiones reproductivas no pueden separarse de las condiciones sociales, económicas y raciales en las que las personas viven. A través de un enfoque interseccional, propone una visión que conecta los derechos reproductivos con la justicia social, y destaca el liderazgo de las mujeres negras en la construcción de esta agenda, promoviendo tres derechos fundamentales: el derecho a tener hijos, el derecho a no tenerlos y el derecho a criarlos en entornos seguros y sostenibles.

Esta perspectiva reconoce que factores estructurales como la pobreza y el racismo han limitado históricamente las opciones reproductivas de las comunidades marginadas. En lugar de abordar estas cuestiones de forma fragmentaria, la justicia reproductiva propone un enfoque holístico que incluye acceso a servicios de salud, educación y estabilidad económica como prerequisites esenciales para ejercer derechos reproductivos en condiciones de dignidad. Según Ross (2017), un análisis histórico permite constatar cómo la eugenesia y el racismo institucional han impactado desproporcionadamente a las mujeres negras, a través de prácticas como la esterilización forzada o las barreras sistemáticas al acceso a la atención médica (tal y como se evidenció en las recomendaciones). La justicia reproductiva, al denunciar estas prácticas, no solo exige reparación por las injusticias cometidas, sino también la implementación de políticas inclusivas que garanticen autonomía corporal y equidad.

En este sentido, la intersección entre justicia social y derechos reproductivos se vuelve ineludible. La pobreza, por ejemplo, restringe el acceso a métodos anticonceptivos, a atención prenatal oportuna y de calidad, así como a recursos para la crianza, lo cual evidencia cómo género, raza y clase social se entrelazan para limitar las condiciones materiales que hacen posible una vida reproductiva libre y digna. Este entrecruzamiento de desigualdades ha sido evidente en las recomendaciones revisadas, donde se constata que las mujeres en contextos de vulnerabilidad—ya sea por su nivel socioeconómico, edad, o por residir en zonas rurales—enfrentan mayores obstáculos institucionales, negligencia médica y menor acceso a mecanismos de justicia.

En una línea similar, Angela Davis (2016) sostiene que los derechos sexuales y reproductivos son un prerequisite fundamental para la emancipación de las mujeres. Esta perspectiva, desde mi punto de vista, se vincula estrechamente con los derechos humanos de las mujeres del sur (como aquellas cuyos casos han sido analizados en esta tesis), ya que una concepción reducida o abstracta de estos derechos puede tener efectos profundamente contraproducentes, dificultando su reconocimiento, protección y exigibilidad, tal como ha quedado evidenciado en las propias recomendaciones de la CNDH.

Desde esta perspectiva, la justicia reproductiva no se limita a un conjunto de demandas individuales, sino que, como parte de un movimiento colectivo, busca transformar las estructuras sociales que perpetúan la desigualdad. Al aplicar este marco (formulado desde los feminismos negros) al análisis desarrollado en esta tesis, se puede afirmar que la justicia reproductiva constituye una herramienta clave para develar las múltiples estructuras que oprimen a las mujeres, particularmente aquellas atravesadas por la raza, el género y la clase social.

Para que la propuesta de justicia reproductiva opere como herramienta transformadora, es fundamental partir del reconocimiento de una postura emancipadora de las mujeres frente a las estructuras que obstaculizan el acceso efectivo a sus derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, la justicia reproductiva debe ser comprendida no solo como un marco teórico o analítico, sino como un derecho exigible, anclado en la afirmación de las mujeres como sujetas plenas de derecho. Dicho enfoque requiere considerar los procesos afectivos mediante los cuales las personas se reconocen como legítimas titulares de decisiones sobre sus cuerpos, su sexualidad y su capacidad reproductiva. Este autorreconocimiento constituye un paso indispensable para que puedan demandar activamente las condiciones sociales, políticas, económicas e institucionales necesarias para el ejercicio efectivo y digno de tales derechos.

Conclusiones

Este capítulo propuso una lectura crítica de las recomendaciones emitidas por la CNDH a partir de las nociones de poder foucaultiano, el giro afectivo y la interseccionalidad. Más allá de su función legal, se argumentó que estos documentos revelan modos de gestión institucional del cuerpo y ponen en evidencia los silencios del lenguaje jurídico, así como la urgencia de repensar la justicia desde claves situadas, sensibles y transformadoras. Al

focalizar en los procesos afectivos que atraviesan la atención obstétrica —procesos que trascienden los límites temporales y espaciales del acto médico— fue posible desarrollar una reflexión ampliada sobre cómo el poder.

Desde una dimensión metodológica, el análisis articuló las expresiones de violencia obstétrica con los afectos y las estructuras que las sostienen, mostrando que estos no son simples reacciones individuales, sino matrices de sentido político que permiten comprender lo que ha sido negado, minimizado o excluido del reconocimiento normativo. Por ello, se realizó una lectura caleidoscópica a partir de cuatro configuraciones analíticas: los afectos moralizantes, los afectos de desposesión, los afectos institucionales y los afectos movilizadores y políticos. Cada una de estas redes evidencia dimensiones específicas sobre cómo los afectos configuran el espacio social y, en conjunto, sostienen un entramado que vincula afectos, expresiones de violencia, consecuencias clínicas y psicosociales, así como las condiciones de posibilidad para la búsqueda de justicia.

Los afectos moralizantes (culpa, vergüenza e infantilización) funcionan como dispositivos de control discursivo que sujetan a las mujeres a normas de género hegemónicas, inhibiendo su agencia mediante la descalificación y humillación. De manera similar, pero continua los afectos de desposesión (impotencia, abandono, angustia, tristeza) evidencian las formas en que las instituciones despojan a las mujeres de su capacidad de decisión, de su autonomía corporal y, en numerosos casos, de la vida misma. Los afectos institucionales —como el desinterés, el conformismo, la indiferencia o la intimidación— operan sobre y a través de los cuerpos, configurando relaciones jerárquicas y legitimando prácticas de violencia estructural. Finalmente, los afectos movilizadores (como la rabia, la indignación o el deseo de justicia) emergen en contextos marcados por el dolor, pero actúan también como catalizadores de acción colectiva.

Por otro lado, las expresiones de violencia obstétrica no pueden entenderse como fallas médicas aisladas, sino como manifestaciones de un orden institucional y simbólico sostenido por relaciones de género, clase, raza y edad. Para su análisis, y retomando los aportes de Sesia (2020), estas expresiones pueden agruparse en distintas dimensiones estructurantes: el saber-poder médico, que impone una lógica técnica que despoja de agencia a las mujeres; la negación de la autonomía, expresada en prácticas como las esterilizaciones no consentidas o la negación deliberada de información; la omisión y el abandono, que se manifiestan en la

falta de atención o el maltrato verbal; y las barreras estructurales del sistema de salud, que limitan el acceso digno, oportuno y equitativo a la atención. Como se ha argumentado a lo largo del capítulo, los afectos no deben entenderse como reacciones individuales, sino como “productores de sentido, capaces de afectar y ser afectados en el marco de interacciones sociales significativas” (Vázquez et al., 2023, p. 15). Leídos desde las expresiones de violencia obstétrica, estos circuitos afectivos permiten evidenciar cómo dicha violencia se inscribe en relaciones de poder jerarquizadas, siendo fundamentales para comprender la forma en que las mujeres la experimentan, la narran y la politizan.

Reconocer esta densidad implica también replantear los modos en que se produce el conocimiento sobre la violencia obstétrica y las formas de validación institucional de las experiencias de las mujeres. La escucha activa de sus relatos (con todo el peso afectivo, corporal y político que conllevan) no solo exige sensibilidad ética, sino también una transformación de los marcos epistémicos y legales que han relegado su vivencia al plano de lo anecdótico o lo subjetivo. Desde esta perspectiva, la justicia reproductiva abre la posibilidad para la restitución del derecho a decidir, al goce, a la palabra y a la vida digna. Finalmente, esta lectura afectiva de las recomendaciones no debe quedar restringida al ámbito académico. Se trata de un aporte teórico-metodológico que permite imaginar otras formas de reparación, de cuidado y de justicia. No basta con visibilizar: es indispensable construir marcos ético-políticos que integren estas dimensiones afectivas en el reconocimiento y garantía de los derechos.

DEMARCACIONES FINALES

El análisis de las recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos entre 2020 y junio de 2024 revela un incremento sostenido de casos de violencia obstétrica, que alcanzó su punto más alto en 2023. Este crecimiento, lejos de reflejar una mayor eficacia institucional, constituye el síntoma de un conflicto no resuelto: el reconocimiento formal de la violencia convive con la persistencia de las condiciones estructurales que la producen. En este sentido, la violencia obstétrica da cuenta de una forma de regulación de la vida ejercida por el Estado a través del Sistema Nacional de Salud. Se trata de “políticas de la vida” (en el sentido propuesto por Fassin) que instauran jerarquías entre los cuerpos sexuados y marginados.

El recorrido realizado permite evidenciar que, en el marco de la atención obstétrica, algunas vidas son cuidadas y protegidas, mientras que otras han sido históricamente relegadas y tratadas como prescindibles. La violencia obstétrica se inserta en una trama más amplia de discriminación y desigualdad que, lejos de resolverse con su reconocimiento normativo, persiste como un continuum de violencias que trasciende el espacio hospitalario y se proyecta sobre la vida cotidiana. Las omisiones y complicaciones prevenibles evidencian una distribución desigual del cuidado y una organización jerárquica de los derechos, donde la feminización del cuidado obliga a las mujeres y sus familias a asumir los costos económicos, sociales y emocionales de la violencia.

En este escenario, lo que se vulnera no es sólo el derecho a la salud, sino también el derecho a vivir con dignidad y a preservar la integridad del propio cuerpo. Los derechos, tal como han sido positivizados en tratados internacionales y en la normativa nacional, fueron pensados desde un sujeto universal que nunca fue neutral, se diseñaron para cuerpos situados en el centro, dejando en los márgenes a quienes no encajan en ese molde. Desde la mirada crítica de Joaquín Herrera, este proceso convierte a los derechos en simples listados normativos que, al perder su carácter histórico y político, terminan siendo enunciados vacíos incapaces de modificar las condiciones reales de vida (Herrera, 2008). En sintonía, Zaki Habib advierte que, mientras los derechos continúen formulándose bajo parámetros eurocéntricos y patriarcales, permanecerán atados a estructuras que reproducen exclusiones, y no podrán responder a las experiencias de mujeres, pueblos originarios y otros sujetos sistemáticamente relegados (Espinosa, 2014; Habib, 2021).

Por eso, los derechos proclamados en las recomendaciones terminan siendo promesas vacías: aparecen escritos en los documentos, pero no llegan a materializarse en la vida de quienes cargan con desigualdades de género, clase o etnicidad. En la práctica, la distancia entre el papel y la realidad se convierte en un muro difícil de atravesar, al que se suma la dilación institucional como primer obstáculo: en promedio, una queja tarda más de dos años y medio en resolverse. Esta espera interminable instala una temporalidad de la injusticia, de modo que la búsqueda de reparación se transforma en un nuevo escenario de sufrimiento. En ese proceso, la burocracia obliga a las mujeres a revivir lo padecido una y otra vez, prolongando en el tiempo las experiencias de abandono.

A ello se suma la opacidad en la información, en las recomendaciones se omiten datos sobre origen étnico, edad, lengua, clase social o estatus migratorio, lo que impide realizar una lectura interseccional del fenómeno. Esta ausencia contribuye a un borramiento sistemático de la voz de las mujeres, que en muchas ocasiones aparece reemplazada por notas médicas, dictámenes periciales y referencias normativas. De este modo, la búsqueda de justicia no sólo exige atravesar un entramado institucional disperso, sino también aceptar que las experiencias quedan traducidas y codificadas en un lenguaje biomédico que, al legitimarse mediante el discurso jurídico, termina por establecer qué puede y qué no puede ser reconocido como violencia.

Lo que adquiere valor probatorio son los expedientes clínicos y las citas normativas, mientras que la palabra de las mujeres se fragmenta o se descarta como irrelevante. Este silenciamiento no sólo borra su experiencia, sino que además restringe la posibilidad de comprender el daño en toda su complejidad y, al hacerlo, reproduce las mismas relaciones de poder que sostienen la violencia obstétrica. En este proceso puede hablarse de un epistemicidio institucional, en el sentido señalado por Espinosa, ya que los saberes situados y las experiencias encarnadas de las mujeres son desautorizados frente al monopolio de lo que el sistema reconoce como conocimiento válido (Espinosa, 2014).

Así, muchas expresiones de la violencia obstétrica quedan sin reconocimiento. Este modo de encuadrar la violencia responde a una mirada racionalista y a la búsqueda de una supuesta neutralidad que, como se ha señalado desde los feminismos, resulta inviable, especialmente en el ámbito de la justicia reproductiva, donde lo que está en juego es profundamente político (Ribeiro, 2023). Frente a ello, la apuesta teórica y metodológica de esta tesis ha sido realizar

una lectura afectiva que permita cuestionar y trastocar esa visión limitada y tecnocrática de las injusticias reproductivas. Desde esta perspectiva, los afectos no se entienden como expresiones íntimas aisladas, sino como fuerzas sociales que organizan y reproducen desigualdades históricas (Ahmed, 2017; Ariza, 2016, 2020; Cedillo et al., 2024; Corduneanu, 2018; Jimeno, 2004; Sabido, 2022; Vázquez et al., 2023). Cuando estas diferencias se invisibilizan, también se borra la dimensión afectiva de la violencia obstétrica: el dolor, la angustia o la humillación que atraviesan estas experiencias se reducen a meras fallas técnicas, lo que despolitiza los afectos y oculta la raíz estructural de la violencia.

El análisis permitió reconocer que los afectos constituyen una dimensión central de la violencia obstétrica, ya que atraviesan la forma en que las mujeres viven la medicalización de sus cuerpos y la institucionalización de la maternidad. Los afectos moralizantes (culpa, vergüenza, humillación) reproducen el vínculo histórico entre feminidad y maternidad y, en el pasaje hospitalario, se traducen en prácticas que colocan a las mujeres en la posición de sujetos incapaces de decidir. De este modo, los afectos funcionan como dispositivos que dejan un mensaje claro: la mujer debe obedecer, aguantar y callar. No se trata de simples emociones aisladas, sino de mecanismos que buscan disciplinar y refuerzan la subordinación de las mujeres, así su efecto va más allá del momento clínico, porque bajo la apariencia de un cuidado médico “neutro” terminan naturalizando y alimentando la idea de que ciertos cuerpos necesitan más control y paternalismo, lo que reduce su autonomía. Así, la violencia obstétrica no sólo limita la capacidad de decisión de las mujeres en el hospital, sino que además sostiene un orden social en el que el patriarcado se legitima como parte de la atención en salud.

Los afectos de desposesión (impotencia, miedo, tristeza, desconfianza) aparecen cuando la atención médica se convierte en abandono: largas horas de espera, falta de vigilancia durante el parto, indiferencia frente al dolor o negación de información básica. No son hechos aislados, muestran cómo el cuidado se reparte de manera desigual y con jerarquías muy claras. En esa dinámica se nota la colonialidad de la atención, que da más valor a ciertos cuerpos y deja en mayor vulnerabilidad a mujeres indígenas, pobres o migrantes. La huella eugenésica de estas prácticas no sólo define quién recibe cuidado y quién queda en riesgo, también quiebra la autonomía reproductiva y fragmenta la experiencia de ser madre.

Ahora bien, es necesario reconocer que las experiencias de negación de derechos de las mujeres no comienzan en el hospital, sino mucho tiempo antes. Muchas ya han enfrentado barreras como la inexistencia o lejanía de los servicios, las carencias económicas, la discriminación por su origen étnico o lengua y la falta de información clara y accesible sobre reproducción y sexualidad. Estas desigualdades se hacen todavía más visibles y agudas en el pasaje institucional, donde la burocracia regula, retrasa y condiciona el acceso al cuidado.

En este transitar, lo que nombro como afectos institucionales (desconfianza, intimidación, conformismo) muestra cómo las experiencias de negación de derechos se prolongan en el espacio público y se refuerzan durante la atención obstétrica. En ese escenario, las voces de las mujeres son despolitizadas, traducidas a expedientes clínicos o atrapadas en un lenguaje técnico que minimiza lo vivido. La desconfianza hacia los servicios de salud se intensifica cuando se evidencia que la atención brindada no es adecuada; la intimidación aparece en la imposición de decisiones sin diálogo; y el conformismo se reproduce cuando el personal asume la burocracia como un destino inevitable.

Al mismo tiempo, no todo queda en la violencia. Los afectos movilizadores (indignación, enojo, rabia) demuestran que el dolor también puede transformarse en acción política. Muchas veces circula, cuestiona lo que significa haber vivido violencia obstétrica y deja claro que no se trata solo de una “mala praxis”, sino de un problema mucho más profundo que atraviesa a los cuerpos de manera diferenciada. Estas emociones se convierten en motor de denuncia, organización y acompañamiento.

Estos afectos muestran que la garantía de derechos no puede reducirse a la promesa de una atención de calidad, aceptable y accesible en los términos más estrechos de la normativa. Su potencia radica en permitir entrelazar lo institucional, lo personal y lo estructural, y con ello reconocer a las mujeres como sujetas de derechos en un sentido ampliado, donde las realidades negadas se hacen visibles y la justicia reproductiva se configura como horizonte indispensable.

La apuesta teórica de esta investigación consiste en comprender la violencia obstétrica como una categoría epistémica, política y afectiva. Epistémica, porque interpela los modos en que se produce y valida el conocimiento médico y jurídico, evidenciando cómo ciertos saberes (las voces y experiencias de las mujeres) son sistemáticamente desautorizados. Política, porque muestra que la violencia obstétrica no es un accidente ni un exceso individual, sino

una práctica que organiza jerarquías sociales y de género, regula los cuerpos asegurando la reproducción del orden patriarcal y colonial. Y afectiva, porque los modos en que esta violencia se experimenta y se reproduce sólo pueden comprenderse a través de las emociones que la atraviesan. Lo anterior demuestra que la atención médica está lejos de ser neutral o totalmente racional, ya que bajo su apariencia técnica operan afectos que configuran jerarquías, legitiman desigualdades y refuerzan el modelo médico hegemónico.

La articulación entre estas tres dimensiones se inscribe en la lógica biopolítica, entendida como la gestión de la vida mediante el control de los cuerpos reproductivos (Mbembe, 2011). En el ámbito obstétrico, dicha gestión se expresa en la medicalización del parto, la imposición de cesáreas o esterilizaciones y la subordinación de las mujeres a protocolos que limitan su autonomía. Sin embargo, como advierte Mbembe, la biopolítica convive con la necropolítica: la administración de la muerte se hace visible en las muertes maternas y perinatales prevenibles, en las discapacidades ocasionadas por la negligencia y en la indiferencia institucional frente a las mismas (Mbembe, 2011). En esta clave, los afectos revelan que la violencia obstétrica no puede leerse únicamente como una regulación de la vida biológica, sino como un entramado donde se gestionan emociones: la culpa y la vergüenza disciplinan la maternidad, la impotencia y la desconfianza marcan el abandono, y la indignación o la rabia emergen como fuerzas que cuestionan el poder médico.

La atención obstétrica se configura como un escenario atravesado por afectos que refuerzan o cuestionan la administración de la vida y la muerte en el marco de un orden patriarcal, racista y colonial (Mbembe, 2011). En este contexto, las recomendaciones de la CNDH operan más como expedientes que registran el daño que como herramientas capaces de desmantelarlo, lo que revela la distancia entre el reconocimiento formal y la materialización de derechos. Frente a esta limitación, se vuelve imprescindible replantear las estrategias desde una perspectiva situada que recupere la experiencia encarnada del daño y su matriz afectiva y relacional. No basta con una tutela negativa de derechos; es necesario garantizar condiciones de dignidad que reconozcan las diferencias de género, clase, origen étnico, lengua y estatus migratorio. Solo así podrá abrirse camino hacia una justicia reproductiva verdaderamente emancipadora, capaz de confrontar y reconfigurar las estructuras del biopoder médico que sostienen estas violencias.

REFERENCIAS

- Ábalos, E., Andoro, L., Daverio, F., Gelso, E., Nieto, A., & Peres, A. (2017). *Violencia obstétrica. Un problema estructural y actitudinal*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Ahmed, S. (2017). *La política cultural de las emociones* (C. Olivares, Ed.). Centro de Investigaciones y Estudios de Género.
- Ahmed, S. (2022). *¡Denuncia!: El activismo de la queja frente a la violencia institucional* (1.ª ed.). Caja Negra.
- Alcalá, E., Díaz, D., Lachenal, C., Pérez, M., & Toledo, C. (2019). *Evaluación de diseño del Programa de Acción Específico sobre Salud Materna y Perinatal* (M. Hernández, Ed.; 1.ª ed.). Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C.
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: Propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos de Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145–169. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476947241008>
- Arguedas, G. (2016). Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. *Solar*, 12(12), 65–89.
- Arguedas, G. (2020). Poder obstétrico, aborto terapéutico, derechos humanos y femicidio de Estado: una reflexión situada en América Latina. En P. Quattrocchi & N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 77–102). Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
- Argüello, H. (2017). Breve historia sobre la política pública y sus estrategias para la reducción de la muerte materna. En G. Freyermuth (Ed.), *Salud y mortalidad materna en México: Balances y perspectivas desde la antropología médica y la interdisciplinariedad* (1.ª ed., pp. 3–44). CIESAS.
- Ariza, M. (2016). *Emociones, afectos y Sociología. Diálogos desde la investigación social y la interdisciplina* (Instituto de Investigaciones Sociales-Universidad Nacional Autónoma de México, Ed.).
- Ariza, M. (Coord.). (2016). *Emociones, afectos y sociología: Diálogos desde la investigación social y la interdisciplina*. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.

- Bardin, L. (1996). *El análisis de contenido* (3rd ed.). Ediciones Akal.
- Batthyány, K. (2009). Género, cuidados familiares y uso del tiempo. In *El Uruguay desde la sociología VII*. CBA-Editorial.
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 4(7), 25–34.
- Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *ILEMATA Año*, 7, 93–111.
- Berrio, L. (2013). *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud: Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma Metropolitana].
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review [El maltrato de las mujeres durante el parto en establecimientos de salud a nivel mundial: una revisión sistemática de métodos mixtos]. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Boladeras-Cucurella, M. (2024). Obligaciones derivadas del principio de respeto a la dignidad en el ámbito de la pérdida perinatal. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 9(1), 106–131. <https://doi.org/10.1344/musas2024.vol9.num.1.6>
- Butler, J. (2021). *Sin miedo: Formas de resistencia a la violencia de hoy*. Taurus.
- Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: Improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 147–162.
- Castro, A., y Savage, V. (2019). Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*, 38(2), 123–136. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>
- Castro, R. (2010). Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. In R. Castro & A. López (Eds.), *PODER MÉDICO Y CIUDADANÍA: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*.

- Avances y desafíos en la investigación regional* (pp. 49–72). Universidad Nacional Autónoma de México Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Castro, R. (2013). Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva. En M. C. Agoff, I. Casique, & R. Castro (Eds.), *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*. (pp. 145–165). Miguel Ángel Porrúa y CRIM-UNAM.
- Castro, R. (2014a). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167–197.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32130485002>
- Castro, R. (2014b). Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colectiva*, 10(3), 339–351.
- Castro, R. (2021). Hacia una sociología de la anticoncepción forzada en México. En K. Bárcenas (Ed.), *Género y sexualidad en disputa: Desigualdades en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo desde el campo médico* (1.ª ed., pp. 37–64). UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales..
- Castro, R., & Campuzano, J. (2021). Las estadísticas de esterilización y colocación de dispositivos intrauterinos en poblaciones indígenas: indicios de una forma de violencia obstétrica focalizada. En S. Frías (Ed.), *Violencias de género en contra de mujeres y niñas indígenas en México en contextos públicos, privados e institucionales* (1st ed., pp. 305–355). Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.
- Castro, R., & Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica México. *Revista CONAMED*, 19(1), 37–42.
- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://ru.crim.unam.mx/handle/123456789/1670>
- Cedillo, P., García, A., & Sabido, O. (2024). Afectividad y emociones. En H. Moreno & E. Alcántara (Eds.), *Conceptos clave en los estudios de género* (Vol. 1, pp. 17–41). Universidad Nacional Autónoma de México; U-Tópicas.

- Chávez, M., & Sánchez, N. (2018). Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. *Revista de El Colegio de San Luis*, 16, 103–119.
<https://doi.org/10.21696/rcsl9162018769>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2017). *Recomendación general núm. 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2007). *Noveno informe periódico de México en virtud del artículo 18 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW/C/MEX/9)*.
<https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n17/029/62/pdf/n1702962.pdf>
- Corbelle, F., Cozzi, E., & Querales Mendoza, M. (2021). Cuestiones, dilemas y desafíos metodológicos en investigaciones sobre seguridad pública, violencia(s) y activismos. *RUNA, Archivo Para Las Ciencias Del Hombre*, 42(1), 7–20.
<https://doi.org/10.34096/runa.v42i1.9908>
- Corduneanu, V. I. (2018). El papel de las emociones sociales y personales en la participación política. *Revista Mexicana de Opinión Pública*, 26, 71–92.
<https://doi.org/10.22201/fcpys.24484911e.2019.26.66903>
- Correas, O. (2010). *Los derechos humanos: Entre la historia y el mito*. Crítica Jurídica: Revista Latinoamericana de Política, Filosofía y Derecho, 25(3), 269–293.
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rcj/article/view/16752>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2025). *Comunicado de prensa 55/2025: La Corte Interamericana reconoce la existencia de un derecho humano autónomo al cuidado*. https://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp_55_2025.pdf
- Davis, A. (2016). *Mujeres, raza y clase* (3.ª ed.). Madrid: Akal.
- De Gracia de Gregorio, M. (2023). Una revisión del impacto emocional de la pérdida perinatal previa en un embarazo posterior. *MUSAS. Revista de Investigación En Mujer, Salud y Sociedad*, 8(1), 149–165.
<https://doi.org/10.1344/musas2023.vol8.num1.8>
- De la Cuesta, C. (1997). Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Investigación Cualitativa y Educación en Enfermería*, 15(2), 13–24.
https://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2015/02/De-la-Cuesta_Caracteristicas-de-la-InvestigacionEBEVIDENCIA.pdf

- Diniz, S. G., Salgado, H. de O., Andrezzo, H. F. de A., de Carvalho, P. G. C., Carvalho, P. C. A., Aguiar, C. de A., & Niy, D. Y. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377–382. <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- Dussel, E. (2013). *Filosofía de la liberación* (Vol. XI, *Obras selectas*). Editorial Docencia.
- Ellacuría, I. (1989). *El desafío de la mayoría de los pobres*. UCA Editores.
- Espinosa, Y. (2014). Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica. *El Cotidiano: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco*, 184, 7–12.
- Ettorre, E. (2017). Feminist autoethnography, gender, and drug use. *Contemporary Drug Problems*, 44(4), 356–374. <https://doi.org/10.1177/0091450917736160>
- Fassin, D. (2007). La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et Sociétés*, 38(2), 35–48. <https://doi.org/10.7202/016371ar>
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de Sueños.
- Federici, S. (2013). *Revolución en punto cero: Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Traficantes de Sueños.
- Federici, S. (2022). *Ir más allá de la piel Repensar, rehacer y reivindicar el cuerpo en el capitalismo contemporáneo*. Tinta Limón.
- Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG). (2015). *Pronunciamiento sobre la violencia obstétrica*. <https://www.femecog.org.mx/docs/FEMECOG%20pronunciamiento.pdf>
- Foucault, M. (1976). *La historia de la sexualidad: Vol. I. La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1977). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores.
- Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948), e42–e44. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)
- Freyermuth, G. (2017). *Salud y mortalidad materna en México: Balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad*. CIESAS.

- Freyermuth, G., & Sesia, P. (Coords.). (2013). *Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductiva: Nuevas experiencias de contraloría social* (Serie Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS); Comité Promotor por una Maternidad Segura en México; Observatorio de Mortalidad Materna en México.
- Gallardo, H. (2008). *Teoría crítica: matriz y posibilidad de derechos humanos* (A. Rosillo, Ed.). Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí.
- García, E. (2017). Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. *Dossiers Feministes*, 22, 87–106.
<https://doi.org/10.6035/dossiers.2017.22.6>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2015). *Violencia obstétrica: Un enfoque de derechos humanos*. <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2018). *La pieza faltante: Justicia reproductiva*. <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/JusticiaReproductiva.pdf>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), & Impunidad Cero. (2022). *Justicia olvidada: Violencia e impunidad en la salud reproductiva*. Ciudad de México: GIRE y Impunidad Cero. <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2022/06/JusticiaOlvidada.pdf>
- Goberna, J. (2019). Violencia obstétrica: Aproximación al concepto y debate en relación a la terminología empleada. *MUSAS*, 4(2).
<https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.2>
- Goberna, J., Fernández-Basanta, S., Ramos-Pozón, S., & Falcó-Pegueroles, A. (2024). Pérdida perinatal y la interrupción de embarazo: Vulnerabilidad y violencia obstétrica. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 9(1), 153–166.
<https://doi.org/10.1344/musas2024.vol9.num1.8>
- Gold, M. (2019). De los derechos reproductivos a la justicia reproductiva. *Social Medicine*, 12(2), 84–92.

- Habib, Z. (2021). Hacia la descolonización de derechos humanos y el feminismo. *Tabula Rasa*, 38, 227–246. <https://doi.org/10.25058/20112742.n38.11>
- Harding, S. (1998). ¿Existe un método feminista? En E. Bartra (Comp.), *Debates en torno a una metodología feminista* (pp. 9–34). Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Harding, S., & Manzano, P. (1996). *Ciencia y feminismo*. Morata.
- Hernández, J., & Echevarría, P. (2014). La parte negada del parto institucionalizado: Explorando sus bases antropológicas. In *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* (Vol. 69, Issue 2, pp. 327–348). CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas. <https://doi.org/10.3989/rdtp.2014.02.004>
- Herrera, J. (2005). *Los derechos humanos como productos culturales: Crítica del humanismo abstracto*. Libros de la Catarata.
- Herrera, J. (2008). *La reinención de los derechos humanos*. Atrapasueños
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_preseleccion_ejecutiva.pdf
- Jimeno, M. (2004). *Crimen pasional: Contribución a una antropología de las emociones*. Universidad Nacional de Colombia.
- Jimeno, M. (2021). *El giro emocional y las experiencias de violencia* (Trabajo académico no publicado). Universidad Nacional de Colombia. <https://www.myriamjimeno.com/wp-content/uploads/2021/01/El-Giro-emocional-y-las-experiencias-de-violencia-final.pdf>
- Kitzinger, S. (2015). *La crisis del parto* (R. Segura, Trad.; 1.^a ed.). Ob Stare
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Gaceta Oficial No. 38.668 (2007).
- Lorde, A. (1984). *La Hermana, la extranjera: artículos y conferencias* (C. Fernández, Ed.). Horas y Horas.
- Lugones, M. (2011). Hacia un feminismo descolonial. *La Manzana de La Discordia*, 6(2), 105–117.

- Macdonald, M. E., & Bourgeault, I. L. (2009). The Ontario midwifery model of care. En R. Davis-Floyd, L. Barclay, & J. Tritten (Eds.), *Birth models that work* (pp. 89–118). University of California Press.
<https://doi.org/10.1525/california/9780520248632.003.0004>
- Macleod, M., & De Marinis, N. (2019). *Comunidades emocionales: Resistiendo a las violencias en América Latina*. UAM Xochimilco.
- Maffia, D. (2020). *Derechos sexuales y reproductivos: Algo más que procreación*. Instituto Interdisciplinario de Género, UBA. <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Derechos-sexuales-y-reproductivos.-Algom%C3%A1s-que-procreaci%C3%B3n.pdf>
- Mbembe, A. (2011). *Necropolítica : seguido de Sobre el gobierno privado indirecto*. Melusina.
- Mendoza, B. (2014). *Ensayos de crítica feminista en nuestra América*. Herder.
- Mendoza, B. (2023). *Colonialidad, género y democracia*. AKAL.
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, e2615.
<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: Tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, e2615.
<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Mercadillo, R. E., Díaz, J. L., & Barrios, F. A. (2007). Neurobiología de las emociones morales. *Salud Mental*, 30(3), 1–11. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Muñoz, G., & Berrio, L. (2020). Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: La violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México. En P. Quattrocchi & N. Magnone (Eds.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 103–129). Universidad Nacional
- Noriega de la Rosa, R. D. (2020). Del cuerpo natural al cuerpo cosificado: Una revisión de los modos de interacción médico–paciente en el parto. *Estudios Artísticos*, 6(9), 267–279. <https://doi.org/10.14483/25009311.16242>

- Noriega, R. D. (2021). *La violencia obstétrica y las dinámicas de interacción comunicativa en el trabajo de parto: Una propuesta de análisis desde el interaccionismo simbólico* [Tesis de maestría, Universidad Distrital Francisco José de Caldas].
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (2016).
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2012). *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de políticas y programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad*.
<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/TechnicalGuidanceApplication.pdf>
- Olvera, M., & Sabido, O. (2007). Un marco de análisis sociológico de los miedos modernos: Vejez, enfermedad y muerte. *Sociológica*, 22(64), 119–149.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*. *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Ortale, M. S. (2008). Aportes de la antropología médica a la reflexión sobre las políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a madres adolescentes en la Argentina. En O. Romani Alfonso, C. Larrea Killinger y J. F.-Rufete Gómez (Coords.), *Antropología de la medicina: metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales* (pp. 137–155). Ankulegi. <https://www.ankulegi.org/wp-content/uploads/2012/03/0209Ortale.pdf>
- Pérez Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, 5, 7–37.
- Pérez Orozco, A., Del Río, S., & Junco, C. (2006). Hacia un derecho universal de ciudadanía (sí, de ciudadanía). *Libre pensamiento*, 51, 44–49.
- Prado Murrieta, A. (2021). La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: Experiencias de mujeres y médicos de un hospital público en la Ciudad de México. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 6(1), 59–76.
<https://doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num1.4>

- Querales, M. (2018). Trabajo colaborativo para el diálogo ético con víctimas de la estrategia de seguridad en México. *Acta Sociológica*, 75, 37–59.
<https://doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2018.75.64814>
- Quintana, L. (2021). *Rabia*. Herder.
- Ribeiro, D. (2023). *Lugar de enunciación* (A. Ancira, Ed.; 1.ª ed.). Universidad Autónoma Metropolitana; Tumbalacasa Ediciones.
- Rosillo, A. (2013). *Fundamentación de los derechos humanos desde América Latina*. Ítaca.
- Rosillo, A., & Manchado, L. (2021). *Pensamiento jurídico de la liberación*. Centro de Estudios Jurídicos y Sociales Mispát; Universidad Autónoma de San Luis Potosí; Universidad do Extremo Sul Catarinense.
- Ross, L. (2017). Reproductive justice as intersectional feminist activism. *Souls*, 19(3), 286–314. <https://doi.org/10.1080/10999949.2017.1389634>
- Sabido, O. (2011). El cuerpo y la afectividad como objetos de estudio en América Latina: Intereses temáticos y proceso de institucionalización reciente. *Sociológica*, 26(74), 33–78.
- Sabido, O. (2022). La vergüenza desde una perspectiva relacional: La propuesta de Georg Simmel y sus rendimientos teórico-metodológicos. En M. Ariza (Ed.), *Las emociones en la vida social: Miradas sociológicas* (pp. 293–323). UNAM.
- Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija: Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En M. Sadler, X. Acuña, & C. Obach (Eds.), *Nacer, educar, sanar: Miradas desde la antropología del género* (pp. 15–66). Catalonia.
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo: Sus similitudes y diferencias. En *Metodología de la investigación* (6.ª ed., pp. 2–21). McGraw Hill Education.
- Santos, B. de S. (2009a). *Sociología jurídica crítica: Para un nuevo sentido común en el derecho*. ILSA.
- Santos, B. de S. (2009b). *Una epistemología del sur*. Siglo XXI; CLACSO.
- Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. *Revista de Estudios Sociales*, 16, 35–50.
- Secretaría de Salud. (2024). *Informes semanales para la vigilancia epidemiológica de muertes maternas 2024*. Gobierno de México.

- Segato, R. (2015). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos: Y una antropología por demanda* (1.ª ed.). Prometeo.
- Segato, R. (2021, 13 de marzo). Ningún patriarcón hará la revolución [Video]. CLACSO TV. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=PUmX5ct5yCQ>
- Sesia, P. (2011). El papel de la desigualdad social en la muerte de mujeres indígenas oaxaqueñas durante la maternidad: Aportes desde una epidemiología social y una antropología médica crítica. En J. Haro (Ed.), *Epidemiología sociocultural: Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances* (pp. 241–269). El Colegio de Sonora.
- Sesia, P. (2013). Derechos humanos, salud y muerte materna: Características, potencial y retos de un nuevo enfoque para lograr la maternidad segura en México. *Revista Andaluza de Antropología*, 5, 66–90. <https://doi.org/10.12795/raa.2013.i05.04>
- Sesia, P. (2020). Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En P. Quattrocchi & N. Magnone (Eds.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 3–29). Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
- Stets, J., & Turner, J. (Eds.). (2006). *Handbook of the sociology of emotions*. Springer.
- Valencia, S. (2012). Capitalismo gore y necropolítica en México contemporáneo. *Relaciones Internacionales*, 19, 83–102.
- Valenzuela, A., & De la Torre, F. (2019). Violencia obstétrica: Artículo de revisión. *Lux Médica*, 41, 43–58.
- Vázquez, J. P., López, G., & Pérez, J. (2023). Aproximaciones al poder desde la dimensión emocional: Debates y perspectivas teóricas. En J. P. Vázquez (Ed.), *Emociones, poder y conflicto: Perspectivas teóricas, género, resistencias y políticas de Estado* (pp. 9–21). Universidad Iberoamericana; Universidad Autónoma Metropolitana–Cuajimalpa; Universidad del Rosario.
- Villanueva, L., Ahuja, M., Valdez, R., & Lezana, M. (2016). ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? *Revista CONAMED*, 21, 7–25.
- Viveros, M. (2016). Interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Viveros, M. (2023). *Interseccionalidad: Giro decolonial y comunitario* (1.ª ed.). CLACSO.

Anexo 1. Recomendaciones de la CNDH incluidas en el análisis

#	Año	RECOMENDACIÓN	#	Año	RECOMENDACIÓN
1	2020	15 /2020	35	2023	204/2023
2	2020	26/2020	36	2023	205/2023
3	2021	4/2021	37	2023	211/2023
4	2021	13/2021	38	2023	235/2023
5	2021	14/2021	39	2023	269 /2023
6	2021	22/2021	40	2023	270 /2023
7	2021	28/2021	41	2023	272/2023
8	2021	31/2021	42	2023	280 /2023
9	2021	45/2021	43	2023	283/2023
10	2021	47/2021	44	2023	289/2023
11	2021	62/2021	45	2023	292/2023
12	2021	66/2021	46	2023	293/2023
13	2021	128/2021	47	2023	300/2023
14	2021	130/2021	48	2023	301/2023
15	2021	136/2021	49	2023	304/2023
16	2022	4/2022	50	2023	309/2023
17	2022	13/2022	51	2024	20/2024
18	2022	71/2022	52	2024	30/2024
19	2022	80/2022	53	2024	44/2024
20	2022	91/2022	54	2024	47/2024
21	2022	93/2022	55	2024	56/2024
22	2022	114/2022	56	2024	69/2024
23	2022	132/2022	57	2024	79 /2024
24	2022	242/2022	58	2024	84/2024
25	2022	180/2022	59	2024	90/2024
26	2023	14/2023	60	2024	91/2024
27	2023	40/2023	61	2024	111/2024
28	2023	101/2023	62	2024	115 /2024
29	2023	105/2023	63	2024	116 /2024
30	2023	109/2023	64	2024	129/2024
31	2023	117/2023	65	2024	177/2024
32	2023	170/2023	66	2024	178/2024
33	2023	196/2023			

[illegible]

Anexo 3. Libro de códigos: violencia obstétrica, afectos y justicia reproductiva

	Código	Descripción	Grupo de códigos
1	VO_institucional_accesibilidad	Barreras económicas, geográficas y culturales en el acceso a servicios de salud materna.	Violencia Obstétrica - Institucional
2	VO_institucional_aceptabilidad	Respeto a la dignidad, creencias y decisiones de las mujeres en la atención obstétrica.	Violencia Obstétrica - Institucional
3	VO_institucional_burocracia	Impacto de las políticas de salud y la burocracia hospitalaria en la violencia obstétrica.	Violencia Obstétrica - Institucional
4	VO_institucional_calidad	Falta de atención obstétrica humanizada con enfoque de derechos.	Violencia Obstétrica - Institucional
5	VO_relacional	Desigualdad de poder en la relación médico-mujer, coerción y paternalismo.	Violencia Obstétrica - Relacional
6	VO_expresiones_abandono	Negación de atención obstétrica, retraso o desatención durante el parto.	Violencia Obstétrica - Expresiones
7	VO_expresiones_deshumanizacion	Cosificación, invisibilización del sufrimiento emocional, alienación, trauma.	Violencia Obstétrica - Expresiones
8	VO_expresiones_discriminacion	Trato desigual por etnicidad, condición socioeconómica, edad o nacionalidad.	Violencia Obstétrica - Expresiones
9	VO_expresiones_dolor	Normalización del dolor, negación de anestesia, minimización del sufrimiento.	Violencia Obstétrica - Expresiones
10	VO_expresiones_intervenciones	Intervenciones médicas sin consentimiento (cesárea, episiotomía, esterilización).	Violencia Obstétrica - Expresiones
11	VO_expresiones_maltrato	Maltrato verbal, gritos, amenazas y coerción en el parto.	Violencia Obstétrica - Expresiones
12	VO_expresiones_medicalizacion	Hipermedicalización del parto como forma de violencia obstétrica: uso excesivo de tecnología, patologización del embarazo y restricción de alternativas humanizadas.	Violencia Obstétrica - Expresiones
13	VO_expresiones_separacion	Retiro injustificado del bebé y obstrucción de la lactancia materna.	Violencia Obstétrica - Expresiones
14	Afectos – De desposesión	Miedo, tristeza e impotencia; pérdida de agencia y confianza frente a prácticas y respuestas institucionales.	Afectos
15	Afectos – Institucionales	Desconfianza, estrés e intimidación vinculados con trámites, esperas y trato de autoridades.	Afectos
16	Afectos – Moralizantes	Culpabilización y vergüenza; discursos que imponen obediencia o sancionan conductas de las mujeres.	Afectos
17	Afectos – Movilizadores	Indignación, enojo y rabia que impulsan denuncia, reparación o acción colectiva.	Afectos
18	JR_agencia	Estrategias de resistencia de las mujeres y exigibilidad de derechos.	Justicia Reproductiva
19	JR_autonomía	Derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo sin coerción médica.	Justicia Reproductiva
20	JR_instituciones_estado	Responsabilidad del Estado en garantizar políticas públicas con enfoque de género.	Justicia Reproductiva - Instituciones

21	JR_instituciones_judicial	Sanciones a la violencia obstétrica y promoción de la exigibilidad de derechos.	Justicia Reproductiva - Instituciones
22	JR_consecuencias_morbilidad_severa	Complicaciones postparto graves: hemorragias, infecciones, secuelas físicas.	Justicia Reproductiva - Consecuencias
23	JR_consecuencias_muerte_materna	Exigencia de justicia por muerte materna derivada de violencia obstétrica.	Justicia Reproductiva - Consecuencias
24	JR_consecuencias_muerte_perinatal	Demandas de justicia por muerte fetal o neonatal asociada a negligencia médica.	Justicia Reproductiva - Consecuencias
25	JR_consecuencias_psicologicas	Impactos psicológicos y subjetivos documentados en denuncias de violencia obstétrica.	Justicia Reproductiva - Consecuencias
26	Recom_Hospital_Estatal	Recomendaciones emitidas sobre hospitales estatales.	Recomendaciones por Hospital
27	Recom_Hospital_General	Recomendaciones emitidas sobre violencia hospitales generales.	Recomendaciones por Hospital
28	Recom_Hospital_IMSS	Recomendaciones emitidas sobre violencia obstétrica en hospitales IMSS.	Recomendaciones por Hospital
29	Recom_Hospital_ISSSTE	Recomendaciones emitidas sobre violencia obstétrica en hospitales ISSSTE.	Recomendaciones por Hospital
30	Recom_Hospital_MaternoInfantil	Recomendaciones emitidas sobre violencia obstétrica en hospitales materno-infantiles.	Recomendaciones por Hospital
31	Recom_Hospital_Rural	Recomendaciones emitidas sobre violencia obstétrica en hospitales rurales.	Recomendaciones por Hospital