

# LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: RUTAS DE REPARACIÓN EN LAS COMISIONES ESTATALES DE DERECHOS HUMANOS EN SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO

*La violència obstètrica: rutes de reparació en les comissions estatals de drets humans a San Luis Potosí, Mèxic*

*Obstetric Violence: Routes of Redress in the State Human Rights Commissions in San Luis Potosi, Mexico*

---

María de Lourdes Alejandra Miranda-Herrera<sup>1</sup>, Andrés Alcalá<sup>2</sup>

Autor correspondencia: María de Lourdes Alejandra Miranda Herrera

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

1. Doctoranda en el Programa de Doctorado en Estudios Críticos de Género, Universidad Iberoamericana, Campus Santa Fe, Ciudad de México. (*Ciudad de México, México*)

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-6831-4650>.

2. Doctorando en el programa de doctorado en Estudios Latinoamericanos de la Universidad Nacional Autónoma de México. **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-7606-7998>.

Recibido: 07/06/2023

Aceptado: 29/09/2023

Publicado: 30/11/2023



## RESUMEN

A partir de la reconstrucción del discurso presente en dos recomendaciones emitidas por la Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí en donde existe pérdida perinatal y muerte materna, el presente artículo pretende analizar la dimensión institucional de la violencia obstétrica dentro de las autoridades de salud del Estado de San Luis Potosí, México. El análisis involucra, por un lado, la conceptualización de la violencia obstétrica como la acumulación de violencias sistemáticas que atraviesan las mujeres como resultado de fallas estructurales que no se reducen al ámbito hospitalario, sino que inciden en la vida comunitaria y política de las mujeres. De otro lado, implica analizar el tipo específico de derechos humanos violados a partir de la violencia obstétrica en los niveles y dimensiones señaladas. Para la elaboración del presente se utilizó metodología con enfoque cualitativo a través de la selección y análisis de información proveniente de fuentes secundarias a partir de dos recomendaciones emitidas por la CEDH del Estado de San Luis Potosí. Los parámetros para realizar la discriminación de las recomendaciones analizadas se basaron en el contenido de los relatos respecto a las dimensiones mencionadas y así mismo por la gravedad de las violaciones cometidas. Para la selección de los casos se analizaron los contenidos de los relatos y la calidad de las recomendaciones contrastándolas con la teoría sobre género e instituciones.

**Palabras clave:** violencia obstétrica, derechos humanos, género, instituciones.

## RESUM

A partir de la reconstrucció del discurs present en dues recomanacions emeses per la Comissió Estatal de Drets Humans de Sant Lluís Potosí on existeix pèrdua perinatal i mort materna, el present article pretén analitzar la dimensió institucional de la violència obstètrica dins de les autoritats de salut de l'Estat de Sant Lluís Potosí, Mèxic. L'anàlisi involucra, per un costat, la conceptualització de la violència obstètrica com l'acumulació de violències sistèmiques que travessen les dones com a resultat de falles estructurals que no es redueixen a l'àmbit hospitalari, sinó que incideixen en la vida comunitària i política de les dones. D'un altre costat, implica analitzar el tipus específic de drets humans violats a partir de la violència obstètrica en els nivells i dimensions assenyalades. Per a l'elaboració del present article es va utilitzar metodologia amb enfocament qualitatiu a través de la selecció i anàlisi d'informació provinent de fonts secundàries a partir de dues recomanacions emeses per la CEDH de l'Estat de Sant Lluís Potosí. Els paràmetres per a realitzar la discriminació de les recomanacions analitzades es van basar en el contingut dels relats respecte a les dimensions esmentades i així mateix per la gravetat de les violacions comeses. Per a la selecció dels casos es van analitzar els continguts dels relats i la qualitat de les recomanacions contrastant-les amb la teoria sobre gènere i institucions.

**Paraules clau:** violència obstètrica, drets humans, gènere, institucions.

## ABSTRACT

Towards the language analysis performed on two recommendations issued by the local human rights commission located in San Luis Potosí, México, this paper pretends to uncover the institutional dimension of obstetric violence which acts on a local level of health authorities. The analysis stands by a concept of obstetric violence as a systematic violence accumulation committed on the women's bodies produced by an (undiminished) hospital-structural failure; but also, a poor performs on the medical state public services affected by the communitarian and political life of those women. This analysis also involves the human rights dimension of women on this form of violence, which stands on the before said, local level of healthcare public system. The research was structured with a qualitative approach through the selection of secondary information sources towards two recommendations issued by the human rights' local authority. The information sources were purely based on the content of the violations present on each document, taking on consideration the human right gross violations and the quality of the recommendations.

**Keywords:** obstetric violence, human rights, gender, institutions.

## I. INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica en tanto que fenómeno social implica el estudio de las diversas expresiones en las que se encarna esta violación de los derechos humanos.<sup>1</sup> La mayor parte de las investigaciones sobre el tema comprenden el problema desde su manifestación dentro del paisaje hospitalario dejando de lado la participación simbólica de otras instituciones formales e informales que mantienen o generan resistencias sobre las que se manifiesta la violencia.

Por lo anterior, el presente trabajo se pregunta por el resto de las instancias que participan en el desarrollo de la vida institucional, analizando como caso de estudio la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de San Luis Potosí, México; específicamente, dos recomendaciones emitidas por dicha institución relativas a violaciones graves de derechos humanos derivados de violencia obstétrica que tienen como resultado la muerte perinatal y materna prevenibles.

La pregunta de investigación que guía este artículo tiene por objetivo analizar de qué manera las recomendaciones emitidas por la CEDH pueden movilizar cambios y/o reforzar las violencias denunciadas, cristalizando las tensiones entre poder y género. Es decir, se pretende analizar las dimensiones institucionales de la violencia obstétrica. La metodología utilizada da cuenta del propósito planteado en el objetivo descrito en tanto que pretende la comprensión e interpretación de elementos discursivos que surgen de los documentos institucionales, para contrastar dichas acciones (como fenómeno empírico) con las violaciones concretas de derechos humanos de las mujeres, que se dan en la atención a su salud reproductiva y sexual.

El presente artículo se construye a partir de tres momentos fundamentales: en el primero de ellos se analizan dos recomendaciones emitidas por la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de San Luis Potosí (CEDH), donde mujeres indígenas experimentan formas diversas de violencia obstétrica que tienen como desenlace la

---

<sup>1</sup> Las que pueden comprender «desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor, durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su “consentimiento”, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos» (GIRE, 2015).

muerte. Partiendo de estos hechos, se realiza, en un segundo momento, una contextualización de la violencia obstétrica como violencia de género e institucional en México, su reconocimiento, sus contradicciones y las consecuencias en las subjetividades, instituciones y estructuras. La última parte realiza una comparación entre los aportes teóricos de Barbara Risman y Celeste Montoya sobre los espacios institucionales y las violencias que atraviesan las mujeres, así como la narrativa contenida en las dos recomendaciones escogidas emitidas por la CEDH.

En las conclusiones se reflexiona acerca de las implicaciones que las violencias narradas tienen en el contexto institucional para la mejora de la atención en salud, tratando de mostrar la dimensión institucional de la violencia obstétrica, cuyas consecuencias van más allá de la atención hospitalaria recibida durante el parto o las intervenciones médicas dentro del hospital.

## **II. DOS CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA ANTE LA COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS**

Desde hace años, el activismo y la academia mexicana han denunciado una escalada de violaciones de los derechos reproductivos y sexuales que viven las mujeres de forma rutinaria en los servicios de salud. Si bien los conceptos teóricos utilizados para apoyar las denuncias han variado con relación a los contextos y momentos históricos, el término violencia obstétrica ha cobrado relevancia al contar con un componente estructural. Como señalan Muñoz García y Berrio Palomo (2020: p. 119), «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».

Así, la violencia obstétrica se diferencia de otras formas de violencia que tienen lugar en el ámbito hospitalario, al poner el énfasis en los procesos reproductivos, ya 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, poniendo su vida en riesgo (Sadler, 2020).

Diversas autoras y organismos no gubernamentales han señalado que las resistencias a la incorporación del término en las instituciones y personal de salud es debido a que se considera poco diplomático. A este 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, 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» (2019).

En el ámbito de los derechos reproductivos, teniendo en cuenta los compromisos internacionales que ha adquirido México como parte de diversos Convenios Internacionales que buscan eliminar todos los tipos de violencia en contra de las mujeres, (CEDAW y Belém do Pará), se ha ido incorporando el concepto de violencia obstétrica dentro de las normativas nacionales y estatales de manera paulatina, desde el 2016. Pese a ello, mujeres y personas gestantes se enfrentan a diversas violencias de manera cotidiana en la atención del embarazo, parto y posparto; además, la tasa más alta de incidencia de muertes perinatales y maternas prevenibles sigue siendo mayormente en poblaciones vulnerables, como es el caso de las mujeres indígenas (GIRE, 2021).

Con el estado actual del derecho, la mayoría de los derechos humanos son un terreno de disputa, y los derechos sexuales y reproductivos no son la excepción. A pesar de que el Estado es un sujeto garante de los derechos humanos de los particulares, la realidad es que, en su mayoría, el Estado continúa retrayendo sus funcionalidades, casi por completo, de los aspectos de la vida social de las mujeres.

Frente a esta disputa, las mujeres pueden hacer frente a través de un repertorio variado de mecanismos con diferentes propósitos. El más inmediato por estar al alcance de la mayoría de las mujeres es la presentación de una queja en una sede administrativa dentro de la institución de salud. Esto implica que las mujeres acudan a esta instancia de manera más frecuente por la inmediatez que representa. Dado que los procedimientos de queja son determinados por cada institución, la falta de homogeneidad en los procedimientos y transparencia entre el conflicto de intereses al resolverse de manera interna hace difícil que se realice una lectura profunda de las violaciones en un primer análisis.

Por otro lado, en México se encuentra la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), que es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud Federal cuyo objetivo es ofrecer mecanismos alternativos de solución de controversias entre prestadores de servicios de salud y usuarios a través del arbitraje (Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2006). Sin embargo, no se encuentra presente en todas las entidades y suele centrarse exclusivamente en la actuación individual del personal de

salud, sin analizar las fallas estructurales; procedimentalmente, la decisión arbitral se limita solamente a las partes involucradas (GIRE, 2015). Además, en veinticuatro leyes estatales de acceso a una vida libre de violencia se incluye de forma explícita la definición de violencia obstétrica, y en los Estados de Aguascalientes, Chiapas, Guerrero, Estado de México, Veracruz, Yucatán y Quintana Roo se encuentra tipificada como un delito (Gire, 2018).

Finalmente existen la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y las diversas Comisiones Estatales de Derechos Humanos. Todas trabajan como organismos autónomos facultados para tratar quejas respecto de actos u omisiones violatorios de derechos humanos provenientes de funcionarios públicos. Además, emiten recomendaciones públicas, autónomas y no vinculantes (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2011, artículo 102, apartado B).

### **La Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí y la violencia obstétrica**

Las Comisiones Estatales de Derechos Humanos (CEDH) trabajan como un organismo autónomo separado de la estructura centralizada del Estado. Desde esta posición, sirven como medio para evidenciar las violaciones sistemáticas cometidas en el acontecer cotidiano de la vida institucional centralizada. En un nivel más complejo, su función permite evidenciar las carencias institucionales presentes en la cotidianidad de estos organismos. De aquí la importante labor de las comisiones locales de derechos humanos con relación al papel estructural de las violaciones que se cometen institucionalmente. El quehacer de las comisiones de derechos humanos en el ámbito local, de acuerdo con el procedimiento enmarcado en su ley (Quincuagésima Octava Legislatura Constitucional del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, 2009), se limita a iniciar, desarrollar y hacer seguimiento de investigaciones por violaciones de derechos humanos, con el propósito de integrar una relatoría adecuada de las violaciones de los mismos y que concluyan con una recomendación a los responsables para que no continúen cometiendo tales violaciones, en atención a la garantía de no repetición.

De igual manera, las investigaciones a violaciones de derechos humanos, que integran las comisiones, siguen la lógica marcada por los puntos 4 y 5 de la Resolución 60/147, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 16 de diciembre de 2005, que integra este derecho en sus «principios y directrices básicos sobre el derecho de las

víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones». Estas investigaciones interactúan con el sistema regional de protección de derechos humanos, dentro del marco del artículo 48 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) y su principal función es documentar y relatar las violaciones cometidas contra derechos humanos. En un sentido más inmediato, funcionan como precedentes, a través de documentos que tienen el carácter de «recomendaciones», que pueden contribuir en la mejora de la actividad administrativa. En este sentido asociaciones civiles como Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) reconoce que la emisión de recomendaciones «ha sido determinante para lograr acuerdos con las autoridades competentes para reparar adecuadamente las violaciones de derechos humanos cometidas» (GIRE, 2015).

Para el caso, se analizaron las recomendaciones 10/2019<sup>2</sup> y 25/2019<sup>3</sup> realizadas por la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de San Luis Potosí a la Dirección General de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, de las cuales se advierten sesgos institucionales y estructurales respecto a la identificación de la violencia obstétrica como una expresión de la violencia institucional y de género que reciben los cuerpos de las mujeres durante la atención de sus procesos reproductivos y que desenlazan en la violación al derecho a la salud y finalmente a la vida.<sup>4</sup>

### **Muerte materna de joven indígena**

En el expediente 1 VQU-1018/16, se integra la investigación por la muerte de una mujer de diecisiete años de origen indígena (Xi úi) en la última etapa de su embarazo. La queja

---

<sup>2</sup> «Sobre el caso de inadecuada atención médica en diagnóstico especializado de V1, adolescente indígena embarazada, en el Hospital General de Rioverde» (Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, 10/2019, 2019). Esta recomendación consta del expediente 1VQU-1018/16, de donde se deriva la investigación de los hechos realizada respecto de la violación a derechos en perjuicio de la víctima menor de edad. El expediente y la denuncia de hechos fue formulada en el año 2016.

<sup>3</sup> «Sobre el caso de inadecuada atención médica en el Hospital General de Ciudad Valles, que se cometió en agravio de V1, cuyo resultado fue VRN con asfixia perinatal, quien falleció a los dos días de su nacimiento» (Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, 25/2019, 2019). Esta recomendación fue iniciada de oficio por la Comisión emisora y deriva del expediente 2 VQU-0109/17, por hechos ocurridos en el año 2017.

<sup>4</sup> Las dos recomendaciones fueron seleccionadas de un total de dieciséis de las emitidas por tales instituciones entre los años del 2018 al 2020 en materia de salud materna. El criterio para discriminarlas fue la relevancia del contenido de las mismas, pues contienen violaciones estructurales casi imperceptibles que se desprenden de hechos de violencia institucional sobre el cuerpo de las mujeres.



fue interpuesta por su padre y suegro, quienes son los relatores principales de las omisiones de atención durante el control prenatal de la joven. Del relato se extraen como hechos relevantes que el 28 de septiembre de 2016 la joven fue referida por la Unidad CRAIM del IMSS-Prospera, en la localidad de Santa María Acapulco en el municipio de Santa Catarina,<sup>5</sup> al Hospital General de Rioverde en la décima consulta de control prenatal debido a estar cursando un embarazo de alto riesgo.

Al acudir a la interconsulta en el Hospital General de Rioverde, se le realizó ultrasonido y perfil toxémico, indicándose que presentaba treinta y cuatro semanas de gestación, sin trabajo de parto y normo tensa. Fue dada de alta indicándole datos de alarma, pese a que ya había sido identificada en la unidad de primer nivel como un embarazo de alto riesgo y referida al hospital de segundo nivel, la joven y su familia no recibieron información sobre su estado de salud y gestación, ni de las precauciones que debía de tener. El 22 de octubre de 2016, día de su muerte, comenzó a sentir dolores en la cabeza en las primeras horas de la madrugada, pero no pudo trasladarse al hospital más cercano a su comunidad porque en dicha zona la clínica no brinda atención especializada y no se encontraba abierta al ser fin de semana. Además de no contar con personal de salud, no tiene vehículos para el transporte de pacientes ambulatorios.

Debido a lo anterior, la joven fue trasladada en una camioneta particular que su familia consiguió en las primeras horas de la mañana al Hospital General de Rioverde. Al ingresar en este, el cuadro clínico que presentaba la paciente y su producto eran críticos. Una hora después de su ingreso hospitalario se informó que el producto se encontraba obitado y que la joven había perdido la vida a causa de un edema agudo de pulmón, emergencia hipertensiva y eclampsia severa al cursar primer embarazo de ocho meses de gestación.

Al integrar el expediente, la Comisión Estatal incorpora un peritaje médico que concluye que la atención médica brindada durante los periodos y etapas del embarazo no fueron las adecuadas (Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí,

---

<sup>5</sup> El Municipio de Santa Catarina es relativamente pequeño en términos demográficos. De acuerdo con datos oficiales emitidos en el Censo 2020 elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el tamaño de la población apenas rebasa los doce mil habitantes, los cuales, de acuerdo con datos emitidos por este mismo instituto, el 93.5% de los habitantes están afiliados al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) como servicio principal de salud (cfr. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021). Sobre la afiliación a este sistema de salud, el servicio tiene como finalidad que se afilie al sistema de salud a las personas que no cuentan con seguridad social como producto de su trabajo. Este mecanismo fue disuelto en 2023 para incorporar sus servicios al IMSS-Bienestar (Canal del Congreso, 2023).

10/2019, 10, 2019); por lo anterior, se concluye que se trata de una violación de derechos humanos en cuanto a la protección de la salud y la vida de la joven y su producto, derivado de la deficiente atención médica (Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, 10/2019, 12, 2019).

### **Muerte perinatal por omisiones en la atención**

El segundo caso corresponde al expediente integrado 2 VQU-0109/17, que fue iniciado de oficio<sup>6</sup> por la comisión aludida para investigar las posibles violaciones de derechos humanos de la víctima por los hechos acontecidos en el Hospital General de Ciudad Valles, del Estado de San Luis Potosí. En este caso el bebé perdió la vida dentro de las primeras cuarenta y ocho horas posteriores a su nacimiento. Los trabajos de parto se iniciaron cuando la víctima acude al hospital básico comunitario ubicado en el Municipio de Tamuín,<sup>7</sup> en la región Huasteca del Estado. Pese a que la paciente experimentaba síntomas y dolores inherentes al parto, el médico no realizó el ingreso hospitalario por no presentar dilatación.

Al regresar al día siguiente, el médico de turno continuó negando la atención, remitiéndose al Hospital General de Ciudad Valles. Dos días después de la primera consulta, la víctima acudió a un centro de salud local donde había llevado sus consultas prenatales. La médico responsable de su expediente clínico le dijo que debía ir al hospital de Ciudad Valles, pues presentaba un cuadro de preeclampsia y, por ende, deberían practicarle una cesárea. Cuando llegó al hospital referido, le dijeron que su parto no podía ser por cesárea, sino natural.

En el hospital de Ciudad Valles, después de la primera revisión, la víctima estuvo cerca de cinco horas en sala de espera antes de su ingreso. Durante este tiempo presentó dolor en el brazo izquierdo y zumbidos en oídos. Pese a señalar su malestar la enfermera le indicó que debía de esperar porque había más personas que necesitaban atención. A las 13:30 horas (2 días con 6 horas después del primer contacto médico), la ingresaron. La paciente ya no presentaba dolores y le indicaron que su bebé se encontraba bien. Sin

---

<sup>6</sup> Es decir, que no medió una denuncia para iniciar la investigación.

<sup>7</sup> Por sus condiciones históricas, este Municipio es demográficamente más extenso que el anterior. La población actual rebasa los treinta y seis mil habitantes de los cuales la afiliación al sistema INSABI es porcentualmente inferior, con un total de 50.7% de población afiliada. Como dato relevante se encuentra que el 42.0% se encuentra afiliada a la seguridad social obligatoria del servicio IMSS. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Ídem)

embargo, en el seguimiento médico le señalaron que no presentaba dilatación y le suministraron oxitocina artificial. En la madrugada de ese mismo día, se le rompió la bolsa de las aguas. Pese a ello, debió esperar al ginecólogo, que entraría a trabajar a su turno en la mañana siguiente.

Cuando el ginecólogo le atendió le pidieron esperar más tiempo, indicando que todo estaba bien. En la madrugada del día siguiente (48 horas después del primer contacto con el hospital), se le practicó una cesárea. El recién nacido presentaba asfixia perinatal, y acabaría falleciendo horas después del nacimiento (Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, 25/2019, 2, 2019).

En este segundo caso, la comisión estatal, al integrar el cuadro de violaciones que se desprenden de la relatoría realizada, así como de las evidencias recopiladas, encuadra las mismas como una violación del derecho a la salud, a diferencia del primer caso, donde se señala una inadecuada atención médica en el diagnóstico especializado. En ambos casos la CEDH concluye que las víctimas deberán ser inscritas en el Registro Estatal a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas para efecto de que se les brinde atención psicológica por la pérdida, además de la necesidad de iniciar las respectivas investigaciones por la vía penal.

Con relación a las instituciones y personal de salud se señala la necesidad de que ambos hospitales de segundo nivel cuenten con personal especializado en ginecología para la atención de embarazos de alto riesgo y amplio conocimiento de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-2016<sup>8</sup> y NOM-004-SSA3-2012,<sup>9</sup> así como la *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo*. También se recomienda que se investigue y se determine la responsabilidad administrativa. Finalmente señala la necesidad de capacitación en materia de derechos humanos y género. (Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, 25/2019, 29, 2019).

A partir estas dos recomendaciones, se puede analizar la importancia de que las comisiones en materia de derechos humanos reconozcan la existencia de la violencia obstétrica más allá de faltas por parte del personal de salud al momento de otorgar atención o un incumplimiento de la normativa nacional en materia de salud. En este

---

<sup>8</sup> Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

<sup>9</sup> Del expediente clínico.

sentido, como se desarrollará más adelante, el término violencia obstétrica no se reduce a la atención personal de salud-paciente y reconoce las responsabilidades de las instituciones y el Estado de garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Así, los recursos limitados y la falta de personal pueden generar malas prácticas. Sin embargo, en los casos presentados, al no tener un abordaje desde la perspectiva de género y derechos de las mujeres, su resolución es limitada, pues dejan de lado cuestiones estructurales que históricamente han limitado el acceso de las mujeres a una vida digna. En los apartados siguientes se desarrollarán estas ideas.

### **III. ANTECEDENTES: LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y SU RECONOCIMIENTO A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL**

Históricamente la violencia obstétrica ha sido invisibilizada y reducida al ámbito privado al ser ejercida por el personal de salud en la atención de todos los procesos y etapas de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, como el parto, la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto y la menopausia (Belli, 2013: p. 28). La violencia obstétrica es una violación de los derechos humanos de las mujeres. Dentro de la normativa internacional, la misma es considerada una violación de derechos como la igualdad, la no discriminación, el acceso a la información, la integridad, la salud y la autonomía reproductiva (Villaverde, 2006, citado por Belli, 2013, p. 30). América Latina ha sido pionera en la conceptualización de la violencia obstétrica desde hace poco más de tres décadas, logrando el reconocimiento de la violencia obstétrica dentro del marco normativo latinoamericano.

El término «violencia obstétrica» se ha propuesto para englobar diversas prácticas que incluyen una mala práctica clínica en la atención en el embarazo, parto y puerperio, pero que al realizarse en cuerpos sexuados e históricamente subalternizados adquiere expresiones específicas de abuso y falta de respeto, lo que no sucede en el caso de otras áreas de la medicina. Ejemplo de ello son la objetivación, infantilización, manipulación, humillaciones, violencia psicológica, anticoncepción forzada, etc. (Sadler et al., 2016). En este sentido, la violencia obstétrica es una expresión de la violencia de género, y como vimos en los casos señalados, adquiere características específicas al conjugarse con otras

inequidades estructurales y de violencia que se perpetúan contra las mujeres dentro y fuera del sistema de salud (Sadler, 2016).

Por lo tanto, reconocer por un lado la existencia de la violencia obstétrica y por el otro los matices que la misma adquiere dependiendo de los contextos donde se presente conlleva un posicionamiento político, al reconocer este tipo de violencia como una categoría epistémica que la señala como una violencia sistemática (Siesas, 2020). En este sentido, el análisis de los sistemas de salud evidencia que la violencia obstétrica ha sido normalizada y aceptada por sus integrantes y por la población en general. Se piensa que la práctica médica no tiene otra forma de ser/hacer su labor. Por su parte, la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM)<sup>10</sup> establece que la «violencia obstétrica se genera con el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente» (CNPEVM, 2016: p. 1), por lo que las manifestaciones de este tipo de violencia son muy diversas, desde procedimientos o medicación innecesaria o no consentida hasta insultos verbales de las personas profesionales de la salud hacia las parturientas.

Dichas prácticas suceden en instituciones específicas con características particulares, por lo que el estudio de la violencia obstétrica se ha tratado de ampliar incluyendo 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. En este sentido, a nivel nacional una de las leyes que mejor caracteriza la violencia obstétrica es la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz,<sup>11</sup> que reconoce en la violencia obstétrica un carácter simbólico subjetivo en el cuerpo de las mujeres.

---

<sup>10</sup> Esta Comisión fue creada mediante la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007. (Ley General de Acceso de Las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia, 2007).

<sup>11</sup> «La violencia obstétrica significa la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, 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; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina [...], obstaculizar el apego precoz [...], alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, [...] cualesquiera otras que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, la integridad o libertad de las mujeres» (LAVLVVDED, 2007: artículos 5 y 6)

## Recomendaciones de derechos humanos y violencia obstétrica

A nivel internacional, el reconocimiento de la violencia obstétrica se da gracias al caso de Da Silvia Pimentel contra Brasil en 2011, el cual nombra la muerte materna como una violación de los derechos de las mujeres por parte del Comité CEDAW (Alcalá, 2019). A partir de este caso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una serie de recomendaciones para promocionar el parto humanizado sin retomar, no obstante, el término violencia obstétrica.

En julio de 2019, la relatora especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer presentó en la Asamblea General de la ONU el informe *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*, en el cual se reconoce la presencia de violencia obstétrica como una práctica generalizada y arraigada en los sistemas de salud (ONU, 2019 en Alcalá, 2019). Esto implicó avances importantes a nivel internacional en la protección de los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes, ya que reconoce la existencia de la violencia obstétrica como una expresión de violencia contra las mujeres.

A nivel nacional, en el 2018 se emitieron dos recomendaciones al Estado mexicano en materia de violencia obstétrica por parte del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la segunda por parte del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Dichas recomendaciones expresaban la preocupación de los Estados parte ante la insuficiencia estructural (falta de equipo, personal, medicamentos, etc.), los problemas de acceso a los servicios de salud entre las diferentes regiones, violencia obstétrica durante la atención del parto y esterilización forzada a niñas y mujeres que se vive en el país (GIRE, 2021: p. 93). De manera interna, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), en la recomendación general 31/2017, reafirma lo que la Oficina del Alto Comisionado en México dijo sobre la violencia obstétrica en el país y las diversas violencias que se tejen desde la práctica médica en los diversos niveles de atención médica (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2017).

Señalar estas recomendaciones realizadas al Estado mexicano, así como los avances jurídicos en la conceptualización e incorporación de la violencia obstétrica dentro de la normativa nacional e internacional, permite nombrar un espacio en constante disputa por

los diferentes actores sociales. Es en este contexto donde son realizadas las dos recomendaciones que se analizarán en el siguiente apartado.

#### **IV. ARTICULACIONES ENTRE EL GÉNERO, VIOLENCIA OBSTÉTRICA E INSTITUCIONES: A PARTIR DE LAS RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LA CEDH**

Este apartado está destinado a reflexionar la dimensión estructural y subjetiva de género a partir de las dos recomendaciones señaladas al inicio de este texto. La finalidad es nombrar algunos de los obstáculos que dificultan el reconocimiento de la violencia obstétrica dentro de las instituciones estatales (en el caso del presente trabajo hablamos de dos hospitales de segundo nivel, así como la CEDH). Lo anterior se realizará enlazando las dimensiones jurídica, histórica y cultural.

##### **Género, estructura e instituciones de salud**

El análisis de las instituciones ha cobrado importancia dentro de la academia feminista a partir de que se comienza a conceptualizar de una manera más amplia el género como «el ordenamiento generalizado de las actividades, prácticas y estructuras sociales humanas y como parte de los procesos que también constituyen clase y raza, así como otras líneas de demarcación y dominación» (Acker, 1992: p. 567, citado en Montoya, 2016). Celeste Montoya conceptualiza las instituciones, de manera extensa, como las reglas formales e informales que estructuran el comportamiento. Luego, utilizando el género como categoría analítica, señala que las estructuras son el resultado de la confluencia de muchas acciones individuales dentro de relaciones sociales dadas, y por lo tanto las estructuras pueden pasar desapercibidas en el día a día. Además, menciona que la complejidad de estas interacciones, al ser «naturalizadas», son difíciles de transformar, deben ser desnaturalizadas y politizadas para que el cambio sea posible (Montoya, 2016).

En el caso de la violencia obstétrica, para comprender el género como estructura resulta necesario realizar un recorrido sociohistórico de la institucionalización del parto como parte del modelo médico hegemónico.<sup>12</sup> que trajo consigo la desincorporación y

---

<sup>12</sup> El modelo médico hegemónico se define a partir de las características de objetividad, reduccionismo, experimentalismo, determinismo, tecnicismo y biologicismo. Es decir, la idea de que existe una única formación, además, aceptada y reconocida para todas/os y unos rigurosos modelos teóricos de referencias explicativos del proceso de salud, enfermedad y atención (Brigidi y Busquets-Gallego, 2019).

transformación de las técnicas en la atención de la salud por la técnica científica del capital (Brigidi y Busquets-Gallego, 2019). Al tecnificar las prácticas médicas y someterlas a la institucionalización por parte del Estado, por medio de uso de instrumentos (como los fórceps), la creación de habilidades y su protocolización, su objetivo radicó en convertirlas en legítimas; es un tema de autoridad científica, frente a lo «no-científico» (Cházaro, 2004: p. 4).

En términos biomédicos, el personal médico pretendió decidir, con apoyo de la normativa y un imaginario social, las acciones adecuadas para el «parto exitoso», limitando a las mujeres y personas gestantes en su papel de receptoras de la atención. En ese sentido, los partos se institucionalizan y dejan de ser atendidos por matronas y parteras en las casas —como una estrategia nacional de salud pública—, lo que trajo consigo la patologización de los procesos reproductivos naturales.<sup>13</sup> y la saturación de los servicios obstétricos de urgencia (Sadler, 2020). Es así como la relación entre las mujeres y el personal de salud deja entrever una desigualdad real y simbólica.

El contexto hasta ahora descrito nos permite entender parte de las razones por las cuales las demandas de las mujeres al solicitar atención o nombrar sus sentires son invalidadas por el personal de salud, como se evidencia en la segunda recomendación analizada. En la relatoría, la víctima señala haber comenzado la labor de parto desde el primer contacto con la clínica de primer nivel. Sin embargo, por no contar con los centímetros de dilatación adecuados en los estándares médicos, su opinión no es considerada. Dentro de la cotidianidad institucional, se naturaliza no reconocer las demandas de las pacientes. En este sentido, hablamos de una dimensión simbólica de la violencia obstétrica, al presentarse como invisible dentro del discurso médico hegemónico.

Esta práctica médica implica la violencia utilizando como estrategia la «invisibilización» que se muestra utilizando el discurso médico hegemónico, tal y como se encuentra presente en el segundo caso las demandas de las mujeres no son escuchadas

---

<sup>13</sup> Hasta el siglo XVI aproximadamente, el conocimiento obstétrico resultaba un misterio femenino y un saber exclusivo de comadronas expertas que formaban a nuevas profesionales a la par que se iba perfeccionando su conocimiento de la fisiología del parto. Pero con el avance de la biomedicina, no solo se fue desplazando paulatinamente el parir en casa por el parir en los hospitales (todo lo relativo al embarazo y el parto comenzó a llevar la etiqueta de enfermedad o estado patológico), sino que además la asistencia a los partos fue arrebatada de las manos de las comadronas para pasar a las manos de los obstetras (García, 2017).



y en muchas ocasiones los datos clínicos pesan más que la voz de mujeres. Esta invalidación de sus voces conlleva que las mujeres se sientan obligadas a obedecer y a no cuestionar a los profesionales. Y es que, además, si lo hacen, la violencia hacia ellas casi siempre aumenta (García, 2018: p. 45).

Se pone de manifiesto un «discurso del saber médico» que se relaciona con violencias menos percibidas como la creencia de que las pacientes se encuentran en un estado de indefensión con necesidad de tutela por parte del personal médico (Castro, 2010), lo que justifica el hecho de que no se les brinde toda la información necesaria o no se les pida el consentimiento de las prácticas que se realizan, como por ejemplo la decisión sobre el tipo de parto: natural o cesárea.

Los hospitales establecen protocolos estándar que se aplican a todas las mujeres que entran a la institución sin considerar las características particulares de las mismas. Podemos hablar, como señala Noriega de la Rosa (2020), de una triada formada a partir de discursos, saberes e instituciones, que da como resultado formas de violencia dentro de las interacciones médico-paciente en el parto. Estas violencias se sitúan en un escenario asistencial y se expanden hacia las esferas de lo social. Esto es evidencia de las relaciones asimétricas que se traducen en diversas formas de agresión hacia la mujer, que se somete a un control de su cuerpo a los protocolos de los expertos (Noriega De La Rosa, 2020).

Lo anterior también permite hablar de que esta naturalización de los procedimientos/formas de relacionarse no solamente son naturalizadas por las mujeres atendidas. Al estar inmersas en las construcciones culturales más allá del espacio hospitalario, también es difícil que el personal médico, así como otros actores institucionales cuestionen las maneras en que se entabla la atención obstétrica, caracterizada en una distancia atencional/emocional y por la tecnificación del lenguaje empleado, tal y como se puede leer en las recomendaciones citadas.

Al respecto, Roberto Castro (2010) señala que el personal de salud pasa a formar parte del propio cuerpo y subjetividad institucional, a través de un largo proceso de socialización. Iniciado en los años de formación, y sostenido en la práctica profesional rutinaria, dicho proceso se encuentra caracterizado por una jerarquización y maltrato en relación con quien posee el conocimiento. Así, la dimensión estructural se reproduce a través de las interacciones cotidianas.

## La interseccionalidad en la violencia obstétrica

Reconocer las diversas expresiones que la violencia obstétrica puede adquirir conlleva poner en el centro a las mujeres, puesto que las intersecciones que marquen sus vidas son un determinante *per se*. 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 las mujeres y personas gestantes y las llegan a colocar dentro de ciertas jerarquías que vienen a determinar la forma en cómo estas entienden y viven sus vidas.

Por ello, la teoría interseccional permite analizar cómo las categorías de discriminación socialmente construidas en base a la clase, género y raza/etnicidad no se quedan fuera del ámbito de atención a la salud reproductiva, es decir, la atención recibida no es una atención neutral. Tal colocación nos permite pensar cómo el género, la edad, el origen étnico, entre otras categorías, influyen en la manera en que las mujeres acceden a sus derechos, como la salud sexual y reproductiva.

Las intersecciones de género, etnia y clase conforman formas de estar en el mundo y, en este sentido, cada sociedad, cada pueblo y cada grupo tendrán una particular concepción de la realidad basada en su propio contexto. Por lo tanto, reconocer que la violencia obstétrica será vivida de diferentes maneras por diferentes corporalidades conlleva a su vez pensar que la atención de los procesos reproductivos se da en sociedades plurales determinadas por diferentes contextos, lo que llevaría a su vez a trastocar una visión unívoca de la violencia obstétrica.

Con relación a los contextos presentes en las recomendaciones, es importante utilizar un enfoque interseccional para dar cuenta de que las violencias plasmadas no solo se reducen al carácter estructural del género, sino a formaciones geopolíticas complejas. Siguiendo a Patricia Hill Collins (1993), consideramos que es importante analizar cada uno de los aspectos que se entrelazan en las condiciones de los dos casos, pues los consideramos útiles y determinantes para evidenciar la dominación y subordinación. (Collins, 1993, citada en Montoya, 2016) Por ello, en las recomendaciones emitidas por la CEDH se requiere evaluar si han logrado por parte del Estado brindar herramientas tanto jurídicas como materiales para responder a la simultaneidad de situaciones y violencias que se expresan en las mismas. Las prácticas de violencia obstétrica interactúan

con la discriminación racial y étnica, la exclusión social y precarización económica, como se evidencia en ambos casos.

En las dos últimas décadas, se ha demostrado que dichas barreras —tal y como se puede observar en la primera recomendación—, además de la falta de acceso a servicio dentro de las comunidades indígenas, se traducen en elementos que inciden en la mortalidad materna o en recibir una atención deficiente (Palomo, 2017). Al respecto, García y Díaz (2010) han analizado la atención obstétrica en México, señalando la manera en que las múltiples opresiones tienen eco en la sexualidad, al implicar comportamientos, ideas, valoraciones y significados, pero sobre todo relaciones sociales, normatividades y acciones institucionales que tienen una especificidad histórica, social y cultural concreta. Bajo esta tutela normativa, las mujeres viven su cuerpo como un ente externo, bajo los dictámenes de las instituciones de salud. De este modo, se configura un sistema de desigualdad en la atención brindada (García y Díaz, 2010).

El maltrato se basa no solo en las grandes distancias socioeconómicas, educativas y de género que existen entre los proveedores de atención médica y las pacientes que viven con muchas carencias socioeconómicas, sino en un trato racista y perjudicial según el cual las personas de mayor nivel socioeconómico identificadas como blancas, en oposición y por encima de la «negritud»<sup>14</sup> de la población cuyos derechos siguen siendo vulnerados (Castro y Savage, 2019).

En este sentido el género, la etnia y la clase socioeconómica no son solamente «determinantes sociales» como un marcador de inequidad, sino que son un eje explicativo para comprender las distintas formas y relaciones que surgen en la atención obstétrica. Sesia, Van Dijk y Sachse (2014) señalan que estas representaciones implican también que las mujeres se piensen como la otredad considerada no solo diferente, sino inferior. (citado en Mendoza, 2021: p. 259).

Lo hasta aquí nombrado permite entender algunas de las deficiencias plasmadas en los casos revisados, puesto que ambas mujeres son indígenas, y la que sufre muerte materna es adolescente. Por lo tanto, en el trato recibido se entrecruzan las representaciones sociales que existen en relación con la etnia, pero también sobre la «gratuidad» de la atención concebida como un acto de beneficencia, por el que tienen que

---

<sup>14</sup> Es importante anotar que, con este término, independientemente de la particularidad racial que encarna, atendemos también a todo tipo de identidad que difiere de la «blanquitud» cultural.

esperar y en el cual no se les garantizan estándares de calidad. Resulta importante ver cómo estas nociones de público/ gratuito funcionan para legitimar la discriminación hacia mujeres de clase social baja, haciendo permisible «la práctica sobre sus cuerpos y la provocación de dolor y sufrimiento, sin esperar algún tipo de reclamo o resistencia» (Mendoza, 2021: p. 259).

## V. CONSIDERACIONES FINALES

Tal y como se señalaba al inicio del texto, las recomendaciones emitidas por las CEDH son una importante vía para denunciar y politizar el carácter estructural de la violencia obstétrica relacionado con las deficiencias presentes en el Sistema Nacional de Salud, como lo son la falta de recursos y personal capacitado. Pese a que las sanciones penales pueden ser una vía de solución a ciertas expresiones de la violencia obstétrica (por ejemplo, anticoncepción forzada), lo cierto es que, al tener un carácter individual, no logran poner sobre la mesa las causas estructurales.

En este sentido, cuando las violaciones de derechos humanos son debido a causas estructurales, como se plasmó en el caso de muerte materna, las recomendaciones pueden garantizar la reparación integral del daño. «Los efectos de la reparación no sólo deben ser de restitución, sino de corregir la situación; no es admisible una restitución a la misma situación estructural de discriminación» (GIRE, 2015).

Por ello es necesario que las reparaciones no se reduzcan a restituir a las víctimas (como se pretendió en las dos recomendaciones presentadas), sino que deben incluir otro tipo de medidas que logren garantizar la no repetición. En relación con esto, el análisis estructural e institucional realizado a lo largo de este artículo permite dar cuenta del rol importante que juega el género y sus intersecciones con otras estructuras en los casos de violencia obstétrica. Se propone, por tanto, que las garantías de no repetición deben incluir medidas administrativas donde quede evidenciado, por un lado, las carencias institucionales presentes en las instituciones hospitalarias y por el otro la manera en cómo se producen y reproducen relaciones de género en la atención médico-paciente. Esto conlleva conceptualizar los hospitales como entes activos en la producción de género. En este sentido, si bien las recomendaciones actuaron a favor de las mujeres y familias, al emitir una resolución que obliga al Estado a una indemnización, resulta necesario señalar que las mismas no hacen un reconocimiento a las condiciones estructurales que dieron pie a las violencias. Esto se relaciona con el hecho que, dentro de la terminología utilizada

por la CEDH, no se utiliza el término «violencia obstétrica», lo cual reduce los actos mencionados a iatrogenias sin contemplar las causas institucionales y estructurales y sus relaciones con el género y el poder.

Aunado a lo anterior, el fallo que se realiza analizando la praxis médica deja de lado el contexto. No se mencionan las interconexiones e imbricaciones con otras formas de opresiones que caracterizan de diferentes maneras a las mujeres que experimentaron estos actos y las carencias que presentan las instituciones donde se realizan al encontrarse en zonas rurales. Estos actos y omisiones realizadas no se suceden en un cuerpo biológico neutro sino en un cuerpo sexuado y racializado. Reconocer estas marcas de opresiones concretas es indispensable al momento de emitir una recomendación, ya que esta lectura de cuerpo como neutro no permite visibilizar que la violencia obstétrica sucede de maneras particulares dependiendo de estos marcajes.

El reconocimiento de estos marcajes conlleva una praxis médica sensible a la manera en cómo las mujeres se relacionarán con sus procesos reproductivos y realizarán las demandas de sus derechos teniendo en cuenta la diversidad desde donde se enuncian. Además, conllevaría a cuestionar las diferentes formas de discriminación presentes en el contexto social y que se reproducen dentro de la institución hospitalaria, es decir, el racismo y discriminación por razones de género quedarían en evidencia. Implica dejar de ver a las mujeres como pacientes y considerarlas como sujetos de derecho.

Aunado a ello, en las recomendaciones no se logra visibilizar las resistencias del personal e instituciones de salud en el reconocimiento del maltrato y violencias ejercidas, diluyendo las responsabilidades institucionales. Resulta necesario investigar cómo las conceptualizaciones que el personal de salud tiene sobre las pacientes pueden estar naturalizando algunas de las expresiones de violencia obstétrica. En resumen, la ambigüedad presente en las resoluciones sigue posicionando a los profesionales de salud en un lugar preponderante (como aquellos que cuentan con el conocimiento «científico», para la atención del parto) y objetivando el cuerpo de las mujeres. La falta de reconocimiento de las condiciones estructurales diluye las demandas de las mujeres víctimas de violencia obstétrica al no garantizar las condiciones necesarias para el acceso pleno a derechos.

Resulta importante reconocer que las quejas y recomendaciones desde las cuales se realizaron las reflexiones de este trabajo representan solo una vía de actuación frente a la violencia obstétrica que atraviesan las mujeres mexicanas. En este sentido, tal y como se

plasma a lo largo de este trabajo las recomendaciones mismas cuentan con diversas limitaciones desde su carácter no vinculante hasta la manera en cómo el derecho se ha constituido.

Sin embargo, resulta interesante reconocer que ni el derecho ni las instituciones son entes monolíticos y que el movimiento feminista ha trabajado en la deconstrucción y reconceptualización de la manera en cómo se encuentran constituidas y se incorporan a las mujeres. La necesidad de estas transformaciones implica negociaciones en las normas y prácticas sociales y políticas que oprimen a las mujeres, para que puedan tener una plena participación en la vida pública pero no de manera individualizada como se ha señalado anteriormente en los diversos ejemplos de agencia donde las mujeres y sus redes comunitarias se encuentran en la disputa de sus derechos. En resumen, politizar la violencia obstétrica y sus consecuencias, más allá de lo biológico/individual, y comenzar a situar como una trama de acontecimientos históricos, sociales, culturales, políticos y económicos, dotados de significados dentro de marcos de poder preestablecidos en donde las mujeres y las relaciones colectivas juegan un papel central. Nos permite vislumbrar un panorama donde desde la colectividad se pueden generar agencias y transformaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCALÁ, Eduardo., et al. *Evaluación de Diseño del Programa de Acción Específico Sobre Salud Materna y Perinatal*. México: FUNDAR: Centro de Análisis e Investigación. 2019.
- ARGUEDAS, Gabriela. 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. En: *Solar*. 2016, vol. 12, núm. 1, pp. 89.
- ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS. *Resolución 60/147, «Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones»*. 2005. Disponible en:  
[www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-and-guidelines-right-remedy-and-reparation](http://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-and-guidelines-right-remedy-and-reparation).
- BELLI, Lina. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. En: *Revista Redbioética/UNESCO*. 2013, vol. 4, núm. 7, pp. 25-34.
- CASTRO, Roberto. Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos a la salud reproductiva en México. En: Castro, Roberto.; López, Alejandra. (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*. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2010, pp. 49-72.
- CHÁZARO, Laura. Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México. En: *Dynamis*. 2004, vol. 24, pp. 27-51.
- COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DE SAN LUIS POTOSÍ. *Recomendación 25/2019*. Disponible en:  
<https://derechoshumanosslp.org/wp-content/uploads/2021/11/recomendacion-25-19.pdf>.
- COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DE SAN LUIS POTOSÍ. *Recomendación 10/2019*. Disponible en:  
<https://derechoshumanosslp.org/wp-content/uploads/2021/11/recomendacion-10-19.pdf>.

- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (CNDH). *Recomendación General No.31/2017 sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*. Ciudad de México: CNDH. 2017. Disponible en: [www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral\\_031.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf).
- CONGRESO DE LA UNIÓN. *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. 2015. Disponible en: <https://shorturl.at/yLMTV>.
- DE LA ROSA, Rubén. Del cuerpo natural al cuerpo cosificado: Una revisión de los modos de interacción médico–paciente en el parto. En: *Estudios artísticos*. 2020, vol. 6, núm. 9, pp. 267-279.
- ESPINOSA, Yacotzin. El derecho como campo en disputa dentro de la geografía capitalista del despojo y la explotación. En: Benente, M.; Navas Alvear, M. (eds.). *Derecho, conflicto social y emancipación: Entre la depresión y la esperanza*. CLACSO, 2019, pp. 57-76.
- FONDO DE ACCIÓN URGENTE PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Impunidad de las Violencias contra mujeres defensoras de los territorios, los bienes comunes y la naturaleza en América Latina. En: *FAU-AL*. 2018, pp.15.
- GARCÍA, Eva. Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. En: *Dossiers Feministes*. 2018, vol. 22, pp. 87–106.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA. *El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes aborto violencia obstétrica muerte materna vida laboral y reproductiva reproducción asistida*. 2021. Disponible en: <https://unadecadajusticiareproductiva.gire.org.mx/>.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA. *Omisión e Indiferencia. Derechos reproductivos en México*. 2015. Disponible en: <http://informe.gire.org.mx/libro.html>.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA. *La pieza faltante. Justicia reproductiva*. 2018. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/JusticiaReproductiva.pdf>.
- H. CONGRESO DE LA UNIÓN, CÁMARA DE DIPUTADOS. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. 2011. Disponible en [www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf).



- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. *Panorama sociodemográfico de San Luis Potosí. Censo de Población y Vivienda 2020*. 2021. Disponible en: [www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825197971.pdf](http://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197971.pdf).
- MENDOZA, Vianni. Sumisas, agradecidas y obedientes. Representaciones sociales del personal de salud sobre las usuarias de ginecobstetricia de un hospital público en México. En: *Maguaré*. 2021, vol. 35, núm. 1, pp. 179–208.
- MONTOYA, Celeste. Institutions. En: Disch, L.; Hawkesworth, M. (eds.). *The Oxford Handbook of Feminist Theory*. Oxford University Press, 1952, pp. 367-384.
- MUÑOZ GARCÍA, Graciela Beatriz.; BERRIO PALOMO, Lina Rosa. Violencias Mas allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: La violencia obstétrica e institucional en la vida de las mujeres urbanas e indígena. En: Quattrocchi, P.; Magnone, N. (comps.). *Violencia obstétrica en América Latina*. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús, 2020, pp. 103-129.
- PALOMO, Lina. Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas. En: *Salud Colectiva*. 2017, vol. 13, núm. 3, pp. 471-487.
- PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO. *Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Medicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. 2016.
- QUINCUAGÉSIMA OCTAVA LEGISLATURA CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE SAN LUIS POTOSÍ. *Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de San Luis Potosí*. 2009. Disponible en: [www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatat/San%20Luis%20Potosi/wo56929.pdf](http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatat/San%20Luis%20Potosi/wo56929.pdf).
- RISMAN, Barbara. Gender as a Social Structure. En: *Gender and Society*. 2004, vol. 18, núm. 4, pp. 429-450.
- SADLER, Michelle. Despertando las metáforas que dormían en la ciencia. En Quattrocchi, P.; Magnone, N. (comps.). *Violencia obstétrica en América Latina*. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús, 2020.
- SADLER, Michelle., et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. En: *Reproductive Health Matters*. 2016, vol. 24, núm. 47, pp. 47-55.

SECRETARÍA GENERAL OEA. *Convención Americana sobre Derechos Humanos «Pacto de San José»*. 1969. Disponible en: <https://shorturl.at/tuxAP>.

SESIA, Paola. Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En: Quattrocchi, P.; Magnone, N. (comps.). *Violencia obstétrica en América Latina*. Remedios de Escalada: De la Universidad Nacional de Lanús, 2020.

SEXAGÉSIMA SEGUNDA LEGISLATURA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ. *Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí*. 2020. Disponible en: <https://shorturl.at/gnBFJ>.