

Violencia obstétrica contra mujeres indígenas en México: desafíos para su justiciabilidad

Obstetric violence against indigenous women in Mexico: challenges to its justiciability

Carolina Aguilar Ramos ^a, María Guadalupe Ramírez Gress ^b, Denitza López Téllez ^c

Abstract:

Obstetric violence constitutes a form of gender-based violence that manifests during prenatal care, pregnancy, childbirth, and the postpartum period, and involves serious violations of the human rights of women and people with the capacity to gestate. Although this concept has been progressively incorporated into the Mexican legal framework and recognized in administrative, criminal, and medical arbitration contexts, its justiciability faces significant challenges. These difficulties are intensified in the case of Indigenous women, who find themselves in a situation of heightened vulnerability stemming from historical, social, economic, cultural, and linguistic structural factors that limit their effective access to justice and full reparation for harm suffered. This article analyzes the main physical and psychological manifestations of obstetric violence perpetrated against Indigenous women in Mexico, in light of national and international human rights standards as part of the Research Project on Indigenous Justice Models in Mexico of the SECIHTI. It also examines the obstacles to reporting and prosecuting such violence, including the institutional normalization of these practices. Finally, the main judicial and non-judicial avenues available for addressing and reporting this form of violence are systematized, with the aim of contributing to the analysis of the remaining challenges to guarantee access to justice for indigenous women.

Keywords:

Obstetric violence, Indigenous women, Access to Justice

Resumen:

La violencia obstétrica constituye una forma de violencia de género que se manifiesta durante la atención prenatal, el embarazo, el parto y el posparto, y que implica graves vulneraciones a los derechos humanos de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Aunque esta noción ha sido incorporada progresivamente en el marco jurídico mexicano y reconocida en ámbitos administrativos, penales y de arbitraje médico, su justiciabilidad enfrenta importantes desafíos. Estas dificultades se intensifican en el caso de las mujeres indígenas, quienes se encuentran en una situación de vulnerabilidad reforzada derivada de factores estructurales históricos, sociales, económicos, culturales y lingüísticos, que limitan su acceso efectivo a la justicia y a la reparación integral del daño. El presente artículo analiza las principales manifestaciones físicas y psicológicas de la violencia obstétrica ejercida contra mujeres indígenas en México, a la luz de los estándares nacionales e internacionales de derechos humanos como parte del Proyecto de Investigación Modelos de Justicia Indígena en México de la SECIHTI. Asimismo, examina los obstáculos para su denuncia y judicialización, incluyendo la normalización institucional de estas prácticas. Finalmente, se sistematizan las principales vías judiciales y no judiciales disponibles para la atención y denuncia de esta forma de violencia, con el objetivo de contribuir al análisis de los retos pendientes para garantizar el acceso a la justicia de las mujeres indígenas.

Palabras Clave:

Violencia obstétrica, Mujeres indígenas, Acceso a la Justicia

^aUniversidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Actopan, Hidalgo | México, <https://orcid.org/0000-0003-3965-4936>, Email: carolina_aguilar@uaeh.edu.mx

^b Autor por correspondencia Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Actopan, Hidalgo | México, <https://orcid.org/0009-0005-9290-2136>, Email: ra354459@uaeh.edu.mx

^c Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Actopan, Hidalgo | México, <https://orcid.org/0000-0003-3965-4936>, Email: denitza_lopez8765@uaeh.edu.mx

Fecha de recepción: 22/01/2026, Fecha de aceptación: 4/02/2026, Fecha de publicación: 27/03/2026

DOI: <https://doi.org/10.29057/esa.v13i.especial.16918>



Introducción

Desde la segunda mitad del siglo XX, los movimientos feministas y de derechos humanos han impulsado la visibilización de la maternidad, el parto y las decisiones reproductivas de las mujeres como ámbitos centrales de justicia social. No obstante, estos procesos continúan siendo escenarios en los que se reproducen relaciones de poder asimétricas que permiten la comisión de acciones u omisiones por parte del personal de salud que vulneran de manera grave los derechos humanos de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Durante la atención prenatal, el embarazo, el parto y el posparto, dichas prácticas pueden traducirse en tratos crueles, humillantes o deshumanizantes; en la negación de información o de servicios de salud oportunos; en intervenciones médicas injustificadas; o en el uso abusivo de medicación, configurando afectaciones tanto físicas como psicológicas.

Estas conductas han sido conceptualizadas bajo la noción de violencia obstétrica, categoría que desde 2008 ha sido incorporada de manera progresiva en el marco jurídico de diversas entidades federativas en México, e incluso reconocida en los ámbitos administrativo, penal o ante instancias como las Comisiones de Arbitraje Médico (CONAMED). A nivel internacional, su análisis se articula con estándares de derechos humanos relativos al derecho a la salud, a la integridad personal, a la igualdad y no discriminación, y al acceso a la justicia, desarrollados por órganos especializados. Sin embargo, pese a este reconocimiento normativo, la justiciabilidad de la violencia obstétrica enfrenta importantes desafíos derivados de la complejidad de sus manifestaciones y de la concurrencia de múltiples violaciones de derechos humanos en una misma conducta.

Estas dificultades se agudizan de manera particular en el caso de las mujeres indígenas, quienes se

encuentran en una situación de vulnerabilidad reforzada como resultado de factores estructurales históricos, sociales, económicos y culturales. En su experiencia, la violencia obstétrica suele normalizarse al producirse en un contexto institucional que la legitima o minimiza, lo que dificulta su identificación y denuncia. A ello se suman barreras lingüísticas, económicas, culturales y procesales que limitan de manera sustantiva su acceso efectivo a mecanismos de justicia, así como profundas deficiencias en materia de reparación integral del daño.

La violencia obstétrica ejercida contra mujeres indígenas implica una expresión de violencias estructurales e institucionales que se sostienen en relaciones de poder desiguales basadas en el género y la pertenencia étnica. En virtud de lo anterior, el presente artículo parte de un Proyecto e Investigación registrado

ante la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) que lleva por nombre Modelos de Justicia Indígena en México. Para el caso que nos ocupa, se examinan las principales manifestaciones físicas y psicológicas de la violencia obstétrica contra mujeres indígenas a nivel federal, revisa el marco normativo nacional e internacional aplicable y analiza los obstáculos que enfrentan para su justiciabilidad, incluyendo las limitaciones en materia de reparación. Además, se presenta una sistematización, a través de una tabla, de las principales vías judiciales y no judiciales disponibles para la atención y denuncia de esta forma de violencia, con el objetivo de contribuir a un debate informado sobre los retos pendientes para garantizar el derecho de acceso a la justicia de las mujeres indígenas víctimas de este tipo de violencia.

Se trata de un estudio de corte documental, que a través de la revisión documental, normativa y estadística reflexiona de forma general las manifestaciones de violencia obstétrica que padecen las mujeres indígenas mexicanas de forma general, sin especificar el estudio a una comunidad en particular, debido a la naturaleza del tipo de violencia, así como de la disponibilidad de información al respecto. De igual manera, lo anterior responde a la esencia del proyecto de investigación referido, el cual es a nivel nacional.

Manifestaciones de la violencia obstétrica

El embarazo, el parto y el puerperio constituyen etapas significativas en la vida de las mujeres. Sin embargo, las experiencias que viven durante la atención médica pueden reproducir escenarios de discriminación y violencia, perpetuando desigualdades históricamente arraigadas en las prácticas institucionales del sector salud, tanto público como privado.

Frente a este contexto, resulta imprescindible analizar una modalidad específica de violencia que se manifiesta contra las mujeres en el ámbito de la atención sanitaria: la violencia obstétrica. Desde una perspectiva jurídica, esta se configura como cualquier acto u omisión por parte del personal de salud que, durante el embarazo, parto o puerperio vulnera derechos, especialmente aquellos derivados de la salud sexual y reproductiva, integridad personal, el acceso a la información, autonomía, no discriminación y a vivir una vida libre de violencia.

La prevalencia nacional de maltrato en la atención obstétrica hacia mujeres de 15 a 49 años asciende al 31.4% (SIESVIM, 2019). Este dato adquiere mayor relevancia si se considera que, en 2023 el 5.9% de la población de tres años y más -equivalente a 7.4 millones de personas- es hablante de lengua indígena (INEGI, 2023), de las cuales 52.3% son mujeres y 47.7% hombres (INEGI, 2025).

Para las mujeres indígenas, el acceso a los servicios de salud se encuentra atravesado por una mayor incidencia de tratos humillantes, restricciones a su autonomía corporal y reproductiva, así como por decisiones institucionales basadas en estereotipos de género y sin pertinencia cultural. Igualmente, enfrentan omisiones particularmente graves, como la negativa de atención en situaciones de urgencia o la falta de seguimiento adecuado durante el proceso reproductivo.

Si bien todavía no existe una postura uniforme sobre el tema, el análisis legislativo y doctrinal permite identificar dos dimensiones de este tipo de violencia, de las cuales se desprenden diversas conductas específicas descritas a continuación:

Dimensión	Conceptualización	Conductas tipo
Física	Prácticas que infligen daño al cuerpo que repercuten en riesgos que condicionan la vida, salud o integridad física de la persona gestante o del producto.	-Alteración del proceso natural del parto a través de técnicas de aceleración o cesáreas injustificadas y no deseadas. -Imposición del parto en posición horizontal. -Colocación de métodos de anticoncepción (temporales o permanentes) sin consentimiento. -Negativa de atención médica o mala praxis.
Psicológica	Acciones u omisiones que dañan la estabilidad mental de la persona gestante.	-Tratos denigrantes, discriminatorios o estereotipados. -Omisión de obtener el consentimiento informado sin condicionantes, violencia, dolo o error. -Negativa de apego inmediato entre madre y recién nacido.

Figura 1. Tabla de manifestaciones de la violencia obstétrica. Elaboración propia.

En relación con el primer punto, las cesáreas realizadas sin causa médica que las justifique constituyen una práctica que genera preocupación a nivel internacional. De acuerdo con los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f), la tasa ideal de nacimientos por cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. No obstante, de acuerdo con cifras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2023), tan solo en 2023 México ocupa el primer puesto del listado de sus países miembros con el mayor número de estos procedimientos teniendo por encima del 49% (OCDE, 2020).

Estas cifras reflejan que la proporción de nacimientos por medio de esta intervención supera lo recomendado no solo por la OMS, sino también por lo previsto en la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM-007-SSA2-2916), que establece un máximo del 15% en hospitales de segundo nivel de atención y del 20% en los del tercer nivel (INEGI, 2020).

Este incremento puede explicarse, en parte, por razones de practicidad institucional. Los hospitales privados suelen obtener beneficios económicos cuando

aumenta el número de cesáreas debido a los costos que implica el uso de los quirófanos, de personal médico, equipo y materiales que se requieren (El Poder del Consumidor, 2023), sumado al incremento en la duración de la estancia hospitalaria de las mujeres, lo cual también genera mayores ingresos para las unidades médicas. En el caso de hospitales públicos, el hecho que el primer o segundo parto ocurra mediante cesárea podría implicar una nueva estrategia para resolver la sobrecarga hospitalaria en los establecimientos públicos de ginecoobstetricia y con la intención de evitar que se rechace la hospitalización cuando acuden sin un trabajo de parto efectivo (Muños, et al, p.14).

En relación con la colocación de métodos anticonceptivos, ya sean temporales (como las pastillas); reversibles de acción prolongada (como las inyecciones, parche transdérmico, implante subdérmico y dispositivos intrauterinos); o definitivos, los cuales comprenden procedimientos quirúrgicos como la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o ligadura de las trompas (IMSS, s.f), se requiere del consentimiento previo, libre e informado de la persona. En el ámbito de la anticoncepción, este requisito constituye un elemento crucial para garantizar los derechos de las mujeres, particularmente en lo relativo a su salud sexual y reproductiva, así como el derecho a decidir sobre sus cuerpos y tomar decisiones respecto de su proyecto de vida.

Ello es así debido a que todo método anticonceptivo produce efectos secundarios y debe ser acorde a las preferencias personales y al historial médico de la paciente. Así, el rol profesional del personal de la salud es proporcionar información clara y completa acerca de todas las opciones disponibles a manera de guía, sin que medie el control a través de la imposición de determinados métodos anticonceptivos.

Actuar en sentido contrario contraviene la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993), que prevé que la aceptación de un método de anticoncepción permanente debe estar precedida de una o varias sesiones de consejería, así como el diverso punto 4.4.4 que aclara que la consejería también será previa a la toma de la decisión y selección del método anticonceptivo en particular, y que habrá de realizarse en las diferentes oportunidades de consulta al prestador de servicios (DOF, 1993).

En esa línea, el consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. Este no debe entenderse únicamente como un documento, sino como producto de un proceso gradual de comunicación entre el personal de salud y los pacientes, proceso que se formaliza por escrito.

A través de este documento, el personal de salud le informa de manera anticipada a las mujeres todo lo relativo a su condición médica, diagnóstico, seguimiento al embarazo, opciones para el parto acorde a sus condiciones de salud y en armonía con sus preferencias personales, así como hace de su conocimiento las posibles complicaciones y riesgos que pueden presentarse, sirviendo únicamente como evidencia de que dicha información fue transmitida y comprendida.

Visto desde un enfoque de derechos humanos, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas (CONBIOÉTICA, s.f), pues se convierte en el reflejo de la toma de decisiones sobre los procesos reproductivos que debiera

ser ajena a cualquier tipo de influencia, coerción o libre de violencia.

Otra de las manifestaciones de la violencia obstétrica es la imposibilidad de elegir la posición del parto. Una de dichas prácticas es la litotomía (acostada boca arriba con las piernas levantadas y abiertas). De acuerdo con Sánchez et al (2022), la posición libremente escogida no tiene consecuencias adversas maternas ni neonatales, mientras la posición de litotomía forzada está relacionada con el uso de oxitocina para el manejo del trabajo de parto y analgesia obstétrica (p.48) lo que, a diferencia de la posición vertical -la cual es considerada parte de los conocimientos y elementos que forman parte de la cultura indígena- presenta beneficios para la integridad perineal materna (DOF, 2016).

Por su parte, la falta de atención médica constituye otra manifestación relevante de la violencia obstétrica, la cual puede presentarse no solo durante el parto o cesárea, sino también desde las etapas tempranas de seguimiento del embarazo. En ese contexto, la mala praxis médica se caracteriza porque quien proporcionó la atención actuó en forma negligente, imprudente o con impericia, implicando que esta persona no era competente o razonablemente hábil y perjudicando al paciente (Fuente y Ríos, 2018, p.2), generando responsabilidad, tanto por omisión -al no realizar una acción necesaria o no prevenir un daño-, como por comisión -al ejecutar intervenciones inapropiadas sin justificación clínica o sin necesidad real-.

Las consecuencias físicas derivadas de estas prácticas pueden ser especialmente graves. Por ejemplo, algunas mujeres que durante el parto fueron sometidas a una episiotomía -cortes vaginales para ampliar el canal del parto-, pueden presentar insensibilidad, lo cual repercute en sus relaciones sexuales, o en otros casos pueden presentar alguna lesión neurológica por efectos de la anestesia (Chávez, 2023). Otras consecuencias pueden desprenderse de las prácticas de la violencia obstétrica en su dimensión física, tales como alteraciones en la producción de leche materna, mastitis (inflamación mamaria), incontinencia o problemas de succión de las y los recién nacidos.

En su dimensión psicológica, la violencia obstétrica suele manifestarse mediante conductas de carácter verbal, como comentarios irónicos, descalificadores o en tono de burla con relación al comportamiento sexual. De acuerdo con Barahona y Benítez (2022), también se expresa cuando se juzgan o moralizan sus prácticas sexuales [...] o bien, si se sienten infantilizadas o ignoradas por los profesionales médicos (p.3).

Las consecuencias psicológicas de estos tratos son igualmente relevantes. Diversos estudios demuestran que las experiencias humillantes incrementan la probabilidad de sufrir de ansiedad, estrés postraumático e, incluso, hasta seis veces más riesgo de desarrollar depresión posparto (Laínez, 2023). Estos efectos no solo impactan el estado emocional de la mujer, sino que también repercuten de manera transversal en el bienestar de las y los recién nacidos, influyendo en el establecimiento del vínculo afectivo en las primeras etapas del desarrollo.

En ese sentido, la falta de apego temprano constituye otra manifestación de violencia obstétrica, especialmente cuando se impide o retrasa injustificadamente el contacto inmediato entre la madre y

el recién nacido. El contacto piel con piel (CPP), se define por Lucchini et al (2012) como la técnica que consiste en poner al recién nacido en contacto con el pecho y abdomen desnudo de su madre, inmediatamente después del parto, incluso antes de cortar el cordón umbilical y mantenerlo en esa posición el mayor tiempo posible, durante la primera hora de vida (p.3).

En virtud de lo anterior, favorecer el CPP desde los primeros instantes posteriores al nacimiento fortalece el vínculo madre-hijo necesario para la supervivencia (García, 2017, p.171) ya que se ha demostrado que este genera beneficios significativos para el bebé (tales como la adaptación fisiológica al medio extrauterino oxigenación mejorada y disminuye el gasto energético); así como para la madre, al aumentar los niveles de oxitocina y betaendorfinas que favorecen la eyección de calostro y reduce el estrés (Costa et al, 2019, p.2).

Finalmente, existen otras experiencias reproductivas que continúan marginalizadas en el debate público y la legislación en la materia. La negativa al derecho de aborto y la invisibilización de la menopausia como un tema de salud, constituyen aristas pendientes de problematizar y significar como posibles escenarios de violencia obstétrica, en tanto que la primera reproduce relaciones asimétricas de poder, estigmatización y negación de la autonomía corporal de las mujeres y personas gestantes y, la segunda, impone tratamientos hormonales, invalida los síntomas que afectan la calidad de vida y despersonaliza la atención.

La omisión de estos procesos en la conceptualización y atención de la violencia obstétrica limita la comprensión integral de dicha problemática y perpetúa formas sutiles, pero persistentes, de vulneración de derechos sexuales y reproductivos. Reconocerlos como parte del *continuum* de la atención en salud reproductiva resulta indispensable para avanzar hacia modelos de cuidado respetuosos, con enfoque de derechos humanos, perspectiva de género e interseccionalidad.

Marco normativo aplicable

Abordar legalmente la violencia obstétrica implica señalar normatividad internacional, nacional y otras disposiciones de alcance jurídico desde una generalidad, dada su complejidad.

Inicialmente, destaca la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) la cual establece en su artículo 12 la obligación estatal de adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, así como para garantizar a las mujeres servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.

Fue en 2018 que el Comité de la CEDAW se pronunció de forma específica respecto de la violencia obstétrica a través de una comunicación individual (CEDAW/C/75/D/138/2018) en la que se indicó el reparar de forma integral los daños físicos y psicológicos ocasionados por las prácticas de violencia obstétrica y, particularmente se destaca, el que los Estados aseguren el acceso a recursos eficaces en aquellos casos donde la salud reproductiva de la mujer sean violados, proporcionando capacitación al personal médico, pero a su vez, al judicial y todo aquella persona encargada de velar por el cumplimiento de la ley (CEDAW, 2020).

Del marco normativo nacional, el artículo 1° de la

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en su texto, así como en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte y de las garantías para su protección, prohibiendo textualmente la discriminación por diversas causas -entre las que destacan el género, la condición social y el origen étnico-. A su vez, se 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 (DOF, 2011). En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Por su parte, el numeral 2° reconoce la composición pluricultural del país, señalando de forma adicional una serie de derechos, tales como el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional con perspectiva intercultural, así como reconocer las prácticas de la medicina tradicional; la promoción del uso, desarrollo, preservación, estudio y difusión de las lenguas indígenas como un elemento constitutivo de la diversidad cultural de la Nación. En relación al acceso a la justicia, se señala en dicho artículo que las personas indígenas tienen, en todo tiempo, el derecho a ser asistidas y asesoradas por personas intérpretes, traductoras, defensoras y peritas especializadas en derechos indígenas, pluralismo jurídico, perspectiva de género, y diversidad cultural y lingüística.

El artículo 4°, en su párrafo segundo, establece el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos; así como reconoce en su párrafo segundo el derecho de protección a la salud.

En la Ley General de Salud se destaca que la atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, la atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera (DOF, 1984). Además, establece que la planificación familiar en las comunidades indígenas deberá llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate, aunado a que las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos.

En otro orden de ideas, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia se habla de tipos y modalidades de violencia, sin que en alguno de estos se estipule de manera textual la violencia obstétrica. Sin embargo, debido al conglomerado de manifestaciones que la generan, es plausible afirmar que, a pesar de la ausencia de esta tipología en dicha norma, se puede utilizar como fundamento legal la violencia física y psicológica; así como la modalidad de violencia institucional.

Lo que sí está previsto en dicho ordenamiento es la labor de la Secretaría de Salud como ente

corresponsable para hacer frente a la violencia obstétrica, al tener como obligación, de acuerdo a su disponibilidad presupuestaria:

Garantizar que los servicios de salud cuenten con los establecimientos, bienes, servicios de salud y personal capacitado e idóneo que contribuya a asegurar el derecho de la mujer embarazada y puerpera; b) Promover, tanto en el sector público como privado, la reducción en el número de cesáreas, hasta llegar a los estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud; c) Capacitar y sensibilizar al personal del sector salud, con el fin de prevenir actos de violencia obstétrica; d) Ejecutar acciones de información y difusión, dirigidas al público en general en las que se incluyan los derechos con los que cuentan y los medios administrativos y judiciales, para hacer del conocimiento de las autoridades los actos de violencia obstétrica en su contra, considerando las lenguas indígenas que se hablan en la Entidad; e) Establecer mecanismos de monitoreo y sanciones administrativas que permitan visibilizar y sancionar la violencia obstétrica; f) Promover servicios especializados de atención a mujeres que hayan sido víctimas de violencia obstétrica.

A nivel local, Veracruz fue la primera entidad en regular este tipo de violencia en su Ley General, sin que hasta este momento se haya incorporado a nivel nacional, dinámica que se ha replicado en otras entidades, como es Chiapas, Durango y Guanajuato. Finalmente, la violencia obstétrica está tipificada como delito en entidades como Chiapas, Guerrero; mientras en otros Estados se tipifica dentro del derecho penal otro tipo de conductas como la esterilidad provocada y la inseminación artificial, aunque de forma textual no se reconocen otro tipo de conductas catalogadas como violencia obstétrica.

Retos en materia de acceso a la justicia para las mujeres indígenas

Hablar del acceso a la justicia implica precisar que no es sinónimo de tutela judicial, ya que las características referidas a la segunda, se circunscriben dentro de actos de naturaleza contenciosa, mientras que la primera incorpora elementos que, si bien están ligados con la exigencia de las potestades legales conferidas por mandato de ley, se asocia a un contenido que supera lo estrictamente procesal, al contemplar situaciones externas que pueden tener un efecto en el ejercicio de los derechos de las partes.

Es por ello que aquí se habla desde el concepto de acceso a la justicia, como una conceptualización más adecuada para las realidades indígenas, en el sentido de reconocer las tensiones existentes entre la justicia occidental (la justicia del Estado) con los usos y costumbres, la pertinencia cultural y la libre autodeterminación. Además, hablar de acceso a la justicia y no de tutela judicial implica entender las afectaciones frente a violaciones a derechos humanos que se derivan de la violencia obstétrica, las cuales requieren de tratamientos integrales -y no necesariamente jurisdiccionales- para la búsqueda de reparaciones a los derechos vulnerados.

a) *Ambigüedades respecto del reconocimiento normativo*

El primero de los retos identificados es la falta de reconocimiento de la violencia obstétrica en la legislación, no solo como una modalidad de violencia específica, sino a su vez, como una forma de violencia institucional.

De acuerdo con Hernández (2022), la violencia institucional posee cuatro dimensiones para su identificación: primeramente, se da en un contexto de dependencia o subordinación hacia las instituciones; es opaca al no comprenderse de forma clara; afecta de forma individual (en aislamiento) y es revictimizante, dado que las personas afectadas se acercan a las instituciones en situaciones de emergencia o vulnerabilidad.

Por su parte, este tipo de violencia implica la dilación, obstaculización o el impedimento del goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia (DOF, 2007), por lo cual tiene tres elementos específicos: el contexto en el que se da, la subordinación y las limitaciones de acceder a derechos.

En esa tesitura, la violencia obstétrica es un tipo de violencia institucional, debido a que existen relaciones de poder inmersas entre el personal médico frente a las mujeres indígenas -sumado a la pugna entre el conocimiento y saberes y el control de la asistencia médica- (Uribe, 2022, p. 17) que suceden en el contexto sanitario. Como se ha señalado anteriormente, este tipo de violencia ocurre a manos del personal médico, es decir, aquella persona que asista o incida directamente en el proceso de embarazo, parto o puerperio y que viole sus derechos humanos (Instituto de Estudios Legislativos del Estado de Hidalgo, 2007).

Para esta afirmación, resulta necesario retomar lo previsto a nivel constitucional. El numeral 108 señala que se reputarán como servidores públicos a los representantes de elección popular, a los miembros del Poder Judicial federal y del Poder Judicial del Distrito Federal, a los funcionarios y empleados, y, en general, a toda persona que desempeñe un empleo cargo o comisión de cualquier naturaleza en la administración pública federal o en el Distrito Federal (ya Ciudad de México).

En sintonía, la Ley General de Responsabilidades Administrativas establece que son las personas que desempeñan un empleo, cargo o comisión en los entes públicos, en el ámbito federal y local (DOF, 2016). Así, en el ámbito médico, se catalogan como tal a todas las personas profesionales, técnicos o auxiliares de la salud que laboran en instituciones que proporcionan servicios de atención médica de los sectores público y de seguridad social incluidas aquellas personas que utilizan instalaciones de salud para laborar de forma ocasional (SCJN, 2019).¹

Una vez definido que la violencia obstétrica cumple con el criterio de suceder en un contexto sanitario en el cual el personal médico es considerado susceptible

de tener responsabilidades, se deben tener en cuenta las obligaciones dentro del contexto de la ginecoobstetricia, las cuales son -de forma enunciativa, más no limitativa- las siguientes:

Brindar atención médica a la madre durante el embarazo y parto con apego irrestricto a los derechos humanos, la igualdad de género y el respeto a sus derechos reproductivos; informar a la mujer de cualquier procedimiento médico o quirúrgico que deba practicarse en razón de su estado de gravidez, las razones médicas por las que se recomienda, las consecuencias o efectos secundarios, así como los riesgos e imprevistos que pudieren presentarse, y demás información necesaria (Congreso del Estado de Colima, 2019).

Adicionalmente, debe sumarse la connotación psicológica, ya que dentro de dichas obligaciones se encuentra el evitar todo tipo de trato discriminatorio o minimización, entendido como racismo institucional. De manera que, afirmar que las mujeres indígenas no comprenden las cosas y por ende no explicárselas, el justificar malos tratos como malinterpretaciones, o no validar sus intereses, necesidades y preferencias, son prácticas revictimizantes que generan desconfianza hacia las instituciones y refuerzan la idea de que buscar justicia no sirve de nada.

Otro elemento para aseverar la premisa que aquí se desarrolla consiste en identificar si las posibilidades jurídicas para hacer valer los derechos humanos de las víctimas de violencia obstétrica a través de medios de defensa son suficientes, o en su defecto limita el acceso a derechos -característica de la violencia institucional-.

Para ello, es indispensable partir de cómo se determina la responsabilidad jurídica del personal médico. Esto tiene como eje rector la *lex artis ad hoc*, es decir, de la necesidad de valorar si el acto médico fue diligente o no. En consecuencia, es necesaria la participación de expertos en la materia (peritos), ya que las personas juzgadoras no tienen los conocimientos técnicos para determinar si el personal médico ha seguido las normas establecidas por la comunidad médica; o bien, ha actuado con negligencia, inexperiencia o impericia.

Esto significa que, de comprobarse que la conducta fue contraria a los lineamientos o disposiciones médicas, las acciones u omisiones de violencia obstétrica son sancionables y esto debería equipararse a una modalidad de violencia institucional, pues se trata de prácticas sistemáticas dentro de las instituciones de salud que, a pesar de que la práctica médica se ciñe a protocolos particulares que priorizan la eficiencia, el control, sanidad -desde la función de la salubridad-; así como el respeto al bienestar, dignidad y autonomía de los pacientes; son ignoradas, vulnerando en el caso concreto los derechos humanos implicados.

En suma, no reconocer a la violencia obstétrica como violencia institucional, va mucho más allá de la literalidad normativa, ya que refleja fallas estructurales estatales que trascienden no solo al espacio sanitario, sino a su vez a las limitaciones legales de poder hacer frente, ya sea desde un

¹ En el caso de personal médico que solo presta sus servicios en las instalaciones médicas, la responsabilidad ha sido definida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación. En este último supuesto se actualiza con la figura de la representación aparente, en la cual una persona que se desempeña en las instalaciones del hospital, como lo son la

mayoría de los médicos, se conduce regularmente como si fuera empleado de la institución, al desenvolverse bajo la estructura de éste, laborar de manera cotidiana en ese lugar y dar consultas ahí, entre otros actos, que harían suponer que el médico es empleado o trabaja para la institución médica.

enfoque preventivo-capacitaciones o supervisiones constantes-, como a su vez, de tipo remedial -mecanismos efectivos para la defensa- y sancionador.

b) Barreras lingüísticas, económicas, culturales y procesales

Como se ha descrito en este documento, la violencia obstétrica es un fenómeno complejo de estudiar debido a la suma de tipologías y modalidades de violencia inmersas en ella. De forma agregada, al estudiarla desde contextos indígenas, se identifica la persistencia de desigualdades estructurales que imposibilitan que muchas mujeres indígenas víctimas de violencia puedan acceder a la justicia.

En primer lugar, existe una barrera lingüística importante, ya que muchos de los espacios donde se debe presentar una denuncia o queja —ministerios públicos, fiscalías, oficinas de derechos humanos— el personal no habla lenguas indígenas y no existen intérpretes disponibles de manera permanente. Esto genera situaciones en las que las mujeres dependen de terceros para traducir sus testimonios, comprometiendo la confidencialidad, la precisión de los hechos y la autonomía del proceso.

En otros casos, se les exige relatar episodios traumáticos en español, aun cuando no lo dominan, lo que dificulta expresar plenamente la gravedad del daño. La falta de garantías lingüísticas no solo vulnera derechos fundamentales, sino que desmotiva a las mujeres a continuar con procesos legales largos y desgastantes.

De igual manera, el costo económico y logístico de acceder a la justicia es otro de los elementos que obstaculiza los procesos. Muchas comunidades indígenas se encuentran en regiones rurales con escaso transporte, por lo que trasladarse a una cabecera municipal o a una ciudad puede implicar horas de camino, gastos en transporte, alimentación e incluso pérdida de ingresos. A esto se suman los costos derivados de trámites prolongados, solicitudes de documentos, peritajes u otras pruebas que, aunque en teoría deberían ser gratuitas, en la práctica pueden implicar gastos.

En otro tenor, los procesos legales son excesivamente largos, técnicos y poco sensibles al trauma, lo que dificulta la permanencia de las mujeres en ellos. Ciertamente, el acceder a la justicia estatal o a la justicia indígena son derechos de las comunidades, en el cual la segunda puede ser más eficiente y accesible para sus miembros debido al menor formalismo y disminución de costos económicos; pero dadas sus características, no se pueden resolver todos los conflictos que surjan en sus territorios y necesariamente algunos de estos conflictos, por su naturaleza, han de ser sometidos a la justicia estatal (Valiente, 2017).

Consecuentemente, su tratamiento legal requerirá la búsqueda de mecanismos del Estado, siempre y cuando estos sean con enfoque de género e interculturalidad, por lo que las mujeres indígenas tienen derecho a una defensa técnica adecuada y a ser acompañadas por profesionales traductores o intérpretes, si no comprenden o no hablan el idioma del juzgado o tribunal (OEA, 1978), como un ajuste razonable en los procedimientos legales, evitando en todo momento la revictimización, particularmente considerando el impacto emocional y psicológico de estos hechos.

c) Limitaciones en materia de reparación integral

En referencia a lo descrito anteriormente, existe un problema estructural relacionado con la falta de voluntad institucional y la ausencia de protocolos claros para investigar la violencia obstétrica desde un enfoque de género e interculturalidad. Esta omisión provoca que los casos no se documenten adecuadamente, no se preserven pruebas o no se realicen peritajes gineco-obstétricos con perspectiva de derechos humanos, afectando directamente la posibilidad de que un caso prospere y se sancione a los responsables.

Al respecto, debe señalarse que el Estado mexicano protege como bien jurídico fundamental la vida, la salud y la integridad; por lo que cualquier daño causado por la conducta médica será evaluado y sancionado según su naturaleza y gravedad, siendo la meta el lograr no solo una sanción, sino una reparación integral. En palabras de Granda (2020) esta implica el derecho de las víctimas de violaciones a derechos humanos, la cual comprende modalidades individuales de reparación a través de indemnizaciones monetarias, restitución y rehabilitación, así como modalidades de reparación colectiva que incluyen medidas de satisfacción y garantías de no repetición (p. 253).

Ahora bien, el tratamiento jurídico de los casos de violencia obstétrica en México puede darse a través de los siguientes mecanismos, poniendo especial énfasis en sus alcances:

Mecanismo	Clasificación	Alcances
Queja ante el órgano interno de control (OIC)	No jurisdiccional	-Acuerdos de conclusión. -Resolución que decreta amonestación, suspensión, destitución o inhabilitación
Queja ante CNDH o comisiones estatales de derechos humanos		-Recomendación con determinación de la responsabilidad institucional y pronunciamiento sobre las medidas de reparación integral (inscripción en el Registro Nacional de Atención a Víctimas ante la Comisión Federal o Estatal de Atención a Víctimas, quienes emiten dictamen). Debilidad: no realizan seguimiento y su cumplimiento depende de otras autoridades.
Queja ante CONAMED o comisiones estatales (mecanismos alternativos de solución de controversias)		-Convenio de mediación con fijación de indemnización (tipo económico) o, en su caso, laudo derivado de un arbitraje médico.

Denuncia (penal)	Jurisdiccional	-Sentencia privativa de la libertad y multa.
Demanda (civil)		-Inhabilitación para ejercer otro empleo (por determinado tiempo).
Juicio de Amparo		-Destitución. -Sentencia con fijación de indemnización (tipo económico). -Prestación de la atención médica inmediata. -Reembolso de gastos. -Atención secundaria o especializada subsecuente. -Dejar sin efectos una sentencia de juicio anterior e indicar la fijación de indemnización (tipo económico)

En ese sentido, identificar las formas jurisdiccionales y no jurisdiccionales de protección es uno de los elementos necesarios para acceder a la justicia, pues serán el puente para la búsqueda de una reparación integral en este tema. No obstante, los mecanismos existentes se observan fragmentados y poco eficaces para restituir plenamente los derechos vulnerados y, particularmente, para garantizar la no repetición de las violencias.

Primeramente y, de lo que se observa en la tabla anterior, las medidas no jurisdiccionales son limitadas, especialmente porque las resoluciones se reducen a recomendaciones, sanciones administrativas leves, que no implican en todos los casos responsabilidades claras, ni sanciones proporcionales a la afectación. Por su parte, los procesos jurisdiccionales tienden a ser largos, revictimizantes y poco accesibles -especialmente para las mujeres indígenas-, lo que desalienta a las víctimas. Esto es así debido al descrédito de su testimonio, la exigencia de pruebas y, en suma, a las barreras descritas párrafos anteriores que limitan el acceso a la justicia.

Finalmente, la reparación suele omitir componentes esenciales, como es la atención psicológica especializada, el reconocimiento público del daño, la implementación de medidas estructurales eficaces para erradicar estas prácticas, reduciendo la "reparación" a respuestas de trámite, formales y sin impacto real en la vida de las víctimas.

Conclusiones

La violencia obstétrica en México constituye un fenómeno complejo y multicausal que no puede ser explicado ni atendido desde una perspectiva individual o aislada. Se trata de una forma de violencia estructural, multimodal, de género e institucional, profundamente arraigada en el sistema de salud y en una cultura médica que

históricamente ha negado a las mujeres y personas gestantes su condición de sujetos plenos de derechos. Esta negación se traduce en prácticas que refuerzan estereotipos de género, al concebir a las mujeres primordialmente como cuerpos destinados a la reproducción y subordinados al bienestar del producto por encima de su propia dignidad, autonomía y voluntad.

La invalidación, restricción o disminución de la toma de decisiones reproductivas se produce, además, en momentos de especial vulnerabilidad física y emocional, lo que agrava el impacto de la violencia ejercida. La priorización sistemática del resultado obstétrico sobre la experiencia de maternal, el consentimiento y el bienestar integral de las mujeres evidencia una lógica institucional que normaliza el control sobre sus cuerpos y minimiza el daño causado. En este contexto, resulta significativo que apenas a partir de 2016 el Estado mexicano haya comenzado a generar información estadística sobre la violencia obstétrica, lo que revela una histórica falta de reconocimiento y visibilización de su gravedad a nivel nacional.

Este trabajo permite afirmar que la sola tipificación de la violencia obstétrica o la criminalización del personal de salud resultan medidas insuficientes para erradicarla, ya que el problema no reside en conductas individuales, sino en un entramado estructural que incluye la formación académica del personal sanitario, las condiciones de infraestructura hospitalaria, la precariedad presupuestal del sistema de salud, la ausencia de capacitación y sensibilización con perspectiva de género e intercultural, así como la persistencia de estereotipos sociales y culturales sobre los cuerpos de las mujeres y los procesos de maternidad, parto y reproducción.

En este sentido, se identifica una diversidad de medidas indispensable para enfrentar una violencia cuya naturaleza es compleja, tales como la implementación de mecanismos de supervisión permanente, la creación de áreas especializadas para la atención y resolución de quejas, la aplicación de encuestas de salida a pacientes y familiares, y la admisión efectiva de denuncias por todo tipo de maltrato o falta de respeto dentro de las unidades médicas permitirían no solo corregir prácticas indebidas, sino prevenir su reiteración, sin que ninguna de éstas ignore la accesibilidad para personas indígenas.

En suma, avanzar hacia la erradicación de la violencia obstétrica exige estrategias integrales que incluyan la armonización legislativa a nivel nacional y local para su reconocimiento expreso como una forma de violencia institucional; el fortalecimiento de la participación de parteras tradicionales; la capacitación continua de profesionales de la salud; la garantía del consentimiento informado previo, libre e informado; y el establecimiento de procesos claros y accesibles de acceso a la justicia que permitan alcanzar reparaciones integrales, particularmente en los casos que involucran a mujeres indígenas. Solo mediante transformaciones estructurales y un enfoque de derechos humanos será posible dismantelar las bases que sostienen esta forma de violencia y garantizar una atención obstétrica digna y respetuosa.

Referencias

Barahona Beyer, A.; Benítez Monroy, A. (2022). Violencia ginecológica percibida por mujeres de 21 a 65 años de la Ciudad de México, *Investigación, Desarrollo e Innovación La Salle México*, 9(2), pp. 1-4.

- CEDAW. (2020). *Dictamen del Comité en virtud de la comunicación número 138/2018*, OHCHR. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/75/D/138/2018&Lang=en
- CEDAW. (2001). *Recomendación General 24*, ACNUR. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>
- Chávez, P. (2023). *Agresiones obstétricas, abusos que las mujeres sufren en silencio*, Gaceta UNAM. <https://www.gaceta.unam.mx/agresiones-obstetricas-abusos-que-las-mujeres-sufren-en-silencio/>
- CONBIOÉTICA. (s.f). *Consentimiento informado*. https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html
- Congreso del Estado de Colima. (2019). Artículo 30 de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- Costa Romero, M.; Laguna Mallada, P.; Díaz Gómez, N.M. (2019). Contacto piel con piel tras un parto por cesárea, *Revista Española de Salud Pública*, 93(1).
- Diario Oficial de la Federación. (2007). *Artículo 18 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, Cámara de Diputados.
- Diario Oficial de la Federación. (2016). *Artículo 3º, fracción XXV de la Ley General de Responsabilidades Administrativas*, Cámara de Diputados.
- Diario Oficial de la Federación. (1993). *NOM 005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar* (NOM 005-SSA2-1993). https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4699269&fecha=30/05/1994#gsc.tab=0
- El Poder del Consumidor (2023). *Cesárea y ausencia de lactancia materna: primeras causas de la epidemia de obesidad en México*. <https://elpoderdelconsumidor.org/2023/08/cesarea-y-ausencia-de-lactancia-materna-primeras-causas-de-la-epidemia-de-obesidad-en-mexico/>
- Fuente del Campo, A.; Ríos Ruiz, A. (2018). El ejercicio de la Medicina y su entorno legal, *Cirugía plástica Iberoamericana*, 44(2), pp. 123-130, <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922018000200002>
- García May, P.K et al. (2017). Skin to skin contact at birth, *Perinatología y Reproducción Humana*, 31(4), pp. 170-173.
- Granda Torres, G.A; Herrera, Abraham, C. (2020). Reparación integral: principios aplicables y modalidades de reparación, *Revista de Derecho*. Vol. 9 (I) (2020), pp. 251-268.
- INEGI. (2023). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2023/doc/resultados_enadid23.pdf
- INEGI. (2025). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de los Pueblos Indígenas*, Comunicado de prensa. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP_PueblIndig_25.pdf
- INEGI. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/octos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Instituto de Estudios Legislativos del Estado de Hidalgo. (2007). Artículo 5º de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo.
- IMSS. (s.f). *Métodos anticonceptivos temporales y definitivos*. <https://www.imss.gob.mx/maternidad/planificacion-familiar/metodos-anticonceptivos-temporales>
- Laínez Valiente, N.G et al. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas e la violencia obstétrica en países de Latinoamérica, *Alerta*, 6(1), pp. 70-77.
- Lucchini Raies, C; Márquez Doren, F.; Uribe Torres, C. (2012). Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre, *Index Enfermería*, 21(4). <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300007>
- Muños Hernández, J. A., Freyermuth Enciso, M. G., & Ochoa Torres, M. del P. (2020). Factors associated with the increase in cesareans in Mexico, 2011-2014. *Población Y Salud En Mesoamérica*, 17(2). <https://doi.org/10.15517/psm.v17i2.40047>
- OAS. (1978). Artículo 8º de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.
- OECD. (2023). *Caesarean sections*. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/caesarean-sections.html>
- OECD. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe*. https://www.oecd.org/es/publications/2020/06/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2020_4f138987.html
- OMS (s.f). Declaración sobre tasas de cesárea. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/88dc97bd-78b1-4501-a7f3-07a5423412c5/content>
- Sánchez Chávez, S., et al (2022). Influencia de la posición libremente escogida comparada con litotomía durante la atención de parto en los resultados maternos y neonatales, *Acta médica Grupo Ángeles*, 20(1), pp. 43-49. <https://dx.doi.org/10.35366/103555>
- SCJN. (2019). Amparo en Revisión 584/2013 *Responsabilidad civil de los hospitales privados derivada de la negligencia de sus médicos*, Poder Judicial de la Federación. https://www.supremacorte.gob.mx/sites/default/files/resenas_argumentativas/documento/2019-01/res-OMSC-0584-13.pdf

SIESVIM. (20219). *Prevalencia del maltrato obstétrico contra mujeres de 15 a 49 años cuyo último parto/cesárea ocurrió en los últimos 5 años*, INEGI. <https://sc.inegi.org.mx/SIESVIM1/paginas/contento.jsf?t=24&s=425&c=425&i=922>

Uribe Alcántara, I. (2022). *Violencia obstétrica*, CIEG UNAM.

Valiente López, A. (2017). Acceso a la justicia de los pueblos indígenas, en Martínez, J.C; Steiner,

C; Uribe, P. (2017). Elementos y técnicas de pluralismo jurídico. Manual de operadores de justicia. Konrad Adenauer Stiftung, México.