

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN TRES DIMENSIONES: DATOS, VOCES Y PRÁCTICAS



Índice

Introducción

-3-

Panorama en México

-4-

¿Qué dicen los datos públicos?

-5-

Experiencias: voces del sistema

-7-

Perspectiva del personal de salud

-8-

Hallazgos clave

-10-

Recomendaciones de política pública

-12-

Fuentes consultadas

-15-

Introducción

La violencia obstétrica (VOB) es una forma de violencia de género que se manifiesta en los servicios de salud durante la atención del embarazo, el parto y el posparto.¹ Incluye prácticas como los tratos ofensivos, los procedimientos sin consentimiento, la negligencia médica —por ejemplo, no administrar tratamientos para el dolor— y la presión para adoptar métodos anticonceptivos no deseados. Este reporte, elaborado por GIRE, el Uehiro Institute de la Universidad de Oxford y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, además de sintetizar evidencia estadística, testimonial y cualitativa sobre el tema, formula recomendaciones de política pública para abordarlo desde un enfoque estructural, donde las respuestas estatales no privilegien una lógica punitiva. La propuesta es que la condena y la sanción de la violencia no primen sobre la reparación, la prevención, el acceso a la justicia integral y la redistribución de recursos en los sistemas de salud para erradicar este fenómeno.

Para su elaboración, se consultaron las siguientes fuentes de información: el reporte estadístico *¿Qué dicen los datos públicos? Radiografía de la violencia obstétrica y la muerte materna*, elaborado por GIRE; el análisis cualitativo de 64 casos acompañados jurídicamente por la organización, realizado por Emilia Alton Martelet (Universidad de Oxford) en colaboración con el Uehiro Institute; y los hallazgos de un taller de diálogo con personal de salud organizado por GIRE, el Uehiro Institute y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, que fue facilitado y documentado por Colmena Consultoras. Estas fuentes coinciden en su diagnóstico: **la VOB es un fenómeno estructural, por lo que no puede atribuirse de forma exclusiva a las decisiones individuales de las personas profesionales de la salud. Así, enfocarse en su penalización resulta insuficiente para erradicarla. Lo que se requiere es que el Estado transforme tanto el modelo de formación de quienes prestan atención médica como las condiciones en que opera el sistema de salud.**

1 La violencia obstétrica es, a su vez, una manifestación de la violencia reproductiva. Esta última comprende todas las acciones u omisiones que violenten o interfieran con la autonomía y los derechos reproductivos de las personas a causa de su capacidad reproductiva. UN Women, *Documenting reproductive violence: Unveiling opportunities, challenges, and legal pathways for UN investigative mechanisms* (2024), <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2024/09/research-paper-documenting-reproductive-violence-unveiling-opportunities-challenges-and-legal-pathways-for-un-investigative-mechanisms>

Panorama en México

¿Cómo ha sido abordada la VOB en México?

El concepto de VOB surgió en América Latina a comienzos de los años 2000, impulsado por organizaciones de la sociedad civil y movimientos feministas.² En 2007, Venezuela fue el primer país en incorporar la VOB como delito en su Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, disposición que sirvió de referencia para debates legislativos en toda la región.³ Este cambio legal también planteó una pregunta clave: ¿es posible erradicar un problema estructural mediante el castigo penal?

En México, la incorporación de la violencia obstétrica en el marco normativo fue impulsada por feministas locales, y en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Veracruz fue donde el término se reconoció por primera vez. Desde entonces, 29 entidades federativas lo han incluido en sus marcos normativos, con definiciones distintas.

En el ámbito judicial, se estableció un precedente emblemático en 2021, cuando la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió el primer caso de VOB. En la sentencia del Amparo en Revisión 1064/2019, la Corte analizó el caso de Sandra —acompañado por GIRE—, quien fue víctima de una esterilización no consentida, y reconoció, con base en estándares nacionales e internacionales,⁴ que la VOB es una forma de violencia institucional y de género.

Una de las reacciones frente a la violencia obstétrica ha sido su tipificación en los códigos penales; sin embargo, el desafío actual es evitar que esta vía se considere una solución. GIRE ha insistido en que tipificar la VOB, más que resolver el problema, que es

2 Verónica Esparza, “Violencia obstétrica en América Latina: una historia feminista de reconocimiento y resistencia”, *Animal Político* (10 de noviembre de 2025), <https://grupoanimal.mx/opinion/violencia-obstetrica-america-latina-resistencia-feminista>; C. R Williams, C. Jerez, K. Klein, M. Correa, J. M. Belizan y G. Cormick, “Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth”. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 125, núm. 10, (2018): 1208-1211, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15270>

3 Paola Sesia, “Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma”, en *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, compilado por Patricia Quattrocchi y Natalia Magnone (Universidad Nacional de Lanús, 2020), 4.

4 GIRE, *Paso a paso: decisiones emblemáticas sobre salud reproductiva* (México, 2024), pp. 54-58, <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2024/06/Paso-a-paso.-Decisiones-emblematicas-sobre-salud-reproductiva.pdf>

de carácter estructural, solo lo individualiza. El enfoque punitivo genera resistencia en el personal de salud y favorece la adopción de prácticas defensivas al brindar atención, por temor a enfrentar denuncias o sanciones, lo que puede tener consecuencias negativas para las personas usuarias. Además, esa perspectiva no considera que el personal opera en condiciones que con frecuencia están marcadas por recursos limitados, sobrecarga de trabajo y escasa capacitación.

El hecho de que la VOB persista, en particular en poblaciones en situación de vulnerabilidad, revela los límites de los enfoques centrados en el castigo individual para erradicar este fenómeno. Además, privilegiar la vía penal impide identificar y atender las fallas estructurales del sistema de salud que obstaculizan el acceso de las mujeres y personas gestantes a la salud y la justicia.

¿Qué dicen los datos públicos?

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) es un instrumento quinquenal que permite medir la incidencia de los tipos de violencia hacia las mujeres en diversos ámbitos; entre ellos, la atención obstétrica. De acuerdo con la ENDIREH 2021, **31.4 por ciento de las mujeres que tuvieron partos entre 2016 y 2021 reportó alguna forma de VOB —casi una de cada tres mujeres—**. Esta cifra se redujo apenas dos puntos porcentuales con respecto al periodo de 2011 a 2016 (33.4 %), lo que da cuenta de su persistencia y carácter estructural.

Existe una mayor incidencia entre mujeres menores de 30 años. Por otro lado, al desagregar la información por institución de salud, se observa que las usuarias del IMSS concentran la proporción más alta (39.8 %), mientras que el sector privado registra la más baja (15.1 %). A su vez, según el estado civil, las mujeres sin pareja registran el mayor porcentaje (38.57 %). En los deciles de ingreso más bajos, la cifra ronda 35 por ciento, frente a 18.4 por ciento en el más alto.

Cuando se desagrega por condición de discapacidad o limitación física, se revela una de las brechas interseccionales más pronunciadas. **Las mujeres con discapacidad presentan una mayor incidencia de VOB: 43.9 por ciento la experimentó en su último parto, frente a un 30.4 por ciento de las mujeres sin discapacidad ni limitaciones.** Esta diferencia, de más de trece puntos porcentuales, evidencia que **la discapacidad opera como un marcador de discriminación estructural en los servicios de atención obstétrica.**

Situación de discapacidad o limitación	% de VOB	Diferencia vs. sin discapacidad
Mujer con discapacidad	43.9 %	+13.5 pp
Mujer con limitación	39.4 %	+9.0 pp
Mujer sin discapacidad ni limitación	30.4 %	(referencia)

GIRE, *¿Qué dicen los datos públicos? Radiografía de la violencia obstétrica y la muerte materna* (Ciudad de México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2023).

Al analizar la discapacidad por grupos de edad, se observa que la vulnerabilidad se intensifica en las personas más jóvenes. **Las adolescentes de entre 15 y 19 años con discapacidad presentan la incidencia más alta: 55.4 por ciento, cifra que casi duplica la registrada entre las mujeres de entre 40 y 49 años sin discapacidad (22.3 %).** En el grupo de 20 a 29 años, la proporción alcanza 45.5 por ciento, frente a 33.7 por ciento de sus pares sin discapacidad. **Esto demuestra que la edad y la discapacidad operan de manera acumulativa: ser joven y tener discapacidad aumenta el riesgo de experimentar violencia en la atención obstétrica.**

Grupo de edad	Con discapacidad	Con limitación	Sin discapacidad
15 a 19 años	55.4 %	41.9 %	33.6 %
20 a 29 años	45.5 %	44.2 %	33.7 %
30 a 39 años	42.6 %	37.1 %	27.4 %
40 a 49 años	30.8 %	27.1 %	22.3 %

GIRE, *¿Qué dicen los datos públicos? Radiografía de la violencia obstétrica y la muerte materna* (Ciudad de México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2023).

La segunda forma más frecuente de VOB identificada por la ENDIREH entre las mujeres que experimentaron alguna de sus manifestaciones fue la presión para adoptar algún método anticonceptivo o someterse a una esterilización. Además, estas prácticas mostraron una tendencia al alza: pasaron de 27.7 por ciento en 2016 a 31.5 por ciento en 2021. Entre ellas, la esterilización forzada registró el incremento más alto durante el periodo analizado, lo que constituye una vulneración directa de los derechos reproductivos de las mujeres.

Por otro lado, es especialmente preocupante el incremento en el número de cesáreas. Este aumento se observa al comparar periodos agregados: pasó de 42.8 por ciento en los partos ocurridos entre 2011 y 2016 a 47.4 por ciento entre 2016 y 2021, lo que equivale a un incremento de 4.6 puntos porcentuales —3 718 900 partos—. En 2021, la cifra alcanzó 49.1 por ciento, lo que cuadruplica el rango de entre 10 y 15 por ciento recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las brechas en la incidencia de la VOB en distintas poblaciones en situación de vulnerabilidad **muestran cómo las desigualdades en el acceso a los servicios de salud reflejan y reproducen las desigualdades sociales.** Los resultados de la ENDIREH son claros: **las mujeres y personas con capacidad de gestar que enfrentan mayores condiciones de vulnerabilidad son también quienes experimentan con mayor frecuencia este tipo de violencia en los servicios de salud. Para atender esta brecha se requiere mejorar las condiciones de las instituciones del sistema nacional de salud.** Aproximarse al problema desde una perspectiva interseccional implica considerar alternativas que atiendan estas condiciones en toda su complejidad.

Experiencias: voces del sistema

Los datos de la ENDIREH dan cuenta de la magnitud de la VOB en México, pero no explican los mecanismos que la generan y sostienen. Para ello, es necesario analizar las experiencias tanto de las mujeres que han atravesado estas situaciones como del personal de salud que participa en su reproducción en el marco de dinámicas estructurales del sistema sanitario.

Patrones de violencia obstétrica en casos acompañados

El análisis cualitativo de 64 casos de violencia obstétrica y 12 de muerte materna, acompañados jurídicamente por GIRE, documenta una de las dimensiones más graves de la VOB: las consecuencias derivadas de cadenas de omisiones e insuficiencias institucionales. A partir de estos casos, el Uehiro Institute de la Universidad de Oxford identificó patrones sistemáticos mediante una codificación temática organizada en siete categorías analíticas. La agrupación de los casos según distintos factores de vulnerabilidad permitió observar que su

acumulación incide en la calidad de la atención recibida. Estos hallazgos coinciden con los datos públicos de la ENDIREH en cuanto a la distribución desigual de la VOB.

Las 64 mujeres que experimentaron violencia obstétrica se agruparon en siete perfiles según la intersección de factores de vulnerabilidad: escolaridad básica (26 casos), pertenencia a pueblos indígenas (10), condición de salud preexistente (15), escolaridad básica e indígena (6), escolaridad básica y condición de salud (2), indígena y condición de salud (2) y la combinación de los tres factores (3). **La intersección de estas condiciones se asoció con un aumento de fallas en la atención.**

Entre las mujeres indígenas (N=10), el 100 por ciento de los casos tuvo una respuesta clínica tardía; el 88 por ciento requirió traslado por falta de infraestructura en la unidad de atención primaria; el 63 por ciento obtuvo reconocimiento de la responsabilidad institucional en alguna instancia; y el 88 por ciento se enfrentó a un desplazamiento de la culpa institucional, pues el sistema intentó justificar los daños apelando a factores externos o errores individuales. Este patrón muestra que las mujeres indígenas enfrentan grandes dificultades tanto para recibir una atención oportuna y adecuada como para que se reconozca la responsabilidad institucional cuando sus derechos son vulnerados.

La VOB también se manifestó en el plano afectivo y relacional: 50 por ciento de las mujeres enfrentó abuso físico o emocional, omisiones graves en la comunicación del personal de salud con sus familiares, les fue negado el acceso oportuno a información crítica o se les impidió su participación informada. La mitad de los casos incluyó una transmisión inadecuada de información clínica, lo que afectó la continuidad y calidad de la atención, así como la toma de decisiones oportunas.

Los doce casos de mortalidad materna revelan un patrón recurrente: en 75 por ciento se identificó infraestructura insuficiente; en 67 por ciento, una valoración inadecuada del riesgo; en 58 por ciento, una respuesta clínica tardía; y en 42 por ciento hubo un desplazamiento institucional de la culpa. En los seis casos con mortalidad combinada —madre e hijo o hija— estos factores estuvieron presentes de manera simultánea, en una acumulación de fallas en la atención.

En conjunto, los casos analizados muestran que las mujeres en contextos de mayor vulnerabilidad —con menor escolaridad, pertenecientes a pueblos indígenas o con condiciones de salud preexistentes— enfrentan más obstáculos en la atención. También permiten identificar prácticas institucionales que limitan el acceso a la justicia, como el desplazamiento de la culpa, la pérdida de expedientes, la negativa a entregar información o la presión sobre las familias para que acepten las versiones institucionales sobre los hechos.

Perspectiva del personal de salud

En junio de 2025, GIRE, el Uehiro Institute de la Universidad de Oxford y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM organizaron un taller en el que participaron

39 profesionales de la salud con los siguientes perfiles: ginecobstetras; enfermeras obstétricas y parteras profesionales; enfermeras perinatales especializadas; y tomadoras de decisiones del sector salud. **El objetivo fue abrir un espacio de diálogo interdisciplinario e intersectorial para explorar las perspectivas del activismo, la academia y el personal de salud en relación con la VOB.** Las discusiones permitieron identificar consensos y tensiones sobre cómo el sistema de salud entiende, percibe y reproduce esta violencia.

Las personas participantes coincidieron en definir la VOB como una intersección entre la violencia de género y la violencia institucional. La describieron como **aquella que se ejerce a través de actos u omisiones durante el proceso de atención de la persona gestante y que puede tener repercusiones físicas, psicológicas o sociales en ella e, incluso, en la persona recién nacida.** En particular, el grupo de enfermeras y parteras destacó que la VOB es una experiencia vivida, que tiene raíces profundas en determinantes socioculturales, y que se vincula a conceptos como culpabilización, jerarquía, cuerpo sustraído, vulneración, castigo y despojo.

Al reflexionar sobre la VOB, las personas participantes identificaron tanto aspectos positivos del uso del concepto como riesgos de plantearlo como resultado exclusivo de decisiones individuales. Entre los primeros, destacaron que es un término que permite visibilizar el problema, empoderar a las personas usuarias, impulsar mejoras en la calidad de la atención y avanzar en la garantía de los derechos humanos de las mujeres y personas con capacidad de gestar. En cuanto a los riesgos, señalaron el de criminalizar al personal de salud; el estigma asociado al término —que puede categorizar al personal como violento o negligente, sin reconocer los factores estructurales que condicionan su labor—; la adopción de prácticas defensivas por parte del personal, más orientadas a evitar sanciones que a brindar una atención adecuada; y la invisibilización de la falta de recursos hospitalarios que condiciona la práctica clínica. En este punto, las parteras fueron muy claras al señalar que el sistema de salud limita la posibilidad de nombrar estas prácticas:

“Cuando nombramos la violencia, cuando le hacemos frente, se nos violenta de regreso [el sistema de salud]. Nos pone en un lugar vulnerable entre las mujeres y las instituciones, nos genera frustración y cansancio. La VOB puede ser tan amplia que a las parteras nos vuelve cómplices cuando laboramos dentro de las instituciones. Hacer evidente la VOB y nombrarla es sinónimo de incomodar, ser alarmistas y tiene repercusiones. Cuando las mujeres se atienden con parteras reciben castigos, se radicaliza la violencia hasta el punto de condicionar la atención, se producen diagnósticos equivocados y abordajes inadecuados, incluso asustan a las usuarias hasta el grado de mentir sobre su diagnóstico para culpabilizarlas por atenderse con parteras.” [sic]

Entre las causas estructurales de la VOB identificadas por el propio personal de salud, destacan: la formación deficiente en derechos y perspectiva de género; la falta de conocimiento sobre qué es la VOB; la falta de capacitación para identificar y prevenir la VOB; la poca claridad sobre las funciones de quienes integran los equipos de atención; las lógicas administrativas de productividad, que subordinan las necesidades de las personas usuarias; la sobrecarga de trabajo y el agotamiento del personal; así como la ausencia de mecanismos de evaluación orientados a mejorar la calidad de la atención. En este marco, **en el taller se observó una resistencia importante a tratar la VOB como una responsabilidad individual. Las personas participantes la explicaron más como un fenómeno relacional y sistémico, en el que intervienen actores, instituciones y estructuras, y no como una responsabilidad exclusiva del personal de salud considerado de forma individual.**

A partir de su experiencia, el personal participante formuló propuestas concretas: reformar los planes de estudio para incluir una atención humanizada; impulsar la capacitación continua en habilidades interpersonales y consentimiento informado; integrar equipos multidisciplinarios; homologar protocolos nacionales de atención obstétrica; y diseñar mecanismos de evaluación que midan la calidad además de la productividad. Estas propuestas son relevantes porque dan cuenta de las transformaciones que se consideran viables dentro de las propias instituciones de salud.

Otro hallazgo del taller fue la diferencia de perspectivas en función de los perfiles de las personas participantes. Las ginecobstetras enfatizaron los límites impuestos por la infraestructura y los recursos; las enfermeras y parteras señalaron como una fuente de violencia las jerarquías dentro del equipo de salud; y las tomadoras de decisiones subrayaron la necesidad de establecer indicadores de calidad que superen las métricas de productividad. Más que debilitar el diagnóstico, esta diversidad de miradas muestra que **la VOB es un problema multidimensional y que su abordaje requiere respuestas en varios niveles.**

Hallazgos clave

A partir de distintas fuentes de información y enfoques metodológicos, los hallazgos convergen en tres conclusiones clave:

1. **La VOB es un fenómeno estructural e institucional, no únicamente el resultado de conductas individuales.** Los datos de la ENDIREH muestran que la incidencia de la VOB se mantuvo prácticamente inalterada entre 2016 y 2021, a pesar de que 29 entidades federativas ya la incorporaron a sus leyes de acceso a una vida libre de violencia. Esto sugiere que su incorporación en el marco normativo no se ha traducido en mejoras sostenidas.

A su vez, con el análisis de los 64 casos se observa que las manifestaciones de VOB provienen de cadenas de omisiones institucionales —como respuestas tardías o traslados por falta de infraestructura— y no únicamente de decisiones aisladas de profesionales de la salud. Por su parte, el taller realizado con personal de salud confirma el peso que tiene el diseño institucional en la reproducción de esta violencia. En conjunto, estos elementos indican que su reconocimiento en el marco normativo no es suficiente para atender los factores estructurales que contribuyen a su reproducción.

2. **Las mujeres y personas gestantes que pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad están más expuestas a experimentar VOB.** Las distintas fuentes de información muestran que la atención obstétrica brindada a grupos poblacionales en situación de mayor vulnerabilidad suele ser de menor calidad y en condiciones menos seguras.

Los datos de la ENDIREH evidencian patrones de desigualdad en la atención obstétrica que afectan a diversas poblaciones, asociados a factores como la edad, la discapacidad, el ingreso, el estado civil y la institución de atención. Además, los casos acompañados por GIRE lo confirman con evidencia cualitativa, al identificar que son las mujeres indígenas las más vulnerables a experimentar fallas en la atención clínica durante sus embarazos.

Por su parte, el personal de salud señaló que las mujeres pertenecientes a pueblos indígenas, jóvenes, con discapacidad, en situación de calle o migrantes son quienes están más expuestas a la VOB, debido a la convergencia de prejuicios, barreras lingüísticas, discriminación activa y escasez de recursos especializados para atenderlas. Es decir, la intersección de condiciones de vulnerabilidad conlleva obstáculos concretos en la atención, por lo que las propuestas para abordar la VOB deben incorporar una perspectiva que responda de manera directa a esta realidad estructural.

3. **Las condiciones sistémicas que posibilitan la VOB dificultan el acceso a la justicia.**

Los casos acompañados por GIRE permitieron identificar mecanismos institucionales que impiden la rendición de cuentas: pérdida de expedientes, negativa a entregar información clínica, presión sobre las familias para aceptar las versiones institucionales de los hechos y evasión de la responsabilidad al atribuir la culpa a factores externos. Dentro del sistema de salud, las parteras y enfermeras obstétricas que participaron en el taller de diálogo señalaron que existen represalias cuando se habla de VOB y que ese es uno de los muchos factores que limitan visibilizar las fallas en la atención. Ambas fuentes de información muestran que las barreras para acceder a la justicia son parte fundamental de este fenómeno, favorecen su reproducción y tienen consecuencias más graves en las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.

Recomendaciones de política pública

Las siguientes recomendaciones derivan del análisis conjunto de la evidencia estadística, los casos acompañados y las perspectivas del personal de salud. Su objetivo es transformar las condiciones estructurales en las que se produce la VOB.

1. Formación y práctica en la atención obstétrica

La formación del personal de salud es una de las áreas más urgentes de intervención. El taller con el personal de salud reveló la ausencia de herramientas teóricas y prácticas que permitan garantizar partos respetados y una atención humanizada. Las personas participantes indicaron la necesidad de modificar los planes curriculares para incluir estos temas —tanto en la formación básica como en la especializada—, así como de impulsar capacitaciones continuas en habilidades interpersonales en la atención de la salud y el consentimiento informado. Sobre la experiencia práctica, señalaron que quienes estudian o hacen su residencia y conocen las recomendaciones actuales sobre el parto respetado y la atención humanizada nunca las han visto implementadas, lo que dificulta su aplicación. Esta distancia entre el conocimiento teórico y la práctica clínica contribuye a reproducir patrones que la evidencia documenta como causas de VOB.

En este sentido, se recomienda incorporar en los planes de estudio de medicina, enfermería y partería, de manera obligatoria, contenidos sobre atención del parto humanizado y respetado, violencia de género como problema de salud, derechos reproductivos, bioética y marcos normativos de derechos humanos.⁵ Asimismo, es necesario erradicar las violencias que ocurren durante la formación de estudiantes y residentes, ya que reproducen jerarquías que más adelante afectan la calidad de la atención de las personas usuarias. Para el caso del personal que ya ejerce, se recomienda también desarrollar programas de capacitación continua centrados en el consentimiento informado y las habilidades socioemocionales.

2. Condiciones del sistema de salud

La evidencia estadística, los casos acompañados y la perspectiva del personal de salud coinciden en que las condiciones materiales e institucionales en las que opera el sistema de salud son causas directas de la VOB. El agotamiento del personal, la escasez de insumos, la saturación hospitalaria y la falta de infraestructura contribuyen a su producción.

⁵ GIRE realizó un análisis preliminar de los planes de estudio de la carrera de Medicina en las universidades públicas con mayor número de estudiantes. En los programas de las asignaturas de Bioética y Ética Médica no se encontraron referencias específicas al tema de violencia obstétrica.

En este sentido, se recomienda garantizar la disponibilidad de personal suficiente, así como de insumos y equipo médico adecuados en todas las unidades de atención obstétrica, en especial en las del primer nivel y en las que atienden a poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad. La reducción de la carga de trabajo es una condición necesaria para que el personal pueda ofrecer una atención de calidad. El agotamiento, identificado por el propio personal como una de las causas estructurales de la VOB, no puede resolverse mediante capacitaciones aisladas si las condiciones laborales no se modifican. A su vez, es necesario reorientar los modelos de atención hospitalaria para que dejen de organizarse en torno a la productividad y se centren en los resultados de salud y en la experiencia de las personas usuarias.

Por último, se deben fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención para garantizar que las mujeres no sean trasladadas sin dar seguimiento, información ni continuidad a su caso. La fragmentación de los servicios genera vacíos en los que la violencia puede instalarse.

3. Organización institucional de la atención

Más allá de las condiciones materiales, la forma en que se organiza la atención dentro de las instituciones determina en gran medida la presencia o prevención de la VOB. La falta de claridad en las funciones, la ausencia de planeación frente a emergencias obstétricas y la inexistencia de mecanismos de supervisión orientados a la calidad son algunos de los factores institucionales que contribuyen a su reproducción.

Se recomienda homologar los protocolos nacionales de atención obstétrica según las recomendaciones actualizadas de la OMS, OPS y la Secretaría de Salud, así como asegurar su aplicación efectiva en los servicios hospitalarios. Durante el taller con el personal de salud se identificó que, en México, el avance en el desarrollo de guías de práctica clínica y lineamientos no ha derivado en su implementación. También deben establecerse rutas claras para la atención de emergencias obstétricas, con criterios de priorización explícitos. Por último, herramientas como el plan de parto —elaborado de manera conjunta entre la mujer y los clubes de embarazo—, con contenidos orientados al empoderamiento de las personas usuarias, contribuyen a transformar la relación unidireccional de la atención en una participación informada, lo cual a su vez puede modificar los modelos de atención institucionales.

4. Evaluación, rendición de cuentas y acceso a la información

Se recomienda implementar mecanismos eficaces para evaluar la calidad de la atención obstétrica que vayan más allá de las métricas de productividad, como encuestas de salida,

indicadores de satisfacción y resultados, así como la figura de la persona testigo proactivo para el monitoreo interno. Estos instrumentos deben producir información que sea analizada de manera periódica en los comités hospitalarios y que derive en acciones concretas y documentadas.

En materia de acceso a la información, se debe garantizar el acceso a los expedientes clínicos completos y establecer procedimientos claros, accesibles y no punitivos para atender las quejas administrativas. Estos mecanismos tienen que ser comprensibles para las mujeres y personas gestantes y sus familias, y orientarse a identificar responsabilidades institucionales y a prevenir la repetición de los hechos. También se recomienda fortalecer las vías administrativas y jurisdiccionales —no penales— para la rendición de cuentas, de modo que las investigaciones sobre vulneraciones de derechos durante el parto puedan identificar las fallas del sistema y no se limiten a la persecución de profesionales.

5. Enfoque interseccional en la atención

La evidencia muestra que las desigualdades estructurales del sistema de salud reflejan y reproducen desigualdades sociales más amplias. Dado que quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad enfrentan las formas más graves y frecuentes de violencia, se recomienda implementar estrategias diferenciadas. En el caso de las mujeres indígenas, esto implica garantizar la disponibilidad de intérpretes y personal con competencia intercultural, facilitar el uso de sus lenguas en todos los momentos de la atención e incorporar a parteras interculturales en las unidades que atienden a esta población. Para las mujeres con discapacidad, es necesario adaptar los protocolos de consentimiento informado y comunicación a sus necesidades específicas. El enfoque interseccional debe incorporarse como eje transversal obligatorio en los modelos de atención, los planes de formación del personal y los mecanismos de evaluación.

6. Enfoque de política pública: más allá de la penalización

El análisis de las tres fuentes de evidencia muestra que recurrir a la penalización de la VOB como estrategia principal para combatirla es insuficiente y tiene efectos contraproducentes. El taller con personal de salud mostró una resistencia a entender la VOB como una responsabilidad individual. La criminalización estigmatiza al personal que intenta nombrar el problema y contribuye a invisibilizar las fallas estructurales del sistema. En este sentido, la política pública debe apostar por transformar las condiciones estructurales que hacen posible este tipo de violencia.

Se recomienda avanzar hacia marcos normativos orientados al parto humanizado, que establezcan obligaciones claras para las instituciones en relación con los derechos

de las personas gestantes. Estos marcos deben acompañarse de la armonización de las políticas internas de las instituciones de salud con la normativa vigente a escala nacional e internacional. Por último, se debe dar prioridad a los mecanismos de monitoreo continuo que permitan evaluar el impacto de las políticas públicas implementadas y mantener actualizado el diagnóstico que las sustenta.

Fuentes consultadas

- GIRE. *¿Qué dicen los datos públicos? Radiografía de la violencia obstétrica y la muerte materna*. Ciudad de México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2023.
- Alton, Emilia. *Reporte de casos: análisis cualitativo de 64 casos de violencia obstétrica acompañados*. Ciudad de México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2025.
- Colmena Consultoras / GIRE / Universidad de Oxford/Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. *Resultados del taller Violencia obstétrica. Diálogos interdisciplinarios entre academia, activismos y profesionales del cuidado*. Ciudad de México, 2025.

El Grupo de Información en Reproducción Elegida, el Uehiro Oxford Institute de la Universidad de Oxford y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM alientan la distribución pública del presente informe y los datos de esta investigación, siempre que se reconozca su autoría. Este informe no debe utilizarse con fines comerciales; su difusión es gratuita.

Forma sugerida de citar: Alarcón Acosta, Irékani, Esparza Pérez, Verónica y Palacios-González, César. (2026). *La violencia obstétrica en tres dimensiones: Datos, voces y prácticas*. GIRE, Uehiro Oxford Institute e Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

Fecha de elaboración: junio de 2026.

