

Selene Saucedo Palomares

Licenciada en Derecho (UANL),
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1525-9270>.
E-mail: selenesaucedopalomares@gmail.com.

Amalia Guillen Gaytán

PhD en Administración (UANL). Profesora.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8400-3003>.
E-mail: aguillen77@yahoo.com.

David E. Castillo Martínez

Doctor en Constitucional (UANL). Profesor investigador (UANL).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1453-4647>.
E-mail: dacaz87@hotmail.com.

Resumen: El presente artículo tiene como objetivo analizar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y de género que afecta a mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio en México, identificando sus causas estructurales, sus manifestaciones específicas y sus implicaciones en los derechos humanos y la salud pública. La metodología empleada fue la investigación documental, basada en la revisión y análisis crítico de fuentes secundarias como artículos científicos, informes de organismos internacionales (OMS, GIRE), estadísticas oficiales y marcos normativos nacionales. Este enfoque permitió construir un marco teórico actualizado sobre la violencia obstétrica y su contexto histórico, así como sistematizar los tipos de prácticas identificadas como violatorias de los derechos reproductivos. Entre los principales resultados, se identificaron tres formas predominantes de violencia obstétrica: física (cesáreas y episiotomías injustificadas), psicológica (trato humillante o infantilizante), e institucional (falta de consentimiento informado). Asimismo, se reconoce que estas prácticas afectan con mayor severidad a mujeres indígenas, rurales o en situación de vulnerabilidad social. También se observó que, pese a algunos avances legislativos, persiste una resistencia institucional y médica para su reconocimiento y sanción efectiva. Se destaca la necesidad urgente de transformar el sistema de salud mexicano, integrando un enfoque de género, derechos humanos y atención humanizada al parto. Erradicar la violencia obstétrica exige reformas estructurales, capacitación al personal sanitario y protocolos claros que garanticen el respeto a la dignidad y autonomía de todas las mujeres.

Palabras clave: Violencia. Mujeres. Obstetrician. México.

Resumo: O presente artigo tem como objetivo analisar a violência obstétrica como uma forma de violência institucional e de gênero que afeta mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério no México, identificando suas causas estruturais, manifestações específicas e implicações para os direitos humanos e a saúde pública. A metodologia empregada foi a pesquisa documental, baseada na revisão e análise crítica de fontes secundárias, como artigos científicos, relatórios de organismos internacionais (OMS, GIRE), estatísticas oficiais e marcos normativos nacionais. Esse enfoque permitiu construir um marco teórico atualizado sobre a violência obstétrica e seu contexto histórico, bem como sistematizar os tipos de práticas identificadas como violadoras dos direitos reprodutivos. Entre os principais resultados, foram identificadas três formas predominantes de violência obstétrica: física (cesarianas e episiotomias injustificadas), psicológica (tratamento humilhante ou infantilizador) e institucional (ausência de consentimento informado). Verificou-se também que essas práticas afetam com maior gravidade mulheres indígenas, rurais ou em situação de vulnerabilidade social. Apesar de alguns avanços legislativos, persiste uma resistência institucional e médica em reconhecer e sancionar efetivamente tais condutas. Destaca-se a necessidade urgente de transformar o sistema de saúde mexicano, integrando uma perspectiva de gênero, direitos humanos e atenção humanizada ao parto. Erradicar a violência obstétrica requer reformas estruturais, capacitação do pessoal de saúde e protocolos claros que assegurem o respeito à dignidade e à autonomia de todas as mulheres.

Palavras-chave: Violência. Mulheres. Obstetrícia. México.

Introducción

La violencia obstétrica es una forma de violencia institucional y de género que afecta a mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. Esta violencia puede adoptar múltiples formas, como el maltrato físico o verbal, la realización de prácticas invasivas sin justificación médica o consentimiento, la negación de atención o información adecuada, y el irrespeto a la autonomía corporal y reproductiva de las mujeres. Aunque ha sido reconocida como una violación a los derechos humanos, su práctica persiste en muchas instituciones de salud en México.

Este artículo tiene como objetivo analizar el fenómeno de la violencia obstétrica desde una perspectiva multidisciplinaria, considerando sus causas estructurales, su contexto histórico, su tipología y las implicaciones en la salud pública y los derechos de las mujeres.

Contexto histórico

La atención al parto ha vivido un proceso de transformación significativo a lo largo del tiempo. En civilizaciones antiguas, el nacimiento estaba íntimamente relacionado con lo femenino y lo colectivo, siendo apoyado por mujeres sabias, parteras o comadronas que tenían conocimientos prácticos que se pasaban de generación en generación.

Para el siglo XVII, se instauró una perspectiva biomédica del proceso de parto, en parte debido a la necesidad de disminuir la alta mortalidad materna, que se creía podía ser reducida a través de un enfoque médico más técnico. Según *Gutiérrez-Ramos (2024)*, “el progreso de la medicina desde tiempos antiguos, especialmente con los conocimientos adquiridos del oriente en la Edad Media, permitió que en el siglo XVII se considerara el proceso del parto desde un enfoque biomédico, probablemente como resultado de las muertes maternas o por condiciones que podían ser tratadas por los médicos de esa época”.

Durante gran parte del siglo XX, el parto en México pasó de ser una experiencia íntima, acompañada por parteras tradicionales en el hogar, a convertirse en un evento medicalizado dentro del ámbito hospitalario. Esta transformación fue impulsada por políticas públicas de salud que buscaban reducir la mortalidad materna, promoviendo la atención institucional del parto.

Sin embargo, este proceso también produjo una concentración del poder médico sobre los cuerpos de las mujeres, lo que abrió la puerta a la imposición de protocolos estandarizados, muchas veces alejados de las necesidades individuales de cada paciente.

En la década de 2000, diversos colectivos feministas y organizaciones como GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida) comenzaron a visibilizar la violencia obstétrica como una forma de violencia de género. Aunque la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia fue promulgada en 2007, no incluyó explícitamente la violencia obstétrica.

Fue hasta 2010 que algunos estados comenzaron a reconocer esta forma de violencia en su legislación, como Veracruz, impulsando reformas locales y federales. No obstante, aún persiste una resistencia importante en sectores del gremio médico y en instituciones de salud.

Los registros de organizaciones civiles muestran que las mujeres más afectadas por esta violencia son aquellas en situación de vulnerabilidad social: mujeres indígenas, rurales, migrantes o en condiciones de pobreza.

Método de investigación

La estrategia de metodología utilizada para la construcción de este texto fue el Método de investigación documental, incluye varias fuentes de información; académicas, antecedentes, estadísticas recolectadas por distintos grupos de investigación, y datos oficiales por parte del “Gobierno de México”. Esta metodología de la investigación consiste en la búsqueda, recopilación, análisis e interpretación de información contenida en documentos, ya sean impresos o digitales. Normalmente se utiliza para construir un marco teórico, analizar antecedentes, sustentar hipótesis o comparar enfoques existentes.

¿Qué es la violencia obstétrica?

La violencia obstétrica es una modalidad específica de violencia ejercida por profesionales de la salud, como médicos y personal de enfermería, hacia mujeres embarazadas, en trabajo de parto o durante el puerperio. Esta violencia vulnera sus derechos sexuales y reproductivos, y refleja dinámicas de poder asimétricas entre el sistema médico y las usuarias.

No se trata únicamente de actos explícitamente violentos, sino también de prácticas que han sido normalizadas dentro del ámbito médico, como la medicalización excesiva del parto, la cesárea innecesaria, o la falta de información clara y accesible sobre los procedimientos.

En México, se estima que de los 3.7 millones de mujeres a quienes se les realizó una cesárea, el 10.3% no fue informada de las razones para su realización, y el 9.7% no fue consultada ni dio su consentimiento para el procedimiento. Esto representa una alarmante violación al derecho a la autonomía corporal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado que todas las mujeres tienen derecho a recibir atención médica respetuosa, digna y libre de violencia. No obstante, en la práctica, muchas mujeres relatan experiencias marcadas por el maltrato, la falta de privacidad, la imposición de procedimientos, y la negligencia médica.

Estas prácticas no solo vulneran derechos fundamentales, sino que también generan desconfianza hacia el sistema de salud y pueden tener efectos físicos, psicológicos y emocionales duraderos.

De acuerdo con datos del INEGI, en México, del total de mujeres de 15 a 49 años (7.8 millones) que tuvieron una hija o hijo entre 2016 y 2021, 31.4% (2.5 millones de mujeres) vivió algún tipo de maltrato durante su atención obstétrica (Figura 1).

Las mayores prevalencias de esta violencia se reportan en: San Luis (38.9%), Tlaxcala (38.5%), Ciudad de México (38.4%), Querétaro (38.4%) y Morelos (37.5%).

De esta misma manera, el INEGI documentó cómo estas prácticas persisten y se han transformado a lo largo del tiempo. El análisis se centro en tres manifestaciones de violencia obstétrica: maltrato general, abuso físico o psicológico y realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado, distinguiendo su incidencia según el tipo de nacimiento (parto o cesárea). Estos datos evidencian que las cesáreas concentran mayores niveles de maltrato obstétrico, lo cual esta tendencia sugiere posibles violaciones a la autonomía corporal de las mujeres (Figura 2).

El maltrato obstétrico, además de ser violencia de género, también es una violencia institucional ejercida predominantemente por personal médico y de enfermería. De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares llevada a cabo por el INEGI (2021), entre las cinco principales situaciones de violencia hacia las mujeres se destacan: los gritos o regaños hacia ellas; la presión para imponer un método anticonceptivo o realizar operación para no tener más hijos; ser ignorada cuando se pregunta acerca del parto o su bebé; hacerle cesárea sin consentimiento; así como falta de información sobre el por qué era necesario hacer la cesárea (Figura 3).

Al desagregar la información por grupos de edad, se identifican patrones diferenciados en la prevalencia de violencia obstétrica. Las mujeres más jóvenes (de 15 a 24 años) reportan niveles más altos de maltrato obstétrico en ambos periodos (37.7% en 2016 y 35.5% en 2021), en contraste con los grupos de mayor edad. A pesar de que se observa una disminución leve en todas las categorías, las cifras siguen siendo preocupantes: en 2021, el 31.4% de las mujeres de 25 a 34 años y el 25.8% de las de 35 a 49 años también reportaron haber vivido alguna forma de violencia durante la atención obstétrica (Figura 4).

Tipos de violencia obstétrica

Durante la atención obstétrica, las mujeres pueden experimentar diversas formas de violencia que atentan contra su dignidad, su autonomía y su integridad física y emocional. Estas prácticas incluyen el maltrato físico, como golpes o empujones; el abuso verbal y las humillaciones, expresados en gritos u ofensas; la aplicación de prácticas médicas autoritarias, como la imposición de métodos anticonceptivos o la realización de cesáreas sin una indicación clínica adecuada; la

violación de la confidencialidad, mediante la divulgación de información personal; la obtención de consentimientos forzados o desinformados, cuando se pide a la paciente que firme documentos sin una explicación clara y completa de los procedimientos; la negación de tratamientos esenciales para la salud de la gestante; y la retención de mujeres o recién nacidos por incapacidad de pago, situación en la cual se impide la salida del hospital hasta que se cubra una deuda. Estas manifestaciones configuran un problema estructural que refleja desigualdades de género y prácticas institucionales arraigadas.

La violencia física en el ámbito obstétrico se expresa mediante prácticas invasivas no justificadas, como episiotomías innecesarias, cesáreas sin fundamento clínico y maniobras agresivas como la maniobra de Kristeller. Este tipo de intervenciones, ampliamente documentadas en América Latina, tienen efectos dañinos tanto físicos como emocionales y se relacionan con experiencias traumáticas durante el parto, incluida la depresión posparto.

La violencia psicológica se manifiesta a través de tratos humillantes o infantilizantes, insultos y formas de deshumanización durante el parto. Su incidencia es mayor en contextos donde las pacientes pertenecen a grupos vulnerables, como mujeres indígenas, adolescentes o mujeres de escasos recursos, lo que refleja cómo las desigualdades sociales y culturales intensifican la exposición a esta forma de violencia.

La violencia institucional ocurre cuando se niega o limita el derecho de la mujer a recibir información clara y suficiente sobre su estado de salud y los procedimientos a los que será sometida, o cuando se realizan intervenciones sin explicar riesgos, beneficios o alternativas. Esta forma de violencia está vinculada al funcionamiento de los servicios de salud y a prácticas que obstaculizan el ejercicio pleno del consentimiento informado.

La violencia simbólica se expresa cuando se desvaloriza la opinión de la mujer, se imponen decisiones médicas sin una explicación adecuada o se ofrece un trato que refuerza su subordinación. Esta modalidad opera de forma sutil, a través de normas y prácticas que naturalizan la desigualdad y consolidan el control médico sobre el cuerpo femenino, reproduciendo estereotipos y estructuras jerárquicas que limitan la autonomía de las pacientes.

Causas estructurales y culturales

La violencia obstétrica no puede ser entendida únicamente como un problema individual, ya que surge de dinámicas estructurales más amplias profundamente arraigadas en el sistema de salud y en la cultura médica. Entre estas dinámicas se encuentra la falta de formación del personal de salud en derechos humanos y en enfoques de atención humanizada del parto, lo que limita la capacidad de reconocer a la gestante como sujeto de derechos y no solo como paciente pasiva. También se observa la normalización de prácticas médicas invasivas que se aplican de manera rutinaria, incluso cuando no existe justificación clínica, configurando un modelo de atención intervencionista que prioriza la técnica sobre la experiencia de la mujer.

A estas condiciones se suman las precariedades presentes en hospitales públicos, donde la sobrecarga de trabajo, la falta de insumos y la escasez de personal dificultan la prestación de una atención respetuosa y adecuada. Estas deficiencias estructurales se entrelazan con las desigualdades de género y las jerarquías profesionales, que perpetúan relaciones asimétricas en las que la voz de la mujer es relegada frente a la autoridad médica. Además, la ausencia de protocolos específicos para prevenir la violencia obstétrica contribuye a mantener un entorno en el que estas prácticas se reproducen sin mecanismos de control ni sanción.

El conjunto de estos factores crea un escenario en el cual el cuerpo de la mujer es tratado como un objeto de intervención técnica, perdiendo agencia y protagonismo dentro del proceso reproductivo. La atención obstétrica, en lugar de centrarse en las necesidades, decisiones y bienestar de la gestante, termina reforzando estructuras de poder que limitan su autonomía y vulneran sus derechos.

Impacto (físico, psicológico y legal) en las mujeres de México

Impacto físico

La violencia obstétrica, en este caso física *“se configura cuando se le realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o cuando se respeten los tiempos, ni la posibilidad del parto biológico”* (Medina, 2009).

Esto puede afectar en distintos sentidos vivir plenamente a la mujer que se encuentra en periodo gestacional. Una etapa que debería ser llevada a cabo con tranquilidad y cuidados necesarios puede verse opacada por situaciones en las que el personal médico incurre en acciones que ponen en riesgo la salud física de la paciente, como por ejemplo, la realización de intervenciones quirúrgicas innecesarias; la imposición de métodos anticonceptivos sin indicación médica o consentimiento informado; o llevar a cabo el parto en *“posición de litotomía”*, la cual si bien es la posición más utilizada para que la mujer dé a luz, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta no mejora los resultados obstétricos y van en contra del bienestar de la parturienta.

Respecto a la última, la posición de litotomía es la postura en la que la mujer se encuentra recostada con las piernas suspendidas al momento de dar a luz; comúnmente es la postura más aplicada durante el parto. Históricamente, se adoptó para que el personal médico tuviera mejor comodidad y poder facilitar la monitorización del feto, sin embargo, al ser una posición en la que la parturienta se encuentra en posición horizontal mientras realiza labores de parto, puede provocar que se prolongue el tiempo de las labores, que aumente el dolor e incluso puede provocar que se realicen intervenciones como episiotomías.

La episiotomía es *“una incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del periodo expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí. Este procedimiento se realiza con tijera o bisturí y debe repararse por medio de una sutura”* (Thacker, 1983 citado por Carroli y Belizán, 2008).

De acuerdo con el Stanford Medicine Children’s Health (s/f), derivado de este procedimiento quirúrgico pueden llegar a surgir complicaciones como, por ejemplo, sangrado; desgarro que puede llegar incluso más allá de la incisión; dolor perineal; hematoma perineal e incluso consecuencias más graves como una infección.

El impacto físico de procedimientos como la episiotomía, cuando se realiza durante el trabajo de parto sin el consentimiento informado de la paciente, trasciende el momento de la intervención o el periodo inmediato de recuperación. Esta incisión en el periné, destinada a facilitar la salida del feto, puede comprometer significativamente la vida sexual y emocional de la mujer.

Entre las consecuencias físicas más frecuentes se encuentran el dolor durante las relaciones sexuales, una mayor vulnerabilidad a infecciones e incluso la aparición de inseguridades relacionadas con su cuerpo. Estos efectos no solo afectan su bienestar físico, sino que también inciden en su salud mental y en su derecho a la salud sexual y reproductiva.

Otro tipo de procedimientos que genera cuestionamiento es la realización de cesárea sin justificación médica, particularmente cuando el trabajo de parto evoluciona de manera natural, representa una intervención innecesaria que atenta contra la autonomía de la mujer y su derecho a un parto respetado.

“Por el contrario, cuando se utiliza la cesárea sin las indicaciones correctas, los riesgos sobrepasan los beneficios y se transgreden los derechos reproductivos de las mujeres” (Lamadrid-Figueroa; Suárez López; González-Hernández, 2021).

En México, la NOM-007-SSA2-2016 establece las medidas que deben llevarse a cabo para que la mujer embarazada sea sometida a cesárea en dado caso de que se deba realizar el procedimiento, es decir, que exista indicación médica justificada. Esto tiene como objetivo reducir el uso rutinario o por conveniencia de las cesáreas.

En esta se destaca el punto 5.5.20.5 que menciona: *“En caso de realizar la operación cesárea, es necesario registrar con detalle en el expediente clínico los diagnósticos que condujeron a dicho procedimiento quirúrgico, y el o los profesionales de la salud responsables de la decisión”* (DOF, 2016).

Esto refuerza la necesidad de prevenir la violencia en el ámbito obstétrico, puesto que el registro minucioso de los diagnósticos que respaldan una cesárea, así como la identificación del personal a cargo, ayuda a evitar procedimientos innecesarios, arbitrarios o que carezcan del consentimiento informado. Esta acción tiene como objetivo asegurar que la cesárea se tome como una decisión médica fundamentada y no como una opción que se imponga por la conveniencia del personal o por costumbres institucionales establecidas. En el ámbito de la violencia obstétrica, donde muchas mujeres han manifestado haber sido sometidas a cesáreas sin justificación adecuada o sin una explicación clara, este aspecto de la NOM-007-SSA2-2016 se convierte en una herramienta esencial para demandar responsabilidad, transparencia y la protección de los derechos reproductivos de las mujeres.

Al igual que el procedimiento de episiotomía, cuando se pone en práctica sin consentimiento informado, constituye una forma de violencia obstétrica, al someter a la paciente a un procedimiento quirúrgico mayor con riesgos físicos, emocionales y reproductivos.

Otro de los procedimientos que vulneran los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y que se realizan durante el posparto inmediato es la imposición de métodos anticonceptivos o la esterilización forzada sin el consentimiento libre, previo e informado. Esta práctica representa una grave transgresión a la autonomía corporal, al impedir que las mujeres tomen decisiones conscientes y voluntarias sobre su salud reproductiva.

Ante esto, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) en su artículo 16° establece que los Estados tienen como obligación eliminar cualquier tipo de discriminación contra la mujer en contextos de matrimonio y relaciones familiares para asegurar las condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. Dentro de este mismo artículo se aborda el derecho de la mujer a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos, así como a tener acceso a la información, educación y medios que les permitan ejercer este derecho.

Asimismo, dentro de la NOM-007-SAA2-2016 en el numeral 5.3.1.10 establece que el personal de salud tiene como obligación:

Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos, así como proporcionar la oferta sistemática de éstos conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencia, de esta Norma, así como establecer mecanismos efectivos para la referencia y atención de la anticoncepción post-evento obstétrico, de preferencia en el post-parto o post-aborto inmediato y antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que durante su control prenatal y su atención del parto expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo. (DOF, 2016).

Lo anterior demuestra que el Estado mexicano ha establecido obligaciones normativas fundamentales para garantizar el acceso oportuno e informado a métodos anticonceptivos. Además de la provisión sistemática de información clara y completa, se incluye la implementación de mecanismos eficaces de referencia y atención, particularmente en el postparto o postaborto inmediato y antes del alta hospitalaria, siempre y cuando la mujer haya manifestado durante el control prenatal o la atención del parto su deseo de adoptar algún método anticonceptivo. Este lineamiento es de gran relevancia, ya que tiene como objetivo principal asegurar que las decisiones reproductivas de la paciente sean reconocidas y respetadas, salvaguardando su autonomía durante todo el proceso obstétrico.

La imposición de métodos anticonceptivos o la realización de procedimientos de esterilización sin el consentimiento libre, previo e informado, o sin causa médica debidamente justificada, constituye una violación directa al derecho de planificación familiar consagrado en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Impacto psicológico

Antes, durante y después del parto la mujer se encuentra en un estado de vulnerabilidad en el que enfrentarse a tratos deshumanizantes, faltas de cuidado, abusos verbales, humillaciones, uso abusivo de autoridad o negación de información solo por mencionar algunos puede llegar a generar repercusiones en su salud mental.

Entre las consecuencias psicológicas que recaen sobre la mujer a causa de exponerse a malos tratos por parte del personal médico están la ansiedad, estrés postraumático y la depresión postparto.

Rodríguez (2024), menciona que la depresión postparto es *“una forma grave de depresión que ocurre después de nacimiento del bebé, también está estrechamente relacionada con la violencia obstétrica, esta condición puede implicar emociones duraderas de tristeza, desánimo y una disminución en el interés por actividades que previamente eran disfrutables”*.

La probabilidad de que una mujer padezca de depresión postparto se incrementa si durante el periodo gestacional sufrió de violencia obstétrica, ya que como se mencionaba anteriormente, durante este periodo la mujer se encuentra en un periodo de vulnerabilidad.

Es importante agregar, que las mujeres que han sufrido este tipo de violencia pueden desarrollar el denominado trastorno de estrés postraumático (TEPT) Farres (2025) ante esto comenta: *“puede manifestarse a través de síntomas como pesadillas, ansiedad, cambios de humor, insomnio, hipervigilancia, recuerdos intrusivos del trauma, así como evitación de lugares o personas asociadas al evento vivido”* (Farres, 2025).

El impacto psicológico de estas situaciones no debe ser subestimado, ya que la ansiedad, la depresión tras el parto y el trastorno de estrés postraumático no son solo términos clínicos: son experiencias reales que afectan la relación con el hijo, la autovaloración de la madre, su confianza en el ámbito de la salud y, a veces, su capacidad de sentirse completa o segura nuevamente. Que una mujer experimente su parto con miedo, tenga recuerdos intrusivos, pesadillas, o que simplemente no pueda mencionar ese momento sin desmoronarse, indica que hubo un grave error, y no fue en su cuerpo, sino en el trato de las personas que la rodeaban.

Impacto legal

En México, el primer estado en reconocer el término de violencia obstétrica y tipificar en su Código Penal fue Veracruz. El reconocimiento se llevó a cabo en febrero de 2008 por medio de la publicación de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en la cual se establecía expresamente en el artículo 7 fracción VI que la violencia obstétrica incluye acciones por parte del personal médico al momento de que se apropian del cuerpo y de las decisiones de la mujer durante las diferentes etapas de gestación, lo cual puede verse como un trato deshumanizado junto con intervenciones innecesarias.

Dos años después fue agregado como delito en el Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz, y fue en los artículos 363 y 369 fracción III en los que se establecen las modalidades de comisión del delito, así como la definición, respectivamente.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación emitió en 2021 la resolución del amparo 1064/2019, en el cual se reconoce la violencia obstétrica en relación con el caso de una mujer en las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), quien fue víctima de una esterilización sin previo consentimiento tras haber pasado por un procedimiento de cesárea.

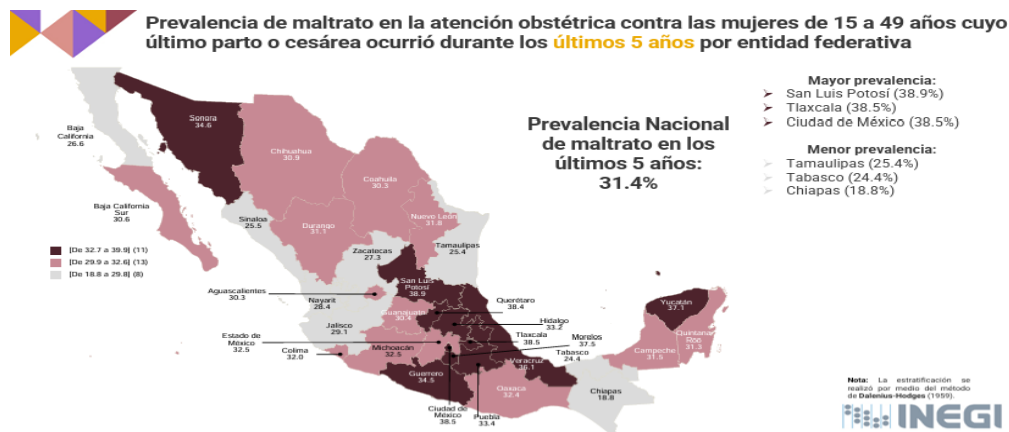
[...] se concluyó que la quejosa fue víctima de violencia obstétrica institucional como una forma de violencia de género expresada a través de un conjunto de prácticas deshumanizantes ejercidas en el ámbito de la salud pública... la Primera Sala ordenó al IMSS elaborar, integrar y difundir una guía integral para prevenir y erradicar conductas generadoras de violencia obstétrica institucional, cuyos ejes de contenido, enunciativa pero no limitativamente, deben centrarse en la perspectiva de género y en la obtención y generación de

un consentimiento libre, pleno, previo e informado de las pacientes sujetas a tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas derivadas de métodos anticonceptivos y planificación familiar. (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2021).

Actualmente en el Código Penal Federal de México no está establecido el delito de violencia obstétrica de manera expresa, solo se menciona una de las maneras en las que puede manifestarse que es por intervención quirúrgica sin consentimiento como lo es la esterilización.

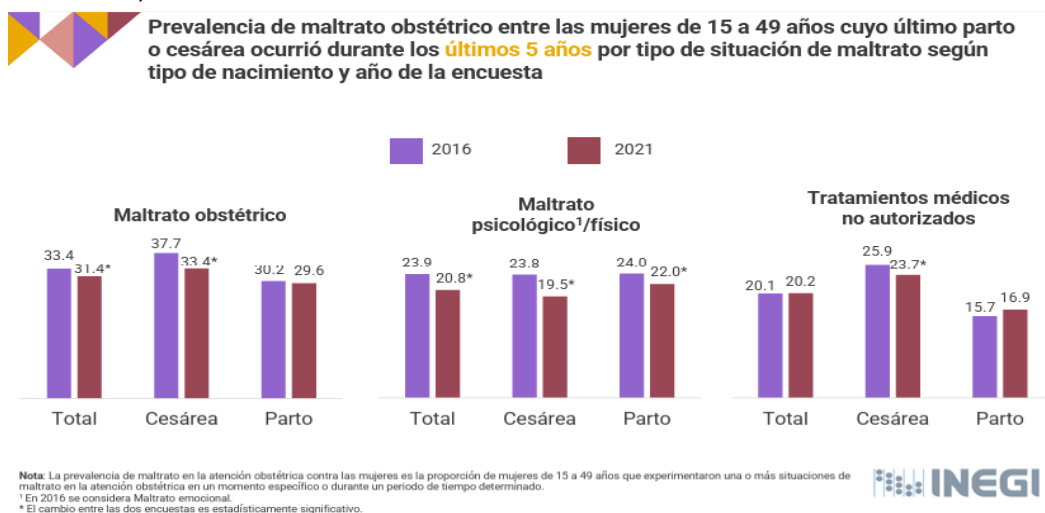
A pesar de los avances legislativos en algunas entidades federativas como Veracruz, la ausencia de una tipificación federal unificada y la falta de mecanismos efectivos de denuncia y reparación para las víctimas perpetúan la impunidad y la normalización de esta violencia. La visibilización y sanción de la violencia obstétrica es una tarea pendiente del Estado mexicano, tanto en lo normativo como en lo cultural.

Figura 1. Gráfico mostrando la prevalencia de maltrato en atención obstétrica contra mujeres en un rango de edad de 15 a 49 años por entidad en México durante 2016-2021.



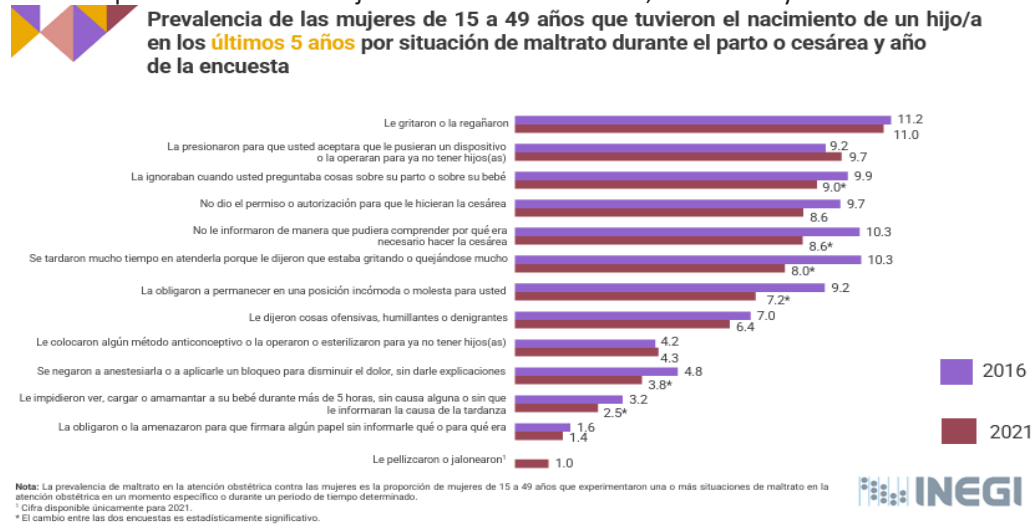
Fuente: (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021).

Figura 2. Gráfico de barras donde se compara la prevalencia de maltrato obstétrico, psicológico/físico, así como tratamientos médicos no autorizados entre 2016 y 2021 según tipo de nacimiento y año de encuesta.



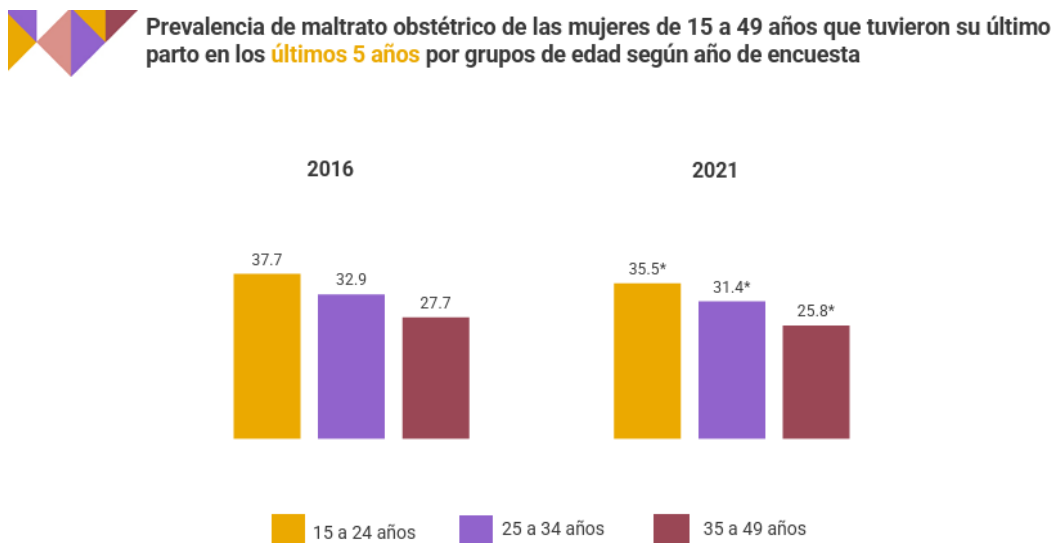
Fuente: (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021).

Figura 3. Gráfico de barras que compara la prevalencia de diversas situaciones de maltrato durante el parto o cesárea en mujeres de entre 15 a 49 años, entre 2016 y 2021.



Fuente: (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021).

Figura 4. Gráfico de barras que muestra la prevalencia de maltrato obstétrico en mujeres de 15 a 49 años, segmentado por grupos de edad y comparando los años 2016 y 2021.



Nota: La prevalencia de maltrato en la atención obstétrica contra las mujeres es la proporción de mujeres de 15 a 49 años que experimentaron una o más situaciones de maltrato en la atención obstétrica en un momento específico o durante un periodo de tiempo determinado.
 * El cambio entre las dos encuestas es estadísticamente significativo.

Fuente: (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021).

Marco legal

Para abordar la violencia obstétrica, resulta fundamental analizar el impacto legal que esta problemática ha tenido en México. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos contempla algunas disposiciones que pueden ser invocadas ante casos de vulneración de derechos durante el embarazo, el parto y el posparto.

En el artículo 1° de la Constitución se establece que en México está prohibida cualquier tipo de discriminación, así mismo, menciona que es obligatoria la garantización de los derechos humanos; además se reconocen los tratados internacionales de los cuales México es parte, son válidos y aplicables en materia de Derechos Humanos.

Este artículo impone a todas las autoridades la responsabilidad de promover, respetar, salvaguardar y garantizar los derechos humanos, lo cual abarca el derecho a la salud, a la integridad personal, a la dignidad humana y a la equidad en el trato. La violencia obstétrica transgrede todas

esas garantías al reducir a las mujeres a meros instrumentos reproductivos, sin reconocer su autonomía, voluntad ni dignidad como personas sujetas de derechos.

El artículo 4 de la CPEUM estipula lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el esparcimiento de sus hijos. (Cámara de Diputados, 2025).

La planificación familiar es un derecho constitucional que ampara tanto a mujeres como a hombres, y cuya garantía implica la obligación del Estado de proporcionar las herramientas necesarias para su ejercicio efectivo. Asimismo, el derecho a la salud- también consagrado en este artículo- es fundamental para el bienestar humano. No solo implica el recibir atención médica por parte de las instituciones públicas y privadas, sino también ser atendido con dignidad, seguridad y respeto.

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud...” (Cámara de diputados, 2025).

La violencia obstétrica es una forma directa de vulnerar tal derecho, ya que se considera un impedimento para que la mujer pueda acceder a un servicio médico digno y de calidad, que es como lo establece el artículo antes mencionado.

En 1998, México ratificó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como “Convención de Belém do Pará”. Este instrumento internacional establece mecanismos jurídicos orientados a la protección y garantía de los derechos humanos de las mujeres.

El artículo 1° de la Convención ofrece una definición amplia y detallada de la violencia contra la mujer. No se limita únicamente a la agresión física, sino que incluye el daño emocional, sexual y psicológico, y reconoce que dicha violencia puede ocurrir tanto en espacios públicos como privados. Esta perspectiva resulta crucial, ya que visibiliza formas de violencia históricamente ignoradas, como aquellas que ocurren en el ámbito familiar o en instituciones como los centros de salud. (Organización de los Estados Americanos,1994)

El artículo 2° de la Convención de Belem do Pará establece los ámbitos en los que puede manifestarse la violencia contra la mujer, destacando su carácter estructural y multidimensional. De acuerdo con esta disposición, la violencia puede presentarse en:

- a) El ámbito doméstico o interpersonal, incluso si ya no existe convivencia;
- b) Espacios públicos o institucionales como escuelas, hospitales u otros entornos de atención; y
- c) Situaciones en las que la violencia es ejercida o tolerada por el Estado o sus agentes, ya sea de manera directa o por omisión. (Organización de los Estados Americanos,1994)

De este modo, se identifica como violencia de género aquella que se manifiesta en contextos institucionales, como hospitales o centros de salud, donde puede emerger la violencia obstétrica. El inciso b) del artículo 2° menciona de forma explícita estos espacios, mientras que el inciso c) establece que el Estado tiene responsabilidad por las acciones que ejerce directamente, sino también por su inacción ante actos de violencia, es decir, cuando permite o tolera su comisión sin intervenir de forma eficaz.

Finalmente, el artículo 7° compromete a los Estados a prevenir, sancionar y erradicar la agresión contra las mujeres. Este deber incluye modificar legislaciones, proteger integralmente a las víctimas, así como garantizar el acceso efectivo a la justicia y compensación. (Organización de los Estados Americanos,1994)

En situaciones de violencia durante el parto, esto significa intervenir contra el abuso en instituciones de salud, penalizar a los culpables y asegurar un trato respetuoso.

Actualmente en México, la violencia obstétrica ha sido reconocida en los marcos legales de todas las entidades federativas, principalmente a través de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y sus respectivas homologaciones estatales. Sin embargo, desde un enfoque penal, solo en once estados se ha tipificado expresamente como delito dentro de sus respectivos Códigos Penales:

1. Aguascalientes: Dentro del artículo 157 Fracciones IX-XII del Código Penal Estatal para el

Estado de Aguascalientes, se establece la responsabilidad médica en caso de incumplir o dejar de realizar actos o protocolos que resulten necesarios para el bienestar de la mujer embarazada durante su periodo de gestación, así como emergencias obstétricas que puedan surgir (Congreso del Estado de Aguascalientes, 2025).

2. Baja California: En el artículo 160 del Código Penal para el Estado de Baja California se establece que el delito de violencia obstétrica es aquel cometido por el personal de salud que realicen alteraciones que produzcan efectos negativos durante el embarazo, parto o puerperio. (Congreso del Estado de Baja California, 2025)
3. Baja California Sur: El Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Baja California Sur establece en su artículo 156 Bis el delito de violencia obstétrica, mientras que en su artículo 156 Ter establece la violencia obstétrica equiparada (Congreso del Estado de Baja California Sur, 2023)
4. Chiapas: El artículo 183 Ter establece el reconocimiento y sanciones aplicadas a las conductas que afecten los procesos reproductivos de una mujer, también en el 183 Quater establece la violencia obstétrica equiparada, así como las respectivas sanciones (Consejería Jurídica del Gobernador, 2023).
5. Estado de México: En el artículo 276 se establecen el delito de violencia obstétrica configurando así los límites impuestos al personal médico y administrativo de las instituciones de salud (Gobierno del Estado de México, 2025).
6. Guerrero: En la fracción III del artículo 203 del Código Penal del Estado Libre y Soberano de Guerrero se brinda la definición del término de violencia obstétrica, en el cual se agregan las acciones y omisiones intencionales por parte del personal de salud (Congreso del Estado de Guerrero, 2023).
7. Morelos: En el artículo 213 del Código Penal para el Estado de Morelos la violencia obstétrica se considera como los maltratos, omisiones e intervenciones médicas innecesarias que perjudican el bienestar de la mujer. (Código Penal para el Estado de Morelos, 2024)
8. Puebla: En el artículo 343 Ter no se establece como tal el término de violencia obstétrica, pero si se menciona una de las formas de dicha violencia, la cual es la esterilización sin previo consentimiento, así como las sanciones que serán impuestas en caso de incurrir en tal delito (Gobierno del Estado de Puebla, 2023).
9. Quintana Roo: Artículo 112 del Código Penal para el Estado libre y soberano de Quintana Roo se establece la violencia obstétrica como aquellas acciones u omisiones que alteren y afecten cualquier etapa gestacional de la mujer (Poder Legislativo del Estado de Quintana Roo, 2025)
10. Veracruz: En el artículo 363 del Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz se establecen que la violencia obstétrica son las conductas que impiden la atención adecuada durante el embarazo, así como las intervenciones innecesarias y en la fracción III se define el término (Congreso del Estado de Veracruz, 2025).
11. Yucatán: En el artículo 243 Quinquies del Código Penal del Estado de Yucatán establece que incurre en violencia obstétrica el personal médico y administrativo que cometa acciones, omisiones y alteraciones que produzcan consecuencias en el cuerpo de la mujer (Congreso del Estado de Yucatán, 2024).

La relevancia de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LAMVLV) recae en que es la ley encargada de proteger y garantizar los derechos humanos de la mujer en México; en ella se reconocen los distintos tipos de violencia de los cuales pueden ser víctimas, así como también obliga al Estado Mexicano a prevenir, sancionar, reparar el daño y crear políticas públicas en pro de las mujeres.

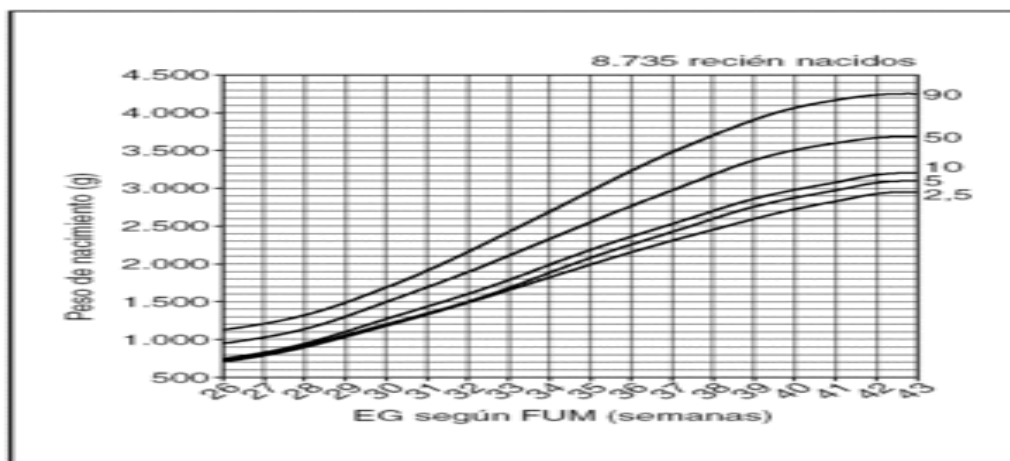
La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia a nivel federal no menciona la violencia obstétrica de manera explícita, sin embargo, en la LAMVLV del Estado de Nuevo León menciona expresamente en su artículo 6° fracción VII Bis que por violencia obstétrica se consideran *“aquellas acciones u omisiones por parte del personal del servicio de salud que perjudique la toma de decisiones sobre el embarazo, el parto o todo aquello relacionado con el embarazo de la mujer”*. (Congreso del Estado de Nuevo León, 2025).

Por otro lado, destaca la “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016” cuyo propósito es establecer los criterios mínimos para la atención médica de la mujer durante el embarazo, el trabajo de parto, el puerperio fisiológico, así como la atención del recién nacido. Esta normativa define los estándares esenciales de calidad, oportunidad y trato digno que deben observar los profesionales del sector salud en México.

Por ejemplo, el punto 5.8.6 de la norma establece que: “Los establecimientos para la atención médica deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Se debe informar diariamente a las embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y de las implicaciones derivadas del uso del biberón y de los sucedáneos de la leche materna o humana” (DOF, 2016). De esta forma, la falta de esta asistencia puede verse como una clase de desinterés por parte de la institución, lo que perjudica el derecho a recibir una atención apropiada y con la información necesaria, impactando tanto a la madre como al bebé.

Es importante mencionar, el punto 5.9.2 que enfatiza lo siguiente: “Al nacimiento, se debe utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar a la persona recién nacida” (DOF, 2016). Esto debido a que, a través de la curva, el equipo médico tiene la capacidad de hacer elecciones clínicas correctas, como admisión a unidades de cuidados intensivos neonatales, seguimiento metabólico, complementación o exámenes adicionales (Figura 5).

Figura 5. Gráfico de percentiles de peso al nacimiento (en gramos) en función de la edad gestacional (en semanas según FUM), que sirve como ejemplo de una curva de crecimiento intrauterino, basado en una muestra de 8, 735 recién nacidos.



Fuente: (Rendón, 2005).

Propuestas de cambio (activismo en las mujeres en México en los últimos años)

A lo largo del tiempo, diversas organizaciones de la sociedad y mujeres activistas han desempeñado un papel crucial en la defensa de los derechos reproductivos de las mujeres. Su labor ha sido fundamental para visibilizar problemáticas históricamente normalizadas por estructuras de desigualdad de género, como la violencia obstétrica y la negación del acceso a servicios de salud reproductiva. Gracias a su incidencia, se ha logrado posicionar esta agenda en el debate público, cuestionando prácticas institucionales que vulneran la autonomía corporal y el derecho a decidir.

Entre las activistas mexicanas más destacadas e influyentes en el tema de derechos sexuales y reproductivos de la mujer se encuentra Marta Lamas. Es una mujer antropóloga, investigadora, profesora de la Universidad Autónoma de México (UNAM) y fundadora del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), la cual es una organización con más de 30 años de experiencia que se ha consolidado como un referente nacional e internacional en la defensa de la justicia reproductiva.

Asimismo, en México existe la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (ANDAR), un colectivo integrado por cinco organizaciones civiles que, en conjunto, trabajan en favor de los

derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Surgida en 2002, su misión ha sido para promover el derecho y acceso al aborto legal; desde entonces, ha trabajado a beneficio de las mujeres y sus derechos reproductivos.

La Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (DDESER) es una asociación fundada en el año 2000, con presencia en 13 estados del país. Su principal objetivo es promover el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos a través de talleres, pláticas, cursos, capacitaciones y la divulgación de información especializada sobre estos temas.

Conclusiones

La violencia obstétrica es una problemática compleja que pone en evidencia las fallas estructurales del sistema de salud mexicano y las profundas desigualdades de género que persisten en nuestra sociedad. A pesar de los avances legislativos y de la creciente visibilidad del tema, aún se requiere un cambio profundo en las prácticas médicas, en la formación del personal de salud y en la conciencia social sobre los derechos de las mujeres. Erradicar la violencia obstétrica implica garantizar el acceso a una atención respetuosa, empática, informada y centrada en la mujer. Es necesario adoptar una perspectiva de derechos humanos y género en la atención médica, donde la dignidad, la autonomía y el bienestar de las mujeres estén en el centro del proceso de parto.

Referencias

AGUASCALIENTES. Congreso del Estado de Aguascalientes. **Código Penal Estatal para el Estado de Aguascalientes**. Aguascalientes, 2025. Última Reforma Publicada En El Periódico Oficial: 28 De Julio De 2025. Código publicado en la Segunda Sección del Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes, el lunes 20 de mayo de 2013. Disponible en: <https://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfArticuladoFast.aspx?q=CDMddE+Bke8KMN205Fd+CjUc23jMymtQWKgUNGLuEfrtnc2q/gbAKcQTktf3zeczrpxwn2D9jzbCXro5PFfzLA==>. Acceso en: 1 dic. 2025.

ARCIPRESTE, E. Anticoncepción forzada en México: ¿Violaciones graves a derechos humanos y retos para la justicia?. Jurídica Ibero. **Revista Semestral del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana**, n. 18, p. 199-214, 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.48102/ji.18.240>. Acceso en: 1 dic. 2025.

BAJA CALIFORNIA SUR. Congreso del Estado de Baja California Sur. **Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Baja California Sur**. La Paz, Fecha de publicación: 30/11/2014. Fecha de última reforma: 21/11/2025. Disponible en: <https://www.cbcs.gob.mx/index.php/cmPLY/1488-codigo-penal-para-el-estado-libre-y-soberano-de-estado-de-baja-california-sur>. Acceso en: 1 dic. 2025.

CHIAPAS. Consejería Jurídica del Gobernador. **Código Penal para el Estado de Chiapas**. Tuxtla Gutiérrez, 2024. Última reforma publicada mediante Periódico Oficial número 379 3ª. Sección, de fecha 27 de noviembre de 2024. Decreto número 027. Disponible en: https://consejeriajuridica.chiapas.gob.mx/Marco_Juridico/Leyes/pdf/CODIGO_PENAL_PARA_EL_ESTADO_DE_CHIAPAS.pdf. Acceso en: 1 dic. 2025.

CONGRESO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA. **Código Penal para el Estado de Baja California**. Mexicali, Publicado en el Periódico Oficial No. 23, de fecha 20 de Agosto de 1989, Sección II, Tomo XCVI. Disponible en: https://www.congresobc.gob.mx/Documentos/ProcesoParlamentario/Leyes/TOMO_V/24052019_Codpenal_2.pdf. Acceso en: 1 dic. 2025.

CONSEJERÍA JURÍDICA DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE MORELOS. **Código Penal para el Estado de Morelos**. Cuernavaca, 2024. Disponible en: <http://marcojuridico.morelos.gob.mx/archivos/codigos/pdf/CPENALEM.pdf>. Acceso en: 1 dic. 2025.

CRUZ ROSAS, M. **La violencia obstétrica bajo la lente jurídica y de derechos humanos**. UNAM Global Revista, 13 jun. 2023. Disponible en: https://unamglobal.unam.mx/global_revista/la-violencia-obstetrica-bajo-la-lente-juridica-y-de-derechos-humanos/. Acceso en: 1 dic. 2025.

DE TODAS, L. F. D. D. **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer**. 1979. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>. Acceso en: 1 dic. 2025.

DOF. **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016: Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida**. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2016.

FARRES, L. **Violencia obstétrica y su impacto psicológico**. Canvis, 2025. Disponible en: <https://www.canvis.es/violencia-obstetrica-y-su-impacto-psicologico/>. Acceso en: 1 dic. 2025.

GIRE. **Violencia obstétrica: un enfoque de derechos humanos**. Ciudad de México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2015. Disponible en: <https://gire.org.mx>. Acceso en: 1 dic. 2025.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO. **Código Penal del Estado de México**. Toluca, 2025. Disponible en: <https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/cod/vig/codvig006.pdf>. Acceso en: 1 dic. 2025.

GUERRERO. Congreso del Estado de Guerrero. **Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero**. Chilpancingo, 2023. Disponible en: <https://congresogro.gob.mx/legislacion/codigos/ARCHI/codigo-penal-para-el-estado-libre-y-soberano-de-guerrero-numero-499-07-02-2024.pdf>. Acceso en: 1 dic. 2025.

LAMADRID-FIGUEROA, H.; SUÁREZ-LÓPEZ, L.; GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ, D. **La epidemia de cesáreas en México**. Instituto Nacional de Salud Pública, 2021. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Hector-Lamadrid-Figueroa/publication/359248355_La_epidemia_de_cesareas_en_Mexico/links/62313229d37dab4f96e7e18e/La-epidemia-de-cesareas-en-Mexico.pdf. Acceso en: 1 dic. 2025.

MEDINA, G. Violencia obstétrica. **Revista de Derecho de Familia y de las Personas**, v. 4, n. 6, 2009. MÉXICO. Cámara de Diputados. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**. Ciudad de México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 1917. Disponible en: <http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CPM/DR11/normateca/nacional/CPEUM.pdf>. Acceso en: 1 dic. 2025.

MÉXICO. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. **Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares**. INEGI, 2021. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf. Acceso en: 1 dic. 2025.

NUEVO LEÓN. Congreso del Estado de Nuevo León. **Ley de acceso de la mujer a una vida libre de violencia**. Monterrey, 2025. Disponible en: https://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/pdf/LEY%20DE%20ACCESO%20DE%20LAS%20MUJERES%20A%20UNA%20VIDA%20LIBRE%20DE%20VIOLENCIA.pdf. Acceso en: 1 dic. 2025.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer**. 1994. Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>. Acceso en: 1 dic. 2025.

PUEBLA. Gobierno del Estado de Puebla. **Código Penal del Estado Libre y Soberano de Puebla**. Puebla, 2012. Disponible en: https://seapuebla.org.mx/images/transparencia/normatividad/leyes/estatales/2023/10/03/Codigo_Penal_del_Estado_Libre_y_Soberano_de_Puebla_T3_26092023.pdf. Acceso en: 1 dic. 2025.

QUINTANA ROO. Poder Legislativo del Estado de Quintana Roo. **Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Quintana Roo**. Chetumal, Julio 13, 2023. Disponible en: <https://documentos.congresoqroo.gob.mx/codigos/C6-XVIII-29012025-20250130T133305-C1820250129092.pdf>. Acceso en: 1 dic. 2025.

RENDÓN, Manuel Ticona; APAZA, Diana Huanco. Crecimiento intrauterino en un grupo seleccionado de recién nacidos peruanos. **Progresos de Obstetricia y Ginecología**, v. 49, n. 6, p. 298-304, jun. 2006. DOI: 10.1016/S0304-5013(06)72612-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501306726127>. Acceso en: 1 dic. 2025.

RODRÍGUEZ, Laura. Violencia obstétrica, su impacto psicológico en las mujeres y desafíos para la protección de los derechos humanos: una revisión sistemática. **Revista Estudios Psicológicos**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 46–62, 2024. DOI: 10.35622/. Disponible en: <https://estudiospsicologicos.com/index.php/rep/article/view/169>. Acceso en: 1 dec. 2025.

SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN. **Sentencias relevantes en materia de Derechos Humanos: Género**. s. f. Disponible en: <https://www.supremacorte.gob.mx/derechos-humanos/buscadores-juridicos/sentencias-relevantes-en-materia-de-derechos-humanos/1298>. Acceso en: 1 dic. 2025.

VERACRUZ. Congreso del Estado de Veracruz. **Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz**. Xalapa, 4. DE JUNIO DE 2019. Disponible en: https://odim.juridicas.unam.mx/sites/all/libraries/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Fodim.juridicas.unam.mx%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FC%25C3%25B3digo%2520Penal%2520para%2520el%2520Estado%2520de%2520Veracruz_0.pdf. Acceso en: 1 dic. 2025.

YUCATÁN. Congreso del Estado de Yucatán. **Código Penal del Estado de Yucatán**. Mérida. Disponible en: <https://www.poderjudicialyucatan.gob.mx/digestum/marcoLegal/03/2012/DIGESTUM03002.pdf>. Acceso en: 1 dic. 2025.

Recebido em 19 de janeiro de 2026
Aceito em 27 de abril de 2026