AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

Parto digno y violencia ginecobstétrica: caracterización de experiencias de mujeres en Bogotá



OMEG
OBSERVATORIO DE MUJERES Y EQUIDAD DE GÉNERO DE BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.
SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER

Carlos Fernando Galán Pachón
Alcalde Mayor de Bogotá

Laura Marcela Tami Leal
Secretaria Distrital de la Mujer

Juliana Martínez Londoño
Subsecretaria del Cuidado y Políticas de Igualdad

Ana María Buriticá Alzate
Directora de Gestión del Conocimiento

Equipo Observatorio de Mujeres y Equidad de Género

Karen Vanesa Marriner Castro
Líder del Observatorio de Mujeres y Equidad de Género

Nataly Escobar Prieto
Vanessa Giraldo Galindo
Juliana Andrea Castellanos Montaña
Grupo de investigación Observatorio de Mujeres y Equidad de Género

Andrea Isaacs Coral

Diagramación

Las ilustraciones utilizadas en este documento han sido generadas con ChatGPT (OpenAI).

Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá (OMEG)
Dirección de Gestión del Conocimiento
Secretaría Distrital de la Mujer
Teléfono: 601 316 90 01
Avenida El Dorado, calle 26 N° 69 - 76,
torre 1, piso 9, Edificio Elemento
www.sdmujer.gov.co

Nadie me había explicado cómo ser mamá, tampoco me habían advertido del grado de cansancio y desamparo [...] el tipo de cansancio que resulta de enfrentar problemas y reprimir emociones. [...] Eso nadie te lo cuenta cuando se habla de maternidad. Es uno de esos secretos que aseguran la continuidad de la especie.

[Guadalupe Nettel, La hija única, 2020, p. 48]

Tabla de contenido

1. Introducción 5
2. Metodología 8
3. Marco teórico 12
3.1. Sobre maternidades y otras experiencias gestacionales 12
3.1.1. Economía política de la reproducción y del cuidado: la maternidad como trabajo 13
3.2. Parto y posparto 14
3.2.1. Parto digno: un enfoque de derechos humanos 16
3.3. Violencia ginecobstétrica 20
3.3.1. Diferencias entre “violencia reproductiva”, “violencia obstétrica” y “violencia ginecobstétrica” 21
3.3.2. Momentos y procesos reproductivos en que se presenta la violencia ginecobstétrica 23
3.3.3. Quiénes ejercen la violencia ginecobstétrica 24
3.4. Violencia ginecobstétrica e injusticia epistémica 25
4. Datos sociodemográficos de las mujeres entrevistadas y los eventos de parto caracterizados 29
5. Hallazgos 33
5.1. Hallazgo 1. Las restricciones en el acceso a la información en la gestación condicionan la autonomía corporal de las mujeres en la comprensión, participación y toma de decisiones durante el parto y el posparto. 33
5.2. Hallazgo 2. Las condiciones y prácticas no recomendadas en la realización de una cesárea constituyen un escenario de riesgo frente a la pérdida de autonomía corporal de las mujeres en sus experiencias de parto. 37
5.3. Hallazgo 3. Ser mamá duele: la naturalización del dolor en la maternidad constituye un mecanismo de control y castigo sobre los cuerpos de las mujeres, principalmente, durante el parto vaginal 41
5.4. Hallazgo 4. Los prejuicios sobre los cuerpos y las decisiones reproductivas de las mujeres gestantes generan prácticas de vigilancia, castigo y negligencia que condicionan la escucha, la credibilidad y el trato clínico 46

5.5. Hallazgo 5: En 12 de las 15 experiencias de parto y/o posparto las mujeres reportaron experiencias de maltrato, violencia ginecobstétrica y prácticas no recomendadas 50

5.6. Hallazgo 6. Las afectaciones en la salud mental de las mujeres durante el posparto señalan cuatro contextos relacionales de riesgo desde el embarazo: atención médica, pareja, familia y trabajo. 57

6. Conclusiones 62

7. Recomendaciones 64

Referencias bibliográficas 66

Índice de gráficas

Gráfica 1. Edad de la gestante y edad gestacional de los eventos 30
Gráfica 2. Servicios recibidos y personal que atendió los eventos de parto 32
Gráfica 3. Temas informados durante la gestación 34
Gráfica 4. Situaciones relacionadas con el acceso a la información, participación y autonomía en las experiencias de parto por cesárea..... 39
Gráfica 5. Reporte de las situaciones maltrato o violencias experimentadas..... 51
Gráfica 6. Contextos de afectación reportados por las mujeres durante la gestación, parto o posparto..... 59

Índice de tablas

Tabla 1. Derechos del Parto digno, respetado y humanizado 18
Tabla 2. Datos sociodemográficos de las mujeres entrevistadas 31

Introducción

> [...] en aquel momento su cuerpo no le pertenecía. Su cuerpo era esa masa manipulada y cosida que apenas podía sentir y de la que habían extraído algo precioso. Ahora que estaba vacío, les importaba tan poco como el material sucio y las gasas sanguinolentas que habían dejado en el carrito, cosas de las que había que ocuparse, limpiar, ordenar, pero que no eran prioritarias.
>
> [Guadalupe Nettel, La hija única, 2020, p. 97]

En Colombia, gestar y parir en condiciones dignas, respetadas y humanizadas hace parte del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las personas gestantes. Estos derechos han sido reconocidos y desarrollados por la jurisprudencia internacional, interamericana y nacional, a partir del bloque de constitucionalidad, en instrumentos como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención de Belém do Pará (Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer), y sentencias[1] de la Corte Constitucional. De manera específica, la Ley 2244 de 2022 establece obligaciones estatales en materia de respeto y garantía para brindar una atención digna, respetada y humanizada durante la gestación, el trabajo de parto, el parto, el posparto y el duelo gestacional y perinatal, basada en principios de dignidad, autonomía, libre determinación, acceso a información y toma de decisiones libres e informadas.

En el ámbito distrital, la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá (PPMyEG) reconoce el ejercicio de la maternidad como una opción libre e informada, que debe desarrollarse sin discriminación, coerción ni violencias, incluida la violencia obstétrica. Desde esta perspectiva, la gestación, el parto, el nacimiento y la maternidad no pueden comprenderse exclusivamente como procesos biomédicos, sino también como experiencias sociales atravesadas por relaciones de poder basadas en el género y condiciones diferenciales asociadas, entre otras, con la clase social, la pertenencia étnico-racial, el territorio y otras dimensiones de la diversidad (CONPES D.C. 14 de 2020).

En este sentido, la violencia ginecobstétrica se define como una violencia de género e institucional dirigida hacia los cuerpos de las niñas, adolescentes y mujeres atendidas por el sistema de salud en su ciclo de vida sexual y/o reproductiva, que se manifiesta a través de situaciones de maltrato, violencia y prácticas no recomendadas para garantizar una experiencia de parto positiva (OMS, 2018). Así, este tipo de violencia constituye una problemática de derechos humanos y un fenómeno de salud pública que puede expresarse

[1] Sentencias T-357/21, SU-048/22, T-198/23, T-344/22, T-058/26.

mediante intervenciones no informadas o no consentidas, prácticas rutinarias sin justificación clínica, desatención, trato degradante, infantilización, exposición innecesaria del cuerpo y omisiones en el cuidado posparto. Estas manifestaciones pueden permanecer normalizadas en las instituciones y en representaciones sociales que asocian la maternidad con el sacrificio y el dolor, por lo cual, su análisis requiere trascender la lectura del parto como un evento aislado y exclusivamente biomédico, para examinar las relaciones de poder que atraviesan el continuo de gestación, parto y posparto.

Al respecto, organizaciones sociales como el Movimiento Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (MNSSR, 2023) y el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva Huitaca (Huitaca, 2024) han demostrado que en las experiencias de atención institucional del parto y el nacimiento en Colombia persisten prácticas obstétricas violentas, entre las que resaltan la falta de información, apoyo y respeto por parte del personal de salud, así como conductas agresivas e incómodas (MNSSR, 2023, p. 61) que afectan de manera sistemática y generan efectos profundos en la salud física y psicológica de las mujeres, hombres trans y personas no binarias (Huitaca, 2024, p. 78). A nivel nacional, el 42,2% de las gestantes que respondieron la Encuesta Nacional de Parto y Nacimiento reportó ser ignorada, desatendida o acallada por parte del personal de salud durante el parto, el 35,7% fue criticada o reprimida a causa de sus expresiones de dolor y emociones (MNSSR, 2023, p. 53). Por su parte, según la Encuesta sobre la Incidencia de la Violencia Obstétrica (VGO) en Colombia, el 57% de las mujeres manifestaron que no recibieron una adecuada atención después del parto, y que los servicios ofrecidos fueron insuficientes (Huitaca, 2024, p. 33).

Como respuesta a la necesidad de ampliar la comprensión sobre esta problemática, el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de la Secretaría Distrital de la Mujer desarrolló una investigación sobre Parto digno y VGO en Bogotá, que se enmarca en las líneas de [i] violencias contra las mujeres y [ii] autonomía física, salud plena y bienestar integral, con el objetivo de caracterizar las experiencias de parto y posparto de las mujeres y personas gestantes en Bogotá, para el fortalecimiento de la respuesta institucional de la entidad en la atención integral de este tipo de violencia de género en la capital.

En este orden de ideas, se caracterizaron las experiencias de parto y posparto ocurridas en Bogotá para identificar, desde las voces de las mujeres, prácticas asociadas con el parto digno y la violencia ginecobstétrica. La investigación tuvo un diseño cualitativo, exploratorio y descriptivo, que se desarrolló a partir de entrevistas semiestructuradas a 13 mujeres, a partir de las cuales se reconstruyeron 15 experiencias de parto, algunas pertenecientes a distintos momentos de una misma trayectoria reproductiva. También se revisaron los registros de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2025 para Bogotá, sin embargo, sus limitaciones de completitud impidieron usarlos como fuente de estimación, aunque permitieron valorar la información secundaria disponible y precisar la recolección primaria. El análisis articuló los

enfoques de género, derechos humanos, diferencial e interseccional con aportes sobre la medicalización, el poder obstétrico (Arguedas, 2014, p. 147), la injusticia epistémica y la economía política del cuidado.

Como resultado, el presente documento describe la metodología, el marco teórico y normativo, la caracterización de las mujeres que participaron y seis hallazgos que analizan: (i) las restricciones de información y autonomía; (ii) los riesgos asociados con la cesárea; (iii) la relación entre la maternidad/parir y el dolor; (iv) los prejuicios que condicionan la escucha y la atención médica; (v) las manifestaciones del maltrato, la violencia y las prácticas no recomendadas durante el parto y el posparto; y (vi) las afectaciones de la salud mental de las mujeres durante el posparto.

Finalmente, resulta importante resaltar que esta investigación permitió, en primer lugar, evidenciar la importancia de fortalecer el acceso a información sobre el parto digno, humanizado y respetado, principalmente, por parte de las mujeres y personas gestantes. Segundo, establecer mecanismos de articulación con el sector salud del distrito. Tercero, proponer su incorporación en los sistemas de información de las entidades competentes y, por último, avanzar en la discusión de ciudad sobre la violencia ginecobstétrica como una violencia de género que supone obligaciones estatales en materia de prevención y atención integral.

1. Metodología

La investigación tuvo un carácter cualitativo, exploratorio-descriptivo, orientado a comprender las experiencias de las mujeres en la atención del parto y el posparto, así como las situaciones asociadas a la violencia ginecobstétrica (VGO) y a la garantía de prácticas de parto digno. Como parte del proceso de investigación, se realizó una revisión de los registros de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2025 correspondientes a Bogotá, con el propósito de identificar la información disponible sobre estas experiencias y valorar sus posibilidades de análisis. Esta revisión permitió establecer el alcance de la información de la Encuesta y orientar la definición de la estrategia de recolección de información primaria.

En la revisión de la ENDS 2025 se identificaron dos unidades de observación, luego del análisis del módulo de fecundidad de la encuesta a nivel Bogotá. La primera unidad de observación corresponde a los eventos de parto que tuvieron lugar en Bogotá en los últimos cinco años antes de la aplicación de la encuesta, y que fueron reportados por mujeres entre 13 y 49 años. Esto dejó un primer "universo" de 66 eventos, que permitía identificar la ocurrencia de prácticas asociadas al parto digno, VGO y prácticas recomendadas y no recomendadas por cada evento de parto reportado. Asimismo, las mujeres que reportaron aquellos 66 eventos de parto fueron analizadas como la segunda unidad de observación, registrando un total de 55 observaciones. Esta unidad de observación permitía caracterizar a las 55 mujeres que reportaron 66 eventos de parto y en consecuencia cruzar información sociodemográfica para buscar patrones y hallazgos en la ocurrencia de prácticas asociadas a parto digno y VGO.

Sin embargo, la revisión de los registros mostró que el número de respuestas disponibles para las preguntas específicas sobre las experiencias y características de los eventos de parto era insuficiente para realizar un análisis desagregado con el nivel de robustez estadístico requerido, ya que ni los 66 eventos de parto ni las 55 mujeres son representativas a nivel ciudad. En consecuencia, los datos de la ENDS no fueron utilizados como fuente para estimar o sustentar los resultados presentados en la investigación. No obstante, su revisión permitió, principalmente, identificar las posibilidades para el levantamiento cualitativo en el marco del abordaje de las experiencias de parto, posparto y VGO en Bogotá, siguiendo algunas de las preguntas utilizadas en aquel instrumento; además, su análisis también permitió sustentar la necesidad de recurrir a nuevos levantamientos de información primaria para caracterizar eventos de parto y analizar en ellos prácticas recomendadas, no recomendadas, y experiencias de parto digno y de VGO.

Adicionalmente, se analizaron los datos de la Encuesta de Mujeres y Equidad de Género de 2025, donde algunas de las preguntas exploraban tratos de discriminación o violencia durante los embarazos, las consultas ginecológicas, los partos o los pospartos registrados en el levantamiento de información. Esto dejó como resultado cuatro universos de análisis (en la

misma línea que fueron expuestos los universos que el equipo de investigación elaboró sobre la ENDS): i) 80 mujeres que, durante alguna consulta ginecológica, sintieron que fueron tratadas con violencia, discriminación o falta de respeto hacia su cuerpo o sus decisiones, y sobre ellas se puede caracterizar la experiencia de violencia o discriminación, que va desde ausencia de consentimientos sobre la atención hasta afectaciones físicas o psicológicas a causa de negligencia en procedimientos médicos; ii) 32 mujeres que estuvieron embarazadas en los últimos 24 meses anteriores al levantamiento de la información de la encuesta, y que durante los controles prenatales del embarazo vivieron situaciones de maltrato, discriminación o falta de respeto, y que permitieron caracterizar cuáles situaciones fueron experimentadas por ellas, que van desde ausencia de información sobre el embarazo hasta discriminación o falta de consentimiento para procedimientos médicos relacionados con el embarazo; iii) 9 mujeres que tuvieron un trabajo de parto o parto en los últimos 24 meses previos al levantamiento de la encuesta y que durante ellos experimentaron situaciones de maltrato, negligencia, o irrespeto durante el parto, y estas situaciones pueden ser relacionadas con la ausencia del consentimiento, o la implementación de prácticas no recomendadas sobre la atención; y, por último, iv) 51 mujeres que vivieron un posparto en los últimos 24 meses previos al levantamiento de la encuesta y que durante él experimentaron situaciones de maltrato, negligencia o irrespeto, que incluyen prácticas de negación de información y de acompañamiento, así como discriminación, maltrato o negación de atención médica.

En la misma línea del análisis de la ENDS, el análisis de la EMEG permitió enmarcar algunas prácticas recomendadas y no recomendadas, así como experiencias de parto digno y de VGO en mujeres de Bogotá. Sin embargo, por la dimensión de los datos estos no son representativos a nivel ciudad y no permiten generalizar experiencias. Además, es importante mencionar que hay una baja proporción de mujeres, con respecto a las que respondieron la encuesta, que relatan haber vivido alguna experiencia de maltrato, negligencia o irrespeto durante sus experiencias de atención ginecológica o atenciones a embarazos, partos y pospartos. Esto es contrario al levantamiento primario de información cualitativa, donde las mujeres logran identificar prácticas no recomendadas durante sus procedimientos. En ese sentido, algunos de los datos de los cuatro universos expuestos anteriormente fueron utilizados a lo largo del documento para contextualizar hallazgos del levantamiento cualitativo, y su información también fue una herramienta clave para enmarcar las preguntas del levantamiento cualitativo que se implementó como centro metodológico de esta investigación. Sin embargo, es importante mencionar la baja representatividad de estas dos encuestas sobre esta VGO, ya que es uno que requiere levantamientos específicos y acompañados para que las mujeres y personas gestantes logren acceder a información como para identificar dichas prácticas en sus propias experiencias. Esto se desarrolla más adelante en los hallazgos.

La recolección de información primaria se realizó mediante entrevistas semiestructuradas a mujeres vinculadas a los Centros de Inclusión Digital, o contactadas a través de la convocatoria interna del equipo de investigación del OMEG. Para este proceso se diseñó una entrevista, orientada a recoger información sobre las experiencias de atención durante el parto y el posparto, las prácticas recibidas y las situaciones que pudieran estar relacionadas con violencia ginecobstétrica. En total se realizaron trece entrevistas, a partir de las cuales se reconstruyeron quince eventos de parto, dado que dos participantes relataron más de una experiencia de parto. Las entrevistas se levantaron entre los meses de agosto y septiembre de 2026. Adicionalmente, el único criterio de inclusión de las entrevistas fue que los partos hubiesen tenido lugar en Bogotá.

Previamente a la realización de las entrevistas se desarrolló una revisión bibliográfica y documental orientada a consolidar el marco teórico y normativo de la investigación. Esta revisión incluyó literatura académica sobre violencia ginecobstétrica, parto respetado y atención humanizada, así como el marco normativo relacionado con la garantía de los derechos de las mujeres durante la atención del embarazo, parto y posparto. Estos referentes contribuyeron a la definición de las categorías analíticas empleadas en el estudio y a la elaboración del protocolo de entrevista.

El procesamiento de la información se realizó mediante un análisis temático de las entrevistas. Los relatos fueron organizados y codificados a partir de categorías previamente definidas, relacionadas con prácticas de parto digno, prácticas recomendadas y no recomendadas, violencia ginecobstétrica, atención durante el parto y experiencias de posparto. De manera complementaria, se incorporaron categorías emergentes identificadas durante la revisión de los relatos. Este procedimiento permitió reconocer patrones y recurrencias, así como particularidades en las experiencias narradas por las participantes.

En este sentido, los resultados acá presentados corresponden al análisis cualitativo de las quince experiencias de parto reconstruidas a partir de las trece entrevistas. Estos hallazgos no tienen pretensión de representatividad estadística de las mujeres de Bogotá, sino que permiten caracterizar y profundizar, desde las experiencias narradas, las prácticas y situaciones relacionadas con la atención del parto, el posparto y la violencia ginecobstétrica. La ENDS 2025 se incorpora como antecedente de la disponibilidad de información secundaria sobre estas dimensiones, pero no como fuente de estimación de los resultados analizados.

Consideraciones éticas y limitaciones

Todas las participantes otorgaron su consentimiento informado de manera previa a la entrevista, en el que se explicaron los objetivos de la investigación, el carácter voluntario de su participación, la posibilidad de retirarse en cualquier momento y el tratamiento confidencial de la información, de conformidad con la Ley 1581 de 2012. Para proteger su

identidad, los relatos se citan con un código de entrevista y se omitieron datos que pudieran permitir su identificación.

Los resultados deben leerse considerando las siguientes limitaciones: (i) la muestra es intencional y está conformada por mujeres cisgénero, en su mayoría con educación superior, residentes en zona urbana y sin pertenencia étnica declarada, por lo que no recoge experiencias de otros grupos poblacionales; (ii) las experiencias analizadas ocurrieron entre 2014 y 2026, por lo que están sujetas a sesgos de memoria y corresponden a contextos normativos distintos; (iii) la información proviene del relato de las participantes y no de historias clínicas, por lo que no permite valorar la pertinencia clínica de los procedimientos; y (iv) durante las entrevistas se explicaron algunas prácticas que constituyen violencia ginecobstétrica, lo que facilitó su reconocimiento por parte de las participantes y debe considerarse al interpretar la frecuencia de los reportes. Así pues, las cifras que se presentan describen el conjunto de experiencias analizadas y no constituyen estimaciones para las mujeres de Bogotá.

2. Marco teórico

El marco analítico para abordar las prácticas de parto digno y violencia ginecobstétrica en las experiencias de parto y posparto de mujeres en Bogotá que se propone en esta investigación, parte de comprender la atención del parto se inscribe en un orden social que define quiénes pueden gestar, parir y criar con reconocimiento, y qué saber tiene autoridad sobre el cuerpo que pare. El apartado se organiza en cinco secciones: las maternidades y el trabajo de cuidado; la medicalización del parto y el posparto; el parto digno como enfoque de derechos humanos y su marco normativo; la definición de la VGO, sus momentos y quienes la ejercen; y su análisis como injusticia epistémica, que sustenta las tipologías de violencia.

2.1. Sobre maternidades y otras experiencias gestacionales

Al hablar de maternidad resulta inevitable hacer referencia a los distintos planteamientos desarrollados por los feminismos que ponen en cuestión el constructo naturalista de la relación mujer/madre. Estos planteamientos conciben la maternidad como una institución que se impone a las mujeres, basada en una contradicción que las aliena de sus propios cuerpos al encarcelarlas en ellos (Rich, 2019, p. 13).

Desde esta perspectiva, para situar el análisis del parto digno y la violencia ginecobstétrica en Bogotá resulta necesario comprender cómo se construyen social y políticamente los sujetos “legítimos” de la reproducción, es decir, las ideas dominantes sobre quiénes pueden gestar, parir y criar con reconocimiento, y cómo se distribuyen diferencialmente el dolor, la credibilidad, los cuidados y las garantías para dichas personas.

Una primera discusión que resulta importante plantear es la crítica frente a la categoría homogénea “mujer/madre” como supuesto universal de las políticas y de los servicios de “maternidad”. La pregunta clásica del feminismo negro—“¿Acaso no soy una mujer?”—ha operado históricamente para desmontar a la “mujer” hegemónica y como denuncia de quienes quedan en los márgenes de reconocimiento (Truth, 1851). En esa misma línea, Braga de Queiroz Souza retoma esta genealogía para mostrar que la violencia obstétrica se experimenta de modo diferenciado y que las intersecciones de raza, clase, nacionalidad, etnicidad y otros ejes de subordinación moldean el acceso y la vivencia del ciclo gravídico-puerperal (Braga de Queiroz Souza, 2020, pp. 9–10).

Hablar de maternidades permite reconocer que el mandato de la “buena madre” [abnegada, única responsable del bienestar infantil y moralmente obligada a soportar] produce condiciones culturales de aceptación del maltrato y del dolor como prueba de virtud. Así lo evidencian trabajos situados en la ciudad de Bogotá, donde discursos clínicos y morales naturalizan el sufrimiento [“ser mamita duele”] y sancionan la agencia durante el parto (Vallana Sala, 2016). En este sentido, limitar el marco teórico a “las maternidades” entendidas

como una experiencia de “mujeres”, constituye reproducir una exclusión epistémica que invisibiliza a quienes gestan sin identificarse como mujeres y reduce la experiencia gestacional a una identidad femenina “natural”.

Por ello, en clave de derechos y enfoque diferencial, resulta más pertinente un lenguaje analítico que reconozca *las maternidades* cuando el mandato materno es el objeto de análisis, *experiencias gestacionales y parentalidades* para abarcar identidades y configuraciones familiares diversas, y el término paraguas *personas gestantes* cuando lo relevante es la vivencia corporal y el acceso a servicios. Este giro no es meramente semántico: en contextos de atención a los procesos de gestación, parto y posparto, la decisión y precisión en el uso de los conceptos permite dar cuenta de las prácticas de trato digno, no discriminación y el acceso efectivo a derechos.

2.1.1. Economía política de la reproducción y del cuidado: la maternidad como trabajo

La economía política feminista comprende los procesos de gestación, parto, posparto y crianza como parte del trabajo reproductivo y de cuidado que sostiene la vida social y, al mismo tiempo, garantiza la reproducción cotidiana e intergeneracional de la fuerza de trabajo. Sin embargo, este trabajo —aunque imprescindible para el funcionamiento del capitalismo— tiende a invisibilizarse, privatizarse y moralizarse, desplazándolo del terreno de lo político al ámbito de lo “natural”, lo “doméstico” y lo “propio” de ciertos sujetos [principalmente mujeres, pero también otras personas que gestan y cuidan] (Vivas, 2019).

La pluralidad de las maternidades, como experiencias situadas y atravesadas por la clase, trayectorias vitales, vínculos, capacidades económicas y condiciones materiales, se opone al ideal moderno occidental de la “buena madre”, entendido como una construcción ideológica que prescribe una figura devota, monógama y heterosexual, cuyo sentido se funda en la abnegación y el sacrificio, confinada al hogar como espacio “privado” y, por tanto, socialmente despolitizado (Vivas, 2019, pp. 21–22). Como consecuencia, se naturaliza la asignación del trabajo de cuidado a personas feminizadas, disimula su carácter laboral (tiempo y esfuerzo) y vuelve un “deber moral” lo que en realidad constituye una responsabilidad social que requeriría redistribución, inversión pública y corresponsabilidad comunitaria e institucional.

Este mandato de “buena madre” no solo organiza la crianza, también reordena la experiencia del parto y el posparto. Cuando el sufrimiento se significa como una virtud [“aguantar” como prueba], facilita la aceptación social de prácticas institucionales que vulneran la dignidad, el consentimiento y el bienestar, donde el cuerpo que pare es interpelado a sacrificarse y obedecer por el “bien del bebé”, aun cuando ello suponga maltrato, silencio o desinformación.

Con la incorporación masiva de las mujeres al mercado laboral, el acceso a anticonceptivos y la urbanización del siglo XX, la maternidad se reconfiguró crecientemente como elección, introduciendo la opción y el deseo. No obstante, esta "elección" emerge acompañada de discursos promaternales y profamiliares que intensifican el ideal hasta volverlo inalcanzable, de tal manera que, a la madre devota y sacrificada, se suma ahora la exigencia de éxito laboral, presencia pública activa y un cuerpo "perfecto", produciendo el modelo de "supermamás" o "mamás máquinas" (Vivas, 2019, pp. 23–24). Esta tensión estructural entre la autonomía económica y el empleo, el mercado laboral y una organización social que vuelven incompatible gestar, parir y criar. Así, los discursos de romantización de la infancia y la juventud coexisten con una profunda ausencia de garantías materiales para la crianza: "en el capitalismo no hay lugar para tener criaturas" (Vivas, 2019, pp. 25–26).

Es así como la maternidad en el capitalismo neoliberal se convierte en una suerte de ejercicio cotidiano de malabarismo para equilibrar la crianza, el empleo, la vida personal y la participación social, representando dobles y triples jornadas (laboral, doméstica y de cuidado), junto con una carga mental que expresa la "doble presencia" en los ámbitos productivo y reproductivo (Vivas, 2019, pp. 35, 47). En consecuencia, se trata de la subordinación del cuidado a un mercado laboral precarizado y a un conjunto de tareas no remuneradas que sostienen la vida sin reconocimiento ni redistribución.

Este marco permite establecer una relación entre la atención perinatal y el orden social, donde la exigencia de "aguantar" dolor, de ajustarse a tiempos institucionales y de callar necesidades propias se ancla en un mandato de sacrificio que luego continúa en el posparto (recuperación sin reposo, lactancia bajo presión, cuidado intensivo sin apoyos). Desde esta perspectiva, es posible analizar cómo el modelo de atención al parto y el posparto se inserta en un régimen más amplio de explotación y disciplinamiento del trabajo reproductivo, donde el cuerpo gestante/cuidante es simultáneamente indispensable e históricamente desvalorizado.

2.2. Parto y posparto

Desde una perspectiva histórica, el saber biomédico dio paso a la medicalización del proceso de gestación y nacimiento en el siglo XVIII. Pasó de ser concebido como un proceso normal del ciclo de la vida, que ocurría principalmente en los hogares, a ser definido como un riesgoso proceso que requiere de un estricto control en instituciones biomédicas. Generó un reemplazo de los cuidados integrales por una atención centrada en el cuerpo físico y escindida de las dimensiones emocionales y espirituales de lo humano, donde lo masculino era concebido como superior a lo femenino (Sadler, 2020, p. 8).

Menéndez (2003) entiende la medicalización como:

> [...] un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran aconteceres ciudadanos. Este proceso implica no sólo que los sujetos y grupos vayan asumiendo dichos aconteceres ciudadanos en términos de enfermedad y no de lo que tradicionalmente han sido, es decir conflictos y padeceres, sino que pasen a explicarlos y atenderlos, en gran medida a través de técnicas y concepciones biomédicas (p. 193).

La obstetricia nació bajo el amparo del nuevo paradigma de la ciencia moderna, que ganaba poder como el conocimiento válido y "autoritativo" (Jordan, 1993), mientras que las mujeres gestantes y parturientas, sus familias, las parteras y practicantes tradicionales de la salud lo perdían. Se trataba de un conocimiento fundado en los principios del racionalismo científico, donde la separación entre mente y cuerpo físico, ciencia sobre naturaleza, masculino sobre femenino (Shepherd 1993), determinó el saber [único] sobre los procesos reproductivos de las mujeres y la autonomía de sus cuerpos.

En tal sentido, la atención obstétrica se centró en la naturaleza (potencialmente) patológica del proceso de nacimiento, impulsado por la obstetricia, un conocimiento producido por hombres blancos que comprenden los procesos fisiológicos femeninos como "desviados" "patológicos por naturaleza" (Rothman, 1982; Davis-Floyd, 1993). En el ideal "cuerpo-máquina" el cuerpo masculino es el prototipo de esta máquina y el cuerpo femenino como una máquina defectuosa, una metáfora que constituyó la base filosófica de la obstetricia moderna, donde el parto constituye un proceso intrínsecamente defectuoso, anómalo y peligroso que debe ser manipulado y mejorado mediante herramientas y tecnologías científicas. En este, se adopta un modelo de cadena de montaje industrial para el parto hospitalario (hospital como fábrica, cuerpo femenino como máquina, bebé como producto) (Davis-Floyd, 1993), despojando a las mujeres de su individualidad y tratando los partos bajo un estándar de intervenciones obstétricas para "manejar" el riesgo inherente al proceso. (Sadler, 2020, p. 9). Esta trayectoria de medicalización define la manera en que hoy se conciben el parto y el posparto.

El parto es un acontecimiento social que requiere ser comprendido, al menos, desde sus dimensiones fisiológicas, biomédicas, socioculturales y políticas. En primer lugar, se trata de un proceso fisiológico propio de los mamíferos, que tiene lugar en la etapa final de la gestación [o embarazo], a través del cual se expulsa el/los fetos/s del útero del cuerpo gestante, en tres etapas principales: [1] la dilatación, que comienza con las contracciones intrauterinas cuyo objetivo es abrir y estirar el cuello uterino, hasta alcanzar los 10 cm de diámetro, para permitir el paso del/los bebé/s; [2] la expulsión, donde la persona gestante puja para impulsar el

descenso del/los bebé/s por el canal vaginal hasta su nacimiento [en el caso de partos por cesárea, esta etapa se nombra de manera más precisa como la "extracción" mediante una incisión en el abdomen y el útero]; y [3] el alumbramiento, que consiste en la expulsión de la placenta y las membranas ovulares del útero (Rubio-Romero, et al., 2013 y Ministerio de Salud y Colciencias, 2013).

Por su parte, el posparto es un período de transición y adaptación necesario, que inicia después del parto. Se trata de un período esencial para el desarrollo de los recién nacidos, la recuperación de la mujer, el reconocimiento de las funciones parentales y establecer el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres (Ley 2244 de 2022, art. 3). Este período se divide en tres etapas: [1] el puerperio inmediato, que comprende las dos primeras horas después del parto; [2] el puerperio mediato, que abarca desde las 2 primeras horas hasta las 48 horas posparto; y [3] el puerperio tardío, que se considera a partir de las 48 horas hasta los 40 días (Ministerio de Salud, s.f.).

En el caso del posparto, suele quedar subordinado en los sistemas de salud a la lógica del "evento" (nacimiento) y del resultado neonatal, lo cual produce un vacío de cuidado integral hacia la madre/persona gestante una vez concluye el parto. Sin embargo, desde un marco crítico, el posparto es un periodo central porque allí se consolidan —o se disputan— los efectos del poder obstétrico, donde se reorganiza el cuerpo, se reconfiguran vínculos, aparecen dolores y secuelas, se intensifica el trabajo de cuidado y se producen afectaciones emocionales que requieren una respuesta institucional y no moralización (Arguedas Ramírez, 2016; Castro & Frías, 2022; Vivas, 2019).

A su vez, es un espacio donde la violencia puede adoptar formas más difusas e institucionalmente invisibles: falta de información y acompañamiento para la recuperación física, trivialización del dolor, barreras para atención de salud mental, y experiencias de culpa o reproche ante dificultades con lactancia o crianza. En la lógica del poder/saber obstétrico, el cuerpo en el posparto puede seguir siendo administrado mediante prescripciones normativas ("lo correcto" en lactar, dormir, cuidar) que desatienden condiciones materiales y redes de apoyo, reproduciendo desigualdades de clase y tiempo.

2.2.1. Parto digno: un enfoque de derechos humanos

El parto digno, respetuoso y humanizado es una categoría que se sitúa en la relación entre la salud pública, los derechos humanos y la crítica a la medicalización y a la desigualdad de poder en el escenario obstétrico. Desde este enfoque, el parto digno es una obligación estatal derivada del derecho fundamental a la salud, a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, del principio de dignidad humana, igualdad y no discriminación, y del derecho a vivir una vida libre de violencias. La Corte Constitucional ha reconocido el parto digno, respetuoso y humanizado como una arista de los derechos reproductivos de las mujeres. En ese marco,

la Organización Mundial de la Salud (2014) ha advertido que el maltrato y la falta de respeto durante la atención del parto constituyen una violación de derechos (vida, salud, integridad física y no discriminación) y ha llamado a acciones de política, investigación y rendición de cuentas para erradicar estas prácticas.

En Colombia, el marco normativo nacional y distrital reconoce a las mujeres y personas en proceso de gestación, parto y posparto como sujetos de especial protección y sobre las que se deben adoptar acciones afirmativas para la atención hacia la autonomía, el consentimiento informado, la calidad y la eliminación de barreras de acceso. La Ley Estatutaria 1751 de 2015 reafirma el carácter fundamental del derecho a la salud y exige acceso oportuno, eficaz y con calidad, bajo dirección y regulación estatal, con igualdad de trato y oportunidades. A su vez, la Ley 1257 de 2008 fija obligaciones estatales para prevenir y erradicar violencias y discriminaciones contra las mujeres, incluyendo formación de servidoras/es públicas/os y adopción de recomendaciones internacionales en derechos humanos.

Es hasta la Ley 2244 de 2022 que el Estado colombiano reconoce expresamente el parto digno, respetado y humanizado y asume obligaciones específicas frente a los derechos durante la gestación, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal, e incorpora explícitamente el enfoque diferencial. Además, define herramientas y componentes clave, como el plan de parto (documento para diálogo de necesidades y expectativas), posparto y puerperio, y la cesárea humanizada (intervención basada en evidencia, indicada por necesidad, con contacto piel a piel, lactancia en primera hora cuando sea posible, acompañamiento elegido, información clara, apoyo emocional y posibilidad de no obstaculizar el campo visual si así se desea).

El marco normativo que establece la Ley de Parto digno permite profundizar otros instrumentos, como la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social que adopta los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y para la Población Materno Perinatal, de obligatorio cumplimiento para entidades territoriales, aseguradoras y prestadores. Aquí, se incorporan obligaciones que materializan el enfoque de atención integral, entre ellas, establece contenidos de atención del posparto y puerperio, incluye la recomendación de tamizaje para depresión posparto y dispone que se agende la cita de control posparto como actividad intrahospitalaria, a realizarse entre el tercer y quinto día de posparto, con contenidos clínicos y psicosociales (estado de ánimo, lactancia, sexualidad, intención reproductiva, red de cuidado, signos de alarma, entre otros).

A nivel distrital, en Bogotá resultan particularmente relevantes dos instrumentos normativos. Por una parte, el Acuerdo 860 de 2022 del Concejo de Bogotá el cual establece lineamientos generales para un nacimiento humanizado y un parto respetado e intercultural en el sistema de salud distrital, cuyo objetivo incluye actualizar lineamientos, promover bienestar físico,

emocional y psicológico e integrar un enfoque intercultural. Este acuerdo resulta fundamental porque reconoce a las "mujeres y personas con otras identidades de género en capacidad de gestar", incorpora el seguimiento a las pérdidas gestacionales, perinatales y neonatales, y articula estos lineamientos con el Sistema Distrital de Cuidado; este último aspecto permite ordenar acciones de capacitación y un registro distrital que incluya la percepción del trato y el plan de parto, resaltando que la humanización del parto es una responsabilidad pública para garantizar condiciones materiales e institucionales que hagan efectivos los derechos.

Por otra parte, el Lineamiento técnico distrital de implementación de las rutas integrales de atención en salud materno perinatal de la Secretaría Distrital de Salud (2022) brinda orientaciones técnicas para la atención del parto, que se define como un proceso que busca una experiencia humanizada, basada en el enfoque de derechos humanos, garantizando el acompañamiento a las personas gestantes y familias, así como el seguimiento en salud mental posterior.

Adicionalmente, el Distrito ha reportado directrices recientes en salud materna mediante actos administrativos y su divulgación institucional (Resolución 1400 de 2024 de la Secretaría Distrital de Salud), con énfasis en el acceso efectivo, la reducción de barreras, la articulación de rutas frente a violencias contra personas gestantes y acciones para la prevención y respuesta integral en salud materna. Atendiendo a esta normatividad, a continuación, se resumen los principales componentes del derecho al parto digno, respetado y humanizado.

Tabla 1. Derechos del Parto digno, respetado y humanizado

Ejes	Derechos
Autonomía, información y consentimiento	Garantías para la libre determinación y libertad de expresión.
	Garantías de la participación de las personas gestantes en sus procesos de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal.
	Recibir información clara, suficiente y basada en evidencia sobre: [a] sus derechos; [b] los procedimientos de preparación corporales y psicológicos para el trabajo de parto, el parto y el posparto; [c] los beneficios, riesgos o efectos de las diferentes intervenciones; [d] las causas y los efectos del duelo gestacional y perinatal; [e] una alimentación adecuada de acuerdo con sus requerimientos nutricionales; [f] evolución del trabajo de parto, parto y posparto; [g] estado de salud del feto y del recién nacido; [h] beneficios de la lactancia materna
	Uso de un lenguaje claro, fácil de entender, pertinente, accesible y a tiempo.
	Participar en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto de alta calidad pedagógica y profundidad en los contenidos.
	Consentimiento informado y rechazo de intervenciones no deseadas (salvo urgencia vital bajo estándares clínicos).
	Presentar su plan de parto para fortalecer la comunicación con los actores del sistema de la salud que atenderán el parto.

Ejes	Derechos
Trato digno, privacidad y no discriminación	Ser tratada con respeto y sin discriminación.
	Tener una comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud.
	Proteger la intimidad y confidencialidad, incluida la información sobre resultados de pruebas de laboratorio.
	Prohibición de tratos degradantes, humillantes o discriminatorios.
	Comunicación accesible con enfoque diferencial.
Acompañamiento y soporte emocional	Estar acompañada, si así lo desea la mujer, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y postparto (sin cobro).
	Recibir asistencia psicosocial, particularmente asistencia en salud mental.
	Tener acompañamiento de un equipo de agentes de la salud interdisciplinario con formación en duelo en casos de duelo gestacional y perinatal.
Condiciones clínicas seguras y basadas en evidencia	Realizarse los controles prenatales recomendados.
	Tacto vaginal, realizado en lo posible por el mismo agente de salud.
	Monitoreo fetal intermitente.
	Ingestas de dieta líquida de acuerdo con las recomendaciones del médico.
	Movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales.
	Uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor.
	Suministro de medicamentos en óptimas condiciones.
	Cesárea humanizada.
	Contacto piel a piel después del nacimiento
	Seguimiento posparto y tamizaje de depresión posparto, con control entre día 3 y 5 posparto (RIAS nacional).
Enfoque diferencial, territorial e intercultural	A recibir atención en salud idónea y oportuna durante la gestación, trabajo de parto, parto y posparto bajo prácticas ancestrales de comunidades étnicas, en el lugar de su elección, siempre y cuando se garanticen las condiciones de salud de la mujer, del feto o del recién nacido.
	Comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud durante la gestación, el trabajo de parto, el parto, posparto y duelo gestacional y perinatal acorde a sus costumbres étnicas, culturales, sociales y de diversidad funcional de cada mujer.
	Solicitud y entrega de la placenta según sus creencias.
	Reconocimiento de prácticas ancestrales y pertinencia cultural.
	En Bogotá, inclusión explícita de “personas con otras identidades de género en capacidad de gestar” en los lineamientos de parto respetado e intercultural.

Elaboración propia a partir de la Ley 2244 de 2022, el Acuerdo 860 de 2022 del Concejo de Bogotá y la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social

2.3. Violencia ginecobstétrica

Hablar de violencia ginecobstétrica (VGO) implica situarse en un campo de conocimiento atravesado, desde su configuración inicial, por disputas políticas y epistémicas en torno a la autoridad para definir y nombrar lo que acontece en los cuerpos de las mujeres y de las personas con capacidad de gestación durante los procesos reproductivos. En este marco, antes de abordar sus tipologías, los actores involucrados y los momentos en que se manifiesta, resulta necesario establecer una premisa analítica transversal. La VGO no puede reducirse a la categoría de práctica médica inadecuada o error asistencial, sino que debe comprenderse como una forma de injusticia epistémica y de género la cual se explicará más adelante que se produce y reproduce en el marco de relaciones de poder estructuradas por el género, identidad de género y orientación sexual no normativas, la edad, la clase social, la pertenencia étnico-racial (Massó, 2023)

Esta perspectiva permite explicar no solo la distribución desigual de la exposición a estas violencias, sino también las brechas en su reconocimiento, denuncia y registro institucional. En particular, contribuye a comprender por qué determinados relatos y experiencias son sistemáticamente deslegitimados o subordinados frente al saber biomédico, entendido como un campo de producción de conocimiento donde ciertas prácticas se mantienen normalizadas e invisibilizadas bajo la autoridad de la ciencia y la regulación clínica. Como afirman Grau y Gómez (2022), la bibliografía feminista ha señalado la “hipermedicalización y la apropiación de las experiencias corporales de los sujetos por parte del sistema biomédico”. Asimismo, la producción científica y médica “está atravesada por presupuestos culturales que operan como verdades científicas, configurando la corporalidad de hombres y mujeres e influenciando la definición médica de la salud” (Viveros, 1995). También se ha planteado que la medicalización ha sido “una estrategia de control, poder y dominación sobre los cuerpos de las mujeres y sus procesos productivos” (Tovar, 2004, pp. 96-97).

En este sentido, la comprensión de la VGO como una forma de injusticia epistémica no solo orienta su problematización teórica, sino que también exige precisar sus alcances conceptuales y sus formas de manifestación en contextos concretos de atención en salud. A partir de esta delimitación, es posible situar las definiciones iniciales del concepto y los elementos que estructuran su análisis.

En sus formulaciones iniciales, el concepto de VGO se refiere a un tipo de violencia en contra de las mujeres y las personas con capacidad de gestación, que se presenta en uno o varios momentos del proceso de embarazo, parto y posparto durante la prestación de servicios de salud públicos o privados, y puede manifestarse a través de violencias físicas, psicológicas y/o institucionales (Vallana, 2019). Desde esta perspectiva, es posible identificar al menos tres elementos centrales para comprender el alcance de dicha definición. El primero es que se enmarca en las violencias de género y, en este sentido, constituye una violación de derechos

humanos, principalmente los derechos sexuales y reproductivos, de las mujeres y las personas con capacidad de gestar. Puede configurarse por acción u omisión de las personas y entidades, que brindan servicios de salud, principalmente sexual y reproductiva, para la atención ginecológica y obstétrica de los procesos de gestación (Vallana, 2019).

Un segundo elemento es el trato deshumanizado en lo que Arguedas (2014) conceptualiza como un "conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y posparto" (pp. 146- 147), llegando incluso a generar traumas a corto, mediano y largo plazo.

Finalmente, el tercer elemento remite al abuso en la patologización y medicalización de los procesos reproductivos, sustentado en la concepción del embarazo como un estado de enfermedad que ha legitimado la apropiación histórica de los cuerpos de las mujeres y personas con capacidad de gestación, así como la deslegitimación de su autonomía y de sus saberes (Arguedas, 2014). Este proceso se inscribe en la consolidación del poder/saber médico, que desde la modernidad desplazó y subordinó los conocimientos tradicionales particularmente los asociados a la partería, transformando a las mujeres de sujetos a objetos terapéuticos. En este marco, los saberes biomédicos se han impuesto de manera autoritaria sobre las formas en que las mujeres han comprendido y representado sus propios procesos fisiológicos, produciendo una forma de violencia epistémica que anula y subvalora sus conocimientos empíricos en favor de discursos investidos de legitimidad científica (Vallana, 2019). En consecuencia, la VGO no solo se expresa en prácticas contemporáneas, sino que se ancla en una trayectoria histórica de control, exclusión y jerarquización de saberes sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

2.3.1. Diferencias entre "violencia reproductiva", "violencia obstétrica" y "violencia ginecobstétrica"

Los tres conceptos nombran formas de vulneración que se superponen, pero no son equivalentes, y precisar su diferencia define qué se está denunciando, quién es responsable y en qué escenarios ocurre. La violencia reproductiva es el término más amplio. Designa cualquier forma de coerción, control o vulneración ejercida sobre las decisiones y capacidades reproductivas de las personas, con independencia del ámbito en que ocurra y de quién la ejerza. Incluye la presión social o familiar para quedar en embarazo o no, la esterilización forzada, la negación del aborto legal o la anticoncepción coercitiva (ONU, 2019). No requiere la mediación de una institución de salud ni de un profesional médico: puede ejercerla una pareja, una comunidad, actores armados, o actores institucionales. Su núcleo es el control sobre la reproducción como mecanismo de dominación de género que trasciende el espacio clínico (Trapero, 2024).

La violencia obstétrica es un subtipo de la anterior, acotado temporalmente y circunscrito al sistema de salud. Refiere a los actos violentos por acción u omisión que ejerce el personal sanitario sobre mujeres y personas gestantes durante el embarazo, el parto, el posparto y el manejo de las complicaciones del aborto (Barrera y Díaz, 2018 Arguedas, 2014). El concepto surgió en América Latina, Venezuela lo introdujo en su legislación en 2007 y su potencia política radica en nombrar la violencia que ocurre dentro de la relación médico-paciente, mediada por el poder biomédico y el saber autoritario que históricamente ha recaído en los cuerpos gestantes. Su foco es el proceso de parto-nacimiento y sus etapas siguientes, lo que explica que las definiciones legales más extendidas estén ancladas a las fases pre-, peri- y posnatal.

La violencia ginecobstétrica amplía ese foco de manera que resulta conceptualmente más precisa para los propósitos de esta investigación. El prefijo *gineco* incorpora la atención ginecológica en su totalidad: las consultas de rutina, la anticoncepción, las cirugías ginecológicas, el tratamiento de malestares y condiciones asociadas a la salud sexual y ginecológica y, en el extremo del espectro, las muertes causadas por negligencia en la atención. Una mujer presionada a aceptar un método anticonceptivo que no eligió durante una consulta de planificación familiar, o sometida a una revisión sin su consentimiento, no es víctima de violencia obstétrica en sentido estricto, pero sí de VGO.

El concepto también hace visible que la historia de la ginecología occidental está construida sobre el sufrimiento de cuerpos que no contaron con protección ni consentimiento, siendo las mujeres racializadas en particular las mujeres negras quienes han soportado históricamente el mayor peso de esas prácticas (Pineda, 2022). El caso de James Marion Sims, considerado "padre de la ginecología moderna", ilustra con precisión este argumento: las técnicas quirúrgicas que cimentaron este campo del saber médico fueron desarrolladas entre 1845 y 1849 mediante experimentos sin anestesia realizados sobre cuerpos de mujeres negras esclavizadas, cuyo dolor era justificado por la teoría racista de que no sentían como las mujeres blancas sobre quienes se aplicarían después esos mismos procedimientos, ya con anestesia (Pineda, 2022). Que el concepto de VGO permita nombrar este continuum histórico entre la producción del saber ginecológico y la violación sistemática de cuerpos racializados es, en sí mismo, una razón epistemológica para adoptarlo como categoría analítica central.

Elegir la categoría de VGO y no la de violencia obstétrica responde, entonces, a una decisión analítica pues permite capturar un espectro más amplio de experiencias que ocurren dentro del sistema de salud sin reducirlas al momento del parto, y sitúa el fenómeno en la intersección entre violencia institucional y violencia de género (Gleason et al., 2021). Al mismo tiempo, la VGO es más precisa que la violencia reproductiva porque delimita el escenario, la institución sanitaria, la relación biomédica y señala un agente específico: el poder médico ejercido sobre cuerpos que el sistema históricamente ha tutelado, controlado y patologizado. En ese sentido, la VGO no nombra solo actos individuales de profesionales “mal

intencionados", sino una expresión estructural de relaciones de poder que atraviesan la institución médica.

2.3.2. Momentos y procesos reproductivos en que se presenta la violencia ginecobstétrica

La VGO no se circunscribe al momento del parto, aunque históricamente este ha sido el foco central de la investigación, la normativa y las denuncias. La mayoría de los hechos documentados en la revisión bibliográfica se sitúan en el trabajo de parto y el nacimiento, lo que ha tendido a reducir el fenómeno a ese instante y a invisibilizar violencias que ocurren antes y después de él. Sin embargo, como señalan Barrera y Díaz (2018), el término violencia ginecobstétrica busca precisamente mostrar las diversas formas de violencia que se presentan en la atención de varios procesos sexuales y reproductivos de las mujeres: la anticoncepción, las consultas en ginecología y la atención obstétrica en embarazo, parto, aborto y puerperio. Entender la VGO como un continuum, y no como un evento puntual, es entonces una consecuencia necesaria del propio concepto.

Ese continuum puede comenzar incluso antes de la gestación, desde la consulta de planificación familiar donde se impone o se niega un método anticonceptivo sin consentimiento real, o en la consulta ginecológica de rutina donde se realizan procedimientos sin explicación ni autorización (Castro y Erviti, 2014). Continúa durante el embarazo, en los controles prenatales donde la información es retenida o entregada de manera insuficiente, lo que Vallana (2016, citada en Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva, 2023) denomina consentimiento "desinformado", donde se presiona hacia determinadas decisiones obstétricas o donde simplemente se ignoran las preguntas de la persona gestante.

En esta misma línea, Rodríguez Ramos y Aguilera Ávila (2017) documentó que el 20,6% de las mujeres de su estudio fueron sometidas a algún procedimiento sin saber en qué consistía, y que los tactos vaginales sin consentimiento representaron una de las formas más frecuentes de violencia no reconocida como tal por las propias mujeres. La violencia se intensifica en el trabajo de parto y el parto mismo que sigue siendo el momento de mayor concentración y visibilidad de estas violencias, y se prolonga en el posparto, cuando se interrumpe el vínculo con el recién nacido sin justificación clínica, cuando se aloja a mujeres en duelo gestacional junto a madres con recién nacidos vivos, o cuando se impone un método anticonceptivo antes del egreso hospitalario sin que medie una decisión informada y libre (Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva, 2023; Pineda, 2022).

La Corte Constitucional colombiana ha reconocido explícitamente esta dimensión temporal extendida, señalando que la protección especial de las mujeres gestantes no se agota en el parto, sino que comprende el trato digno, la ausencia de procedimientos discriminatorios y la garantía de cuidado especializado durante todo el proceso, incluido el posparto, en especial cuando han surgido complicaciones (Sentencia T-198 de 2023), (Sentencia T-508 de 2019),

(Sentencia T-058 de 2026). De tal manera, la VGO no se ubica en un momento en específico, sino que se debe entender como una relación de poder que atraviesa longitudinalmente la experiencia de las mujeres y las personas con capacidad de gestar con el sistema de salud, desde la planeación reproductiva hasta la recuperación puerperal, y que en sus expresiones más extremas puede derivar en la muerte (Pineda, 2022).

2.3.3. Quiénes ejercen la violencia ginecobstétrica

Una de las dificultades analíticas y políticas de la VGO radica en identificar quiénes son sus perpetradores, dado que la naturalización de muchas prácticas violentas hace que los propios actores que las ejercen no las reconozcan como tales. El análisis debe, por tanto, trascender la figura del médico malo para entender la VGO como un fenómeno estructural e institucional, producido y reproducido por múltiples actores que operan en distintos niveles del sistema de salud.

El personal médico especializado de obstetras y ginecólogos/as ocupa el lugar central en la jerarquía del campo obstétrico y es el actor con mayor poder de decisión sobre los cuerpos gestantes. Ese poder tiene raíces históricas precisas, la formación médica en ginecología y obstetricia ha sido atravesada por una lógica androcéntrica (Sadler, 2004), entendida como la tendencia a construir la experiencia masculina como estándar aparentemente neutro y universal, mientras se "otrifica" a las mujeres como sujetos particulares definidos por su biología reproductiva (Bailey, LaFrance y Dovidio, 2019; Esteban, 2010 en Sadler, 2004). Ese estándar, sin embargo, no es simplemente masculino como lo señalan Inhorn y Whittle (2001) que la producción de conocimiento en salud se construyó excluyendo tanto las voces de las mujeres como las de los hombres no blancos, de modo que la experiencia de salud de ciertos hombres -en Europa y Norteamérica- se consolidó como la norma implícita desde la cual se definieron y midieron las necesidades de todas las demás personas. Sobre ese doble eje de género y raza, la aparición de la ginecología a comienzos del siglo XIX profundizó la diferenciación de los cuerpos a partir de la genitalidad, legitimando la concepción de que la actividad sexual y la reproducción son más fundamentales en la naturaleza de las mujeres que en la de los hombres (Lupton, 2012, p. 169), y reduciendo así la salud de las mujeres a salud reproductiva.

Arguedas (2014) señala que este modelo acumuló valores de objetividad científica que, siguiendo a Donna Haraway, vaciaron a las mujeres de agencia epistemológica, su conocimiento sobre sus propios cuerpos fue tratado como subjetivo e insuficiente, mientras el saber médico institucional se consagró como única voz autorizada. Esta masculinización y racialización históricas de la profesión no desaparecen con la llegada de mujeres a la especialidad. Como señalan Brenes-Monge et al. (2020), persisten en currículos ocultos y hábitus autoritarios que se transmiten en la formación clínica con independencia del género de quien los aprende. La VGO no es, entonces, un atributo del perpetrador, sino una práctica

aprendida, legitimada y sostenida por la cultura institucional que ese modelo de saber médico ha edificado.

Esa cultura institucional no reside únicamente en el personal clínico, también se encuentra en las instituciones de salud: hospitales, clínicas, centros de atención que son también actores colectivos de la VGO en la medida en que sus protocolos, recursos materiales, distribución espacial y cultura organizacional producen las condiciones estructurales para el maltrato. Vallana (2019) subraya que estas violencias son estructurales, encubiertas y normalizadas, y que en su ejercicio vulneran tanto a quienes las padecen como a quienes las ejecutan. Las instituciones privadas y públicas no reproducen estas violencias de la misma manera, la clase social, como factor interseccional, opera para estratificar la calidad de la atención y la exposición al maltrato (Bedoya et al., 2020), de forma que las condiciones materiales de la institución amplifican o atenúan las violencias que el modelo de formación médica ya ha instalado.

El Estado, finalmente, no es un actor externo a esta cadena sino parte constitutiva de ella. Actúa como perpetuador de VGO cuando no garantiza recursos suficientes para la atención materna; cuando criminaliza el aborto y empuja a mujeres y personas gestantes hacia procedimientos clandestinos y riesgosos; cuando no regula ni sanciona las prácticas violentas en los servicios de salud; o cuando sus políticas subordinan el bienestar de las mujeres y personas con capacidad de gestación a intereses demográficos, económicos o morales (Pineda, 2022; Rodríguez Ramos y Aguilera Ávila, 2017). Que el Estado pueda tanto tipificar la VGO en su legislación como reproducirla en sus instituciones no es una contradicción accidental, es la expresión de que esta violencia está inscrita en las estructuras mismas de las que el Estado es garante.

2.4. Violencia ginecobstétrica e injusticia epistémica

Massó (2023) propone que la VGO puede ser analizada como una forma de injusticia epistémica en dos versiones complementarias: la *injusticia testimonial* y la *injusticia hermenéutica*. La primera ocurre cuando el testimonio de las mujeres y personas con identidad de género no normativa sobre su propio cuerpo, su dolor o su experiencia es desacreditado por parte del personal de salud, que se considera a sí mismo portador de un saber superior e incuestionable. La segunda opera cuando no existen los conceptos, los recursos interpretativos o los marcos institucionales para que las propias mujeres y personas con capacidad de gestar puedan comprender y nombrar lo que les ocurre en la medida en que el lenguaje y las categorías disponibles están definidos desde el orden biomédico dominante, el cual tiende a interpretar estas experiencias en términos técnicos, clínicos o de mala praxis, y no necesariamente como formas de violencia. Ambas formas de injusticia atraviesan todas las tipologías que se presentan a continuación, no funcionando como tipos separados de VGO, sino como la lógica que las sustenta y reproduce.

La ***violencia física*** comprende las prácticas que ejercen fuerza, dolor o daño sobre el cuerpo de las mujeres y demás personas sin su consentimiento informado o en contravía de su voluntad explícita. Incluye los maltratos y abusos que atentan contra la integridad, la libertad de movimiento y movilidad, la seguridad y la vida de las mujeres, las personas con capacidad de gestación y sus bebés, así como la realización de procedimientos -o la negación de éstos- que no son necesarios y/o generan afectaciones en su salud y su vida a corto, mediano y largo plazo.

Entre las prácticas más documentadas en el contexto latinoamericano se encuentran la maniobra de Kristeller[2], la episiotomía de rutina sin justificación clínica, los tactos vaginales repetidos o realizados por estudiantes sin consentimiento de la gestante, la ruptura artificial de membranas y la inducción artificial del parto por conveniencia institucional o del personal de salud (Vallana, 2019).

La ***violencia verbal y psicológica*** se ejerce a través de prácticas y comportamientos discriminatorios, humillantes, deshumanizados, manipuladores, infantilizantes y cuando se coacciona la decisión y autonomía sobre el cuerpo, con el fin de manipular las formas propias en las que cada persona decide vivir sus experiencias obstétricas. (Vallana, 2019). Rodríguez Ramos y Aguilera Ávila (2017) reportaron que entre las formas de VGO más frecuentes está el cambio del ritmo del parto por conveniencia del personal sanitario, con el consecuente sometimiento de la mujer a procedimientos dolorosos y no negociados.

La ***violencia simbólica*** se configura como una forma de dominación que opera a través de la internalización y naturalización de la autoridad del saber biomédico sobre los cuerpos y experiencias de las mujeres y personas con capacidad de gestación. En este contexto, el conocimiento médico se instituye como el único legítimo para definir lo normal y lo patológico, concentrando la toma de decisiones en el personal de salud y desplazando a las mujeres y personas con capacidad de gestación a un rol pasivo, desprovisto de agencia. Esta relación jerárquica no solo se impone externamente, sino que es incorporada por las mujeres y personas con capacidad de gestación, quienes, tienden a deslegitimar sus percepciones, justificar las intervenciones y aceptar la subordinación como parte del proceso de atención (Sadler, 2004; Vallana, 2019).

Por otra parte, la ***violencia institucional*** es aquella que proviene de las estructuras, protocolos, normativas y culturas organizacionales de los servicios de salud, con independencia de la intención individual del personal profesional (Vallana, 2019). Vulnera el derecho de acceso a la información, al consentimiento informado y a la libertad de decidir

[2] Aplicación de presión sobre el abdomen para acelerar el expulsivo

sobre su cuerpo, ejerciendo coerción a través de intervenciones judiciales, demorando la realización de procedimientos para que acepten la realización de cirugías.

Al respecto, Vallana (2016) habla de consentimiento "desinformado" a través de la administración del miedo, donde se brinda información insuficiente o manipulada para lograr la firma del requisito legal del consentimiento informado. Por ejemplo, al no incluir los pros y contras de cada procedimiento, así como brindar información que salvaguarde legalmente al personal y las instituciones de posibles demandas legales, bajo el argumento de que las mujeres y personas con capacidad de gestación conocían los riesgos de la intervención. (p. 16).

Una expresión adicional de esta violencia institucional, de particular relevancia cuando el análisis incorpora a las mujeres como sujetos, es el no reconocimiento de la identidad de género en la atención en salud sexual y reproductiva. El Movimiento Nacional por el Parto Respetado (2023) identifica la transfobia como una forma específica de VGO pues las personas transmasculinas y no binarias que experimentan procesos de gestación enfrentan exclusión de servicios y trato discriminatorio motivado por su identidad de género, en la medida en que los protocolos e instituciones de salud operan bajo la presunción de que quienes gestan son siempre mujeres. Esta presunción no es neutra, reproduce el binarismo de género como norma institucional y se traduce en barreras de acceso e invisibilización que constituyen una vulneración del deber de no discriminación en la atención médica (Movimiento Nacional por el Parto Respetado, 2023; Arguedas, 2014)[3]

Finalmente, la ***violencia por negligencia y abandono.*** La OMS ha señalado que la VGO puede darse tanto por exceso como por defecto de atención sanitaria, y ambas formas ocurren con frecuencia (Massó, 2023; Montiel, 2019). La violencia por negligencia incluye la demora en la atención de urgencias obstétricas, la falta de analgesia cuando está indicada, la desatención durante el trabajo de parto, la ausencia de información sobre el estado de salud de la madre o el recién nacido, y la falta de seguimiento posparto. En países como Colombia, algunos estudios señalan que el rechazo sucesivo de mujeres y personas con capacidad de gestación en trabajo de parto constituye una forma de violencia por negligencia que pone en riesgo la vida (Barrera y Díaz, 2018).

Esta forma de violencia está particularmente mediada por la pertenencia étnico-racial y la clase. En Brasil, De Carli Lopes (2023) documenta que las mujeres negras presentan mayor

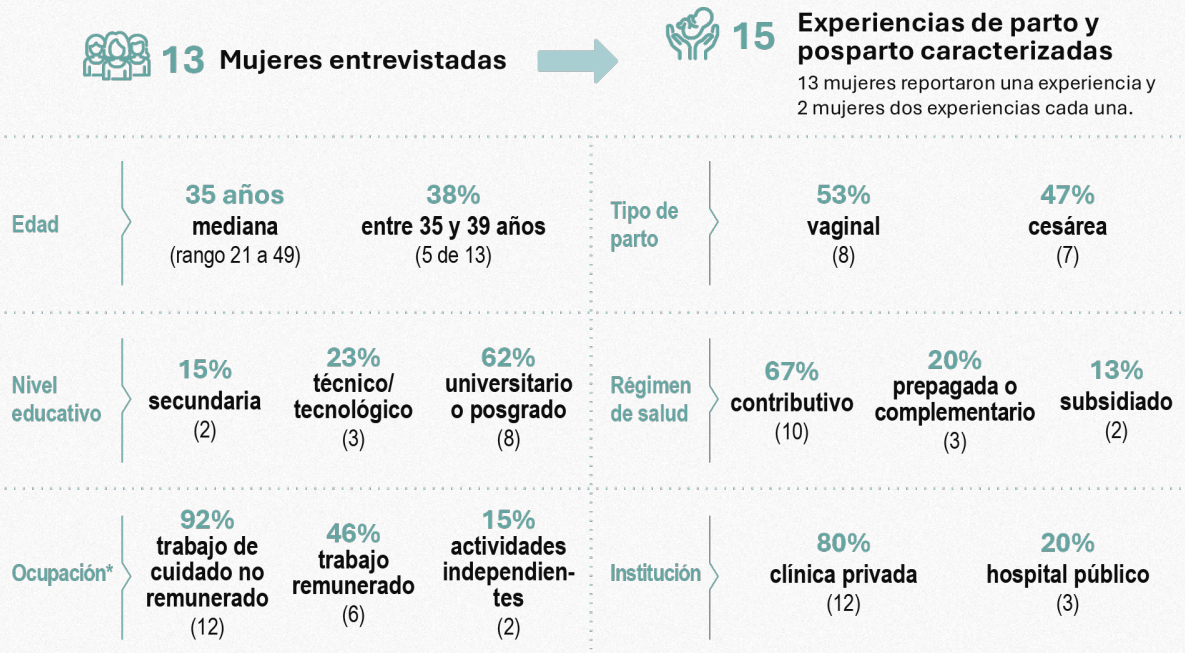
[3] La literatura disponible sobre VGO desarrolla con mayor profundidad la dimensión de la identidad de género en particular las experiencias de personas transmasculinas y no binarias que la de la orientación sexual no normativa como eje específico de discriminación en la atención ginecobstétrica. Este vacío bibliográfico justifica, en parte, la necesidad analítica de adoptar la categoría "mujeres y personas con capacidad de gestación" en lugar de referentes exclusivamente centrados en la maternidad femenina heterosexual, y abre una línea de indagación que esta investigación busca contribuir a visibilizar.

proporción de variables desfavorables durante el período gestacional, como sufrir agresiones físicas, peregrinar en busca de atención médica y no recibir analgesia durante el trabajo de parto, en comparación con mujeres blancas. El concepto de *racismo obstétrico*, acuñado por la antropóloga afroestadounidense Davis (2019) y retomado por De Carli Lopes (2023), nombra precisamente la intersección entre la violencia obstétrica y el racismo en salud, es la parte de la VGO que la categoría genérica de violencia obstétrica no logra capturar por sí sola, pues invisibiliza el papel de la raza como modulador de las conductas y percepciones de los profesionales.

3. Datos sociodemográficos de las mujeres entrevistadas y los eventos de parto caracterizados

La muestra cualitativa de la investigación estuvo conformada por 13 mujeres entrevistadas y 15 eventos de parto reportados, por lo cual, la descripción se centra en las variables sociodemográficas para las entrevistadas una sola vez, mientras que las prácticas obstétricas y de atención médica se calculan sobre cada evento.

Ilustración 1. Muestra cualitativa



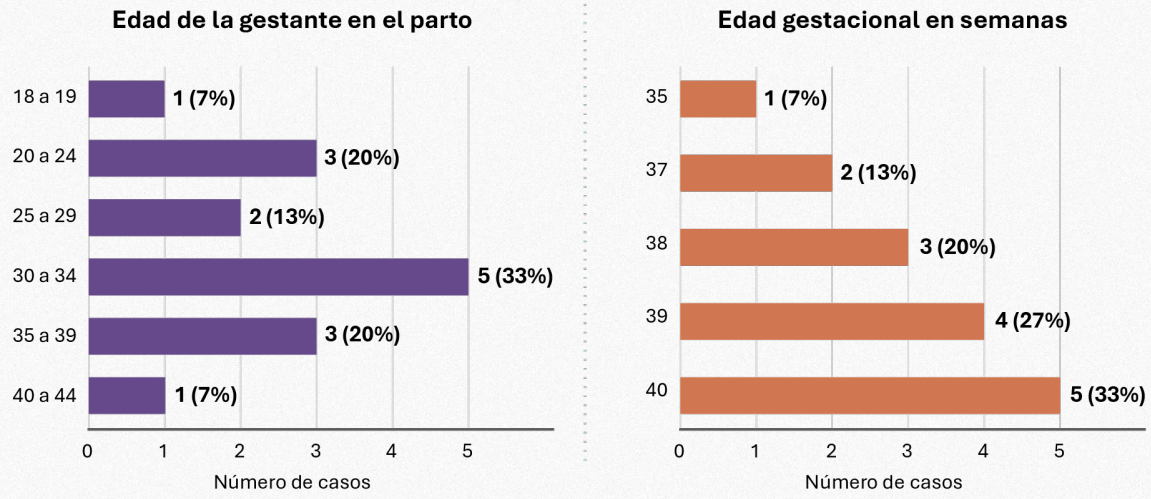
Porcentajes calculados sobre 13 mujeres (columna izquierda) y 15 experiencias (columna derecha). *Respuesta múltiple: no suma 100 %.

Fuente: elaboración propia.

Las 13 mujeres participantes tenían entre 21 y 49 años al momento de la entrevista, con una mediana de 35 años; la mayor concentración se ubicó entre los 35 y 39 años (5 mujeres), seguida de los 25 a 29 años (3). Por su parte, la edad de las mujeres al momento de los eventos osciló entre 18 y 44 años, con una mediana de 32. Cinco partos ocurrieron entre los 30 y 34 años; tres entre los 20 y 24; tres entre los 35 y 39; dos entre los 25 y 29; uno entre los 18 y 19; y uno entre los 40 y 44 años. La edad gestacional estuvo entre 35 y 40 semanas, con mediana de 39; doce eventos ocurrieron entre las semanas 38 y 40.

Gráfica 1. Edad de la gestante y edad gestacional de los eventos

Los eventos se concentraron entre los 30 y 39 años y entre las semanas 38 y 40



Fuente: elaboración propia; n = 15 eventos.

Todas las participantes manifestaron tener una identidad de género femenina; 12 se identificaron como heterosexuales y una prefirió no responder. Siete vivían en unión libre y seis estaban casadas. Doce nacieron en Bogotá y una en Sogamoso, Boyacá. Ninguna registró discapacidad ni pertenencia a los enfoques diferenciales incluidos en el instrumento.

La residencia se distribuyó en ocho localidades: Fontibón y Suba reunieron tres participantes cada una; Puente Aranda, dos; y Antonio Nariño, Usaquén, Usme, Teusaquillo y Kennedy, una cada una. Doce mujeres residían en zona urbana y una en zona rural. Se encuentra entonces que la cobertura territorial aporta diversidad de contextos locales, pero no es proporcional a la distribución de las mujeres en Bogotá y no permite comparaciones territoriales concluyentes.

Ocho participantes tenían formación universitaria o de posgrado; tres contaban con formación técnica o tecnológica y dos con educación secundaria. La ocupación fue de respuesta múltiple. Doce mujeres reportaron trabajo doméstico o de cuidado no remunerado, seis trabajo remunerado y dos actividades independientes. La superposición entre trabajo remunerado y cuidado muestra que la participación laboral no reemplazaba las responsabilidades de cuidado, generando sobrecargas de tiempo de las mujeres. En cuanto a sus trayectorias obstétricas, siete habían tenido un parto, cinco reportaron dos y una cuatro; sin embargo, el estudio caracterizó en profundidad 15 eventos seleccionados y no la totalidad de los partos vividos por las entrevistadas.

Tabla 2. Datos sociodemográficos de las mujeres entrevistadas

Dimensión	Característica	n
Edad	Rango	21 a 49 años
	Mediana	35 años
	35 a 39 años (mayor concentración)	5
	25 a 29 años	3
Nivel educativo	Universitario o posgrado	8
	Técnico o tecnológico	3
	Secundaria	2
Identidad y orientación	Identidad de género femenina	13
	Heterosexual	12
	Prefirió no responder (orientación sexual)	1
Estado civil	Unión libre	7
	Casada	6
Lugar de nacimiento	Bogotá	12
	Sogamoso, Boyacá	1
Enfoques diferenciales	Discapacidad o pertenencia a enfoques diferenciales	0
Zona de residencia	Urbana	12
	Rural	1
Localidad de residencia (8 localidades)	Fontibón	3
	Suba	3
	Puente Aranda	2
	Antonio Nariño, Usaquén, Usme, Teusaquillo, Kennedy	1 c/u
Ocupación (respuesta múltiple)	Trabajo doméstico o de cuidado no remunerado	12
	Trabajo remunerado	6
	Actividades independientes	2
Número de partos	Un parto	7
	Dos partos	5
	Cuatro partos	1

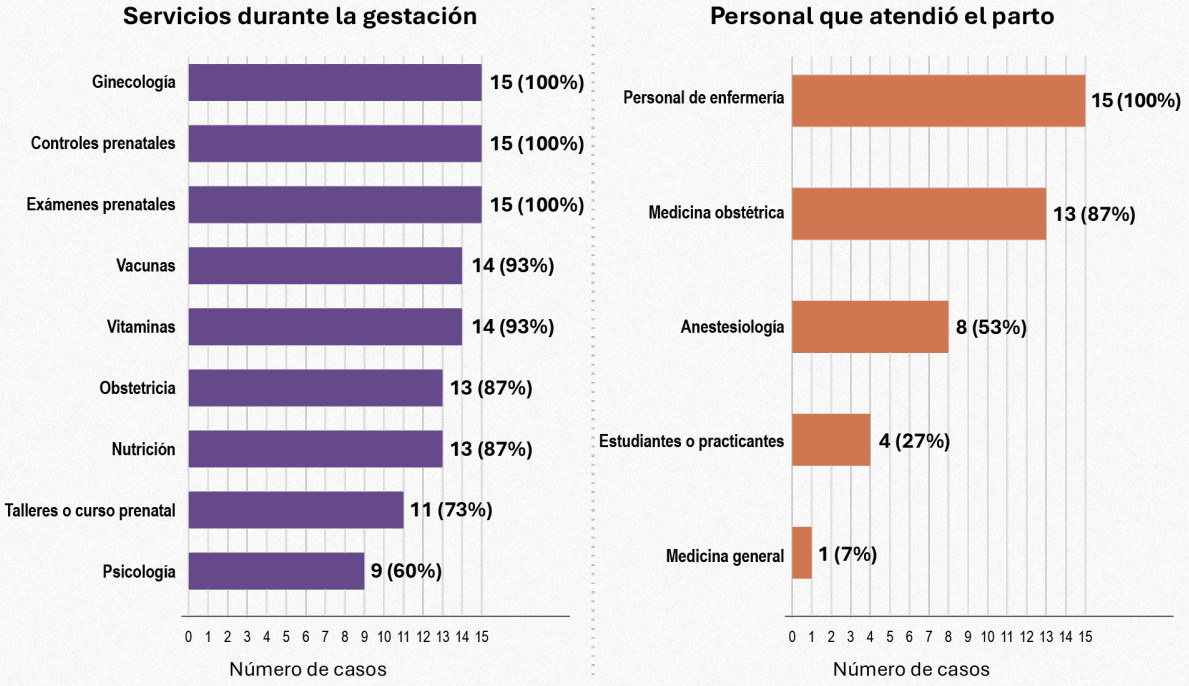
Por su parte, los 15 eventos ocurrieron entre mayo de 2014 y agosto de 2026. Cinco fueron anteriores a la entrada en vigencia de la Ley 2244 de 2022 y 10 posteriores. La distribución por vía de nacimiento fue de ocho partos vaginales y siete cesáreas. 12 eventos fueron atendidos en clínicas privadas y tres en hospitales públicos. En 10 casos la afiliación correspondía al régimen contributivo, en tres había pagos adicionales mediante medicina prepagada, plan complementario o atención particular, y en dos el régimen era subsidiado.

Con relación a los servicios de salud que les brindaron a las mujeres durante los procesos de gestación y parto, se encontró que los 15 eventos incluyeron atención en ginecología,

controles y exámenes prenatales. 14 registraron vacunación y suministro de vitaminas; 13 atención en obstetricia y nutrición; 11 talleres o cursos prenatales; y nueve atención psicológica. Esta distribución muestra una cobertura alta de los servicios biomédicos regulares y una menor presencia de los componentes pedagógicos y de salud mental, los cuales hacen parte de los derechos

El personal de enfermería intervino en los 15 eventos y el personal médico obstetra en 13. Ocho eventos contaron con atención previa por anestesiología, incluidos los siete partos por cesárea; cuatro registraron estudiantes o practicantes y uno medicina general. Estas categorías fueron de respuesta múltiple y describen la conformación de los equipos, no la continuidad ni la calidad de la atención.

Gráfica 2. Servicios recibidos y personal que atendió los eventos de parto



Fuente: elaboración propia a partir de la base de entrevistas. Respuesta múltiple; n = 15 eventos.

La muestra reúne experiencias de diferentes edades, localidades, vías de parto, regímenes de afiliación y momentos normativos. No obstante, su composición es intencional y no probabilística. La concentración de participantes con educación superior, residencia urbana, identidad femenina y orientación heterosexual limita la representación de experiencias asociadas con discapacidad, pertenencia étnica, ruralidad, identidades de género diversas y otras posiciones diferenciales. Por ello, las frecuencias y porcentajes describen el corpus entrevistado y sirven para contextualizar los hallazgos cualitativos, pero no estiman la distribución de estas características entre las mujeres que paren en Bogotá.

4. Hallazgos

4.1. Hallazgo 1. Las restricciones en el acceso a la información en la gestación condicionan la autonomía corporal de las mujeres en la comprensión, participación y toma de decisiones durante el parto y el posparto.

De las 15 experiencias de parto caracterizadas, las mujeres manifestaron que al:



40%

No le brindaron información sobre los riesgos y beneficios de las prácticas obstétricas



33%

Ignoraron, omitieron, desatendieron o acallaron sus dudas sobre el parto y/o posparto



33%

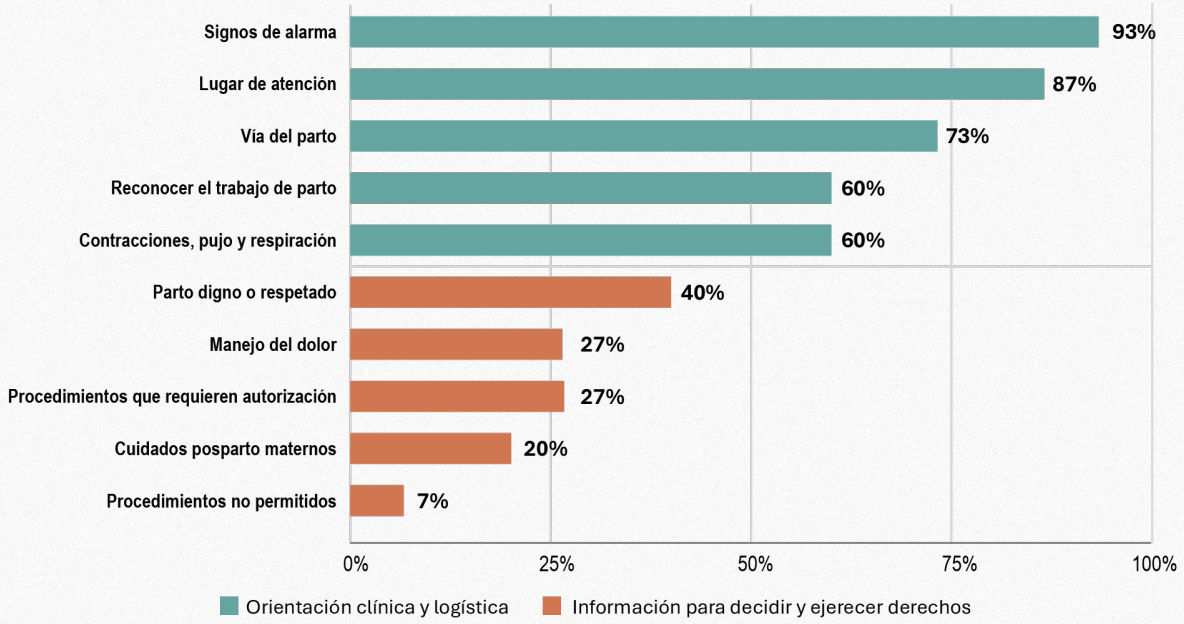
No le brindaron información sobre riesgos y beneficios de fármacos y analgésicos

De acuerdo con la Ley 2244 de 2022, el **derecho a la información** durante la gestación, trabajo de parto, parto y posparto comprende reconocer a las mujeres y personas gestantes como sujetas de derechos y de especial protección constitucional. Esto significa garantizar su participación en todo momento (art. 4.3), cursos con calidad y profundidad (art. 4.7), información previa, clara y suficiente sobre intervenciones y alternativas (art. 4.9), información durante el parto y posparto (art. 4.10), plan de parto (art. 4.11), contacto piel con piel (art. 4.13), información posparto (art. 4.22) y decisión sobre la placenta (art. 4.26). La OMS (2018) añade que la comunicación debe ser efectiva y culturalmente aceptable. Al respecto, la jurisprudencia constitucional ha indicado que el acceso a la información está relacionado con el ejercicio del principio de autonomía de las mujeres en el sistema de salud, lo cual constituye obligaciones al personal de salud de brindar la información necesaria, relevante y suficiente para que las personas decidan autónomamente (sentencias T-401 de 1994 y SU-337 de 1999 retomadas en la Sentencia T-135 de 2025). Sin embargo, frente a estos estándares, los datos muestran que la información se entrega de forma aislada, se concentra en conductas esperadas por el servicio y pocas veces se convierte en capacidad efectiva para preguntar, consentir, rechazar o formular preferencias.

Con relación al acceso a la información durante el proceso de gestación, las mujeres entrevistadas señalaron que los contenidos más frecuentes fueron los signos de alarma (14 de 15), el lugar de atención (13) y la posibilidad de parto vaginal o cesárea (11). En contraste, solo seis experiencias incluyeron información sobre parto digno o respetado; cuatro sobre procedimientos que requerían autorización; cuatro, sobre manejo del dolor; tres, sobre cuidados posparto maternos; y una sobre procedimientos no permitidos. Al agrupar cinco

temas de orientación clínica y logística, se cubrieron 56 de 75 oportunidades posibles; los cinco temas vinculados con derechos y decisiones solo cubrieron 18 de 75. Esta medida resume la composición de la información y no constituye una escala validada.

Gráfica 3. Temas informados durante la gestación



Fuente: elaboración propia; n = 15 eventos.

Once experiencias registraron asistencia a talleres o cursos prenatales; sin embargo, dentro de ese grupo solo cuatro incluyeron información sobre parto digno, tres sobre procedimientos que exigían autorización, dos sobre cuidados posparto y una sobre prácticas no permitidas. En este sentido, se encuentra que la disponibilidad y acceso a este derecho no garantiza la calidad de los contenidos que se brindan, ni la posibilidad de contar con información actualizada, en un lenguaje claro, comprensible y desde un enfoque diferencial para las mujeres y personas gestantes, tal como lo precisa el artículo 4.7 de la Ley 2244 de 2022. La distancia entre acceso y contenido explica por qué una participante relató que firmó porque le indicaron hacerlo y llegó al parto sin haber aprendido siquiera las técnicas de respiración (Comunicación personal 09, 27 de agosto de 2026).

En la relación con el personal médico que atendió su parto, 12 de las 15 experiencias reportaron maltrato, discriminación o violencia, entre ellas, 6 señalaron que no recibieron información sobre riesgos y beneficios de prácticas obstétricas; 5 que sus dudas fueron ignoradas o acalladas; 5 que no se explicaron riesgos y beneficios de fármacos y analgésicos; y 2 que no se informó sobre su estado de salud o el de su bebé. La comunicación dejó así de ser un medio para expresarse, preguntar, explorar y conocer para decidir, transformándose en

una relación jerárquica en la que sólo el médico “sabe” lo que sucede en el cuerpo gestante, silenciando la voz y el saber de las mujeres sobre sus propias experiencias. En palabras de una entrevistada, “este no saber lo que pasa en tu cuerpo y que solo el médico sepa y tú no [...] también es violencia obstétrica” (Comunicación personal 07, 25 de agosto de 2026).

De esta manera, se observa que, si bien la información que las mujeres recibieron durante la gestación fue amplia para reconocer las alertas de una emergencia, llegar a la institución indicada y el tipo de parte que tendrían -es decir, aquellos temas que le resultan útiles al sistema de salud para dar cuenta de su eficacia-, resultó limitada para garantizar el ejercicio de sus derechos, comprender las intervenciones que les realizarían durante el parto y decidir autónomamente sobre su propio cuerpo. De las 7 cesáreas, solo 1 incluyó información sobre el procedimiento y en 2 se solicitó consentimiento. En este sentido, este hallazgo no describe una ausencia absoluta de información, sino una oferta selectiva que favorece la obediencia clínica sobre la participación informada.

De acuerdo con la EMEG, 80 mujeres respondieron que habían vivido violencia o discriminación durante una consulta ginecológica en los últimos 24 meses. Entre ellas, las situaciones más reportadas fueron sentir dolor innecesario o recibir un trato brusco (34 de 80), no haber sido consultadas sobre si deseaban atención por personal del mismo género (32), recibir comentarios humillantes o culpabilizadores (18) y no ver respetada su privacidad o intimidad (18). Ocho señalaron procedimientos realizados sin explicación ni consentimiento. Estas respuestas muestran que el problema no se agota en la ejecución de un procedimiento: también comprende la posibilidad de expresar preferencias, recibir información, decidir y conservar la intimidad. En ese sentido, amplían el marco del hallazgo 1, centrado en las restricciones de información y autonomía corporal. Entre las 32 mujeres que reportaron violencia o discriminación en controles prenatales, 11 indicaron que no pudieron expresar dudas, miedos o preocupaciones; 10 refirieron indiferencia, maltrato verbal o desdén; nueve, falta de explicaciones claras sobre su salud o la del feto; y siete, falta de información sobre posibles secuelas físicas o emocionales del parto y el posparto. Las opciones eran de selección múltiple, de modo que una mujer podía señalar varias situaciones. Esto permite evidenciar que la información insuficiente y la dificultad para ser escuchada pueden limitar la participación antes del parto, cuando aún es posible anticipar decisiones y necesidades de cuidado; no obstante, los datos no permiten establecer que una situación causó otra.

Así pues, se identifica un acceso desigual a la información y en un lenguaje técnico que, generalmente, resulta incomprensible para las mujeres, operando como mecanismos que producen obediencia en la relación sanitaria (Almonte García, 2016), permitiendo plantear una crítica al paternalismo médico (Estrada Hincapié, 2024) donde la autonomía no se agota en aceptar una intervención, sino que requiere información amplia, comprensible y oportuna para autorizarla o rechazarla. Por ello, el formalismo de una firma sobre un documento no equivale por sí mismo a consentimiento informado, como también sostienen Pereira et al.

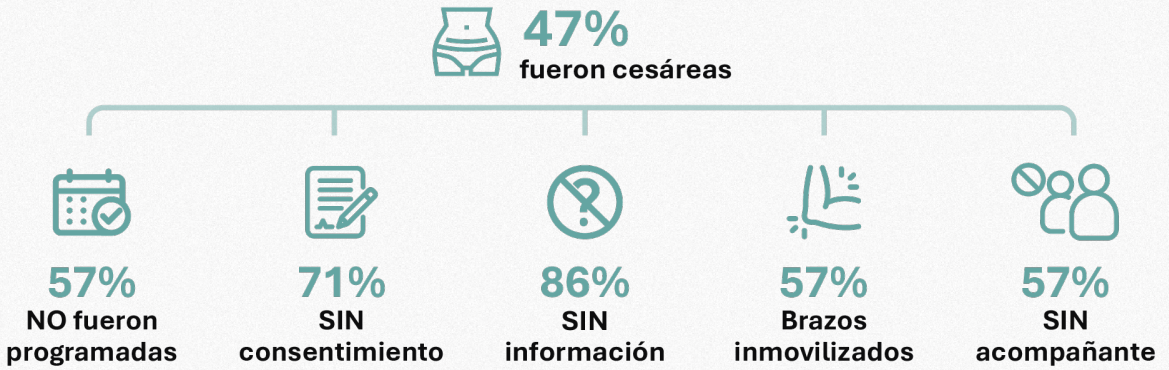
(2015) y la Corte Constitucional estableciendo que se debe contar con condiciones que garanticen que sea libre, previo e informado, fundarse en conocimiento adecuado y suficiente para que las personas comprendan los beneficios y riesgos de las intervenciones que le van a realizar, conozca todas las alternativas con las que cuenta e, incluso, si se trata de una intervención riesgosa, el consentimiento informado debe ser más preciso y rigurosamente informado (Sentencia T-622 de 2014).

Las limitaciones en el acceso a la información durante la gestación se expresaron también en las pocas posibilidades de participar y decidir previamente sobre las condiciones para la atención médica del parto y el posparto, encontrando 13 experiencias que no incluyeron la presentación de un plan de parto. En 8 casos las mujeres no sabían qué era y en 3 afirmaron que no existía en el momento de la atención; en conjunto, estas respuestas representan 11 de los 13 casos sin plan de parto. Once experiencias no permitieron decidir sobre la placenta y, entre ellas, ocho revelan desconocimiento de esa posibilidad o del procedimiento. Diez experiencias no pudieron precisar cuándo se cortó el cordón. Aunque hubo contacto piel con piel en once casos, en diez duró menos de diez minutos. El contacto piel con piel pudo ocurrir sin que la mujer hubiera deliberado sobre su duración; conocer el momento del corte del cordón no significa haberlo elegido; y recibir un formulario no equivale a construir un plan de parto. Una participante resumió esta diferencia al señalar que la información sobre parto respetado “no fue algo que me ofrecieron, fue algo que yo llevé a la clínica” (Comunicación personal 03, 4 de agosto de 2026). La autonomía corporal exige que las opciones se ofrezcan de manera anticipada, que las preferencias se documenten y que cualquier cambio clínicamente necesario se explique. De acuerdo con el tipo de parto se encontró que 5 de 8 experiencias por parto vaginal recibieron información sobre parto digno, frente a 1 de 7 en partos por cesáreas.

En síntesis, los resultados muestran que el acceso a la información constituye una condición material para el ejercicio de la autonomía corporal durante la gestación, el parto y el posparto. Las experiencias analizadas no evidencian una ausencia generalizada de información, sino una provisión desigual y selectiva, donde, mientras predominan contenidos orientados al reconocimiento de signos de alarma, la ruta de atención y otros aspectos clínicos y operativos, tienen menor presencia aquellos que permiten a las mujeres conocer sus derechos, comprender las intervenciones, valorar alternativas y expresar anticipadamente sus preferencias. Esta situación se prolonga durante el parto y el posparto y se refleja en el desconocimiento o la limitada participación frente al plan de parto, los procedimientos obstétricos, el manejo de la placenta, el corte del cordón y otras decisiones sobre el propio cuerpo. En este contexto, informar no puede reducirse a transmitir indicaciones, registrar la asistencia a cursos o solicitar la firma de formatos: supone generar condiciones para comprender, preguntar, deliberar, consentir o rechazar y participar efectivamente en las decisiones. Desde esta perspectiva, la garantía de un parto digno y respetado requiere transformar el énfasis del cumplimiento formal del deber de informar hacia la garantía

sustantiva del consentimiento informado, la comunicación comprensible y oportuna y la participación autónoma de las mujeres en las decisiones que afectan su cuerpo y su experiencia reproductiva.

4.2. Hallazgo 2. Las condiciones y prácticas no recomendadas en la realización de una cesárea constituyen un escenario de riesgo frente a la pérdida de autonomía corporal de las mujeres en sus experiencias de parto.



Las experiencias de los partos por cesárea a lo largo de las entrevistas se sostuvieron en relatos de frustración, miedo e incertidumbre frente a la imposibilidad de hacerlo por vía vaginal, que aún se sigue nombrando como “el” parto “natural”, pues, perciben que se pierden esa parte de la experiencia en la que “sientes” cómo nace tu bebé, porque la mitad de tu cuerpo está anestesiado y nadie te informa qué sucede contigo ni con el ser que está por nacer. Tal como lo plantea Almonte (2016), la cesárea es un procedimiento quirúrgico, en el cual se consigue la extracción o nacimiento del feto por vía abdominal y, como todo procedimiento quirúrgico, debe tener unas indicaciones claras y específicas, así como, riesgos y posibles complicaciones que deberán ser explicadas a la gestante candidata a un parto por esta vía, después de revisar e identificar en la historia clínica los factores de riesgo y los criterios claros para la vía del parto en conjunto con la gestante, aunado a un consentimiento informado detallado sobre el tema (pp. 41-42)

Al respecto, se encontró que siete de las quince experiencias de parto caracterizadas fueron cesáreas; tres estaban programadas y cuatro no. Seis respondieron, según el relato de las entrevistadas, a una indicación clínica —síndrome hipertensivo del embarazo, posición fetal, restricción del crecimiento, inducción fallida u otra condición de salud— y una fue solicitada por la mujer. Todas las mujeres con cesárea desconocían o no recordaban el momento del corte del cordón, y tres de siete no tuvieron contacto piel con piel, frente a una de ocho en los partos vaginales. A ello se suma que solo una de las siete cesáreas fue precedida por información sobre el procedimiento y sólo en dos se pidió consentimiento. Dos cesáreas ocurrieron antes de la Ley 2244 de 2022 y cinco después; en los cinco eventos posteriores a la ley, solo una mujer reportó solicitud de consentimiento y una recibió información; se trató de

eventos distintos, por lo que ninguna cesárea reunió ambos componentes. Si bien estos datos no permiten evaluar la pertinencia clínica de cada procedimiento ni estimar la frecuencia de cesáreas en Bogotá, sí permiten examinar las condiciones en que se tomó y ejecutó la decisión, así como la participación de las mujeres en dicho proceso, el cual es, el objetivo de este hallazgo.

Uno de los resultados que más llama la atención es que cinco de las siete mujeres señalaron que no se les pidió consentimiento y en seis no recibieron información previa sobre la cesárea. Con relación a la programación de la cesárea, en las tres cesáreas programadas, dos mujeres reportaron que se les pidió consentimiento, pero ninguna recibió información; mientras que en las cuatro no programadas, ninguna señaló que se le hubiera solicitado consentimiento y solo una recibió información. Así, la urgencia o el cambio de conducta clínica tendieron a cerrar el espacio de participación y decisión de las mujeres, mientras que disponer de tiempo para programar la cirugía no se tradujo en una explicación suficiente del procedimiento; tal como lo expresa una de las mujeres entrevistadas: "*Llego y [dicen]: 'entonces hagamos una cesárea'... pero que me hayan dicho '¿estás de acuerdo?', 'hagamos un examen', 'veamos qué está pasando'... no hubo nada de eso*" (Comunicación personal 4, 21 de agosto de 2026). Al respecto, la Corte Constitucional ha señalado que el consentimiento libre e informado materializa la autonomía personal porque solo la persona puede valorar los beneficios y riesgos de una intervención y decidir si se somete a ella (Corte Constitucional de Colombia, 2019). En el mismo sentido, la Ley 2244 de 2022 reconoce el derecho a recibir información previa, clara y suficiente sobre las intervenciones y a una cesárea humanizada cuando exista indicación clínica o cuando sea solicitada de manera libre e informada (arts. 2, 4.9 y 4.23).

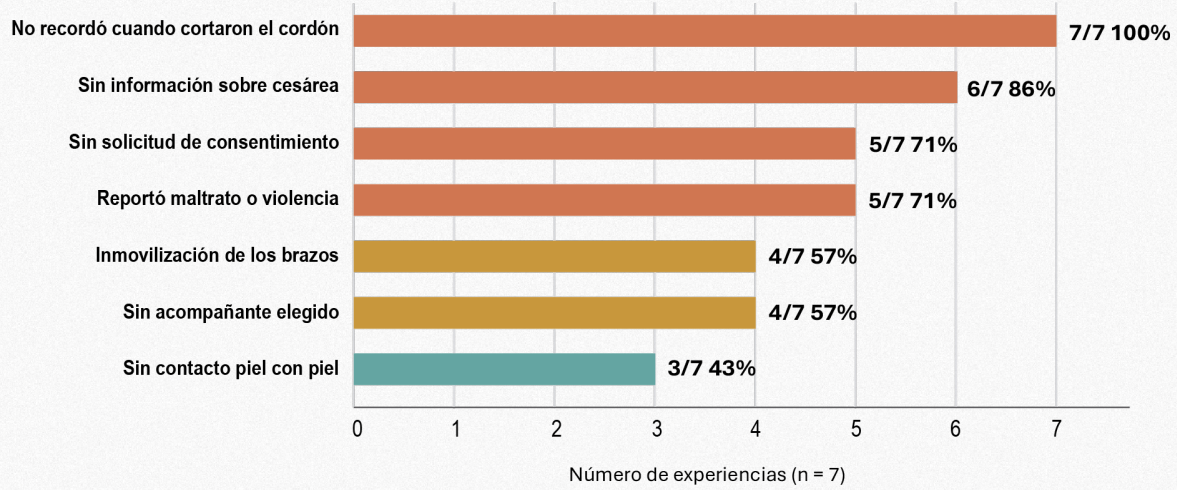
Esto evidencia que la pérdida de autonomía no depende de que la cesárea haya sido o no clínicamente necesaria, sino de cómo se construyó la decisión. Prado Murrieta (2021) advierte que la cesárea puede insertarse en una cadena de intervenciones en la que el saber médico ocupa el centro y las mujeres reciben menos información y opciones. Si bien en esta investigación no es posible afirmar que las cesáreas fueran innecesarias; lo que sí se documenta es una apropiación institucional del proceso decisorio cuando la indicación clínica desplaza la explicación, el diálogo y la participación de la mujer.

Mediante la Sentencia T-058 de 2026, la Corte Constitucional precisó que la autonomía reproductiva comprende la posibilidad de elegir de manera libre e informada la alternativa de parto, siempre que exista viabilidad clínica, y ordenó divulgar y capacitar sobre los derechos previstos en la Ley 2244 (Corte Constitucional de Colombia, 2026). Este estándar opera en doble vía, en tanto impide imponer una cesárea sin participación, pero también obstaculizar injustificadamente una cesárea solicitada. El único procedimiento solicitado por una participante ilustra esta complejidad, pues, aunque fue programado y se solicitó su consentimiento, la mujer no recibió información sobre la intervención, no tuvo contacto piel con piel con su bebé y solo contó con acompañamiento durante el trabajo de parto. Es decir, la elección de la vía de nacimiento, por sí sola, no le garantizó una cesárea humanizada.

Esta pérdida de participación continúa dentro del quirófano. Cuatro mujeres fueron inmovilizadas de los brazos; ninguna reportó inmovilización de las piernas. La sujeción adquiere especial relevancia porque la anestesia, el campo quirúrgico y la posición corporal ya limitan la percepción directa de lo que ocurre. Cuando a esa restricción se suma la ausencia de información continua, el cuerpo puede quedar reducido a objeto de intervención y las mujeres pierden su derecho a mantenerse informadas sobre lo que ocurre en su cuerpo y el de su bebé y expresar sus necesidades; llegando incluso a percibirlo como una experiencia de sometimiento: "*Sí, me tenían justo los brazos así abiertos. Haz de cuenta como en cruz, o sea, como crucificada*" (Comunicación personal 4, 21 de agosto de 2026).

Ninguna mujer recuerda o sabe cuándo se cortó el cordón umbilical, lo cual, si bien no constituye un hecho de violencia ni es una práctica no recomendada en sí mismo, sí permite evidenciar las falencias en la comunicación durante la intervención, en tanto, la mayoría no sólo no podían ver lo que les estaban realizando, sino que no fueron informadas sobre el momento en que nacieron sus bebés, ni las intervenciones que les realizaron; además, el corte del cordón umbilical constituye un momento simbólico del nacimiento para la madre y el padre. Cuatro tuvieron contacto piel con piel, pero en todos esos casos duró menos de diez minutos; tres no lo tuvieron. El instrumento no permite establecer si existían contraindicaciones clínicas en cada evento, por lo que estos datos no prueban por sí solos una vulneración de derechos. No obstante, los datos evidencian una participación limitada en momentos centrales del nacimiento y se distancia del modelo de cesárea humanizada de la Ley 2244, que integra información clara, acompañamiento, visibilidad del nacimiento cuando la mujer lo desee y protección del vínculo mediante contacto piel con piel. También contrasta con la recomendación de la OMS de mantener, cuando las condiciones lo permiten, el contacto piel con piel durante la primera hora (OMS, 2018).

Gráfica 4. Situaciones relacionadas con el acceso a la información, participación y autonomía en las experiencias de parto por cesárea



Indicadores no excluyentes. La ausencia de acompañante corresponde al reporte explícito de no acompañamiento.

Fuente: elaboración propia; n = 7 cesáreas

Con relación a los hechos de maltrato, violencia o práctica no recomendada, cinco de las siete mujeres que tuvieron su parto por cesárea reportaron haber vivido al menos una: cuatro señalaron atención grosera, sarcástica o con comentarios sexuales y cuatro reportaron críticas o represión de sus expresiones de dolor. Las prácticas no se concentraron exclusivamente en la decisión quirúrgica, se extendieron al modo de hablar, acompañar y reconocer el dolor, configurando circunstancias a través de las cuales se manifiesta la violencia ginecobstétrica que, de acuerdo con la Corte Constitucional, puede ser física, verbal y comportamental, y que la corrección técnica de un procedimiento no agota el deber de respetar la dignidad de la mujer (Corte Constitucional de Colombia, 2023).

La OMS señala que el acompañamiento elegido, la comunicación efectiva y la atención respetuosa son componentes fundamentales para una experiencia positiva de parto (2018) y, cuando se trata de una cesárea, estos apoyos son especialmente relevantes porque compensan parcialmente la inmovilidad, la incertidumbre y la separación del entorno cotidiano. En las experiencias de las mujeres entrevistadas se encontró que el acompañamiento también es una dimensión que determina el acceso a la información y la capacidad de decidir sobre ese momento del parto. Cuatro mujeres no estuvieron acompañadas por una persona de su elección; una contó con compañía únicamente durante el trabajo de parto y solo dos estuvieron acompañadas todo el tiempo. En el caso de las mujeres que manifestaron no haber contado con acompañamiento, los motivos estuvieron relacionados con la realización de cesáreas no programadas y restricciones del personal médico que no fueron comunicadas de manera clara y oportuna, evidenciando la importancia de discutir las implicaciones de una intervención de este tipo, incluso si se ha decidido un parto vaginal desde el inicio, teniendo en cuenta que frente a una emergencia médica las condiciones para brindar información y acordar el consentimiento son más limitadas.

Una vez ocurre el nacimiento, la sala de parto queda vacía y todo el cuidado del personal que atendía a la mujer se desplaza al bebé. Una de las mujeres entrevistadas relató que, después del nacimiento de su bebé, el médico se retiró y dejó a una enfermera terminando la sutura de su herida; posteriormente, presentó problemas con una cicatrización queloide, atribuyendo dicha afectación no a una negligencia intencional de su parte, sino a una situación estructural de distribución inequitativa del cuidado hacia la madre después del nacimiento. Esto evidencia que la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos durante el parto implica una continuidad en el acceso a la información y al cuidado en el posparto, entendiendo que sus necesidades no terminan cuando nace el bebé. Al respecto, una de las mujeres evidencia que la intervención médica sobre las experiencias de parto por cesárea sigue esa lógica, en contraste con las experiencias que cuentan con el acompañamiento desde saberes: "*La centralidad después de la cesárea [es] el bebé, el bebé, el bebé. Pero... las parteras tienen una consigna que dice que, si la mamá está bien, el bebé está bien*" (Comunicación personal 7, 25 de agosto de 2026).

En síntesis, las siete experiencias muestran que la cesárea concentra un riesgo específico de pérdida de autonomía por la combinación de asimetría de conocimiento, carácter quirúrgico y restricciones corporales. El hallazgo no sostiene que la cesárea sea en sí misma violenta ni que las indicaciones registradas fueran injustificadas. Sostiene que una intervención clínicamente indicada puede convertirse en una experiencia deshumanizante cuando la necesidad médica se usa para sustituir la información, el consentimiento, el acompañamiento y la comunicación continua. En consecuencia, una cesárea humanizada requiere cuidar el acceso y calidad de la información que se brinda, el consentimiento previo, libre e informado, la participación y la autonomía de las mujeres como un proceso transversal en las etapas de gestación, parto y posparto.

4.3. Hallazgo 3. Ser mamá duele: la naturalización del dolor en la maternidad constituye un mecanismo de control y castigo sobre los cuerpos de las mujeres, principalmente, durante el parto vaginal

De las 15 experiencias de parto caracterizadas, las mujeres manifestaron que:



Cada cultura construye las experiencias de maternidad bajo esquemas determinados que son aprendidos por las mujeres y las personas gestantes, y replicados bajo sus propias experiencias de gestación, parto y posparto (Imaz, 2010, pág. 185). En el marco de los aprendizajes religiosos, Viviana Vallana lo nombra como una invocación del castigo del génesis, donde "cada parturienta debe lavar la culpa de Eva, y se normaliza el dolor con el parto como el primero de los sacrificios y dolores asociados a la maternidad" (Vallana, 2016, pág. 62). Esto coincide con experiencias que tuvieron dos de las mujeres entrevistadas durante la investigación, donde la justificación al dolor del parto está relacionada con un tipo de consecuencia que deben afrontar a causa de estar embarazadas: *"mujeres a las que les dicen como que si no se quejó cuando lo estaba haciendo no se puede quejar ahora, sí, una cosa así"* (Comunicación personal 4, 21 de agosto de 2026) y *"Chicas que gritaban y decían como, ay, claro, así no gritaba cuando lo estaban haciendo o cosas así"* (Comunicación personal 2, 12 de agosto de 2026).

En efecto, en la tradición occidental existe la idea del dolor del parto como una antesala a la maternidad, construyendo toda la experiencia de gestación como una de sacrificio, que avala el amor materno en tanto "se gana", y es lo que Imaz llama "el parto sufriente" (Imaz, 2010, pág. 185). En esa identificación entre maternidad y sufrimiento, los dolores soportados durante el parto construyen al fin una "maternidad doliente" que asigna valor al proceso de parto (Vallana, 2016), y, en consecuencia, a la maternidad.

Así, las mujeres se convierten en madres "solamente" a través del sufrimiento del parto, construyendo una ideología que valora el dolor (Vallana, 2016), y en la que reciben mensajes contradictorios donde se transmite una idea de la maternidad en la que el amor y el sufrimiento aparecen fundidos de forma indistinguible. Bajo estos parámetros, las experiencias de parto se traducen en profundizaciones del dolor en el marco de concepciones que consideran que los partos no pueden ser de otra forma sino dolorosos. Una de las mujeres entrevistadas dijo, en referencia al dolor de su experiencia de parto: *"yo decía: no quiero más dolor. O sea, es eso. Yo realmente entendía que lo que el cuerpo me estaba diciendo es que no quería más dolor, que ya solo quería empezar a recuperarse y ya"* (Comunicación personal 6, 24 de agosto de 2026).

Para Vallana (2016) la violencia física también se expresa en intervenciones médicas dolorosas que se realizan sin ninguna medida que mitigue el dolor, aun cuando existen los medios y las condiciones para utilizar, por ejemplo, anestesia. Según la OMS, una práctica recomendada es la anestesia peridural para embarazadas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto (2018, recomendación 19). De las 15 experiencias de parto recolectadas, el 60% recibió anestesia epidural y el 40% restante no la solicitó. Al respecto, vale la pena preguntarse por qué motivos las mujeres no solicitan anestesia y su relación con la naturalización del dolor y la falta de información sobre las herramientas que existen para su manejo. Por ejemplo, una de ellas mencionó en la entrevista cómo pidió ayuda, pero no explícitamente anestesia: *"No, yo no la pedí, o sea, yo solo pedí ayuda, la verdad. Sí me acuerdo que, sí me quejaba bastante y lloraba y gritaba porque sí me dolía mucho, pero ya no sabía qué hacer. Pero no, no recibí [anestesia] y tampoco dije como anestesia o algo"* (Comunicación personal 5, 25 de agosto de 2026)

Además, una de las mujeres entrevistadas relató no haber recibido de manera adecuada la dosis en una de sus experiencias de parto y haber sentido el dolor, así como haber necesitado nuevas dosis durante los procedimientos. También una de ellas relató cómo escuchó a otra mujer que durante el parto no recibió atención ni tratamiento al dolor: *"Y ella sí pidió la epidural, pero lamentablemente las enfermeras o el grupo que estaba ahí se demoró en dárselo, cosas teniendo la idea de que no usted es capaz, usted puede, usted está hecha y diseñada naturalmente para que dé a luz. Entonces digamos que lo que le decían era aguante"* (Comunicación personal 11, 02 de septiembre de 2026). Estas experiencias sugieren una falta de acompañamiento que no se enmarca en las recomendaciones para garantizar partos

dignos y humanizados a las mujeres y las personas gestantes, pues el manejo del dolor no parece ser central, sino que más bien coincide con creencias sobre su naturalización y su ineludible relación con la maternidad.

En la misma línea, la OMS sugiere, para garantizar partos dignos y humanizados, implementar técnicas de relajación como respiración, masajes, música, compresas o meditación, con el fin de atender el dolor de las mujeres durante los partos (2018, recomendación 21). En el caso de las quince experiencias de parto recolectadas durante la investigación, solamente cinco de ellas recibieron algún método no farmacológico para aliviar el dolor. En estos casos, la intervención consistió principalmente en brindar información sobre técnicas de respiración. Esto significa que además de que diez de las quince experiencias de parto no recibieron ninguna alternativa no farmacológica para el dolor, tampoco hay un solo registro de agua caliente, pelota, masaje, calor local ni acompañamiento corporal.

Esta ausencia de acompañamiento al dolor también está relacionada con faltas de información a las mujeres embarazadas. Solamente cuatro de las quince experiencias de parto recibieron información durante los controles médicos sobre técnicas para alivianar el dolor durante el trabajo de parto, y esto puede dar indicios de cómo el tratamiento del dolor para las mujeres embarazadas no es un asunto central en los acompañamientos que reciben, lo cual se relaciona, a su vez, con la naturalización del dolor. Una de ellas añadió: *"nunca te hablan de eso, o sea, nunca te dicen, es que te minimiza el dolor si haces esto, si haces en otra postura o si estás sentada, como uno ve, por ejemplo, en redes sociales, si estás sentada en una bolita de esas de hacer yoga."* (Comunicación personal 11, 2 de septiembre de 2026).

De otro lado, la movilidad durante el trabajo de parto y las posturas son también alternativas recomendadas en el marco de los partos dignos y humanizados. A pesar de ello, en nueve de las quince experiencias de parto no les permitieron a las mujeres moverse durante el trabajo de parto. En la misma línea, con respecto a la posición del parto, es recomendado alentar que las mujeres y personas gestantes elijan la posición en la que quieren parir. No obstante, ninguna de las ocho experiencias de parto vaginal tuvo la opción de elegir la posición de su parto, y las ocho exponen el mismo motivo: la decisión la tomó el equipo de salud y fue tener los partos acostadas.

Aunque solamente dos experiencias de parto habrían preferido otra posición diferente a estar acostadas, esto responde a que las demás desconocían que existiera la posibilidad de adoptar otras posiciones. Esto es: no saben qué habrían preferido porque no les informaron que había otra alternativa, y esto lleva a un déficit de información antes que a una preferencia informada sobre las decisiones que pueden tomar con respecto a sus propios partos. Además, tiene relación con la prevalencia del dolor, entendiendo que la posición de estar acostadas durante el trabajo de parto puede acarrear más dolor y por eso las recomendaciones de partos dignos

y humanizados promueven, además de la elección individual de las mujeres y personas gestantes, posiciones verticales que faciliten el trabajo de parto y reduzcan el dolor.

A esto se suma que la mitad de los partos vaginales, cuatro de ocho, terminaron con extracción manual de la placenta sin anestesia. Estas son, en su mayoría, prácticas no recomendadas por la OMS (2018) y que la literatura sobre violencia ginecobstétrica en América Latina identifica entre las más documentadas, junto con los tactos repetidos y la inducción por conveniencia institucional (Vallana, 2016). En el caso de los tactos, para Vallana (2016) los tactos vaginales reiterados y realizados por más de una persona, así como la realización de maniobras e intervenciones de forma brusca, son escenarios en los que se manifiesta esta naturalización del dolor. Una de las mujeres entrevistadas lo nombró como: "*me decían que me tenía que aguantar porque no había otra forma de hacer un tacto, y se ponían y que los guantes y esto, pero de igual manera me dolía"* (Comunicación personal 2, 12 de agosto de 2026). En el caso de las quince experiencias de parto, solo trece tuvieron tactos y de ellas ocho tuvieron más de tres tactos, y siete nombraron haberlos recibido por más de una persona, entre ellas estudiantes.

Vallana nombra esta repetición en los tactos, así como el cambio de personal médico que los realizan, como un "mecanismo simbólico de desposesión del control del proceso de parto" (2018, pág. 111), donde los tactos resultan incómodos, molestos, dolorosos y vergonzosos, puesto que "lo privado ahora está expuesto al público" para ser examinado, observado, tocado, y manipulado, y no solamente por una persona sino, en muchos casos, por varias. Esto fue nombrado por una de las mujeres entrevistadas: "*Te meten los dedos los doctores, si estás en un hospital universitario entonces toda tu vulva y todo tu cuerpo está expuesto a los médicos practicantes. No hay dignidad y de verdad, ahí tú pierdes todo. Entonces sí, mire, sienta, ponga aquí el dedo y sienta que van dos, que van cuatro. La verdad es que uno quiere ir a parir en otro hospital, porque ahí ya uno no quiere encontrarse con esos que ya lo conocen a uno mejor que el marido*" (Comunicación personal 12, 18 de agosto de 2026).

Los relatos permiten ver cómo se ejecutan esos procedimientos. Una mujer describe la rotura de membranas como algo que le ocurrió sin explicación y en serie con las demás mujeres que estaban en trabajo de parto: *"tenía como un palito metálico, algo, estaba como a contraluz, la verdad nunca me explicó bien qué era… y él dijo que me iban a romper la fuente", y sobre lo que siguió, "no me explicaron nada, hicieron eso, solo me dijeron como respire y ya, y siguieron así a las otras*" (Comunicación personal 5, 25 de agosto de 2026). Otra cuenta una experiencia semejante durante un tacto: *"metió su mano y la giró y eso hizo que yo reventara fuente"* (Comunicación personal 11, 2 de septiembre de 2026). La misma mujer del primer relato describe después la sutura del desgarro: *"me dijo que no me iba a poner anestesia y me empezó a suturar de una, y que, porque el dolor que había sentido era más grande, entonces que para qué me iba a poner anestesia para chuzarme con una aguja"*, y añade que nunca le explicaron qué le habían hecho ni qué cuidados requería.

Varias de las situaciones que las mujeres describen corresponden a procedimientos ejecutados sobre el cuerpo sin explicación previa ni consentimiento, y ese patrón es el que el bloque de intervenciones del instrumento permite cuantificar. La sutura de episiotomía sin anestesia aparece en cuatro experiencias y en las cuatro se registró sin consentimiento, sin un solo caso con consentimiento. La rotura artificial de membranas aparece en seis experiencias, cinco de ellas sin consentimiento. La maniobra de Kristeller se registró en tres experiencias, dos de ellas sin consentimiento.

Para el caso de Bogotá, hablar de maternidades permite reconocer que el mandato de la "buena madre" [abnegada, única responsable del bienestar infantil y moralmente obligada a soportar] produce condiciones culturales de aceptación del maltrato y del dolor como prueba de virtud (Vallana, 2016). Así lo evidencian las experiencias de las mujeres entrevistadas durante la investigación, donde discursos clínicos y morales naturalizan el sufrimiento y sancionan la agencia durante el parto. Este mandato de "buena madre" no solo organiza la crianza, sino que también reordena la experiencia del parto y el posparto. Cuando el sufrimiento y el dolor se significan como una virtud ("aguantar" como prueba), se facilita la aceptación social de prácticas institucionales que vulneran la dignidad, el consentimiento y el bienestar, y donde los cuerpos de las mujeres que paren son interpelados a sacrificarse y obedecer por "el bien del bebé", aun cuando ello suponga maltrato, silencio o desinformación.

Por ejemplo, en las entrevistas fue común identificar experiencias en las que las mujeres contenían o acallaban sus expresiones de dolor, ya fuera por temor a las reacciones del personal médico o por vergüenza frente a manifestarlas. El temor estaba asociado a experiencias de aleccionamiento por parte del personal de salud, lo que evidencia la naturalización del dolor en la atención médica y la expectativa que las mujeres deben soportarlo sin expresarlo. Una de las mujeres entrevistadas comentó que se aguantaba ese dolor: *"Entonces yo no respiraba, sino que yo me quejaba mucho y las enfermeras me decían: ay, ya cállese que la gente está durmiendo*" (Comunicación personal 1, 4 de agosto de 2026). Otra mujer mencionó cómo creía que ese silencio sobre su propio dolor podría hacer que su experiencia fuera más tranquila: *"uno siente que es mejor quedarse callado, creo que entonces para ellas una mujer que no se queje tanto es más llevadera"* (Comunicación personal 11, 2 de septiembre de 2026).

Junto al aleccionamiento externo, las entrevistas revelan un mecanismo de autocensura sostenido en la vergüenza y el temor a represalias, que lleva a las mujeres a acallar sus propias expresiones de dolor. Este silenciamiento se manifiesta primero como culpa retrospectiva por expresar dolor: *"yo hasta pedí disculpas porque el grito fue terrible de dolor"* (Comunicación personal 11, 2 de septiembre de 2026); y se refuerza institucionalmente cuando el personal médico advierte que gritar "de más" puede alargar el proceso, lo que empuja a las mujeres a contenerse activamente: *"te dicen no, no grites de más porque si no seguro que te van a alargar*

el proceso. Entonces yo era como más calladita, como que me aguantaba" (Comunicación personal 11, 2 de septiembre de 2026). Esta misma lógica se extiende a la percepción de que exigir el manejo del dolor resulta en ser catalogada como "grosera": *"cuando le pedí la inyección obviamente en ese momento yo fui súper grosera también, porque pues estoy pariendo y tengo derecho a estallar. Sí, o sea, porque ese dolor es un umbral altísimo"* (Comunicación personal 12, 18 de agosto de 2026).

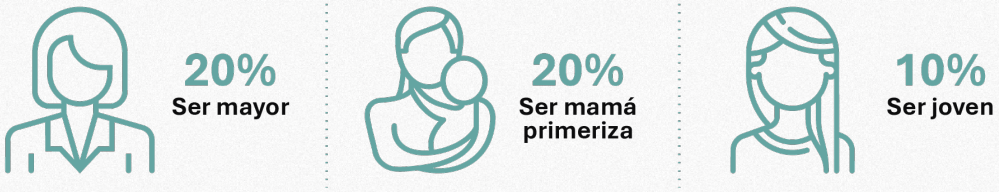
Eso conlleva a que el silencio y la obediencia terminen por convertirse en una estrategia para asegurar un trato digno, ya que ser identificada como "la juiciosa" aparece asociado a una mejor atención: *"Tal vez no me hubieran atendido de la misma manera, porque incluso a mí me decían como, ay, ella es la juiciosa. Llegaban y me decían, esta es la juiciosa. Entonces como que yo decía, de hecho, no depende una buena atención"* (Comunicación personal 1, 4 de agosto de 2026). En conjunto, estos relatos evidencian que la vergüenza no es un efecto secundario del dolor, sino una herramienta de control que traslada a las mujeres la responsabilidad de gestionar en silencio una experiencia que debería ser acompañada.

Estas experiencias muestran que el dolor expresado durante los partos no solo se naturaliza discursivamente, sino que se sanciona activamente cuando se manifiesta. Entonces el aleccionamiento no opera únicamente a través de instrucciones explícitas, sino también mediante la observación de lo que le ocurre a otras mujeres que sí expresan su dolor: presenciar cómo se presiona a otra mujer a "aguantar" pese a su llanto y sus gritos funciona como una advertencia implícita sobre lo que sucede si una se queja: *"Yo veía también como le hacían lo mismo a otra chica y ella les decía que pararan porque le estaba doliendo, y gritaba y, y las enfermeras veían eso y le seguían presionando. De malas y se aguanta"* (Comunicación personal 2, 12 de agosto de 2026). Este mismo patrón de sanción al dolor expresado (antes que al dolor mismo como problema a atender) aparece en el señalamiento posterior a las mujeres que gritaron durante el parto, y se profundiza en relatos donde el trato brusco del personal se interpreta no como negligencia sino casi como satisfacción ante el dolor*: "a ellas como que les encanta verla a una con dolor o que una esté sufriendo"* (Comunicación personal 2, 12 de agosto de 2026). El resultado es un entorno en el que la expresión legítima del dolor se convierte en objeto de juicio, mientras que el manejo efectivo de ese dolor queda relegado.

4.4. Hallazgo 4. Los prejuicios sobre los cuerpos y las decisiones reproductivas de las mujeres gestantes generan prácticas de vigilancia, castigo y negligencia que condicionan la escucha, la credibilidad y el trato clínico

La corporalidad, la edad, ser primeriza y la experiencia reproductiva previa operan en esta muestra como marcadores que condicionan la interpretación, la credibilidad y el nivel de intervención sobre los cuerpos de las mujeres. Estas características orientan la lectura clínica incluso antes de la atención, de modo que la vigilancia y la desatención aparecen como dos

expresiones de una misma lógica de clasificación del cuerpo. Cuando se les preguntó por los motivos a los que atribuían el maltrato, las mujeres nombraron justamente estos marcadores:



Asimismo, una mujer señaló su corporalidad como un factor asociado al trato recibido, al referir que el personal argumentaba que tenía sobrepeso. A esto se suma que en el 33% de las experiencias con reporte de maltrato, cuatro de doce, las mujeres dijeron haber sido infantilizadas o tratadas como niñas durante el trabajo de parto, con expresiones como «mamita» o «niña». Estos elementos muestran que la atención no se organiza únicamente a partir de las condiciones clínicas, sino también de interpretaciones sobre quién es la mujer, qué se espera de ella y cuánto conocimiento o capacidad de decisión se le atribuye. En los relatos de esta investigación, la edad, el peso y la experiencia reproductiva previa operan como atributos que pueden anticipar decisiones sobre cuánto se interviene, cuánto se explica y cuánto se reconoce como válido lo que la mujer expresa sobre su propio cuerpo (Lupton, 2012).

La edad aparece, en primer lugar, como un marcador asociado anticipadamente al riesgo. Una de las participantes tenía 36 años cuando nació su hija y registró su embarazo como de alto riesgo por la edad. En la última cita antes del parto, con los exámenes en la mano, el médico la recibió con un reproche: *"¿usted por qué se aventuró? ¿Por qué hizo esto si acá muestra que tiene probabilidades de que su hijo no nazca bien?"* (Comunicación personal 4, 21 de agosto de 2026). Ella no sabía a qué se refería porque nadie le había explicado los resultados, y el médico cerró la consulta con un juicio general: *"vea esas madres tan irresponsables"*. También describe la forma en que era mirada por los profesionales: *"me cuestiona todavía por la edad de que yo tuve la niña. Entonces, como que los doctores a uno lo ven como bicho raro, como oiga, está por qué hizo eso, por qué a estas alturas viene a poner, digamos, ese problema, porque ellos lo vieron así, que yo era un problema allá"* (Comunicación personal 4, 21 de agosto de 2026). La información que no recibió durante el embarazo apareció en el quirófano, nuevamente en forma de cuestionamiento: *"oiga, usted qué exámenes trajo, revisen las ecografías, ¿usted no le dieron alguna información de que su hijo venía mal?"*. Su hija nació con Síndrome de Down y el diagnóstico fue comunicado enumerando los hallazgos en ese mismo momento, sin acompañamiento: *"todos los errores y malformaciones me las dijeron en ese momento"*. Lupton (2012) señala que el tamizaje prenatal se organiza alrededor de factores de riesgo, entre ellos el síndrome de Down, y puede producir dilemas emocionales para las gestantes. En este caso, la tecnología diagnóstica estuvo disponible, pero su resultado se articuló al cuestionamiento de la mujer por su edad, en lugar de traducirse en

información y preparación para el nacimiento. La misma autora advierte que, en una cultura que valora el cuerpo productivo, tanto el cuerpo que envejece como el cuerpo con discapacidad pueden convertirse en fuentes de ansiedad (Lupton, 2012, pp. 45-46); en este relato, ambas dimensiones se articulan al convertir la edad de la madre en una explicación anticipada del resultado del embarazo.

En las mujeres jóvenes, la edad produce un efecto diferente, pero relacionado con la atribución de menor capacidad para decidir y con el juicio moral sobre el embarazo. Una mujer cuenta que, durante el examen de glicemia, una enfermera le preguntó *"¿quién la manda a quedar embarazada?"*, y describe la situación como parte de una *"estigmatización también hacia las mujeres jóvenes que son madres, no asumiendo que, pues yo soy una mujer joven que, digamos, metió las patas, como dicen ellas"* (Comunicación personal 7, 25 de agosto de 2026). En otra consulta, cuando se agachó a recoger el celular, le advirtieron: *"tenga cuidado, porque no importa su vida, sino la del bebé"*, expresión que desplaza la atención desde la mujer hacia el feto y replica la lógica reproductivista en la que el valor de la mujer se vincula con su función reproductiva (Esteban, 2001).

Otra participante, de 23 años, describe cómo los insultos incidieron en su disposición a expresar desacuerdos: *"me daba pena o miedo quejarme porque ya me habían dicho cochina, qué le pasa, usted no sabe nada"* (Comunicación personal 5, 25 de agosto de 2026). En otro relato, una mujer presenció la atención de una adolescente de aproximadamente quince años que permaneció casi dos días en trabajo de parto mientras el personal insistía en que su cuerpo estaba diseñado para parir por vía vaginal, hasta que, en sus palabras, *"ya suplicó por una cesárea"* (Comunicación personal 11, 02 de septiembre de 2026). Estos relatos muestran cómo la presunción de que las mujeres no saben puede justificar prácticas de corrección y vigilancia sobre sus cuerpos. En el caso de las jóvenes, esta relación se articula además con una sanción moral asociada al hecho de haber quedado embarazadas (Montes, 2010).

La experiencia reproductiva previa opera en ambos sentidos. A las primerizas se les atribuye falta de conocimiento y, por tanto, se espera de ellas una mayor obediencia: *"uno también súper primerizo, pues uno está quieto y siguiendo órdenes"*, junto con la sensación de ser tratado *"como un niño chiquito, siguiendo a ver qué le dicen y haga caso, porque es que uno es muy nuevo"* (Comunicación personal 3, 04 de agosto de 2026). En contraste, a quienes ya han tenido partos se les puede negar información bajo el supuesto de que ya deberían saberla. Una participante señala: *"los médicos asumen que uno ya sabe porque ya ha tenido más partos"*, mientras otra registró como motivo del maltrato no ser primeriza y recordó que le repetían: *"cómo no va a saber eso, cómo no se va a acordar"* (Comunicación personal 4, 21 de agosto de 2026). La infantilización reportada por el 33% de las mujeres se inscribe en esta misma lógica. Llamar «mamita» o «niña» a una mujer adulta durante el trabajo de parto, o indicar *"pónganle corticoides a esta niña que está entrando en pánico"* (Comunicación

personal 6, 24 de agosto de 2026), la ubica en una posición de menor autoridad sobre su propio cuerpo, independientemente de su edad o experiencia reproductiva.

La corporalidad también funciona como un criterio de clasificación de la atención. La centralidad atribuida al peso puede llevar a que determinados síntomas sean explicados de antemano por las características corporales de la mujer, reduciendo la necesidad de indagar sobre ellos, y al mismo tiempo puede intensificar la vigilancia mediante exámenes y controles. Una participante identificó como motivo del maltrato ser una persona gorda o que el personal argumentara que tenía sobrepeso, y describe ambas dimensiones: *"los doctores, según tu corporalidad, te dan un crédito diferente a tu proceso de embarazo. Entonces asumen cosas, definen cosas también sobre tu corporalidad y con base a eso te muestran un embarazo y un parto un poquito difícil... entonces se hacen exámenes más rigurosos"* (Comunicación personal 11, 02 de septiembre de 2026). También le advirtieron que *"podía tener una preeclampsia por mi peso"* y le formularon anticoagulantes diarios durante todo el embarazo porque *"mi sobrepeso influía"*, sin que le explicaran para qué eran.

Al mismo tiempo, otros malestares eran atribuidos directamente a su peso: *"si te duele las rodillas porque tú estás pesada, pero no te hacen un estudio extra, o si te duele la cabeza es porque mira, no te estás cuidando, y ni siquiera te preguntan qué comes en el día"*. El efecto acumulado fue una menor disposición a consultar: *"a veces ni siquiera uno ahonda en el tema, porque pues uno dice, ay, pues para que le den la misma respuesta, porque tú eres así, porque estás así"*. En otro caso, una mujer describe una vigilancia similar sobre la alimentación, cuando una nutricionista le decía que cualquier fruta podía provocarle diabetes gestacional, *"siempre manipulando con el miedo"* (Comunicación personal 7, 25 de agosto de 2026). En la encuesta aparecen, además, dos registros en los que la vigilancia sobre el peso y el crecimiento derivó en diagnósticos que las mujeres cuestionan: en uno se le indicó a una mujer que su bebé no estaba creciendo porque ella no aumentaba de peso, y en otro se diagnosticó una restricción del crecimiento intrauterino que, según lo reportado, no existía.

En estos relatos, la vigilancia y la desatención aparecen como expresiones de una misma lógica de clasificación. El cuerpo considerado de mayor riesgo recibe más controles, exámenes o medicamentos, mientras que aquello que la mujer expresa sobre su dolor o sus síntomas puede ser interpretado a partir de explicaciones previamente asociadas a su edad, peso o experiencia reproductiva. Massó (2023) denomina injusticia testimonial a esta situación, en la que el testimonio de las mujeres sobre su propio cuerpo, dolor o experiencia pierde credibilidad frente a un personal de salud investido de mayor autoridad epistémica. La Resolución 3280 de 2018 establece que los servicios de salud durante las etapas del ciclo reproductivo deben prestarse sin incurrir en trato indigno, violencia psicológica, omisión en la atención, negligencia o discriminación por razones de género, clase social, etnia, discapacidad u otra condición o situación. Los relatos analizados muestran que la edad, el peso y la experiencia reproductiva previa pueden operar precisamente como condiciones que

inciden en cuánto se les cree a las mujeres, cuánto se les explica y cómo se interviene sobre sus cuerpos.

4.5. Hallazgo 5: En 12 de las 15 experiencias de parto y/o posparto las mujeres reportaron experiencias de maltrato, violencia ginecobstétrica y prácticas no recomendadas

En doce de las quince experiencias de parto caracterizadas hubo maltrato, discriminación o violencia ginecobstétrica por parte del personal que atendió el parto o el posparto. Las violencias reportadas atraviesan todos los perfiles de la muestra. Ocurrieron en los dos partos de mujeres con secundaria, en los tres de mujeres con formación técnica o tecnológica, en cinco de los siete de mujeres con formación universitaria y en dos de los tres de mujeres con posgrado. Se repiten en el aseguramiento en salud, con dos de dos partos de mujeres afiliadas al régimen subsidiado, ocho de diez del régimen contributivo y dos de tres de quienes contaban con medicina prepagada o planes complementarios. Y se repiten en el tipo de institución, porque diez de los doce partos con maltrato ocurrieron en clínicas privadas y dos en hospitales públicos. La capacidad de pago estratifica la calidad material de la atención, pero no protegió del maltrato a ninguna de las mujeres de esta muestra.

Ahora bien, es necesario precisar cómo fueron identificadas estas violencias por las mujeres entrevistadas. En la mayoría de los casos, las mujeres no reconocían inicialmente las situaciones vividas como formas de violencia. Su identificación ocurrió de manera progresiva, a medida que avanzaba la conversación con la entrevistadora y podían poner en palabras experiencias que habían vivido. Por ejemplo, en una de las entrevistas la mujer respondió inicialmente que no había sufrido violencias, pero las situaciones fueron identificadas posteriormente al nombrarlas y explicar en qué consistían.

En este sentido, el 80% da cuenta de las situaciones que las mujeres lograron reconocer como formas de violencia, pero no necesariamente de la totalidad de aquellas que experimentaron. Su identificación estuvo mediada, en varios casos, por la posibilidad de contar con un lenguaje que permitiera nombrar y resignificar experiencias que previamente habían sido naturalizadas. Esto se evidencia en el relato de una de las mujeres, quien afirma: *"yo juré que había tenido un parto humanizado hasta ahorita"* (Comunicación personal 1, 04 de agosto de 2026), y posteriormente identifica y enumera distintas situaciones que durante la atención no había reconocido como problemáticas, entre ellas las restricciones frente al tiempo con su bebé y la posición en la que quería parir.

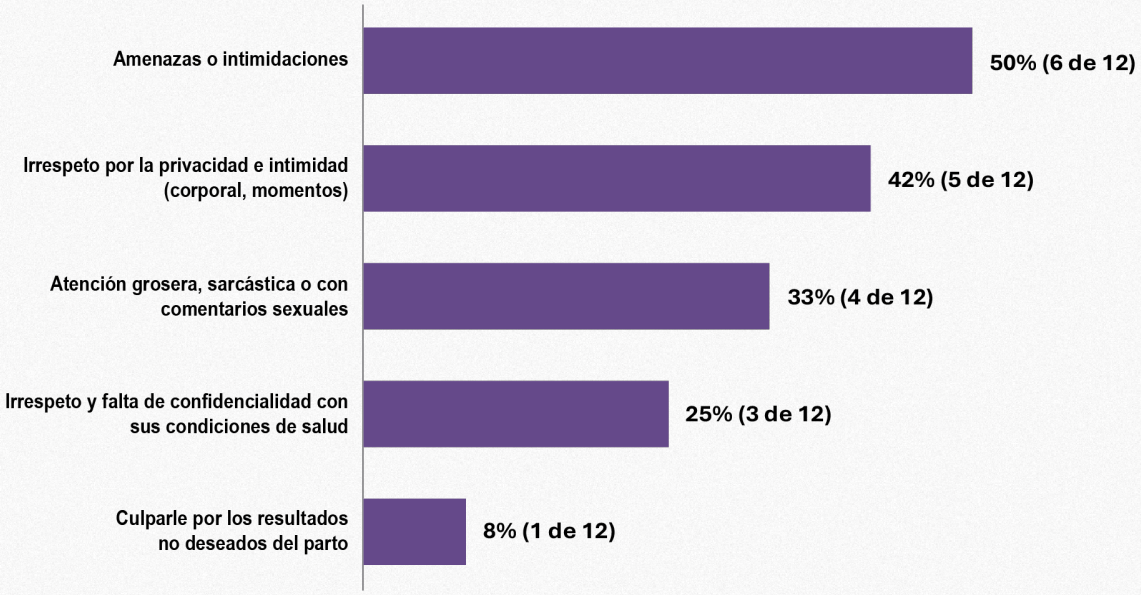
En una línea similar, otra participante señala: "*empiezo a ver cómo este tipo de situaciones que uno naturaliza son violencia obstétrica, no estos silencios, estas distancias, este no saber de lo que pasa en tu cuerpo y que solo el médico sepa y tú no*" (Comunicación personal 7, 25 de agosto de 2026). Estos relatos permiten evidenciar que el reconocimiento de la violencia no se limita a aquellas prácticas que implican una intervención directa sobre el cuerpo, sino que

comprende también dimensiones relacionadas con el reconocimiento de la información, la comunicación, el respeto y la participación en las decisiones sobre la atención. Como lo expresa otra participante: *"mucha gente a mi alrededor tiene como el concepto de que violencia ginecoobstétrica es solo como a nivel del tacto o de cómo irrumpen tu cuerpo, pero también tiene mucho que ver con temas de respeto, de información, de falta de respeto, de falta de información dentro de los procesos de embarazo"* (Comunicación personal 6, 24 de agosto de 2026).

Los testimonios permiten identificar una dimensión de la violencia asociada a la desigual distribución del conocimiento durante la atención, en la que el saber médico adquiere predominancia frente al conocimiento de las mujeres sobre sus propios cuerpos. Esta asimetría puede situarlas en una posición de desconocimiento que dificulta reconocer prácticas que vulneran sus derechos y participar en las decisiones sobre su atención. Esta dinámica monopoliza el conocimiento sobre la salud por parte del sistema médico, el cual puede desplazar los saberes de las mujeres sobre sus propios cuerpos y situarlas en una posición de «no saber», en la que sus propias percepciones y conocimientos dejan de ser considerados relevantes dentro de los procesos de atención (Montes, 2010).

Ahora bien, las situaciones que se describirán a continuación reúnen las experiencias más extremas que narraron las mujeres. La mitad de las experiencias con maltrato registró amenazas o intimidaciones, y en menor medida aparecen el irrespeto por la privacidad, la atención grosera o sarcástica, el irrespeto a la confidencialidad y la culpa por los resultados del parto.

Gráfica 5. Reporte de las situaciones maltrato o violencias experimentadas



Fuente: elaboración propia a partir de la base de entrevistas; n = 12 experiencias con maltrato

Las amenazas funcionan como un mecanismo de coerción orientado a obtener obediencia y se apoyan, con frecuencia, en el bienestar o la vida del bebé. Así lo evidencia un relato a quien le pedían mantener la calma bajo la advertencia de que, de no hacerlo, el parto se demoraría: "*cálmese, es que, si usted no se calma, no va a hacer rápido el parto, se le va a demorar. Entonces uno como que bueno, mejor me calmo y no me quejo"* (Comunicación personal 11, 02 de septiembre de 2026). La coacción opera también sobre aquello que las mujeres se sienten autorizadas a expresar. Una mujer a punto de entrar a cirugía escuchó al personal referirse a una placenta como basura y decidió callar: *"no quiero decir nada porque después me cortan mal"* (Comunicación personal 6, 24 de agosto de 2026). De manera similar, cuando otra mujer solicitó anestesia durante las contracciones, recibió del o la ginecoobstetra una respuesta sarcástica: *"usted es de esas mamás feministas que no permiten que le pongamos la epidural..."* (Comunicación personal 9, 27 de agosto de 2026). En conjunto, estos relatos muestran cómo la amenaza, la descalificación y la intimidación pueden restringir la capacidad de las mujeres para preguntar, expresar desacuerdos o tomar decisiones sobre su atención. Estas prácticas corresponden a formas de violencia verbal y psicológica que, como señala Vallana (2019), incluyen comportamientos discriminatorios, humillantes, manipuladores e infantilizantes, así como mecanismos de coacción sobre las decisiones relacionadas con el propio cuerpo.

El relato de una de las participantes constituye el caso más extremo de la muestra y da cuenta de una experiencia de atención caracterizada por la exposición y la deshumanización. La propia entrevistada asocia la institución donde ocurrió el parto con dos imágenes: *"yo lo asocio con un matadero y como con un campo de concentración a la vez*". (Comunicación personal 5, 25 de agosto de 2026). Desde la canalización, describe procedimientos realizados de manera descuidada: "*me lastimaron la vena y me salía mucha sangre y había mucha sangre en el piso y en todo lado, y pues no les importaba mucho y seguían chuzando y buscando*", mientras el personal hacía chistes entre sí. Posteriormente fue trasladada a una sala oscura, dividida por cortinas, donde escuchaba los gritos de otras mujeres: "*yo sentí que me iba a morir... no nos prestaban atención*". La atención continuó mediante procedimientos que, según su relato, se realizaban de manera sucesiva y sin explicación: "*era como una, dos, siguiente, siguiente, o sea, pasaron, no me explicaron nada, hicieron eso, solo me dijeron como respire y ya, y siguieron así a las otras"*. Incluso cuando sintió que la cabeza de su hija estaba por salir y pidió ayuda, recibió una respuesta descalificadora: *"usted qué está haciendo, cochina, usted es una cochina, eso no se hace, usted no sabe"* (Comunicación personal 5, 25 de agosto de 2026) por tocarle la cabeza a la bebé.

La experiencia descrita anteriormente no se reduce, por tanto, a episodios aislados de maltrato, sino que muestra una forma de organización de la atención en la que las mujeres aparecen como cuerpos sobre los cuales se aplican procedimientos estandarizados, con escasa información y margen limitado para intervenir en las decisiones. Las expresiones «matadero» y «campo de concentración» corresponden a definiciones que fueron utilizadas

por la entrevistada para dar sentido a su experiencia; sin embargo, permiten aproximarse a una forma de organización de la atención que la literatura ha descrito mediante la metáfora de la cadena de montaje, en la que el parto es organizado bajo tiempos y procedimientos estandarizados y el cuerpo de las mujeres es tratado como parte de un proceso orientado a la producción eficiente del nacimiento (Imaz, 2010; Montes, 2010).

El posparto concentra formas específicas de este trato, en un momento en el que las mujeres suelen estar solas, adoloridas y con poca información sobre los procedimientos que se les realizan. Varias recuerdan los masajes abdominales como uno de los momentos más duros de la atención. Una participante los describe como una rutina anunciada a gritos entre camillas: "*me espichaban en el abdomen muy brusco y muy duro... entonces era como repetir otra vez el proceso de las camillas y prepárense para el dolor, ya vienen, a tres, dos, uno*", y añade que "*se vienen acercando y es como el terror ahí*", que eran "*masajes horribles y súper dolorosos y eran bruscos también, y no me decían nada, no explicaban nada"* (Comunicación personal 5, 25 de agosto de 2026). Después de la primera vez, una mujer decidió realizárselos por su cuenta: "*me lo hicieron una vez en la clínica, después me dijeron ya viene la señorita y yo no, tranquila, yo me hago mis masajes* (Comunicación personal 6, 24 de agosto de 2026). En los relatos, el problema no se sitúa necesariamente en la realización del procedimiento, sino en las condiciones en que se ejecuta, de manera brusca, sin explicación y generando en las mujeres una experiencia de dolor que aparece como parte normalizada de la atención. Sin embargo, la OMS desaconseja el masaje uterino sostenido cuando ya se administró oxitocina de manera preventiva (2018)

La lactancia constituye otro escenario en el que estas formas de trato se expresan. Cuando una mujer dijo que no le salía leche, una enfermera le respondió "ay, es que usted no sabe", le agarró el seno y *"me lo presionó así súper duro y me salieron unas goticas y dijo, vea, así es que se hace, y eso me quedó morado por muchos días*" (Comunicación personal 5, 25 de agosto de 2026). En otro relato, después de que una enfermera le indicó hacer sus necesidades en el pañal porque estaban "ocupadísimas", la enfermera del siguiente turno la llamó *"vieja cochina, ¿por qué no avisa?"* (Comunicación personal 9, 27 de agosto de 2026). A otra mujer, cuya hija se encontraba hospitalizada, le condicionaron el egreso al resultado de la lactancia: "*si la niña no come, la niña no puede salir de aquí"* (Comunicación personal 4, 21 de agosto de 2026). Estas experiencias muestran cómo la lactancia puede pasar de ser una práctica de cuidado a convertirse en una exigencia institucional sobre el cuerpo y las capacidades maternas. Los anteriores relatos reflejan como en el itinerario asistencial contemporáneo, la lactancia ha dejado de presentarse como una opción para convertirse en una obligación, mientras los discursos profesionales enfatizan sus beneficios y tienden a invisibilizar el trabajo que implica para las mujeres (Montes, 2010).

Ahora, de quienes recibieron estas violencias, de las doce experiencias, once señalan al personal de enfermería como origen de las situaciones vividas y cinco a un médico o médica

obstetra; una señala a estudiantes, residentes o practicantes, una a quien tomaba las ecografías y una a medicina general. El personal de enfermería aparece en el equipo de atención de las quince experiencias y concentra la mayor parte del contacto directo con las mujeres durante el trabajo de parto y el posparto. Por ello, es importante aclarar la posición que ocupa dentro del itinerario asistencial y no como un señalamiento al gremio. La identificación de quienes ejercen estas formas de violencia requiere, además, considerar que la naturalización de determinadas prácticas puede hacer que los propios actores no las reconozcan como violentas, por lo que el análisis debe trascender la figura individual del «médico malo». El personal médico especializado ocupa un lugar central en la jerarquía del campo obstétrico, cuya formación ha estado atravesada por una lógica que reduce la agencia de las mujeres y trata sus conocimientos sobre el propio cuerpo como subjetivos e insuficientes (Arguedas, 2014).

Esta lógica también puede reproducirse a través de currículos ocultos y hábitus autoritarios que se transmiten durante la formación clínica, con independencia de quién los incorpora (Brenes-Monge et al., 2020). En este entramado, la enfermería, por su cercanía y permanencia, materializa con frecuencia los protocolos en indicaciones concretas sobre el cuerpo ya que enseña a alzar al bebé, a amamantar y a respirar, pero también establece cuándo hablar y cuándo guardar silencio, aproximándose a la función de vigilancia que Montes (2010) atribuye a quienes asumen el papel de guardianes del orden. Una de las entrevistadas identifica esta dimensión como un rasgo naturalizado en el ejercicio profesional: *“yo siento que también cierta parte del sector salud correspondiente a enfermería tienen como muy naturalizada esa cosa de ser agresivas*” (Comunicación personal 7, 25 de agosto de 2026).

En cuanto a los motivos a los que atribuían las experiencias de maltrato y/o violencia, diez mujeres respondieron tres motivos principales con dos casos cada uno: ser mayor, no tener recursos económicos y ser mamá primeriza. Con un caso cada uno aparecen el nacimiento de una hija con discapacidad, ser joven, no saber cómo respirar y la imposibilidad de identificar el motivo. Los marcadores asociados a la edad, la experiencia reproductiva previa y la corporalidad se analizan en el hallazgo 4. La falta de recursos económicos, por su parte, aparece nombrada por las propias mujeres como un factor que estructura la atención*: “en la salud ya hay una gran deshumanización en la atención, a una sí le pasa esto por no tener plata”* (Comunicación personal 5, 25 de agosto de 2026). Esto sitúa las experiencias de maltrato en un contexto en el que las condiciones socioeconómicas también pueden incidir en la forma en que las mujeres experimentan y valoran la atención recibida. Las experiencias descritas evidencian una forma de entender y tratar el cuerpo de las mujeres como objeto de intervención clínica, en la que su palabra y percepción del dolor pierden centralidad. Esta dinámica se inscribe en relaciones asistenciales donde la autoridad sobre el cuerpo está atravesada por el modelo biomédico, los tiempos institucionales y valoraciones asociadas al género, la clase, la edad y el tipo de paciente (Lupton, 2012).

Al preguntarles por las acciones legales frente a las situaciones de violencias vividas diez de las doce mujeres que las reportaron no realizaron ninguna acción frente a lo vivido. Esta cifra, leída junto con los casos en los que no fue posible identificar un motivo y con aquellos en los que la violencia pudo ser nombrada apenas durante la entrevista, sugiere que la violencia puede operar como una práctica normalizada de la atención y no necesariamente como un episodio que las mujeres logran identificar y denunciar. La Ley 2244 de 2022 reconoce el derecho a recibir un trato respetuoso por parte de los agentes de salud y del personal administrativo, mientras que la Resolución 3280 de 2018 establece la obligación de prestar los servicios de salud durante el ciclo reproductivo sin incurrir en trato indigno, violencia psicológica, omisión en la atención, negligencia ni discriminación. La exigibilidad de estos derechos depende, sin embargo, de una condición previa que las normas por sí solas no producen, por lo cual es necesario que las mujeres cuenten con las herramientas necesarias para conocer y reconocer distintas formas de violencia y maltrato, comprender cómo estas son reguladas por el derecho y acceder a los mecanismos previstos para su exigibilidad, incluso cuando dichas prácticas son presentadas como parte del procedimiento habitual de atención.

Prácticas no recomendadas identificadas en la atención

Además de las violencias descritas, los relatos y la encuesta registran prácticas no recomendadas que la OMS (2018) desaconseja para una experiencia de parto positiva. No todas constituyen violencia por sí mismas, y conviene distinguirlas, pues una práctica no recomendada puede responder a una indicación clínica particular, mientras que la violencia está en la forma en que se impone, sin información, sin consentimiento o contra la voluntad expresa de la mujer.

El tacto vaginal es el caso más claro. La OMS recomienda realizarlo a intervalos de cuatro horas para la valoración de rutina del trabajo de parto activo (2018, recomendación 16), y la Ley 2244 de 2022 dispone que sea realizado, en lo posible, por el mismo agente de salud de turno, para guardar mayor objetividad en la comparación y de conformidad con la evidencia científica. En esta muestra, de los trece registros con dato sobre tactos, ocho fueron practicados por más de una persona; en uno de ellos fueron cinco tactos hechos por cinco personas distintas. En dos experiencias hubo estudiantes o practicantes presentes durante los tactos, lo que vincula esta práctica con la falta de privacidad.

La OMS incluye la privacidad y la confidencialidad dentro de la atención respetuosa de la maternidad (2018, recomendación 1), y la Ley 2244 de 2022 reconoce el derecho a ser tratada de manera individual, protegiendo la intimidad y la confidencialidad. Ocho de quince mujeres sintieron que no les ofrecieron privacidad ni cuidaron de su intimidad. Una mujer que tuvo dos partos en instituciones distintas contrasta ambos: *“en el parto de mi segunda bebé había mucha gente alrededor, era una tras otra, entonces tú escuchabas el dolor de una, escuchabas la queja de la otra; en cambio, en mi primer parto era un poquito más reservado,*

o sea, tú estabas en tu espacio, los médicos te hablaban especialmente a ti" (Comunicación personal 11, 02 de septiembre de 2026). En cuatro experiencias hubo estudiantes o practicantes dentro del personal que atendió el parto. La ley establece también que ningún procedimiento con propósito de docencia puede realizarse sin consentimiento libre, previo, expreso e informado por escrito, y una de las mujeres entrevistadas describe lo que ocurre cuando ese consentimiento no aparece: "*llegaba la ginecóloga o el ginecólogo como con 10 estudiantes y bueno, abrase de piernas le voy a hacer y uno con dolor, con una bata, desnudo todo el día, y llegaba como 10 personas que uno ni conoce ahí a mirar*" (Comunicación personal 2, 12 de agosto de 2026).

Por otro lado, la ingesta de líquidos y alimentos es una práctica que la OMS recomienda para mujeres de bajo riesgo (2018, recomendación 24). Ocho de trece mujeres no pudieron beber ni comer durante el trabajo de parto. En el caso de la alimentación, la Ley 2244 de 2022 sujeta la ingesta de dieta líquida a las recomendaciones del médico, de modo que una restricción indicada clínicamente no es en sí misma una vulneración; lo que el dato señala es la necesidad de verificar si respondió a una indicación o a una rutina institucional.

Las condiciones del lugar donde se atiende el parto

La Ley 2244 de 2022 establece también condiciones materiales bajo las cuales debe prestarse la atención, y la encuesta permite describir en qué escenarios está pariendo esta muestra. Diez de los quince partos según la experiencia de las mujeres consideraron que el lugar contaba con condiciones óptimas de higiene y sanidad y cinco consideraron que no. Los numerales 18 y 19 del artículo 4 exigen esas condiciones para el suministro de análogos de prostaglandinas y antiprogestágenos y para los procedimientos de dilatación, evacuación y curetaje obstétrico, en instituciones que cuenten al menos con atención de urgencias ginecobstétricas; son requisitos referidos a procedimientos específicos, de manera que la percepción de higiene que recoge la encuesta mide algo más amplio. Los relatos describen, por ejemplo, baños *"llenos de sangre y de coágulos en el piso en todos lados"* (Comunicación personal 5, 25 de agosto de 2026) y un posparto en un corredor*: "nos dejaron un pasillo... estábamos en un pasillo con personas de cirugías de otras cosas, con virus, con todo"* (Comunicación personal 6, 24 de agosto de 2026).

La percepción de higiene no anticipa el trato recibido pues de las diez mujeres que consideraron óptimas las condiciones del lugar, ocho reportaron maltrato, y entre las cinco que las consideraron deficientes lo reportaron cuatro. Las condiciones del lugar y el trato son dos planos distintos. El primero se resuelve con decisiones verificables de infraestructura y organización que la implementación distrital de la ley podría exigir y medir, como la separación física que permita la atención individual, el espacio suficiente para moverse durante el trabajo de parto, la asignación de turnos que conserve el mismo agente para los tactos de una misma mujer y el consentimiento escrito para la presencia de estudiantes, diligenciado antes del ingreso a la sala. El segundo exige intervenir el modelo de atención descrito en este hallazgo.

4.6. Hallazgo 6. Las afectaciones en la salud mental de las mujeres durante el posparto señalan cuatro contextos relacionales de riesgo desde el embarazo: atención médica, pareja, familia y trabajo.

De las 15 experiencias de parto caracterizadas, las mujeres manifestaron que el:



73%

identificaron al menos una afectación de su salud mental en el posparto



47%

manifestaron síntomas de depresión porparto, malestar emocional y trastornos del ánimo, respectivamente



33%

vivieron violencia psicológica durante el embarazo

Las afectaciones de salud mental durante el posparto no son episodios aislados ni exclusivamente individuales. En los relatos de las mujeres entrevistadas emergen como un continuo relacional que articula la violencia ginecobstétrica, las afectaciones físicas, la doble y hasta triple jornada de cuidado, principalmente, en contextos vitales para la autonomía de las mujeres, como el laboral, económico, la familia y la pareja. A ello se suma la ausencia de una atención oportuna en salud mental entre quienes reportaron afectaciones, lo que convierte ese continuo en un obstáculo para la garantía del parto y el posparto digno, humanizado y respetado.

El artículo 4.15 de la Ley 2244 de 2022 reconoce el derecho a la atención psicosocial y en salud mental oportuna, de calidad y con enfoque diferencial cuando la mujer la requiera y desee, con especial atención al duelo gestacional y perinatal. La Ruta Integral de Atención para la Población Materno Perinatal, adoptada por la Resolución 3280 de 2018, se complementa con la orientación del Ministerio de Salud para identificar depresión posparto, indagar exposición a violencias, valorar redes de apoyo y distribución de tareas y activar las rutas correspondientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, s. f.). Por su parte, la OMS (2022a, 2022b) añade que la salud mental perinatal debe integrarse en los servicios materno-infantiles y que una experiencia posnatal positiva exige información, apoyo continuo y reconocimiento conjunto de las necesidades de la mujer y el recién nacido.

De esta manera, hablar de salud mental en el posparto implica una mirada multidimensional sobre las afectaciones de los procesos reproductivos en las vidas de las mujeres y las personas gestantes. Para empezar, en 11 de las 13 mujeres entrevistadas reportaron al menos una afectación de salud mental en alguno de sus pospartos. La depresión posparto, el malestar emocional y los trastornos del ánimo fueron mencionados, cada uno, en 7 experiencias; mientras que en 2 reportaron crisis de pánico, 2 dificultad para vincularse con el bebé y 2 estrés postraumático, a través de síntomas como tristeza, agotamiento, temor, pérdida de sí, dificultades en las relaciones y en la reconfiguración de la vida social y cotidiana.

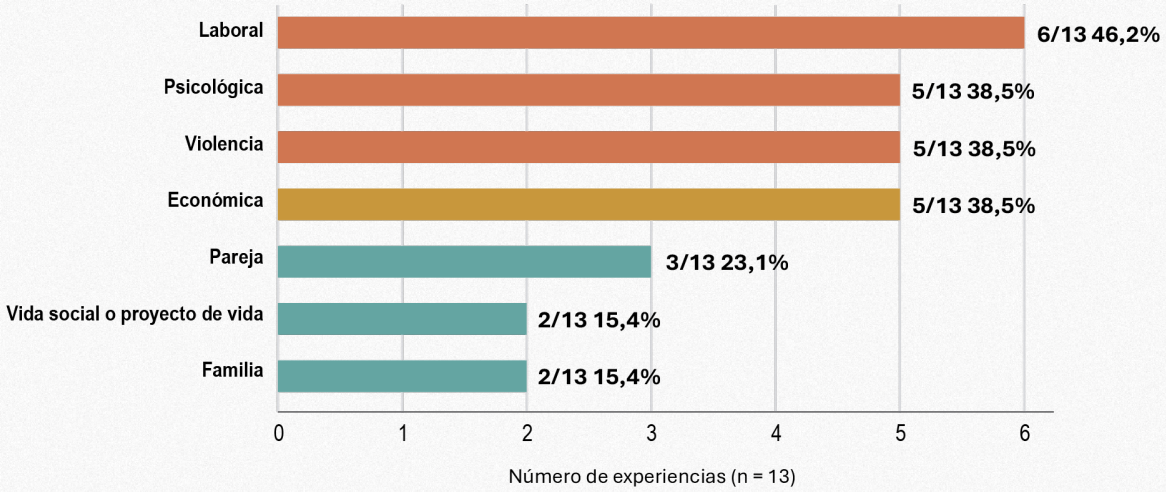
Ninguna de las mujeres solicitó ni recibió atención para su salud mental, principalmente, debido a que las mujeres entrevistadas consideraron que no contaban con el tiempo para hacerlo, no confiaban en la atención brindada en sus entidades de salud o prefirieron darle un manejo particular en casa.

Al respecto, la EMEG evidenció que, de 6.628 respuestas válidas a la pregunta general sobre el posparto, 51 indicaron atención inadecuada, inoportuna o irrespetuosa. Dentro de este grupo, 18 mujeres señalaron que no se les ofreció acompañamiento psicológico o emocional pese a necesitarlo[4]; 15, que no recibieron información sobre posibles secuelas del parto; 12, dificultades administrativas para acceder a controles; 11, minimización o desatención de síntomas o preocupaciones; y 10, negación o demora de atención ante complicaciones. Esto permite situar la salud mental posparto dentro de una continuidad de atención que incluye información sobre secuelas, reconocimiento de síntomas, acceso a controles y apoyo emocional.

Las afectaciones que se atraviesan durante el posparto comprenden la relación con el cuerpo, la sexualidad, el trabajo, las relaciones interpersonales y el proyecto de vida, tal como lo manifiesta una de las entrevistadas "*Depresión posparto, pero hoy que lo veo en retrospectiva, sigo en depresión posparto. Es tan difícil porque es volverse a conocer uno [...] retomar una vida profesional, retomar una vida sexual como pareja, sentirse mujer*" (Comunicación personal 6, 24 de agosto de 2026). Ramírez Bonilla (2012, pp. 114-132) identifica dimensiones similares —labilidad emocional, ansiedad, confusión, alteraciones del sueño, pérdida de sí y culpa— y advierte que deben valorarse individualmente. Las situaciones reportadas por las mujeres entrevistadas estaban presentes desde la gestación. Seis de las 13 mujeres describieron afectaciones laborales; cinco, económicas; cinco situaciones de violencia; y cinco afectaciones psicológicas explícitas. También aparecieron conflictos de pareja en tres trayectorias y familiares en dos. Estas circunstancias son interseccionales: el despido o retiro de responsabilidades puede producir pérdida de autonomía económica; la falta de corresponsabilidad de la pareja intensifica el trabajo de cuidado; y el juicio familiar puede reforzar soledad, culpa o una imagen corporal negativa.

[4] Esta pregunta de la EMEG indaga por la percepción de necesidad de acompañamiento y su falta de oferta; no mide diagnósticos de salud mental ni permite estimar cuántas mujeres de Bogotá necesitaron ese servicio.

Gráfica 6. Contextos de afectación reportados por las mujeres durante la gestación, parto o posparto



Codificaciónacumulada por mujer. Una misma trayectoria puede pertenecer a varias categorías.

El ámbito laboral es uno de los contextos que se configura como un factor de riesgo para las afectaciones en la salud mental de las mujeres durante el posparto, encontrando situaciones de mayores exigencias de productividad durante el embarazo, reducción de funciones por considerar que el embarazo limita las capacidades de las mujeres, amenazas de reemplazo, renuncias y dificultades para reingresar al empleo después de la licencia de maternidad; así lo manifiesta una de las entrevistadas: "*En los trabajos siempre hay dificultades; por más que se trate de tener empatía, a veces no se entiende qué significa gestar vida*" (Comunicación personal 10, 28 de agosto de 2026). Estas dinámicas dan cuenta de la "doble presencia" descrita por Vivas (2019, pp. 35, 47), donde la mujer debe sostener simultáneamente el trabajo remunerado y el reproductivo, mientras la organización laboral trata la gestación y el cuidado como una interferencia privada. La afectación mental no deriva entonces de una incapacidad individual para "adaptarse", sino de la contradicción entre las exigencias productivas y el sostenimiento cotidiano de la vida.

Por otra parte, en las relaciones familiares y de pareja la expectativa de apoyo se enfrentó con las desigualdades en la distribución del descanso, la vida social y el cuidado en el hogar; la sobrecarga aparece incluso cuando la pareja "ayuda", porque la responsabilidad principal sigue atribuida a la madre. Monroy Muñoz (2012, pp. 116-118) denomina "maternalización" a esta naturalización del vínculo y de las labores de crianza, donde se espera que la mujer sepa cuidar y priorice al recién nacido aun cuando termina el parto con dolor, miedo o agotamiento.

> ***"Yo estaba agotada [...] tenía que comer, tomar agua, sobarme los senos porque estaba con mastitis [...] y yo decía: no puedo con esto."***
>
> **Comunicación personal 6, 24 de agosto de 2026**

Estas situaciones se profundizan cuando se sitúan en contextos de violencia. Cinco de las 13 mujeres reportaron situaciones de violencia durante la gestación y tres identificaron afectaciones vinculadas con la pareja. En esta muestra no se aplicaron escalas de violencia o depresión, por lo que no es posible replicar una prueba de asociación. No obstante, el cruce cualitativo merece atención porque los relatos articulan violencia psicológica o física, soledad, baja autoestima, conflictos de pareja y síntomas posparto. En una investigación con 81 puérperas de una institución de Bogotá, Ramírez Bonilla (2012, pp. 114-132) encontró una relación estadística positiva entre violencia de pareja y puntajes de sintomatología depresiva, especialmente con abuso no físico y labilidad emocional. Esa evidencia externa fortalece la plausibilidad del mecanismo y justifica preguntar de manera segura y confidencial por violencia, apoyo y autonomía económica, sin convertir la correlación de otro estudio en una inferencia causal sobre estas entrevistas.

Así mismo, en el contexto de atención en salud, se encontró que en 12 de los 15 eventos las mujeres reportaron maltrato, violencia y prácticas no recomendadas durante el parto, de los cuales diez también registraron afectación de salud mental; entre los tres sin reporte de maltrato, uno la registró. Al respecto, Monroy Muñoz (2012, pp. 116-121) aborda la relación entre estos eventos y las afectaciones que plantea que la violencia ginecobstétrica se ejerce como un continuo que atraviesa la gestación, parto y puerperio, cuyas consecuencias físicas y emocionales se hacen visibles después del nacimiento. El estudio realizado en Argentina por Rial (2023, pp. 50-52) coincide en que la prevención de impactos en salud mental requiere atención obstétrica centrada en la mujer, respeto por su autonomía, apoyo emocional y trabajo interdisciplinario.

Ahora bien, en 10 de los 11 eventos con afectación mental coexistió una afectación física en el posparto, principalmente, dolor en las relaciones sexuales, sangrado, incontinencia, dolor o grietas en los pezones, inflamación mamaria y otras secuelas, que se combinaron con falta de sueño, la lactancia y el trabajo de cuidado permanente. Ninguna de las mujeres manifestó haber recibido atención en salud para este tipo de afectaciones, incluso, algunas afirman no haberlo solicitado, pues *"cuando tú sales del parto ya toda la atención va hacia el bebé"* (Comunicación personal 11, 2 de septiembre de 2026), evidenciando que la mujer como sujeto de derechos y atención integral es reducida a su función materna, tal como lo demuestra Monroy Muñoz (2012, pp. 120-121) al encontrar que en Bogotá, después del nacimiento, la atención se concentra en el bebé mientras las condiciones corporales y emocionales de la mujer quedan subordinadas.

En síntesis, este hallazgo permite evidenciar que las afectaciones en los contextos laborales, económicos, familiares y de pareja comienzan durante la gestación; el maltrato obstétrico y las secuelas físicas pueden intensificarlas; después del nacimiento, se incrementa el trabajo de cuidado y la atención institucional se desplaza hacia el bebé; finalmente, las afectaciones de las mujeres quedan sin una atención integral en salud mental. Vivas (2019) ayuda a

comprender la dimensión estructural de esa secuencia —la exigencia de ser cuidadora principal, trabajadora y "buena madre" a la vez—, mientras Monroy Muñoz (2012), Ramírez Bonilla (2012) y Rial (2023) permiten vincularla con el continuo de violencia, los riesgos relacionales y la necesidad de atención integral. En consecuencia, un posparto digno exige garantizar a las mujeres las condiciones de cuidado durante todo el proceso de gestación, parto y posparto, no sólo en el ámbito de la salud física, sino en contextos personales, relacionales, laborales y económicos.

5. Conclusiones

1. Durante la gestación, las mujeres recibieron principalmente información sobre signos de alarma y aspectos operativos de la atención, mientras que los contenidos sobre derechos, procedimientos, manejo del dolor y cuidados posparto tuvieron menor presencia. Esta selección de información las preparó para seguir indicaciones, pero limitó su capacidad de comprender las intervenciones, expresar preferencias y participar en las decisiones sobre sus cuerpos. La autonomía requiere información clara y oportuna, diálogo y consentimiento libre e informado; no se garantiza mediante la entrega de un formato para firmar.
2. En las siete experiencias de cesárea, seis mujeres no recibieron información previa sobre el procedimiento y cinco señalaron que no se les solicitó consentimiento. La investigación no permite juzgar si las intervenciones estaban clínicamente indicadas; sí muestra que la necesidad de una cirugía no elimina el deber de explicar, escuchar y mantener informada a la mujer. La incertidumbre, las restricciones corporales y las dificultades para contar con acompañamiento pueden profundizar la pérdida de autonomía cuando la atención se concentra en ejecutar el procedimiento y deja de lado su participación. Una cesárea respetuosa exige sostener la comunicación y el cuidado de la mujer antes, durante y después del nacimiento.
3. La naturalización del dolor en el parto opera como un mecanismo que despoja a las mujeres de acompañamiento, información y capacidad de decisión sobre su propio cuerpo. Cuando el sufrimiento se significa como prueba de virtud materna, el manejo del dolor deja de ser un asunto clínico central: no se ofrecen alternativas farmacológicas ni no farmacológicas, no se informa sobre posiciones o movilidad, y los procedimientos dolorosos se ejecutan sin analgesia ni consentimiento. Al mismo tiempo, la expresión del dolor se sanciona activamente, y las mujeres aprenden que callar y obedecer es la vía para recibir un trato menos hostil. El parto digno exige desmontar esa equivalencia entre maternidad y sufrimiento, de modo que el alivio del dolor sea parte constitutiva de la atención y no una concesión que las mujeres deban solicitar o negociar en condiciones de subordinación.
4. La edad, el peso y la experiencia reproductiva previa funcionan como filtros con los que el personal de salud clasifica los cuerpos antes de escucharlos. Esa clasificación produce dos efectos simultáneos: sobreintervención (más controles, más exámenes, más medicamentos) y descrédito del testimonio de las mujeres sobre su propio dolor y sus propios síntomas. Lo que la mujer dice se interpreta a la luz de lo que su cuerpo aparenta, y su capacidad de decisión se reduce conforme se le asigna un perfil de riesgo, de ignorancia o de transgresión moral. Esta dinámica configura lo que la literatura denomina injusticia testimonial y contradice la obligación normativa de prestar atención sin

discriminación por razones de género, edad, condición corporal o situación reproductiva. Un parto digno requiere que el juicio clínico se funde en la escucha y la valoración individualizada, no en atributos que anticipan el trato antes de que la mujer hable.

5. El maltrato y la violencia ginecobstétrica atravesaron esta muestra con independencia del nivel educativo, el régimen de aseguramiento y el tipo de institución, lo que indica que la capacidad de pago estratifica la calidad material de la atención, pero no protege de la deshumanización del trato. La mayoría de las mujeres no reconocía inicialmente lo vivido como violencia, y ese no-reconocimiento es parte del problema: cuando las prácticas violentas se presentan como procedimiento habitual, las mujeres carecen del lenguaje y las condiciones para nombrarlas, cuestionarlas o denunciarlas. La Ley 2244 de 2022 y la Resolución 3280 de 2018 reconocen derechos cuya exigibilidad depende de una condición que las normas por sí solas no producen. La implementación distrital necesita intervenir el modelo de atención que organiza el parto como cadena de montaje y, al mismo tiempo, garantizar que las mujeres dispongan de herramientas para identificar estas violencias y acceder a los mecanismos previstos para su exigibilidad.
6. Las afectaciones emocionales relatadas por las mujeres se relacionan con experiencias de atención, secuelas físicas y condiciones laborales, económicas, familiares y de pareja que comienzan durante la gestación y pueden intensificarse después del nacimiento. Once de las trece entrevistadas mencionaron alguna afectación de salud mental en sus trayectorias de posparto, y ninguna manifestó haber recibido atención por ella. Estos relatos no constituyen diagnósticos, pero muestran las consecuencias de organizar el cuidado posparto alrededor del recién nacido mientras las necesidades de la mujer pierden prioridad. Un posparto digno requiere reconocerla como sujeto de atención integral, escuchar sus malestares y ofrecer apoyo oportuno según sus necesidades y decisiones.

7. Recomendaciones

- Fortalecer la información sobre derechos durante la gestación. Se recomienda que la Secretaría Distrital de la Mujer, en articulación con la Secretaría Distrital de Salud, promueva contenidos claros y accesibles sobre parto digno, consentimiento informado, plan de parto, alternativas para el manejo del dolor, acompañamiento, cesárea y cuidados maternos en el posparto. Su incorporación en los espacios de preparación para el nacimiento debe acompañarse de mecanismos para conocer si las mujeres comprendieron la información y pudieron utilizarla al tomar decisiones.
- Incorporar la participación de las mujeres en los procesos de atención. Se recomienda al sector salud y a los prestadores revisar la manera en que se explican las intervenciones y se solicita el consentimiento, tanto en procedimientos programados como ante cambios de conducta clínica. La revisión debe prestar atención a las alternativas ofrecidas, las preguntas formuladas por las mujeres, sus preferencias registradas y las razones clínicas que, en cada caso, hayan limitado alguna de ellas. El plan de parto puede servir como herramienta de conversación y seguimiento durante la gestación, el parto y el posparto, en lugar de quedar reducido a un formato.
- Definir orientaciones de atención respetuosa para la cesárea. Se recomienda que los prestadores fortalezcan la información previa sobre la intervención y mantengan una comunicación continua con la mujer durante y después de la cirugía. Las orientaciones deben contemplar el acompañamiento de una persona de confianza, cuando las condiciones clínicas lo permitan; la explicación de las restricciones necesarias; la información sobre el nacimiento y los procedimientos realizados; y la valoración del contacto piel con piel y del cuidado materno inmediato, con registro de las razones clínicas cuando alguna práctica no pueda realizarse.
- Garantizar una respuesta clínica y respetuosa al dolor. Se recomienda incorporar, desde la preparación prenatal, información sobre alternativas farmacológicas y no farmacológicas para su manejo. Durante el trabajo de parto y el posparto, la expresión de dolor debe dar lugar a valoración, explicación y atención, sin reproches ni juicios sobre la capacidad de la mujer para afrontar la maternidad. La formación y supervisión de los equipos debe incluir la identificación de expresiones que descalifican o sancionan el sufrimiento.
- Prevenir los tratos discriminatorios y proteger la intimidad. Se recomienda trabajar con los equipos asistenciales y administrativos en la identificación de prejuicios asociados con la edad, el peso, la situación económica y la experiencia reproductiva. Esta formación debe traducirse en pautas observables de escucha, valoración individualizada y comunicación. Asimismo, los prestadores deben revisar la privacidad de los espacios de atención, la

realización de tactos vaginales por diferentes integrantes del equipo y las condiciones de consentimiento para la participación de estudiantes en procedimientos.

- Integrar el cuidado de la salud física y mental en el posparto. Se recomienda que el seguimiento materno incluya la indagación oportuna y confidencial por dolor, secuelas físicas, estado emocional, exposición a violencias, redes de apoyo y distribución del cuidado. Cuando la mujer lo requiera y desee, deben facilitarse la orientación, la atención psicosocial o en salud mental y las remisiones pertinentes. Las dificultades de tiempo, confianza o acceso que describieron las entrevistadas hacen necesario ofrecer alternativas de atención viables y mantener a la mujer en el centro del seguimiento después del nacimiento.
- Facilitar el reconocimiento y la atención de la violencia ginecobstétrica. Se recomienda que la Secretaría Distrital de la Mujer fortalezca, junto con el sector salud, materiales de orientación y mecanismos de canalización que permitan identificar prácticas de maltrato, recibir asesoría y acceder a las instancias competentes. La información debe estar disponible antes y después del parto, en lenguaje comprensible y sin exigir que la mujer califique jurídicamente lo sucedido para recibir orientación. El análisis de los reportes debe ayudar a detectar problemas recurrentes en la organización del servicio y a adoptar medidas de mejora.
- Mejorar el registro y ampliar la investigación. Se recomienda construir indicadores de seguimiento sobre información y consentimiento, uso del plan de parto, acompañamiento, privacidad, manejo del dolor, continuidad de la atención materna y apoyo en salud mental posparto. Su definición debe distinguir entre la existencia de un registro y la experiencia efectiva de la mujer. En futuras investigaciones conviene ampliar la diversidad de participantes y documentar las condiciones clínicas cuando sea posible, para profundizar en las diferencias entre prácticas indicadas, prácticas no recomendadas y situaciones de violencia. Los análisis de encuestas deberán conservar los denominadores propios de cada pregunta y utilizar estimaciones con factor de expansión únicamente cuando sus indicadores de precisión lo permitan.

Referencias bibliográficas

Almonte García, G. (2016). Violencia ginecológica y obstétrica: la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Décsir*, (2), 1–10. https://decsir.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/1-indagaciones.pdf

Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, *11*(1), 145–169.

Arguedas Ramírez, G. (2016). Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. *Solar*, *12*(1).

Bailey, A. H., LaFrance, M., y Dovidio, J. F. (2019). Is man the measure of all things? A social cognitive account of androcentrism. *Personality and Social Psychology Review*, *23*(4), 307–331.

Barrera, Y., y Díaz, L. (2018). Violencia obstétrica, historia olvidada de prácticas invisibilizadas. *Derecho y Realidad*, *16*(32), 59–74. https://doi.org/10.19053/16923936.v16.n32.2018.13709

Bedoya-Ruiz, L. A., Agudelo-Suárez, A. A., Restrepo-Ochoa, D. A., y Henao-Villegas, S. (2020). Prácticas institucionales en salud en maternas según clase social. Bogotá, Colombia, 2018. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, *71*(4), 323–344. https://doi.org/10.18597/rcog.3497

Braga de Queiroz Souza (2020). Análise da violencia obstétrica dende a interseccionalidade

Brenes-Monge, A., Yáñez-Álvarez, I., Meneses-León, J., Poblano-Verástegui, O., Vértiz-Ramírez, J. J., y Saturno-Hernández, P. J. (2020). Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México. *Salud Pública de México*, *62*, 798–809. https://doi.org/10.21149/11974

Castro, R., y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, *19*(1), 37–42.

Castro, R., y Frías, S. M. (Coords.). (2022). *Violencia obstétrica y ciencias sociales: estudios críticos en América Latina*. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Davis, D.-A. (2019). Obstetric racism: The racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical Anthropology*, *38*(7), 560–573. https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389

Davis-Floyd, R. (1993). The technocratic model of birth. En S. T. Hollis, L. Pershing y M. J. Young (Eds.), *Feminist theory in the study of folklore* (pp. 297–326). University of Illinois Press.

De Carli Lopes, G. (2023). Trayectorias reproductivas desiguales: el racismo obstétrico como estructurador de resultados y experiencias en Brasil. *Revista Ichan Tecolotl*.

Esteban, M. L. (2001). *Re-producción del cuerpo femenino: discursos y prácticas acerca de la salud*. Gakoa.

Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, *2*(1), 9–20.

Esteban, M. L. (2010). Diagnósticos en salud y género: aportaciones antropológicas para una perspectiva integral de análisis. En M. L. Esteban, J. M. Comelles y C. Díez Mintegui (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 49–67). Bellaterra.

Estrada Hincapié, D. M. (2024). *Violencia obstétrica vs. omisión del consentimiento informado* [Trabajo de grado, Universidad Externado de Colombia]. Repositorio Institucional de la Universidad Externado de Colombia.

Gleason, E. G., Molina Berrío, D. P., López Ríos, J. M., y Mejía Merino, C. M. (2021). Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad. *Salud Colectiva*, *17*, e3727. https://doi.org/10.18294/sc.2021.3727

Grau, A., y Gómez, N. (2022). Trayectorias corporales y lecturas contrahegemónicas del cuerpo. *Recerca. Revista de Pensament i Anàlisi*, *27*(1), 1–16.

Huitaca, Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. (2024). *El continuo ginecobstétrico. "Se robaron mi parto": informe de encuesta sobre la incidencia de la violencia obstétrica en Colombia*.

Imaz, E. (2010). Entre ginecólogos y matronas: la relación con lo médico en la cotidianidad de la embarazada. En M. L. Esteban, J. M. Comelles y C. Díez Mintegui (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 173–190). Bellaterra.

Inhorn, M. C., y Whittle, K. L. (2001). Feminism meets the "new" epidemiologies: Toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health. *Social Science & Medicine*, *53*(5), 553–567.

Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States* (4.ª ed.). Waveland Press.

Lupton, D. (2012). *La medicina como cultura: la enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. Editorial Universidad de Antioquia.

Massó Guijarro, E. (2023). La violencia obstétrica como injusticia epistémica: el parto en disputa. *Salud Colectiva*, *19*, e4464. https://doi.org/10.18294/sc.2023.4464

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, *8*(1), 185–207.

Monroy Muñoz, S. A. (2012). *El continuo ginecobstétrico: experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia].

Montes Muñoz, M. J. (2010). Mujeres, reproducción y género: encuentros asistenciales en el embarazo y parto. En M. L. Esteban, J. M. Comelles y C. Díez Mintegui (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 191–208). Bellaterra.

Montiel, J. P. (2019). Violencia obstétrica y tres tipos de dilemas de cara al régimen sancionatorio de carácter penal. *Revista de la Facultad*, *X*(1), 123–153.

Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva. (2023). *Encuesta Nacional de Parto y Nacimiento: informe de resultados*. MNSSR, Universidad Icesi, Universidad Antonio Nariño y Profamilia.

Nettel, G. (2020). *La hija única*. Anagrama.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud* (WHO/RHR/14.23).

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12

Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142

Organización Mundial de la Salud. (2022b). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989

Organización de las Naciones Unidas. (2010). Informe A/74/137 sobre maltrato y violencia en los servicios de salud reproductiva

Pereira, C. J., Domínguez, A. L., y Toro Merlo, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, *75*(2), 81–90.

Pineda, E. (2022). Aproximaciones al femicidio gineco-obstétrico. *Revista nuestrAmérica*, *10*(19), 1–12. https://www.jstor.org/stable/10.2307/48716431

Prado Murrieta, A. (2021). La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: experiencias de mujeres y médicos de un hospital público en la Ciudad de México. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, *6*(1), 59–76. https://doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num1.4

Ramírez Bonilla, E. J. (2012). *Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia].

Rial, F. M. (2023). Salud mental, violencia obstétrica y prácticas humanizadas: un análisis sobre usuarios de servicios obstétricos. En *XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología* (pp. 50–52). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. https://www.aacademica.org/000-009/630

Rich, A. (2019). *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución* (A. Becciu y G. Adelstein, Trads.). Traficantes de Sueños. (Obra original publicada en 1976)

Rodríguez Ramos, P. A., y Aguilera Ávila, L. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *MUSAS*, *2*(2), 56–74. https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num2.4

Rothman, B. K. (1982). *In labor: Women and power in the birthplace*. W. W. Norton.

Rubio-Romero, J. A., Ruiz-Parra, A. I., Martínez, F., Muñoz-Restrepo, J., Muñoz, L. A., Arévalo-Rodríguez, I., y Grupo Desarrollador de la Guía. (2013). Guía de práctica clínica para la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, *64*(4), 379–424. https://doi.org/10.18597/rcog.90

Sadler, M. (2004). *"Así me nacieron a mi hija": aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario* [Tesis de pregrado, Universidad de Chile].

Sadler, M. (2020). Prólogo. Despertando las metáforas que dormían en la ciencia. En P. Quattrocchi y N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Universidad Nacional de Lanús.

Shepherd, L. J. (1993). *Lifting the veil: The feminine face of science*. Shambhala.

Trapero Barreales, M. A. (2024). La violencia reproductiva y obstétrica: su prevención a través del Derecho penal. *Estudios Penales y Criminológicos*, *45*, 1–43. https://doi.org/10.15304/epc.45.9586

Truth, S. (1851). *Ain't I a woman?* [Discurso]. Convención por los Derechos de la Mujer, Akron, Ohio, Estados Unidos.

Vallana Sala, V. V. (2016). *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica: discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana].

Vallana Sala, V. V. (2019). "Es rico hacerlos, pero no tenerlos": análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, *17*(Especial), 128–144. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125

Vivas, E. (2019). *Mamá desobediente: una mirada feminista a la maternidad*. Capitán Swing.

Viveros, M. (1995). *Género, salud y reproducción: elementos para una lectura social de la diferencia*. Universidad Nacional de Colombia.

Referencias normativas y jurisprudenciales

Instrumentos internacionales

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* (Resolución 34/180). Aprobada en Colombia por la Ley 51 de 1981.

Organización de los Estados Americanos. (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer* (Convención de Belém do Pará). Aprobada en Colombia por la Ley 248 de 1995.

Leyes y actos nacionales

Congreso de la República de Colombia. (2008, 4 de diciembre). *Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres*.

Congreso de la República de Colombia. (2012, 17 de octubre). *Ley Estatutaria 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales*.

Congreso de la República de Colombia. (2015, 16 de febrero). *Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud*.

Congreso de la República de Colombia. (2022, 11 de julio). *Ley 2244 de 2022, por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado*. https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=125421

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal*.

Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. (2013). *Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio* (Guías n.º 11–15).

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.-a). *Depresión perinatal*. Herramienta clínica Primera Infancia. https://herramientaclinicaprimerainfancia.minsalud.gov.co/modulo-4/depresion-perinatal/

Normas y documentos distritales

Concejo de Bogotá. (2022). *Acuerdo 860 de 2022, por medio del cual se establecen lineamientos generales para un nacimiento humanizado y un parto respetado e intercultural en el sistema de salud distrital*.

Consejo Distrital de Política Económica y Social. (2020). *Documento CONPES D.C. 14: Política Pública de Mujeres y Equidad de Género 2020–2030*. Secretaría Distrital de la Mujer.

Secretaría Distrital de Salud. (2022). *Orientaciones técnicas para la implementación de la ruta integral de atención en salud del grupo de riesgo materno perinatal y eventos específicos con enfoque diferencial en el marco de los elementos estratégicos de APS*. (En el texto se nombra como «Lineamiento técnico distrital de implementación de las RIAS materno perinatal»: homologar el nombre.)

Secretaría Distrital de Salud. (2024). *Resolución 1400 de 2024*, con directrices para la atención integral de la población en edad fértil y gestante.

Jurisprudencia de la Corte Constitucional

Corte Constitucional de Colombia. (1994). *Sentencia T-401 de 1994*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-401-94.htm

Corte Constitucional de Colombia. (1999). *Sentencia SU-337 de 1999*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/SU337-99.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2014, 28 de agosto). *Sentencia T-622 de 2014* (J. I. Pretelt Chaljub, M. P.). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-622-14.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2019). *Sentencia T-508 de 2019*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/t-508-19.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2021). *Sentencia T-357 de 2021*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/T-357-21.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2022). *Sentencia SU-048 de 2022*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/SU048-22.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2022). *Sentencia T-344 de 2022*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-344-22.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2023). *Sentencia T-198 de 2023*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2023/t-198-23.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2025, 22 de abril). *Sentencia T-135 de 2025* (C. Pardo Schlesinger, M. P.). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2025/T-135-25.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2026, 24 de marzo). *Sentencia T-058 de 2026* (N. Ángel Cabo, M. P.). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2026/T-058-26.htm

Parto digno y violencia ginecobstétrica: caracterización de experiencias de mujeres en Bogotá



Observatorio de Mujeres y Equidad de Género (OMEG)
de la Secretaría Distrital de la Mujer.

2026