

Colonialidad invisible y políticas del sufrimiento: análisis del feminicidio de mujeres gestantes*

Alejandra Bello-Urrego

Recibido: 4 de junio de 2024 | Aceptado: 1.º de noviembre de 2024 | Modificado: 25 de noviembre de 2024
<https://doi.org/10.7440/res92.2025.08>

Resumen | En este artículo analizo el feminicidio de mujeres gestantes desde la perspectiva de la teoría política feminista y decolonial. El objetivo de la investigación fue estudiar cómo la exclusión del feminicidio de las causas reconocidas como parte de la definición de la mortalidad materna de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se relaciona con la pervivencia y actualización de dispositivos de producción colonial de lo humano. Defiendo la hipótesis de que la crueldad, a través de un régimen colonial de invisibilidad de la violencia ordinaria que sostiene una circulación política del sufrimiento, clasifica los cuerpos cotidianamente, y esta clasificación da lugar a cuerpos dignos o indignos de cuidado. Ofrezco una investigación teórica, apoyada en un análisis documental de fuentes primarias y secundarias. El corpus analizado comprende 36 documentos y es el resultado de una revisión sistemática de literatura científica disponible en bases de datos académicas internacionales y transdisciplinarias. Se demuestra, a partir de la literatura, que, a escala global, las mujeres gestantes racializadas, jóvenes y empobrecidas están más expuestas a morir por violencia de género que por las causas de mortalidad materna que sí son reconocidas por la OMS. La exclusión del feminicidio de tales causas demuestra cómo en el régimen de inteligibilidad del sufrimiento de la OMS persiste la normalización de formas de violencia provenientes de matrices de poder coloniales. Este resultado deja en evidencia que la invisibilización del sufrimiento de los cuerpos subalternos y la normalización de la indolencia que de allí se desprende siguen jugando un papel determinante en la negación del reconocimiento de su humanidad plena.

Palabras clave | colonialidad; feminicidio; feminismos decoloniales; gestación; violencia de género

Invisible Coloniality and the Politics of Suffering: An Analysis of the Femicide of Pregnant Women

Abstract | This article explores the femicide of pregnant women through the lens of feminist and decolonial political theory. It examines how the exclusion of femicide from the causes officially recognized in the World Health Organization's (WHO) definition of maternal mortality relates to the persistence and reconfiguration of colonial mechanisms that define the human. I argue that cruelty—operating through a colonial regime that renders ordinary violence invisible and sustains a political economy of suffering—classifies bodies on a daily basis, determining which are deemed worthy or unworthy of care. This is a theoretical investigation grounded in documentary analysis of both primary and secondary sources. The corpus comprises 36 documents selected through a systematic review of scientific literature available in international, interdisciplinary academic databases. The findings show that globally, racialized, impoverished, and young

* Este artículo se escribió durante una comisión de servicio otorgada por la Universidad de Antioquia (Colombia) en diálogo con investigaciones previas de la autora sobre el concepto de *pathospolitica*.

pregnant women are more likely to die from gender-based violence than from the maternal mortality causes recognized by the WHO. The exclusion of femicide from these official categories exposes the persistence of colonial power structures in the WHO's regime of intelligibility, which continues to normalize certain forms of violence. This exclusion highlights how the invisibilization of subaltern suffering—and the normalization of indifference that sustains it—remains central to the ongoing denial of full human recognition.

Keywords | coloniality; femicide; decolonial feminisms; pregnancy; gender-based violence

Colonialidade invisível e políticas do sofrimento: análise do feminicídio de mulheres gestantes

Resumo | Neste artigo, analiso o feminicídio de mulheres gestantes sob a perspectiva da teoria política feminista e decolonial. O objetivo da pesquisa é investigar como a exclusão do feminicídio das causas reconhecidas na definição de mortalidade materna da Organização Mundial da Saúde (OMS) se relaciona com a sobrevivência e atualização dos dispositivos de produção colonial do humano. Levanto a hipótese de que a crueldade, sustentada por um regime colonial de invisibilidade da violência cotidiana, alimenta uma circulação política do sofrimento que classifica os corpos de forma contínua, produzindo distinções entre corpos considerados dignos ou indignos de cuidado. Apresento uma investigação teórica, baseada em uma análise documental de fontes primárias e secundárias. O corpus analisado compreende 36 documentos, resultado de uma revisão sistemática da literatura científica disponível em bases de dados acadêmicas internacionais e transdisciplinares. A partir da literatura, demonstra-se que, em escala global, mulheres gestantes racializadas, jovens e em situação de pobreza estão mais expostas a morrer em decorrência da violência de gênero do que pelas causas de mortalidade materna reconhecidas pela OMS. A exclusão do feminicídio de tais causas revela como, no regime de inteligibilidade do sofrimento da OMS, ainda prevalece a normalização de formas de violência associadas a matrizes de poder coloniais. Os resultados evidenciam que a invisibilização do sofrimento dos corpos subalternizados e a normalização da indiferença a esse sofrimento continuam a desempenhar um papel decisivo na negação do reconhecimento pleno de sua humanidade.

Palavras-chave | colonialidade; feminicídio; feminismos decoloniais; gestação; violência de gênero

Introducción

Posicionar la violencia contra las mujeres como una cuestión problemática en la sociedad ha sido uno de los pilares de los movimientos feministas en todo el mundo. Los feminismos han luchado por hacer de la violencia contra las mujeres un tema de debate público y por generar cambios culturales que la hagan inteligible como un problema social. El concepto de *feminicidio* es un excelente ejemplo de las luchas por visibilizar que ciertas formas de violencia excluyen a las mujeres de la esfera de lo humano (Fregoso y Bejarano 2010). Estas violencias hacen parte de lo que Rita Segato describe como la *pedagogía de la crueldad*: todos los actos y prácticas que educan, habitúan y programan a los sujetos para transmutar lo vivo y su vitalidad en cosas (Segato 2018). Activistas, académicas y abogadas feministas —principalmente latinoamericanas— han conceptualizado el fenómeno del feminicidio para sacarlo de la esfera de lo invisible que favorece una cultura acostumbrada a dicha violencia y programada para negar a los cuerpos asignados como femeninos el reconocimiento de su plena humanidad. Gracias a estos esfuerzos, a partir de la primera década del 2000, el concepto comenzó a ser adoptado por organismos gubernamentales y no gubernamentales, grupos de base, encuentros regionales y congresos universitarios para “visibilizar las formas inhumanizantes de la violencia contra las mujeres” (Fregoso y Bejarano 2010, 6).

Las luchas feministas ponen de relieve el carácter profundamente político que tiene el proceso de visibilizar la violencia y también dan testimonio del carácter político de la problematización del sufrimiento que inflige. El feminicidio es mucho más que una simple descripción de asesinatos u homicidios basados únicamente en el género; se fundamenta siempre en la intersección del género con otros marcadores de diferencia, como la raza, la edad o las experiencias migratorias (Monárrez 2002). La lucha por forjar y anclar el concepto de feminicidio en el discurso público muestra la naturaleza profundamente asertiva de la acción para hacer que la experiencia de sufrimiento de las mujeres sea nombrable, incluso inteligible. Se trata de hacer visible que las mujeres en todas sus diversidades mueren como consecuencia de las violencias sistemáticas y normalizadas a las que son sometidas por ser mujeres.

No todas las mujeres están igualmente expuestas al feminicidio. La diferenciación de ellas frente a esta violencia extrema está dada en función de su posición social, definida por la imbricación con otras categorías de diferencia, como la raza, la edad, la clase, etc. La relación entre la exposición a morir por feminicidio y las categorías de diferenciación social que confluyen en cada cuerpo hace eco de la definición de Sylvia Wynter (2015), para quien *lo humano* es el producto de un espacio orgánico autopoietico —donde la vida orgánica se autoproduce— y de un espacio heteropoiético —donde el cuerpo se encuentra con un lenguaje y unas representaciones que lo preceden—. Según Wynter, estas representaciones de lo humano, que lo dividen en categorías organizadas dentro de una lógica superior/inferior, lejos de ser ahistóricas, tienen raíces que se remontan a los procesos de expansión colonial de los imperios europeos, en la que el arquetipo del hombre blanco se constituyó como la norma de lo humano. Esta representación colonial de lo humano como masculino y blanco forma el núcleo del espacio heteropoiético en el que tiene lugar el fenómeno de sociogénesis descrito por Fanon (1986): los cuerpos se clasifican según su nivel de diferencia en relación con el hombre blanco.

Así lo reflejan los trabajos de Benjamin Bowser (2018) sobre la esclavitud en Estados Unidos, los de Aime Césaire (2000) y Franz Fanon (1986) sobre la experiencia del cuerpo negro bajo la colonización francesa, y también numerosos estudios que documentan la crueldad del Imperio español en la colonización de América Latina. La literatura sobre la violencia colonial y la relativa a la violencia de género describen el mismo mecanismo de epidermización de las relaciones de raza y género: la normalización de la violencia contra un cuerpo y la invisibilización del sufrimiento que esta conlleva son la clave para entender los mecanismos por medio de los cuales se fijan las relaciones de dominación. Esta constatación es también coherente con los trabajos de Elsa Dorlin (2009) y María Lugones (2008), que muestran que la violencia de género y la violencia colonial no son análogas, sino interdependientes.

Las concepciones moderno-coloniales de *género* y *raza* son categorías ideológicas derivadas de la expansión imperial europea a escala mundial (Ndlovu-Gatsheni 2018). Es el entrelazamiento de las normas de género y raza lo que crea cuerpos ontológicamente diferentes a los del hombre blanco (Dorlin 2009). La diferenciación entre el cuerpo como vida orgánica y las representaciones de lo humano que lo preceden es la esencia de la violencia colonial. No obstante, esta oposición no produce una sola forma de “no-ser” humano en la dinámica colonial, como lo plantea Fanon, y no solo posiciona el cuerpo del hombre negro como antítesis de lo humano. Ser hombre negro, mujer blanca, mujer negra, etc. es el resultado del contraste con la representación colonial de lo humano. Pero el nivel de contraste no es homogéneo, porque depende del lugar de un cuerpo respecto al arquetipo de lo masculino blanco, lo que produce niveles de diferencia, que a su vez crean una amplia escala de subgéneros humanos desechables y explotables (Wynter 2015).

Este artículo analiza cómo el acto de normalizar la violencia e invisibilizar el sufrimiento que se causa a los cuerpos subalternos perpetúa y actualiza una producción colonial de lo humano coherente con la escala de subgéneros humanos descrita por Wynter (2015). Desde una reflexión teórica y una revisión sistemática de literatura científica, se estudia la exclusión del feminicidio de mujeres embarazadas entre las causas reconocidas de mortalidad materna por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El caso del feminicidio de mujeres gestantes ejemplifica dicha lógica de producción de lo humano porque constituye un ejemplo paradigmático de cómo opera un régimen colonial y patriarcal de invisibilidad del sufrimiento que invalida las experiencias de violencia de las mujeres (Radford y Russell 1992), pero no de todas por igual: principalmente de aquellas que han sido categorizadas socialmente en función de la raza, la clase, la edad, el estatus migratorio, etc. La OMS, al ser la autoridad rectora en materia de salud pública, maneja un discurso sanitario que se presenta como políticamente neutro, pero tiene un papel decisivo en la corporeización de la escala de subgéneros humanos conceptualizada por Wynter (2015); en otras palabras, vehicula un régimen colonial de invisibilidad del sufrimiento que autoriza a pensar que unas vidas son más importantes que otras.

La definición de mortalidad materna de la OMS es relevante desde la perspectiva de la gobernanza mundial, ya que esta organización opera como el principal punto de referencia para la salud pública internacional. La OMS es la encargada de establecer y actualizar periódicamente la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE), documento que influye en las políticas sanitarias globales y proporciona un marco para la gestión pública de la asistencia sanitaria. Ninguna versión de la CIE ha contemplado el feminicidio como causa de mortalidad materna, a pesar de que en la CIE-10 de 1990 la OMS respondió a la petición de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) de incluir todas las muertes, independientemente de su causa, en el cálculo de la tasa de mortalidad materna, para lo que se crearon las categorías de *muerte materna tardía* y *mortalidad relacionada con el embarazo* (Costa et al. 2002). En esta clasificación, el feminicidio se cataloga como causa incidental en la segunda categoría, es decir, como un fenómeno externo al proceso biológico, lo que implica una menor prioridad en términos de atención y recursos (OMS 2019).

La CIE-10, de 1990 (OMS 1992), fue sucedida por la CIE-11, adoptada en 2019 y vigente desde el 1.º de enero de 2022 (OMS 2019). En estas dos últimas versiones, las muertes de mujeres embarazadas se clasifican como *muerte materna*, *muerte materna tardía* y *muerte relacionada con el embarazo*. Estas tres categorías abarcan todas las muertes de mujeres ocurridas hasta un año después del final del embarazo, pero solo la primera es considerada como prioritaria por la OMS. La clasificación se basa en la distinción entre causas obstétricas directas e indirectas (cuando se producen la muerte materna y la muerte materna tardía) y causas no obstétricas (todas las demás muertes relacionadas con el embarazo). Esta distinción es significativa, puesto que las muertes clasificadas bajo causas no obstétricas se incluyen en el recuento general de muertes relacionadas con el embarazo, pero se excluyen del de mortalidad materna, y, en consecuencia, del despliegue de recursos y medidas sanitarias y políticas dirigidas a las mujeres embarazadas. El feminicidio, entonces, queda relegado a las causas no obstétricas y, por ende, no es una prioridad para las instituciones sanitarias encargadas de velar por garantizar el bienestar durante la gestación.

El artículo se divide en cuatro secciones. La primera corresponde al apartado metodológico, en el que se explica la perspectiva feminista y decolonial. En la segunda y tercera se desarrollan los dos argumentos centrales de la investigación: (i) cómo la exclusión del feminicidio de la actual categorización de la muerte materna de la OMS produce un sufrimiento inaudible e ingobernable por parte de los Estados y sus instituciones sanitarias; y (ii) esta invisibilización afecta de manera diferencial a las mujeres gestantes según su posición social en términos de raza, clase, edad, entre otros marcadores de diferencia.

Finalmente, el artículo concluye explicitando las relaciones de sufrimiento inaudible creadas por la actual categorización de la OMS y la reproducción de matrices de dominación de génesis colonial.

Aspectos metodológicos: un enfoque feminista y decolonial

Este artículo se basa en una investigación teórica apoyada en un análisis documental de fuentes primarias y secundarias desde una perspectiva feminista y decolonial. El corpus analizado es el resultado de una revisión sistemática de literatura científica disponible en bases de datos académicas internacionales y transdisciplinarias: Lilcas (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences), PubMed, Web of Science, Scopus, Jstor y Google Scholar. Para la búsqueda se utilizaron las palabras clave *embarazo*, *homicidio* y *feminicidio*, en francés, inglés, español y portugués. Después de leer los resúmenes de todos los textos identificados, se seleccionaron 36 documentos que abordaban explícitamente la relación entre la muerte violenta de mujeres y el embarazo, o cuyos datos permitieran un análisis para esclarecer esta relación.

La revisión sistemática evidenció que este tema se ha estudiado casi únicamente desde una perspectiva epidemiológica estadounidense y hegemónica, que utiliza de forma casi exclusiva las categorías *violencia doméstica*, *violencia por parte del compañero íntimo*, *asesinato por parte del compañero íntimo*, *homicidio* y *femicidio* —definido restrictivamente como asesinato de mujeres—. Los documentos utilizan un lenguaje médico hegemónico, sin un enfoque de género, y excluyen del análisis las relaciones de poder más allá de la inclusión de la raza, la edad, el sexo y la clase como variables epidemiológicas. En su gran mayoría no hacen referencia a la violencia de género ni al feminicidio, pero sí trabajaban con las nociones mencionadas. No obstante, en la medida en que esta literatura establece una relación entre la gestación y el lugar social subalterno asignado a los cuerpos con útero, en esta investigación se usa el concepto *feminicidio* para referirse a la problemática. Así, el análisis de los datos desde una perspectiva feminista permite establecer de manera concluyente una relación entre la gestación y el feminicidio para justificar la extensión del estudio del problema a otros campos epistemológicos y metodológicos, así como geográficos.

El análisis de este artículo se propone desde un ángulo decolonial. Dado que la colonización fue un proceso planetario, la crítica decolonial considera necesario estudiar la dominación y el poder a escala global (Ndlovu-Gatsheni 2018). Este punto de vista no cuestiona la legitimidad de las perspectivas clásicas que se basan en delimitaciones nacionales o regionales. Se trata de una aproximación que busca captar las huellas en el presente y la continuidad planetaria de un patrón de poder surgido de un proceso histórico compartido que dividió a la población global en función de categorías de diferencia como la raza, el género, el sexo o la clase social, en relación con el arquetipo del hombre blanco (Lugones 2008).

Esta investigación, la producción y el análisis de información, así como la construcción de argumentos, responden a la elección consciente de un proyecto intelectual crítico anclado en el sur global, posicionamiento similar al que fomentó la creatividad intelectual que forjó el concepto de feminicidio. Explicitar esta perspectiva epistemológica y metodológica es arriesgado, ya que los conceptos arraigados en el sur global son susceptibles de ser despojados de su universo intelectual original y atrapados en las modalidades, intenciones y formas de los proyectos del norte (Rivera-Cusicanqui 2010). Entre otras cosas, este proceso borra sus genealogías no blancas y excluye a quienes encarnan posiciones intelectuales no eurocéntricas del uso de sus propios conceptos.

Este riesgo está siempre latente en un flujo de ideas organizado por la colonialidad del saber. El caso del presente artículo ilustra esta lógica: fue rechazado para su inclusión en dos ediciones especiales sobre feminicidio de dos revistas feministas francófonas del

norte global, aun cuando en los dos casos fue enviado por invitación de las editoras, quienes conocían el texto de antemano, debido a que los comités editoriales consideraron que debía ajustarse a las modalidades argumentativas de la sociología francesa —que lo hubieran desdibujado—; además, argumentaron no contar con evaluadoras que tuvieran conocimiento de los feminismos latinoamericanos. La sociología tiene mucho peso en la historia de los estudios de género franceses y suizos, pero no tanto en los estudios de género latinoamericanos, que han forjado sus conceptos de maneras más cercanas al ensayo y a la teorización feminista transdisciplinaria de la política, y en cuyo seno se ha teorizado y politizado el feminicidio. Esta epistemología implica una aproximación diferente a lo global, a la noción de campos y a las metodologías de análisis y producción de conocimiento. Los intercambios intelectuales dentro de un enfoque feminista deben tener en cuenta la geopolítica del conocimiento y reflexionar sobre el objetivo de comprender conceptos nacidos en modos de pensamiento subalternos, para no capturarlos en proyectos académicos que les son ajenos. En el caso del concepto de feminicidio, esto implica necesariamente abordarlo en conjunción con el interés por descubrir las tradiciones de pensamiento nacidas en América Latina, en la tensión entre intelectualidades negras, indígenas y blanco-mestizas, de larga data y con genealogías y modalidades propias. Esta reflexión es especialmente pertinente en el contexto del norte global, donde la apertura a los conceptos del sur global no suele ir acompañada de una mayor presencia de los modos de hacer, las modalidades y las intelectuales de ese mismo sur global.

En este orden de ideas, adoptando la perspectiva feminista y anticolonial de Audre Lorde (2012) y Gloria Anzaldúa (2016), otorgo un estatus epistemológico esencial a la percepción y la intuición para investigar desde un posicionamiento y un cuerpo subalternos, por encima de métodos estandarizados a partir de perspectivas y espacialidades que me son ajenas. Este es un punto de vista particularmente relevante para nosotras, las investigadoras latinoamericanas, que luchamos por un lugar propio en la academia, una estructura históricamente cisheteropatriarcal, colonial y eurocéntrica de producción y difusión del conocimiento.

Lo que no se ve no existe: feminicidio durante el embarazo

En 1987, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, en colaboración con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y los servicios de salud estatales, estableció el Sistema de Vigilancia de la Mortalidad durante el Embarazo (PMSS). Este sistema empezó a funcionar en 1991 con el objetivo de recopilar datos sobre todas las muertes ocurridas durante el embarazo o durante el primer año tras su finalización, y no solo las correspondientes a la definición de mortalidad materna de la OMS (Chang *et al.* 2005). Esto se hizo en un contexto marcado por la publicación de una serie de estudios realizados en la década de 1980 que demostraban que las mujeres embarazadas morían mucho más por causas distintas (externas) a las reconocidas en la definición de mortalidad materna. El sistema de vigilancia se estableció en reconocimiento del hecho de que las causas de las muertes maternas, y el orden de magnitud de cada causa, no podrían identificarse con precisión mientras la recopilación de datos sobre mortalidad siguiera limitándose a la definición de mortalidad materna de la OMS.

Este es también el contexto en el que la FIGO recomendó que la OMS incluyera en el cálculo de la tasa de mortalidad materna todas las muertes, independientemente de la causa, hasta un año después del final del embarazo. La OMS siguió parcialmente estas recomendaciones cuando revisó la CIE-10 en 1994 e introdujo las categorías de *muerte materna tardía* y *mortalidad relacionada con el embarazo* (Costa *et al.* 2002). Aunque las nuevas categorías reconocieron la importancia de registrar todas las muertes de mujeres embarazadas hasta un año después del final del embarazo, la definición de mortalidad materna permaneció inalterada, a pesar de que en torno a ella se diseñan las políticas sanitarias de gestión del embarazo.

En la CIE-10 y la CIE-11, el feminicidio se clasifica en la categoría de mortalidad relacionada con el embarazo, como una causa incidental, es decir, como un fenómeno externo al proceso de embarazo, lo que sitúa a la violencia de género como algo ajeno al embarazo. El planteamiento del feminicidio como un fenómeno fortuito muestra que la violencia que lleva a la muerte de las mujeres se percibe como un accidente que ocurre por casualidad durante el embarazo, equivalente a un accidente de tráfico. Las categorías de mortalidad materna tardía y mortalidad relacionada con el embarazo crean la ilusión de inclusión. Sin embargo, las muertes clasificadas en estas categorías no se contemplan en el cálculo de la tasa de mortalidad materna, y todo lo que está fuera de este cálculo queda excluido del ámbito de intervención de los Gobiernos y las organizaciones internacionales.

Sin embargo, la introducción del PMSS en Estados Unidos y las nuevas categorías creadas por la OMS en la CIE-10 abrieron la posibilidad de que el feminicidio esté en el campo de visión de investigadoras e investigadores, principalmente de Canadá y Estados Unidos. Como resultado, casi toda la literatura que explora este fenómeno se produjo en Estados Unidos en los veinte años siguientes a la adopción del PMSS en 1991 y a la modificación de la definición de la OMS en 1994. No obstante, el importante nivel de subregistro de estas muertes en los registros epidemiológicos hace que el feminicidio durante el embarazo sea un tema ausente en la mayoría de los enfoques políticos y académicos de la mortalidad materna (Krulwich *et al.* 2001).

Dentro de esta literatura, el estudio más relevante es el informe *Key Scientific Issues for Research on Violence Occurring around the Time of Pregnancy* (Petersen *et al.* 1997) del CDC, publicado en 1997, seis años después de la introducción del PMSS. Este informe fue decisivo en el proceso de visibilización de la violencia durante el embarazo, al demostrar que los datos disponibles permitían afirmar que, de las mujeres que dieron a luz a un hijo vivo en 1995 en Estados Unidos, entre 152.000 y 324.000 sufrieron violencia física durante su embarazo. La principal implicación de estos datos es haber hecho visible que las mujeres estaban más expuestas a la violencia que a causas reconocidas de mortalidad materna como la preeclampsia, la diabetes gestacional o la placenta previa (Petersen *et al.* 1997). Posteriormente, en 2005, una nueva investigación exploró los casos documentados por el PMSS en los que la violencia provocó la muerte durante el embarazo o en el año siguiente, y descubrió que el homicidio era una de las principales causas de mortalidad relacionada con el embarazo (Chang *et al.* 2005). El estudio de Chang *et al.* (2005) pone de relieve la necesidad de investigar específicamente el feminicidio durante el embarazo y no solo la violencia.

Investigaciones posteriores sobre el feminicidio han determinado que no se trata de un episodio aislado de violencia en la vida de las víctimas. Por el contrario, es la culminación de un *continuum* de violencias al que las mujeres se ven sometidas a diario y que parece exacerbarse durante el embarazo. Según un estudio en diez ciudades estadounidenses en 2002, al menos el 5% de las mujeres víctimas de feminicidio estaban embarazadas. También se descubrió que, en el 7,8% de las denuncias de malos tratos, el 22,8% de los intentos de feminicidio y el 22,7% de los feminicidios, las mujeres habían declarado o denunciado que habían sufrido malos tratos durante el embarazo (McFarlane *et al.* 2002). Estos resultados significarían que el 48% de las mujeres maltratadas durante el embarazo corren un grave riesgo de feminicidio. De hecho, entre el 4% y el 9% de las mujeres estadounidenses sufren violencia durante el embarazo, lo que significa que entre el 2% y el 4% de ellas tienen un elevado riesgo de morir por feminicidio durante el embarazo.

El problema podría ser aún más grave si se tiene en cuenta que existen importantes lagunas en la recopilación de información sobre las causas de muerte de las mujeres embarazadas y que pocos estudios exploran las causas no obstétricas (Bailey 2010). Como mínimo, estas cifras significan que la violencia contra la mujer durante el embarazo es un indicador de sobreexposición al feminicidio. Si se comparan estos datos con los resultados de otras investigaciones norteamericanas del mismo periodo, el riesgo de morir por

femicidio durante el embarazo es superior al riesgo de morir por hipertensión, principal causa de mortalidad materna según la clasificación de la OMS y objeto de todas las estrategias de prevención en el mundo (Horon y Cheng 2001; Parsons y Harper 1999).

Investigaciones posteriores de Horon, que siguieron a estos resultados iniciales, establecieron una relación más directa entre el estado de embarazo y el riesgo de feminicidio. Según un estudio de Cheng y Horon (2010), entre 1993 y 2008 en el estado de Maryland, el feminicidio —nombrado por las autoras como homicidio de pareja/expareja— fue la principal causa de muerte materna durante el embarazo y se produjo en la mayoría de los casos durante los tres primeros meses de gestación. Según los datos de ese estudio, si se reconociera el embarazo como desencadenante de la violencia de género, el feminicidio se convertiría en la primera causa de mortalidad materna.

A la misma conclusión apuntan los resultados de investigaciones recientes lideradas por Maeve Wallace que toman en cuenta estadísticas de mujeres de entre 14 y 44 años de todo Estados Unidos. A partir de datos del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias, de 2018 a 2019 se encontró que el riesgo de ser víctima de feminicidio —nombrado por la autora como homicidio— aumenta en un 16% en el caso de mujeres embarazadas (Wallace *et al.* 2021). Otra investigación basada en el archivo nacional de mortalidad del 2020 concluyó que el riesgo de feminicidio es un 34% más alto para mujeres en gestación y posparto que para el resto de ellas (Wallace 2022). Siendo así, el feminicidio supera por más del doble a todas las causas que sí son reconocidas como parte de la mortalidad materna (Wallace *et al.* 2020; Wallace *et al.* 2021).

Estos datos justificarían que el personal sanitario indagara por la presencia de violencia durante las consultas prenatales, al menos con la misma sistematicidad con la que toma la tensión arterial para prevenir la hipertensión. Sin embargo, dado que la violencia está excluida de las causas reconocidas de mortalidad materna, aunque el personal sanitario la detectara, no dispone del marco institucional para abordarla con la misma eficacia que lo haría con la hipertensión. Por ejemplo, un estudio realizado en Carolina del Norte reveló que la mayoría de las víctimas de feminicidio —nombrado como homicidio por las autoras— acudían regularmente a las consultas prenatales y que el personal sanitario estaba al tanto de las situaciones de violencia. A pesar de ello y de que era evidente que el riesgo inminente para estas mujeres era la violencia que sufrían a diario, los protocolos llevaron al personal sanitario a concentrarse en la prevención de las causas reconocidas y a ignorar este riesgo (Parsons y Harper 1999).

Como las agendas de investigación están alineadas con la definición oficial de la categoría, la literatura sobre feminicidio es ínfima comparada con la de las causas reconocidas de mortalidad materna. A pesar de ello, la literatura existente en varios países es concluyente sobre el hecho de que mueren más mujeres por feminicidio durante el embarazo que por causas reconocidas. La mayor parte de estas investigaciones han sido producidas desde perspectivas epidemiológicas tradicionales, por lo que no profundizan en el tipo de relación entre embarazo y feminicidio. Sin embargo, el pequeño corpus de estudios que ha examinado este fenómeno utilizando metodologías cualitativas ha encontrado de manera concluyente que las mujeres no solo son víctimas de feminicidio durante el embarazo, sino que el feminicidio está ligado a su estado (Menicucci de Oliveira y Amaral Carneiro Vianna 1993; Langer 2002; Campero *et al.* 2006; Blay 2008).

Los análisis que indagan sobre la relación entre feminicidio y embarazo son principalmente latinoamericanos. Estos, junto con la literatura epidemiológica norteamericana, sugieren que la violencia de género es la principal etiología que conduce a la muerte de mujeres durante el embarazo y no la hipertensión. No se trata de una violencia aleatoria que incidentalmente afecta a una gestante, en la medida en que se da en el marco de relaciones de intimidad que son indisolubles del embarazo.

Revisiones recientes de la literatura internacional apuntan en esta dirección al encontrar que los compañeros íntimos suelen ser los perpetradores (Soares, Melo y Bevilacqua 2024) para entre un tercio y dos tercios de los casos (Cliffe, Miele y Reid 2019). El embarazo es un periodo del ciclo vital en el que los hombres pueden sentir amenazada su masculinidad, debido a la pérdida de control del cuerpo y de la atención de sus parejas. En esta etapa, el cuerpo de la mujer puede convertirse en el territorio sobre el que el hombre ejerce su poder para proteger su masculinidad, que siente debilitada por el inicio del embarazo. Por ejemplo, según Menicucci de Oliveira y Amaral Carneiro Vianna (1993) y Blay (2008), las principales causas de feminicidio en América Latina son la resistencia de la mujer a abortar, la amenaza al estatus del hombre en la relación y las dudas sobre la paternidad. Del mismo modo, las investigaciones de Ana Langer (2002) en toda América Latina y el Caribe y Campero *et al.* (2006) en México han demostrado que, en la mayoría de los casos, el feminicidio durante el embarazo es consecuencia de una violencia que se exacerba a causa del propio embarazo. Según Langer (2002), el feminicidio —nombrado por ella como homicidio— ha sido una forma recurrente, habitual e invisible de respuesta masculina al embarazo no deseado. Este fenómeno no parece ser exclusivo de la región. Por ejemplo, la investigación de Cheng y Horon (2010) en Maryland mostró que la mayoría de los feminicidios —nombrados como homicidio por las autoras— se producían durante las primeras veintiocho semanas de embarazo; otro estudio realizado en Carolina del Norte por Parsons y Harper (1999) señaló que el periodo crítico es durante las primeras doce semanas de embarazo, lo que podría ser un indicador de que el feminicidio se utilizaba como respuesta masculina a un embarazo no deseado también en Estados Unidos.

La escasa investigación sobre este fenómeno en otros países llega a conclusiones similares. La revisión sistemática de la literatura sobre países distintos de Estados Unidos entre 1990 y 2024 incluye países como Colombia (Fino 2007), Brasil (Alves *et al.* 2013), Cuba (Varona y Alvizu-Campos 2022), Mozambique (Granja y Bergström 2002), Bangladesh (Fauveau *et al.* 1988; Khat y Ronsmans 2000; Yusuf *et al.* 2007), Zimbabwe (Mbizvo *et al.* 1993), México (Valdez-Santiago y Sanín-Aguirre 1996), India (Bruyn 2003) y Argentina (Colombo *et al.* 2005; Rizzi, Ruiz Córdoba y Maguna 1998). Todos muestran resultados coherentes con las investigaciones estadounidenses. A pesar de la dificultad para acceder a datos sobre el fenómeno, de los que están disponibles se deduce que el feminicidio podría ser una de las principales causas de muerte entre todas las mujeres de 13 a 49 años, y al menos una de las cinco principales causas de muerte entre las mujeres embarazadas, si no la principal, a nivel mundial (Cheng y Horon 2010; Parsons y Harper 1999).

Como vemos, el fenómeno se explora en mayor medida en los llamados países en desarrollo, lo que significa que los datos relativos a estos son más abundantes. Sin embargo, nada indica que se trate de un fenómeno limitado a estos lugares. Al contrario, los pocos estudios hechos en el norte global que tienen en cuenta la intersección entre la variable género con las variables clase y raza muestran que también se ven afectados por el fenómeno; es el caso de Estados Unidos, Reino Unido (Drife 1999) y Australia (Australian Bureau of Statistics 2005). Queda por ver si la menor cantidad de datos procedentes de los denominados países desarrollados se debe a que estos no se ven afectados, o a que hay menos investigaciones, o a que las investigaciones allí problematizan el vínculo entre mortalidad materna y violencia de género en países menos desarrollados sin investigar en el propio, o a que las investigaciones que solo consideran la variable sexo, sin cruzarla con la raza o la clase, ocultan el fenómeno.

La literatura internacional coincide en que el subregistro de embarazos en los censos oficiales de femicidios es enorme, lo que podría estar vinculado a que la mayoría de estas muertes ocurren durante el primer trimestre de gestación y a que las autopsias se centran en las marcas de violencia en los cuerpos y no en la presencia de un posible embarazo (Rizzi, Ruiz Córdoba y Maguna 1998). Esta falta de datos es un obstáculo importante para demostrar la magnitud del fenómeno (Krulewitch *et al.* 2001). Los fondos internacionales

y nacionales asignados a la investigación sanitaria, así como los temas tratados, se enfocan en la mortalidad materna y no en las causas no obstétricas. Esto hace imposible recopilar datos comparables a escala mundial y, por tanto, pensar en políticas sanitarias coordinadas. También dificulta la inclusión del feminicidio durante el embarazo en las agendas de investigación, o aun su reconocimiento como posible tema de investigación. Esta situación constituye una paradoja: por un lado, no hay suficientes datos estadísticos para demostrar la importancia de tratar el feminicidio como causa de mortalidad materna o para establecer el vínculo entre el aumento de la violencia feminicida y el embarazo; por otro lado, no hay suficientes datos porque el no reconocimiento del fenómeno es un obstáculo importante para establecer la infraestructura necesaria para recopilarlos.

El sufrimiento inhumano

Una revisión sistemática de la literatura epidemiológica estadounidense muestra que los pocos estudios que han tenido en cuenta la raza como variable han constatado que las mujeres afroamericanas corren mayor riesgo de muerte por feminicidio durante el embarazo (McFarlane *et al.* 2002; Wallace *et al.* 2020; Wallace *et al.* 2021). Una mujer tiene al menos tres veces más probabilidades de sufrir violencia o de ser asesinada durante el embarazo que fuera de este periodo (Gunter 2007), y las mujeres negras son un 300% más propensas que las blancas a que esta violencia se convierta en feminicidio (McFarlane *et al.* 2002). Otras investigaciones, que no tienen necesariamente en cuenta la variable raza, han descubierto que las mujeres menores de veinte años son las que corren más riesgo de morir (Khlat y Ronsmans 2000; Krug *et al.* 2002). La mayoría de los homicidios se cometen con armas de fuego, de modo que vivir en una zona donde hay un alto nivel de tráfico de armas de fuego aumenta la exposición de las mujeres a esta causa de muerte (Chang *et al.* 2005). Por último, incluso las investigaciones que no consideran variables de raza y/o clase establecen un vínculo entre un mayor riesgo de muerte por feminicidio y una posición social subalterna. Por ejemplo, el embarazo adolescente es más frecuente en los contextos de marginación económica a los que están relegadas la mayoría de las mujeres latinoamericanas y afroamericanas en Estados Unidos, y hay más armas en las zonas empobrecidas con población predominantemente negra o latinoamericana (Venkatesh 2008).

En los veinte años transcurridos desde que se incluyeron en la CIE-10 las categorías muerte materna tardía y mortalidad relacionada con el embarazo, no ha habido acuerdo en la literatura científica sobre el reconocimiento del feminicidio como posible causa de mortalidad materna. Investigaciones epidemiológicas realizadas en Canadá (Turner *et al.* 2002) y en Estados Unidos (Taylor y Nabors 2009) defendieron la hipótesis de que no había justificación empírica para contabilizar el feminicidio entre las muertes clasificadas dentro de la mortalidad materna. En esta dirección, una revisión de literatura estadounidense concluye que las investigaciones publicadas hasta 2009 no mostraban indicios de que el embarazo fuera un factor de riesgo para feminicidio (Samandari, Martin y Schiro 2010). Sin embargo, estas conclusiones se basan en datos que no contemplan la clase, la edad o la raza como variables de análisis. Para confirmar esta hipótesis, sería necesario establecer cómo la falta de una perspectiva interseccional ha influido en la capacidad de estas investigaciones para captar experiencias de embarazo irreductibles a la variable sexo, y así comprender cómo las diversas categorías de diferencia tienen incidencia en los procesos de embarazo.

A este respecto resulta esclarecedor el caso de las investigaciones de Mika Gissler y su equipo sobre Finlandia. A partir de una investigación epidemiológica que solo tomó en cuenta el sexo, concluyeron que el embarazo era un factor protector frente a la violencia (Gissler *et al.* 2004). No obstante, en una publicación posterior aclaran que el riesgo de feminicidio en efecto aumenta para las mujeres de quince a veinticuatro años que tuvieron

abortos previos (Gissler *et al.* 2005). Si bien la investigación no lo menciona, es posible pensar que los abortos previos a edades tempranas puedan ser indicadores de condiciones de exclusión social que la investigación no consideró suficientemente.

La escasa literatura epidemiológica sobre el tema, que tiene en cuenta la intersección de la variable sexo y la variable clase y/o raza fuera de Estados Unidos, muestra concordancias a pesar de las diferencias de contexto. Por ejemplo, dos estudios epidemiológicos hechos en regiones tan distantes como Australia y Colombia llegaron a conclusiones similares entre sí y coherentes con la literatura estadounidense. En Australia, el informe oficial del Gobierno sobre la violencia de 2005 concluyó que el feminicidio —nombrado como homicidio— era, de lejos, la principal causa de muerte entre las mujeres indígenas embarazadas, en marcado contraste con las mujeres blancas (Australian Bureau of Statistics 2005). En Colombia, el feminicidio es la tercera causa de muerte entre las mujeres embarazadas en general, pero en las regiones con mayor población indígena, negra y mestiza descendiente de pueblos indígenas y negros es, de lejos, la primera causa. Este es el caso en los departamentos de Chocó, Guaviare, Putumayo y Caquetá (Fino 2007). Lo que estos dos países tienen en común es que surgieron de historias coloniales en las que la raza fue una de las principales categorías jurídicas a través de las cuales los imperios europeos hicieron inteligibles y gobernables a los habitantes de los territorios conquistados, oponiendo el cuerpo blanco al no blanco. En ambos casos, puede que se haya abandonado la raza como categoría jurídica, pero la jerarquía entre poblaciones racializadas blancas y no blancas sigue formando parte de las relaciones de dominación que estructuran el presente. En ambos casos, como en Estados Unidos, el fenómeno se concentra en las poblaciones para las cuales esta oposición colonial está en la raíz de su alteridad.

Finalmente, la literatura disponible sobre este fenómeno muestra que el feminicidio no se distribuye uniformemente dentro de las poblaciones. Independientemente de la heterogeneidad de las aproximaciones y de los diferentes contextos en los que se han llevado a cabo las investigaciones, todas convergen en demostrar que las mujeres jóvenes, pobres y no blancas son las principales víctimas de feminicidio durante el embarazo. Para las mujeres blancas de clase media, el embarazo es un factor de protección frente a la violencia de género, por lo que su mortalidad materna se debe principalmente a causas reconocidas. Sin embargo, según la mayoría de los estudios, ser una adolescente embarazada ha sido identificado como uno de los principales factores de riesgo de muerte por feminicidio (Parsons y Harper 1999; Khat y Ronsmans 2000; Krug *et al.* 2002; Chang *et al.* 2005). Dado que el embarazo adolescente se concentra en comunidades pobres y racializadas no-blancas, las personas subalternas son las que corren mayor riesgo de morir por causas excluidas de los sistemas de protección estatales. Esta distribución del riesgo demuestra que ser reconocible como objeto de cuidados es tanto una expresión del privilegio racial y de clase como un mecanismo de reproducción de dicho privilegio. Esto significa que la diferencia real entre las causas obstétricas y las no obstétricas es que las mujeres blancas de clase media están efectivamente protegidas contra lo que pueda afectarlas durante el embarazo cuando la acción institucional se centra en las causas obstétricas. Por el contrario, lo que afecta a las mujeres subalternas queda en un punto ciego institucional, de manera que se normaliza lo que hace sufrir a estas mujeres, incluso cuando esta vulnerabilidad llega al extremo de causar la muerte de algunas de ellas.

Conclusión

La frontera entre la mortalidad materna directa y la mortalidad relacionada con el embarazo es producto de una concepción ideológica del embarazo que lo presenta como un proceso biológico completamente aislado del contexto social, división que deriva de una herencia colonial. Aquí, la reducción de lo humano a lo biológico es ideológica, en la medida en que invisibiliza todos los procesos sociales imbricados en la vida orgánica y

también constitutivos del cuerpo (Wynter 2015). Sin embargo, la correspondencia entre las categorías de dominación de origen colonial y estos diferentes grados de exposición al sufrimiento y a la muerte demuestra que el cuerpo gestante y el propio proceso de embarazo están atravesados por relaciones de poder. Al negar estos vínculos, la categoría de mortalidad materna produce una imagen del cuerpo gestante que despolitiza el embarazo y permite que se pasen por alto las necesidades de cuidados diferenciales, naturalizando la relación entre una posición subalterna y una mayor exposición al sufrimiento y la muerte.

La noción ideológica de un embarazo apolítico relega el feminicidio de mujeres embarazadas a la categoría de causas no obstétricas y, por tanto, externas a la mortalidad materna. En este caso, negar el carácter político del cuerpo y sus procesos tiene como efecto crear un punto ciego en las instituciones que normalizan la indolencia ante lo que afecta y mata principalmente a las mujeres gestantes jóvenes, pobres y no-blancas. Contrario a esta visión despolitizadora del embarazo, este es tanto un proceso biológico autopoiético como un proceso cultural marcado por matrices de dominación. De hecho, el feminicidio de mujeres gestantes es un caso paradigmático de la afirmación de Wynter (2015): lo humano nace tanto del útero (la vida orgánica) como del mito (las representaciones que producen cuerpos). El análisis del caso del feminicidio en gestantes permite demostrar cómo sistemas de clasificación de lo humano de matriz colonial y patriarcal, tales como el sexismo, el racismo y el clasismo, continúan generando y normalizando experiencias esencialmente diferentes de un proceso biológico que terminan por invisibilizar su sufrimiento.

Nos encontramos ante una etiología ideológica de la enfermedad que separa las formas de sufrimiento políticamente importantes de las que no lo son. La frontera entre lo obstétrico y lo no obstétrico en la que se basa la actual definición de mortalidad materna invisibiliza el sufrimiento de las mujeres subalternas y normaliza la crueldad hacia ellas apoyándose en el discurso médico-científico. El enfoque institucional y estatal de la mortalidad materna equivale a naturalizar el hecho de que solo se considera un problema lo que tiende a afectar a las mujeres en una posición social privilegiada en relación con las categorías de diferencia de origen colonial. En conjunto, estos elementos crean las condiciones para una distribución política del sufrimiento.

Existe consenso en la bibliografía actual sobre el hecho de que las mujeres de los países en desarrollo, pobres y no-blancas mueren más durante el embarazo, ya sea por causas reconocidas o no como mortalidad materna. Esta sola visión de conjunto demuestra que las mujeres están sistemáticamente expuestas a la enfermedad, la muerte y el sufrimiento como consecuencia de su posición subalterna. El análisis de la especificidad del feminicidio de las mujeres embarazadas añade a este panorama la comprensión del papel de la invisibilización del sufrimiento como dispositivo clave en la reproducción de esta posición subalterna. Estas mujeres tienen más probabilidades de morir por una causa no reconocida como mortalidad materna, como el feminicidio, porque ocupan una posición social subalterna, a la vez que la sobreexposición al sufrimiento marca su cuerpo como excluido de la esfera de lo humano.

El feminicidio de gestantes ilustra cómo el ser o no ser reconocido como objeto de cuidado y compasión tiene efectos concretos en la materialidad de los cuerpos, pues los marca con todo el peso de las relaciones de dominación basadas en categorías de diferencia. Por un lado, la capacidad de las categorías médicas de reconocer a una mujer embarazada como objeto de cuidados atestigua el valor político concedido a su vida y al grupo humano que se reproduce a través de su vientre. Por otro lado, la institucionalización de estas categorías como marcos de inteligibilidad del cuerpo atestigua un sistema de gestión del sufrimiento que recrea continuamente el lugar social de los cuerpos manteniendo la sobreexposición de los cuerpos subalternos al sufrimiento. El régimen de crueldad que

este caso pone de manifiesto demuestra que la epidermización de las representaciones que producen lo humano es un proceso constante: los cuerpos no preceden a la crueldad, sino que se reproducen constantemente mediante la exposición diferencial a ella.

En el caso del feminicidio de mujeres embarazadas, el régimen de crueldad funciona como un sistema de (re)creación constante de la diferencia. Si se entiende lo humano como una praxis guiada tanto por su potencial de creación de sentido como por las representaciones que la preceden, lo humano es a la vez un cuerpo dominado y uno capaz de imaginar fuera de las clasificaciones que fijan su lugar de dominación (Fanon 1986; Wynter 2000). La naturalización del sufrimiento resultante de los límites de la categoría de mortalidad materna ejemplifica el funcionamiento del proceso de corporativización de las representaciones coloniales en la actualidad. En este orden de ideas, paradójicamente, la vigencia de la crueldad como mecanismo de producción de cuerpos subalternos demuestra, por el mismo movimiento, la capacidad del ser humano para reinventarse fuera de las relaciones de dominación que lo sujetan. Esta perspectiva aplicada al caso del feminicidio en gestantes significa que modificar los mecanismos que naturalizan la indolencia es una manera específica de poner en tensión la violencia que deshumaniza los cuerpos. Por ejemplo, modificar la categoría de mortalidad materna en la CIE-11 para incluir el feminicidio es un ejemplo concreto de una medida para descolonizar el campo de la salud.

Referencias

1. Alves, Mércia Maria Rodrigues, Sandra Valongueiro Alves, Maria Bernadete de Cerqueira Antunes y Dirce Luiza Pereira dos Santos. 2013. "Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação". *Revista de Saúde Pública* 47 (2): 283-291. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003642>
2. Anzaldúa, Gloria. 2016. *Borderlands / La frontera: la nueva mestiza*. Traducido por Carmen Valle. Madrid: Capitán Swing.
3. Australian Bureau of Statistics. 2005. "Personal Safety Survey". Australian Bureau of Statistics. [https://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/4906.0Main+Features12005%20\(Reissue\)?OpenDocument=](https://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/4906.0Main+Features12005%20(Reissue)?OpenDocument=)
4. Bailey, Beth A. 2010. "Partner Violence during Pregnancy: Prevalence, Effects, Screening, and Management". *International Journal of Women's Health* 2: 183-197. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s8632>
5. Blay, Eva Alterman. 2008. *Assassinato de mulheres e direitos humanos*. São Paulo: Editora 34.
6. Bowser, Benjamin. 2018. "Comment analyser l'héritage psychologique de l'esclavage?". En *L'esclavage: quel impact sur la psychologie des populations?*, dirigido por Aimé Charles-Nicolas y Benjamin Bowser. París: Idem Editions.
7. Bruyn, Maria. 2003. *La violencia, el embarazo y el aborto: cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública*. Chapel Hill: Ipas.
8. Campero, Lourdes, Dilys Walker, Bernardo Hernández, Henry Espinoza, Sofía Reynoso y Ana Langer. 2006. "La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México". *Salud Pública de México* 48 (2): 297-306. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4727>
9. Césaire, Aimé. 2000. *Discourse on Colonialism*. Nueva York: Monthly Review.
10. Chang, Jeani, Cynthia J. Berg, Linda E. Saltzman y Joy Herndon. 2005. "Homicide: A Leading Cause of Injury Deaths among Pregnant and Postpartum Women in the United States, 1991-1999". *American Journal of Public Health* 95 (3): 471-477. <https://doi.org/10.2105/ajph.2003.029868>
11. Cheng, Diana e Isabelle L. Horon. 2010. "Intimate-Partner Homicide among Pregnant and Postpartum Women". *Obstetrics and Gynecology* 115 (6): 1181-1186. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181de0194>
12. Cliffe, Charlotte, Maddalena Miele y Steven Reid. 2019. "Homicide in Pregnant and Postpartum Women Worldwide: A Review of the Literature". *Journal of Public Health Policy* 40 (2): 180-216. <https://doi.org/10.1057/s41271-018-0150-z>
13. Colombo, Graciela, Roxana C. Ynoub, Mónica Viglizzo, Luciana Veneranda, Gabriela Iglesias y Pablo Stropparo. 2005. "Prevalencia de casos de violencia familiar contra la mujer en la etapa de embarazo, parto y puerperio". *Convergencia: Revista de Ciencias Sociales* 12 (38): 81-107. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10503804>
14. Costa, Aurélio Antônio Ribeiro da, Maria do Socorro Sampaio de Sousa Ribas, Melânia Maria Ramos Amorim y Luiz Carlos Santos. 2002. "Mortalidade materna na cidade do Recife". *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 24 (7): 455-462. <https://doi.org/10.1590/s0100-72032002000700005>
15. Dorlin, Elsa. 2009. *La matrice de la race: généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*. París: La Découverte.
16. Drife, James. 1999. "Maternal Mortality: Lessons from the Confidential Enquiry". *Hospital Medicine* 60 (3): 156-157. <https://doi.org/10.12968/hosp.1999.60.3.1056>
17. Fanon, Frantz. 1986. *Black Skin, White Masks*. Londres: Pluto Press.

18. Fauveau, Vincent, Michael A. Koenig, J. Chakraborty y A. I. Chowdhury. 1988. "Causes of Maternal Mortality in Rural Bangladesh, 1976-85". *Bulletin of the World Health Organization* 66 (5): 643-651. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2491193/>
19. Fino, Elena. 2007. *Mortalidad relacionada con el embarazo. Colombia, 1985-2005: Orinoquia, Amazonia y Chocó*. Medellín: Universidad de Antioquia.
20. Fregoso Rosa-Linda y Cynthia Bejarano, eds. 2010. *Terrorizing Women: Femicide in the Americas*. Durham: Duke University Press.
21. Gissler, Mika, Cynthia Berg, Marie-Hélène Bouvier-Colle y Pierre Buekens. 2004. "Pregnancy-Associated Mortality after Birth, Spontaneous Abortion, or Induced Abortion in Finland, 1987-2000". *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 190 (2): 422-427. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.08.044>
22. Gissler, Mika, Cynthia Berg, Marie-Hélène Bouvier-Colle y Pierre Buekens. 2005. "Injury Deaths, Suicides and Homicides Associated with Pregnancy: Finland, 1987-2000". *European Journal of Public Health* 15 (5): 459-463. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckio42>
23. Granja, Ana Carla, Eugenio Zacarias y Staffan Bergström. 2002. "Violent Deaths: The Hidden Face of Maternal Mortality". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109 (1): 5-8. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01082.x>
24. Gunter Jennifer. 2007. "Intimate Partner Violence". *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 34 (3): 367-388. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2007.06.010>
25. Horon, Isabelle L. y Diana Cheng. 2001. "Enhanced Surveillance for Pregnancy-Associated Mortality—Maryland, 1993-1998". *Journal of the American Medical Association* 285 (11): 1455-1459. <https://doi.org/10.1001/jama.285.11.1455>
26. Khat, Myriam y Carine Ronsmans. 2000. "Deaths Attributable to Childbearing in Matlab, Bangladesh: Indirect Causes of Maternal Mortality Questioned". *American Journal of Epidemiology* 151 (3): 300-306. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a010206>
27. Krug, Etienne, Linda L. Dahlberg, Jamers A. Mercy, Anthony Zwi y Rafael Lozano-Ascencio. 2002. *Rapport mondial sur la violence et la sante*. Ginebra: OMS. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf
28. Krulewitch, Cara J., Marie Lydie Pierre-Louis, Regina de Leon-Gomez, Richard Guy y Richard Green. 2001. "Hidden from View: Violent Deaths among Pregnant Women in the District of Columbia, 1988-1996". *Journal of Midwifery & Women's Health* 46 (1): 4-10. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(00\)00096-9](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(00)00096-9)
29. Langer, Ana. 2002. "El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe". *Revista Panamericana de Salud Pública* 11 (3): 192-203. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8688>
30. Lorde, Audre. 2012. *Sister Outsider: Essays and Speeches*. Nueva York: Penguin Random House.
31. Lugones, María. 2008. "Colonialidad y género". *Tabula Rasa* 9: 73-102. <https://revistas.unicolmayor.edu.co/index.php/tabularasa/article/view/1501>
32. Mbizvo, Michael T., Susan Fawcus, Gunilla Lindmark, Lennarth Nystrom y Maternal Mortality Study Group. 1993. "Maternal Mortality in Rural and Urban Zimbabwe: Social and Reproductive Factors in an Incident Case-referent Study". *Social Science & Medicine* 36 (9): 1197-1205. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90240-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90240-5)
33. McFarlane, Judith, Jacquelyn C. Campbell, Phyllis Sharps y Kathy Watson. 2002. "Abuse during Pregnancy and Femicide: Urgent Implications for Women's Health". *Obstetrics and Gynecology* 100 (1): 27-36. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)02054-9](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)02054-9)
34. Menicucci de Oliveira, Eleonora y Lucila Amaral Carneiro Vianna. 1993. "Violência conjugal na gravidez". *Revista Estudos Feministas* 1 (1): 162-165. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16002/14502>
35. Monárrez, Julia. 2002. "Feminicidio sexual serial en Ciudad Juárez (1993-2001)". *Debate Feminista* 25: 279-305. <https://www.jstor.org/stable/42624702>
36. Ndlovu-Gatsheni, Sabelo J. 2018. *Epistemic Freedom in Africa*. Nueva York: Routledge.
37. OMS (Organización Mundial de la Salud). 1992. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10.ª revisión (CIE-10). Ginebra: OMS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6282/Volume1.pdf>
38. OMS (Organización Mundial de la Salud). 2019. *Clasificación internacional de enfermedades*. 11.ª revisión (CIE-11). Ginebra: OMS. <https://icd.who.int/es>
39. Parsons, Linn y Margaret A. Harper. 1999. "Violent Maternal Deaths in North Carolina". *Obstetrics and Gynecology* 94 (6): 990-993. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(99\)00466-4](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(99)00466-4)
40. Petersen, Ruth, Linda E. Saltzman, Mary Goodwin y Alison Spitz. 1997. *Key Scientific Issues for Research on Violence Occurring around the Time of Pregnancy*. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention.
41. Soares, Marcela Quaresma, Cristiane Magalhães de Melo y Paula Dias Bevilacqua. 2024. "Femicide during Pregnancy and Postpartum Period by an Intimate Partner: An Integrative Review". *Aggression and Violent Behavior* 76: 101919. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2024.101919>
42. Radford, Jill y Diana E. H Russell, eds. 1992. *Femicide: The Politics of Women Killing*. Londres: Open University Press.
43. Rivera Cusicanqui, Silvia. 2010. *Ch'ixinakax utxiwa: una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores*. Buenos Aires: Tinta Limón.

44. Rizzi, R. G., R. Ruiz Córdoba y J. J. Maguna. 1998. "Maternal Mortality Due to Violence". *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 63 (1): 19-24. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(98\)00180-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(98)00180-5)
45. Samandari, Ghazaleh, Sandra L. Martin y Sharon Schiro. 2010. "Homicide among Pregnant and Postpartum Women in the United States: A Review of the Literature". *Trauma, Violence, & Abuse* 11 (1): 42-54. <https://doi.org/10.1177/1524838009358891>
46. Segato Rita. 2018. *Contra-pedagogías de la crueldad*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
47. Taylor, Rae y Erin L. Nabors. 2009. "Pink or Blue... Black and Blue? Examining Pregnancy as a Predictor of Intimate Partner Violence and Femicide". *Violence against Women* 15 (11): 1273-1293. <https://doi.org/10.1177/1077801209346714>
48. Turner, Linda A., Michael S. Kramer, Shiliang Liu y Maternal Mortality and Morbidity Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. 2002. "Cause-specific Mortality during and after Pregnancy and the Definition of Maternal Death". *Chronic Diseases in Canada* 23 (1): 31-36. https://epe.bac-lac.gc.ca/100/202/301/maladies_chroniques_canada/html/2008/v28no4/publicat/cdic-mcc/23-1/e_e.html
49. Valdez-Santiago, Rosario y Luz Helena Sanín-Aguirre. 1996. "La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer". *Salud Pública de México* 38 (5): 352-362. <https://www.redalyc.org/pdf/106/10638506.pdf>
50. Varona Pérez, Patricia y Juan Carlos Alvizu-Campos. 2022. "La mortalidad materna en Cuba: el color cuenta". *Revista Novedades en Población* 18 (36): 292-330. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782022000200292&lng=es&tlng=es
51. Venkatesh, Sudhir. 2008. *Gang Leader for a Day: A Rogue Sociologist Takes to the Streets*. Nueva York: Penguin Press.
52. Wallace, Maeve E. 2022. "Trends in Pregnancy-Associated Homicide, United States, 2020". *American Journal of Public Health* 112 (9): 1333-1336. <https://doi.org/10.2105/ajph.2022.306937>
53. Wallace, Maeve E., Joia Crear-Perry, Pooja K. Mehta y Katherine P. Theall. 2020. "Homicide during Pregnancy and the Postpartum Period in Louisiana, 2016-2017". *The Journal of the American Medical Association Pediatrics* 174 (4): 387-388. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.5853>
54. Wallace, Maeve E., Veronica Gillispie-Bell, Kiara Cruz, Kelly Davis y Dovile Vilda. 2021. "Homicide during Pregnancy and the Postpartum Period in the United States, 2018-2019". *Obstetrics & Gynecology* 138 (5): 762-769. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000004567>
55. Wynter, Sylvia. 2000. "Africa, the West and the Analogy of Culture: The Cinematic Text after Man". En *Symbolic Narratives/African Cinema: Audience, Theory and the Moving Image*, editado por June Givanni, 25-76. Londres: British Film Institute.
56. Wynter, Sylvia. 2015. "The Ceremony Found: Towards the Autopoietic Turn/Over-Turn, Its Autonomy of Human Agency and Extraterritoriality of (Self-)cognition". En *Black Knowledges/Black Struggles: Essays in Critical Epistemology*, editado por Jason R. Ambrose y Sabina Broeck, 184-245. Liverpool: Liverpool University Press.
57. Yusuf, Hussain R., Halida H. Akhter, Mahbub Elahi Chowdhury y Roger W. Roach. 2007. "Causes of Death among Women Aged 10-50 Years in Bangladesh, 1996-1997". *Journal of Health, Population and Nutrition* 25 (3): 302-311. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2754034/>

Alejandra Bello-Urrego

Doctora en Género y Ciencia Política por la Université Paris 8 - Saint-Denis, Francia, y doctora en Bioética por la Universidade de Brasília, Brasil. Profesora asociada del Instituto de Estudios Regionales de la Universidad de Antioquia, Colombia. Sus intereses de investigación se relacionan con la teoría política feminista y los estudios del cuerpo. Publicaciones recientes: "Lecture d'une œuvre: le genre et la conquêtualité du pouvoir dans la perspective de Rita Segato", *Cahiers du Genre* 77 (2): 133-151, 2024, <https://doi.org/10.3917/cdge.077.0133>; y "Crueldad contra personas LGBTIQ+ y poder soberano en las nuevas formas de la guerra", *Colombia Internacional* 115: 113-137, 2023, <https://doi.org/10.7440/colombiaint115.2023.05>. <https://orcid.org/0000-0001-7530-2853> | delrocio.bello@udea.edu.co

