



¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?

What we talk about when we talk about obstetric violence?

Luis Alberto Villanueva Egan¹, María Ahuja Gutiérrez², Rosario Valdez Santiago³, Miguel Ángel Lezana Fernández¹



el ejercicio
con la libert
la democrac
efectivo del
mental.

RESUMEN. Durante la atención obstétrica institucional las mujeres pueden experimentar una amplia gama de maltratos que violan sus derechos humanos y reproductivos, que se relacionan con fallas en la infraestructura, con la organización de los servicios de obstetricia, con la manera como se forma a los médicos, así como en la forma en que se concibe a las propias mujeres en la sociedad. Es necesario desmontar estas condiciones para construir espacios en los que se habilite el ejercicio de los derechos de las mujeres, particularmente en aquellas con mayor vulnerabilidad social, sin judicializar o criminalizar la práctica de la medicina.

Palabras clave: violencia de género, derechos humanos, obstetricia, violencia obstétrica, maltrato.

ABSTRACT. During institutional obstetric care women can experience a wide range of abuses that violate their human and reproductive rights, which are related to infrastructure failures, with the organization of obstetric services, with the way it trains doctors, as well as how women themselves are conceived in society. It is necessary to remove these conditions to build spaces in which the exercise of rights enable women, particularly those with greater social vulnerability, without prosecute or criminalize the practice of medicine.

Keywords: gender violence, human rights, obstetrics, obstetric violence, abuse.

¹ Dirección General de Difusión e Investigación. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Ciudad de México, México.

² Subcomisión Jurídica. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Ciudad de México, México.

³ Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

Correspondencia: Dr. Luis Alberto Villanueva Egan. Dirección de Investigación. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Mitla 250, Col. Vértiz Narvarte. Deleg. Benito Juárez. CP 03020. Ciudad de México, México. Correo electrónico: lvillanueva@conamed.gob.mx

Folio 371/2016 Artículo recibido: 31/05/2016 aceptado: 05/07/2016

INTRODUCCIÓN

La reiteración de denuncias por parte de la ciudadanía, los señalamientos de ciertas organizaciones de la sociedad civil, así como de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y algunas comisiones estatales en relación con diversas irregularidades en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud en la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio ha motivado que en ocasiones las autoridades del país en los diversos órdenes de gobierno, federal y estatales, faciliten los espacios de análisis y discusión entre los diferentes actores involucrados en la atención a la salud materna a fin de promover los cambios y modificaciones con base en los dictados de la mejor información científica disponible y las experiencias exitosas en los ámbitos nacional y global que permitan, a su vez, garantizar de manera efectiva el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres y de sus hijos.

Los problemas más graves que enfrentan las instituciones encargadas de proveer los servicios de atención materna, principalmente en las zonas rurales y en las comunidades indígenas, son los relativos a la infraestructura hospitalaria insuficiente, las carencias de médicos especialistas y personal de enfermería necesarios para cubrir la demanda, la inadecuada supervisión del personal en formación, la falta de camas y medicamentos, así como la ausencia de redes funcionales de servicios o sistemas de referencia eficientes. De lo anterior se desprenden la dilación en la atención e incluso la referencia informal de la mujer a otra unidad médica con los riesgos para la salud que ambas prácticas conllevan, así como otras situaciones de atención deficiente.

De igual manera, en las últimas décadas hemos sido testigos de cómo la organización sanitaria impregnada de cumplir con altas cuotas de productividad a costa de la dimensión personal de la atención y con un tipo de racionalidad que excluye lo emocional y lo relacional, confieren a la medicina institucional un carácter biológico, excesivamente tecnificado y altamente burocrático.¹ La burocratización, la mercantilización y la medicina defensiva han generado un entorno cada vez más desfavorable para la relación médico-paciente. Con frecuencia observamos un escenario caracterizado por un comportamiento poco sensible, que se traduce en rapidez en las consultas, desinterés del médico por los aspectos emocionales y por las condiciones de vida de las personas, un exceso de estudios de laboratorio y gabinete y ocultamiento o manipulación de la información, tanto la que se ofrece a familiares y pacientes como la asentada en el expediente clínico. Todas, manifestaciones de la medicina deshumanizada en la que el extremo del espectro corresponde al maltrato ejercido por el personal de salud en contra de sus pacientes.¹

En el caso de la maternidad, las mujeres son tratadas a menudo como enfermas, por lo que son susceptibles de recibir una asistencia perinatal configurada por un conjunto de procedimientos tecnificados, con un interés casi nulo por la vivencia integral del embarazo, el parto y el puerperio. Especialmente destacable es cuando el parto es tratado como un mero trámite quirúrgico, cuya máxima expresión es la generalización de las cesáreas.²

Respeto a la dignidad de las personas y los derechos humanos

La dignidad es una propiedad inherente de la persona al ser un fin en sí mismo y no solo un medio, y es en la autonomía en donde reside el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana. Actualmente se considera que la forma de hacer objetiva la no violación de la dignidad es a través de los derechos humanos. Es imposible sostener los derechos humanos sin el concepto de dignidad humana como fundamento, pues los derechos humanos son exigencias éticas de ella. Esto es lo que inspira la Declaración de los Derechos Humanos de 1948 y que se encuentra presente en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966; la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979; la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989; el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes de 2002; hasta la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005.

La falta de coherencia entre las distintas declaraciones oficiales de los derechos humanos y la experiencia de inhumanidad de tantas personas a nivel global constatan dolorosamente que el reconocimiento de los derechos humanos no necesariamente garantiza las condiciones para su ejercicio efectivo. Al respecto, Marta Zubía Guinea señala lo siguiente: “Tomarse en serio los derechos humanos implica crear las condiciones para que puedan ser efectivos, para que se puedan desarrollar, e implica, igualmente, responsabilizarse de que sea así, lo que es la principal razón de ser de la ciudadanía. Porque ciudadanía y derechos humanos son dos elementos correlativos y, por ello mismo, inseparables”.³ El objetivo, entonces, es que los ciudadanos pasen de la igualdad formal ante la ley a la igualdad real toda vez que en la convivencia social cotidiana los mínimos de dignidad humana son global y crecientemente infringidos para grandes colectivos.⁴ Así, resulta imperioso que el Estado no solo se encargue del reconocimiento de los derechos en normas o leyes, sino que promueva, garantice y facilite que los ciudadanos se apropien de sus derechos sociales y los hagan valer.

Articular el quehacer médico con los derechos del paciente, la equidad étnica y de género para, desde el ámbito de la salud, contribuir a desmontar las desigualdades que condicionan el reparto de los bienes y accesos de los que depende la calidad de vida.

Dentro de los servicios de salud, el trato digno a los usuarios debe ser prioritario y reflejar: respeto a los derechos humanos y reconocimiento a las características individuales de la persona; información completa, veraz, y susceptible de ser entendida por el paciente o por quienes lo acompañan y amabilidad por parte de los prestadores de servicio. El personal de salud debe recordar que el paciente es un fin en sí mismo por lo que nunca se le debe instrumentalizar, como cuando no se le hace partícipe en la toma de decisiones sobre lo que se pretende realizar en su cuerpo.

El principio de beneficencia obliga al gineco-obstetra a buscar a través de un juicio clínico riguroso el mejor balance de beneficios sobre riesgos de las distintas alternativas médicamente razonables para el manejo del problema de la paciente. Sin embargo, es la paciente competente quien decidirá si las estrategias clínicas propuestas por el médico son consistentes con sus intereses y cuáles no lo son. Al elaborar tales juicios la paciente puede utilizar valores y creencias que van más allá de los intereses directamente relacionados con la salud: creencias de tipo religioso o decisiones sobre el número de hijos que ella quiere tener. En este ámbito las decisiones son exclusivamente competencia de la paciente. El significado ético de la perspectiva de la paciente se encuentra en el principio ético de respeto por la autonomía. Este principio obliga al médico a respetar la integridad física y psicológica de la paciente, y respetar sus valores, creencias e intereses para implementar solo aquellas estrategias clínicas autorizadas por ella como resultado del proceso de consentimiento informado.

El consentimiento debidamente informado no es la firma de un documento plagado de tecnicismos incomprensibles y que algunos médicos consideran un salvoconducto general para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, útil como respaldo legal en casos de queja, denuncia o demanda. Este proceso contiene tres elementos: (1) el médico brinda información adecuada a la paciente acerca de su condición y propuesta de manejo; (2) comprensión de la información por la paciente; y (3) decisión voluntaria de la paciente para autorizar o rechazar el manejo propuesto por el médico. Aun cuando los tres elementos son importantes, es el segundo el que posee el mayor peso específico: asegurar que la paciente ha comprendido la información. Si esta acción no se verifica, ofrecer información carece de sentido y la aceptación signada del formato de consentimiento es completamente inválida, al menos desde una perspectiva ética.⁵

El problema de no ubicar el proceso de consentimiento voluntario y debidamente informado en un lugar central en la cotidianidad de los servicios de salud asume la connotación de una ruptura con el pacto o contrato social. Si las decisiones que afectan al individuo se toman sin su consentimiento libre, no existe la comunidad civil o política, no hay posibilidad de bien común y no hay Estado.

La relación entre libertad, autonomía y salud es bicondicional y complementaria: el derecho a la salud no se puede concretar sin respeto por la autonomía de las personas. Por otra parte, para el ejercicio de los derechos civiles y políticos relacionados con la libertad y la autonomía (imprescindibles para la democracia y la ciudadanía integral), el ejercicio efectivo del derecho a la salud es una premisa fundamental.

En este sentido, resulta evidente que la violación del derecho a la salud en cualquiera de sus múltiples expresiones, como la realización de procedimientos médicos sin la debida información y autorización de la paciente o los casos de violencia física, verbal o psicológica perpetrada por el personal de salud en contra de las mujeres en trabajo de parto, está relacionada con violaciones de los derechos civiles y políticos. Del mismo modo que para el pleno disfrute del derecho a la vida es preciso tomar medidas que fortalezcan la salud pública y la seguridad social. Los derechos humanos son indivisibles e interdependientes.

Por otra parte, es frecuente que el proceso de consentimiento informado y el trato digno a los usuarios de los servicios se incluyan como temas de la calidad de la atención. Sin embargo, la primera interrogante que surge se refiere a la definición de calidad utilizada. El concepto de calidad no es ideológicamente neutro, en él confluyen un conjunto de acciones sanitarias y no sanitarias que reproducen modelos económicos, políticos y culturales. La calidad de los servicios es un reflejo de la asimetría de las relaciones y enfrentamientos de poder entre: (1) las instituciones burocráticas con sus tramos de control altamente jerarquizados, sus procesos protocolizados y su forma de organización del trabajo semejante a líneas de ensamble; (2) los trabajadores de la salud inmersos en un proceso de precarización y flexibilización progresiva de sus condiciones de contratación y trabajo, y en entornos laborales caracterizados por desgaste profesional y acoso laboral y; (3) los usuarios de los servicios, que son en quienes recaen las insuficiencias del sistema de salud y que constatan la falta de garantías para el cumplimiento de su derecho a la salud.

Lo que pacientes y familiares demandan es el respeto a su dignidad como agentes morales, dotados de razón y voluntad libre. No buscan sustituir al médico en el proceso de toma de decisiones, su único reclamo es respeto. Puede ocurrir que el sistema de valores del médico,

y aun lo que la *lex artis* determina, no coincida con la convicción de la paciente acerca de su propio bienestar; el respeto evitará en el médico los engaños y la manipulación, y le permitirá expresar, de forma clara y veraz, la opción que a su juicio es médicamente la mejor, refiriendo al paciente, de manera oportuna a otro médico competente en el caso de un verdadero conflicto de creencias e intereses personales. De lo que se trata es de respetar la autonomía de la persona y, por lo mismo, respetar su dignidad. El tema de la vida digna debe ser de crucial importancia para el personal de salud, más aun cuando trata a seres humanos con alguna condición de vulnerabilidad como en el caso de las mujeres embarazadas. En el caso concreto de ellas, la negación del servicio, el trato irrespetuoso durante el proceso de atención y la morbilidad y mortalidad prevenibles, constituyen violaciones a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres y no deben ser abordados solo como problemas de salud o de calidad de la atención.⁶

Marco jurídico internacional contra la violencia relacionada con la salud reproductiva

En virtud de que la violencia constituye el eje fundamental de los conceptos de violencia de género, violencia contra la mujer y violencia obstétrica, es conveniente iniciar por su definición. Para la Organización Mundial de la Salud es el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de provocar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La violencia, por quien comete el acto puede ser autoinfligida, interpersonal o colectiva; y por su naturaleza puede ser física, sexual, psíquica, incluyendo las privaciones o el descuido. Es decir, se trata de un comportamiento deliberado que se realiza con la intención de dañar.⁷

La violencia contra las mujeres en cualquier etapa de su vida constituye una violación a sus derechos humanos y libertades fundamentales, por lo que al día de hoy existe un amplio marco jurídico internacional que da sustento a la protección contra la violencia relacionada con la salud reproductiva.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) fue adoptada el 18 de diciembre de 1979 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.⁸ Es considerada como la Carta internacional de los derechos humanos de las mujeres y establece la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del acceso a servicios de atención médica, de manera que se garantice el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto. En esta línea de

pensamiento, las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, por su condición de género, en el ámbito de la salud reproductiva constituyen formas de violencia y discriminación contra la mujer.

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1993 define la violencia contra la mujer como “*todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada*”.⁹ El Artículo 3 de esta Declaración señala que “*la mujer tiene derecho, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole. Entre estos derechos figuran: a) El derecho a la vida; b) El derecho a la igualdad; c) El derecho a la libertad y la seguridad de la persona; d) El derecho a igual protección ante la ley; e) El derecho a verse libre de todas las formas de discriminación; f) El derecho al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar; g) El derecho a condiciones de trabajo justas y favorables; h) El derecho a no ser sometida a tortura, ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.*”

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”),¹⁰ adoptada el 9 de junio de 1994 y ratificada por México el 19 de junio de 1998, impone a los Estados Partes obligaciones positivas para abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación, así como adoptar las medidas jurídicas apropiadas para prevenir, sancionar y erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, y establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada. Los Estados Partes convienen establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces.

Violencia obstétrica

La violencia obstétrica es un concepto en construcción que constituye, cada vez con mayor frecuencia, un tema de movilización en diversos sectores sociales, así como un objeto de análisis y de intervención legal en distintos países latinoamericanos.¹⁰ No obstante la multiplicidad de definiciones que sobre este concepto se

han emitido, la violencia obstétrica se refiere a una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud, públicos y privados, y es producto de un entramado multifactorial en donde intersectan la violencia institucional y la violencia de género. Prácticas enmarcadas en procesos de violencia estructural y en la falta de reconocimiento del carácter de sujetas morales y titulares de derechos que tienen las mujeres embarazadas usuarias de los servicios de salud, se traducen en actos concretos que violentan el derecho a la integridad personal de las mujeres.¹¹

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en particular el artículo 18, establece la modalidad de la violencia institucional, en la que cabría el supuesto de la violencia obstétrica toda vez que señala que se refiere a *“los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”*.¹²

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres puede ir desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones verbales, manipulación de la información, negación al tratamiento sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin respeto alguno a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto como castigo y la coacción para obtener su “consentimiento”, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.¹³

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) considera que la consecución del derecho a la integridad personal implica, en el ámbito de la salud materna, la obligación de los Estados de garantizar que las mujeres disfruten del más alto nivel posible de salud física y mental sin discriminación. Las diferentes formas de maltrato que pueden experimentar las mujeres durante los procesos de atención posiblemente influyan en la decisión de retrasar la búsqueda de ayuda institucional, lo que constituye una barrera en el acceso oportuno a los servicios de salud materna, condición que bajo el sistema interamericano, se traduce en la

afectación al derecho a la integridad física, psíquica y moral. Aun cuando se debe analizar cada situación particular, la CIDH considera que los casos en que se practican intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos a las mujeres sin su consentimiento o que ponen en riesgo físico su salud, tales como la esterilización forzada, pueden constituir una violación al derecho a la integridad personal. Asimismo constituirían una violación a este derecho los casos en los que se atente contra la dignidad de las mujeres, como la negación de atención médica relacionada con el ámbito reproductivo que ocasione un daño a su salud o que le cause un estrés emocional considerable.¹⁴

En 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud”. En este documento se destaca el alarmante nivel de trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres durante el parto como expresiones violatorias de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales. En el mismo documento se expone la necesidad de erradicar el trato irrespetuoso y la conducta negligente durante la atención a embarazadas a través de las siguientes acciones: 1. Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto. En este rubro se enfatiza la necesidad de realizar más investigaciones que permitan definir y medir el maltrato y la falta de respeto para determinar con precisión la magnitud del problema y comprender mejor su impacto en la salud, el bienestar y las elecciones de salud de las mujeres (por ejemplo: desmotivación de las mujeres para utilizar estos servicios con los riesgos inherentes al retraso en la búsqueda de ayuda); 2. Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad. Estos programas deben incidir en el comportamiento de los profesionales de la salud, los entornos clínicos y los sistemas de salud: consentimiento informado, información a las mujeres sobre sus derechos, mecanismos de resarcimiento en caso de violación de derechos y garantía de un alto nivel de provisión de asistencia clínica profesional; 3. Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto. En este sentido es necesario elaborar iniciativas políticas sobre la importancia de la atención materna respetuosa orientadas a modificar la organización y administración de los servicios con una perspectiva de género, derechos e interculturalidad que facilite la prestación de una atención respetuosa y de calidad en el parto; 4. Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención

respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso. La OMS señala la necesidad de que los sistemas de salud se asuman como responsables del trato brindado a las mujeres en el parto, con el deber de garantizar la elaboración y ejecución de políticas claras sobre derechos y normas éticas. Como un elemento principal, los profesionales de la salud requieren respaldo y capacitación para asegurar que las embarazadas sean tratadas con dignidad. De la misma manera, es necesario documentar las experiencias exitosas de los servicios que actualmente brindan atención respetuosa, y 5. Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas. En este sentido, la única forma de lograr la erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto será con la participación de las comunidades, las organizaciones de mujeres y pacientes, las asociaciones de profesionales de la salud, los organismos de capacitación, educación y certificación de profesionales de la salud, los representantes de los gobiernos y del sector privado, los investigadores y los organismos internacionales. Para ello es condición necesaria el respaldo político y administrativo de los gobiernos, que actúen en este cambio de modelo como una prioridad en salud pública.¹⁵

En el contexto global, el primer caso de reconocimiento institucional de violencia obstétrica se dio en Venezuela, con la aprobación el 25 de noviembre de 2006 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia,¹⁶ la cual es un referente para las legislaciones que surgieron posteriormente en la Región. En algunas entidades federativas de México se introdujo este concepto en 2008 y en Argentina en 2009 no obstante contaba con un precedente –aunque aún sin ofrecer una definición de violencia obstétrica– en la Ley de Parto Humanizado de 2004.

En Argentina, la primera ley nacional que se ocupó del tema fue la ley 25.929 también conocida como “Ley de Parto Humanizado” sancionada en el año 2004 y que en su artículo 2 establece una serie de derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio: “a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieran tener lugar durante estos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existan diferentes alternativas. b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales”. Esta ley también estipula que la mujer tiene derecho a un parto respetuoso en el que sea debidamente informada lo que facilite su participación como protagonista del proceso de parto, evitando intervenciones médicas injustificadas o su inclusión en un proyecto de investigación

sin consentimiento manifiesto por escrito y aprobación previa del Comité de Bioética. La ley también señala que la mujer tiene derecho a estar acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto, parto y puerperio y a tener a su hijo o hija a un lado durante su permanencia hospitalaria, exceptuando cuando el recién nacido o la madre requieran cuidados especiales.¹⁷

Por su parte la Ley venezolana, reza: “Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”. En la misma Ley, en su artículo 51 se establece, que: “...se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”.¹⁶

En el año 2009 en Argentina fue sancionada y promulgada la Ley 26.485 o “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. En el artículo 6 inciso e define la violencia obstétrica: “...aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales de conformidad con la Ley 25.929”. Esta definición incluye a todo el personal que forma parte de un servicio y que tiene trato con la mujer embarazada y no solo a los médicos actuantes durante la atención del parto. También especifica que la violencia obstétrica no solo implica violencia física, sino también violencia psicológica.¹⁷

Marco normativo mexicano

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2013, prevé como estrategia general elevar la productividad para llevar a México a su máximo potencial,

por lo que se orienta la actuación gubernamental en torno a cinco metas nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global, lo cual incluye además tres estrategias transversales: democratizar la productividad, gobierno cercano y moderno, y perspectiva de género.¹⁸

La meta nacional México en Paz, tiene como objetivo, entre otros, garantizar el respeto y protección de los derechos humanos y la erradicación de la discriminación, para lo cual es indispensable promover medidas especiales orientadas a la erradicación de la violencia de género en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, entidades federativas y municipios, además de garantizar el cumplimiento de los acuerdos generales emanados del Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, mediante una coordinación eficaz entre los diversos órdenes de gobierno.

Bajo ese contexto, el 30 de abril de 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se aprueba el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018.¹⁹

Conforme a dicho Programa, los temas prioritarios que deben ser atendidos por el Gobierno son:

1. Insuficiente armonización legislativa y escasa cultura de la no violencia contra las mujeres.
2. Violencia en contra de las mujeres en el sector educativo, laboral y en el Sistema Nacional de Salud.
3. Escasos servicios de atención a mujeres y niñas víctimas de violencia.
4. Acceso limitado a la justicia para las mujeres.
5. Limitada coordinación institucional en materia de violencia contra las mujeres.

A fin de resolver los retos existentes en materia de violencia y discriminación contra la mujer en nuestro país, el Programa tiene cinco objetivos:

1. Fomentar la armonización de contenidos legislativos e impulsar la transformación cultural para contribuir a la no violencia contra las mujeres
2. Garantizar la prevención integral para reducir los factores de riesgo de la violencia contra las mujeres y niñas.
3. Garantizar el acceso a los servicios de atención integral a mujeres y niñas víctimas de violencia.
4. Asegurar el acceso a la justicia de las mujeres mediante la investigación efectiva, reparación del daño y la sanción.
5. Fortalecer la coordinación institucional en materia de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres.

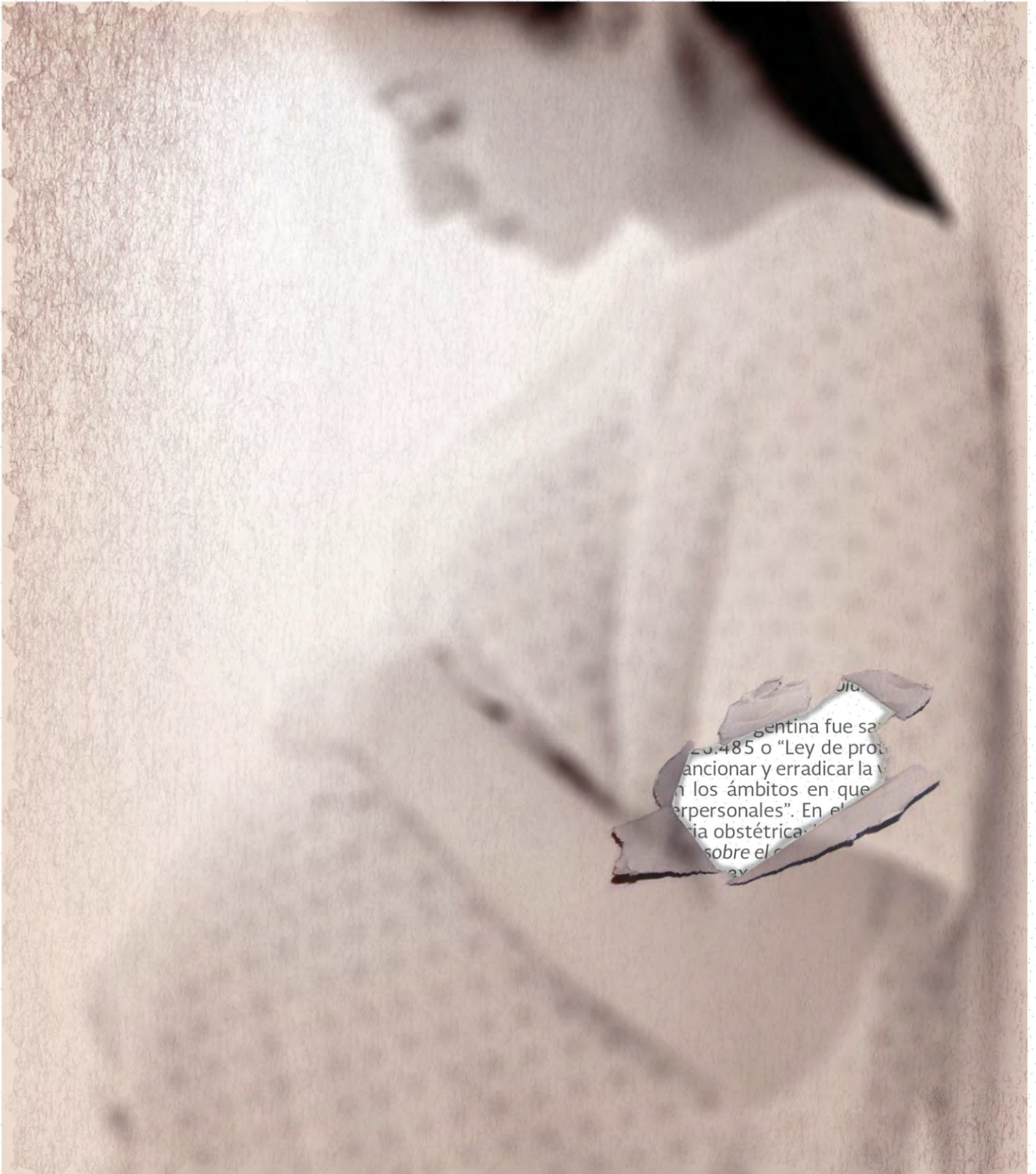
Cada uno de los objetivos contiene una serie de estrategias y líneas de acción. Para cumplir con el objetivo 1 Fomentar la armonización de contenidos legislativos e impulsar la transformación cultural para contribuir a la no violencia contra las mujeres, prevé, entre otras, la estrategia 1.1, relativa a promover la armonización de la legislación nacional con tratados y convenciones internacionales, eliminando disposiciones discriminatorias en contra de las mujeres; para cumplir con esta estrategia plantea, entre otras, la línea de acción 1.1.6 que señala promover la tipificación del delito de violencia obstétrica.

Para cumplir con el objetivo 2 Garantizar la prevención integral para reducir los factores de riesgo de la violencia contra las mujeres y niñas, prevé, entre otras, la estrategia 2.3 relativa a fortalecer los servicios para la detección oportuna de la violencia contra las mujeres en el Sistema Nacional de Salud; para cumplir con esta estrategia plantea, entre otras, la línea de acción 2.3.5 que señala promover políticas institucionales para erradicar la violencia de género que ocurre en los servicios de salud, incluyendo violencia obstétrica.

Conforme al Programa, los participantes de las líneas de acción enunciadas son el Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y el Sistema Nacional de Salud.

En México, en el ámbito federal, los diversos tipos y modalidades de violencia contra las mujeres se regulan en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007.¹² La LGAMVLV señala que su objeto es prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como establecer los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación. Señala que las medidas que de ella se deriven garantizarán la prevención, la atención, la sanción y la erradicación de todos los tipos de violencia contra las mujeres durante su ciclo de vida y para promover su desarrollo integral y su plena participación en todas las esferas de la vida. A la fecha la LGAMVLV no incluye expresamente el tipo de violencia obstétrica.

Entre el 6 de octubre de 2015 y el 14 de abril de 2016, los grupos parlamentarios del Partido Acción Nacional, Partido Revolucionario Institucional y Partido de la Revolución Democrática presentaron cinco iniciativas que pretenden, entre otras cuestiones, incorporar en la LGAMVLV la definición de violencia obstétrica; tres de ellas fueron presentadas ante la cámara de diputados, una ante la cámara de senadores y otra ante la comisión permanente. En el momento en el que se escribe este artículo, todas ellas se encuentran pendientes de análisis en las comisiones de su cámara de origen.²⁰



En el ámbito local, son diez los estados de la República Mexicana que definen en sus leyes de acceso a una vida libre de violencia a la violencia obstétrica y son Chiapas, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Quintana Roo, Tamaulipas, San Luis Potosí y Veracruz. Entre ellos, Chiapas y Veracruz la tipifican como delitos en sus códigos penales.

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal, publicada en la gaceta oficial del Distrito Federal, el 29 de enero de 2008, describe en el artículo 6, fracción VI, al tipo de violencia contra los derechos reproductivos. Aún y cuando no se denomina expresamente violencia obstétrica, se refiere a la misma al definirla como *“toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto por la ley para la interrupción legal del embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia.”* En mayo de 2015, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) aprobó la adición de la fracción VII al artículo 6° de la LAVLV sobre el asunto de la violencia obstétrica, sin estar publicada al momento de la elaboración de este escrito.²¹

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato, publicada en el periódico oficial del Estado el 26 de noviembre de 2010, señala en el artículo 5, fracción VIII que el tipo violencia obstétrica es *“todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica.”*²²

La Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Chihuahua, publicada en el periódico oficial el 24 de enero de 2007, señala en el artículo 5, fracción VI, adicionada en julio de 2014, que el tipo de violencia obstétrica es *“todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud que, en el ejercicio de su profesión u oficio, dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la negligencia en su atención médica, y alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.”*²³

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Colima, publicada en el periódico oficial el 29 de noviembre de 2008, señala en el artículo 30 Bis que violencia obstétrica es *“toda acción u omisión por parte del personal de salud, que atenta*

contra el derecho a la no discriminación, a la salud, la integridad física, la igualdad y la privacidad, especialmente en lo que ve a la salud sexual, los derechos reproductivos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio y su autonomía para ejercerlos de manera informada; así como el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales; trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, un daño físico o psicológico, o la muerte de la madre o del producto”.²⁴

Violencia obstétrica equiparada, en términos del artículo 30 Bis 1 de la Ley señalada en el párrafo anterior es “I. La negativa, el retraso o la omisión injustificada de brindar atención médica oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas; II. El trato deshumanizado, denigrante, discriminatorio o negligente cuando una mujer solicita asesoramiento o requiere atención durante el embarazo, el parto o el puerperio; III. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante técnicas de aceleración o de inducción al trabajo de parto normal, o a la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto; IV. El uso irracional de procedimientos médicos como la episiotomía; V. Practicar el parto por vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural; sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; VI. Imponer de manera coercitiva o sin el consentimiento informado algún método anticonceptivo, ya sea temporal o permanente, especialmente durante la atención del parto; VII. Negarse a administrar analgésicos cuando no existe impedimento médico para ello; VIII. Obligar a la mujer a parir en una posición en específico, cuando existan los medios técnicos para que lo realice en la posición que ella elija; IX. Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz el recién nacido con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer; X. Acosar o presionar psicológicamente o con el manejo del dolor a una mujer en labor de parto con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad o coaccionar para obtener su consentimiento; XI. Negarse a proporcionar a la mujer información respecto de los procedimientos médicos y quirúrgicos o manipular la información para obtener su consentimiento; XII. Utilizar a la mujer como recurso didáctico sin su consentimiento y sin ningún respeto a su dignidad humana y derecho a la privacidad; XIII. Retener a la mujer o al recién nacido en los centros de salud o instituciones análogas debido a su incapacidad de pago; y XIV. Cualquier otro análogo que atente contra la autonomía de las mujeres a ejercer sus derechos reproductivos y sexuales, les niegue el acceso a la salud reproductiva de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, y el derecho a la información respecto de los procedimientos médicos y quirúrgicos a los que están expuestas.”

Finalmente el artículo 30 Bis 1 dispone que no se considerará que existan actos de violencia obstétrica cuando en los casos de las fracciones III, IV, V, VI y XII se obtenga el consentimiento previo voluntario, expreso e informado de la mujer.

En Tamaulipas, la Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, publicada en el periódico oficial el 22 de agosto de 2007, señala en el artículo 3, inciso f), adicionado en diciembre de 2014, que el tipo de violencia obstétrica es “*toda acción u omisión que ejerza el personal médico o de salud, que dañe, lastime, denigre o cause la muerte durante el embarazo, parto o puerperio, expresada en: I. La negligencia en su atención propiciada por la falta de un trato humanizado; II. El abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, considerando como tales, la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; III. La práctica del parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para que éste sea natural. El parto vía cesárea podrá efectuarse siempre y cuando no existan riesgos que, a consideración del médico, entrañen un probable daño a la salud del producto o de la paciente; IV. El uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; V. El obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer*”.²⁵

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Quintana Roo, publicada en el periódico oficial el 27 de noviembre de 2007, señala en el artículo 5, fracción VII, adicionada en mayo de 2014, que el tipo de violencia obstétrica es “*toda acción u omisión intencional por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; considerando como tales, la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer*”.²⁶

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí, publicada el 7 de agosto de 2007, expresa en el artículo 3, fracción IX, adicionada en junio de 2015, que el tipo de violencia obstétrica es “*todo abuso, conducta, acción y omisión intencional, negligente y dolosa que lleve a cabo el personal de salud, de manera directa o indirecta, que dañen, denigren, discriminen y den un trato deshumanizado a las mujeres durante el embarazo, parto*

o puerperio; que tenga como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad. Puede expresarse en: a) prácticas que no cuenten con el consentimiento informado de la mujer, como la esterilización forzada; b) omisión de una atención oportuna y eficaz en urgencias obstétricas; c) no proporcionar el apego precoz del bebé con la madre, sin causa médica justificada; d) alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo, mediante su patologización, abuso de medicación, uso de técnicas de aceleración, sin que ellas sean necesarias; e) practicar el parto vía cesárea sin autorización de la madre, cuando existen condiciones para parto normal”.²⁷

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo, publicada en el periódico oficial el 31 de diciembre de 2007, indica en el artículo 5, fracción VI, adicionada en septiembre de 2013, que el tipo de violencia obstétrica es “*Aquella ejercida por el sistema de salud o cualquier agente ajeno que asista a la mujer, o incida directamente en ella en el proceso de embarazo, parto o puerperio, y que puede ser expresada de cualquiera de las siguientes formas:*

- a) Atención inoportuna e ineficaz de las urgencias obstétricas;
- b) Trato deshumanizado;
- c) Patologización del proceso de embarazo, parto o puerperio;
- d) Medicalizar sin causa justificada el proceso de embarazo, parto o puerperio;
- e) Negativa u obstaculización del apego precoz del recién nacido con su madre sin justificación terapéutica; o
- f) Impedir el libre ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, atentando contra su privacidad y dignidad ante la pérdida de su autonomía”.²⁸

Las definiciones de los tipos de violencia obstétrica en las LAVLV de los estados de Durango, Chiapas y Veracruz configuran en forma semejante.

En Durango, la Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia, publicada en el periódico oficial el 30 de diciembre de 2007, señala en el artículo 6, fracción III, reformado en marzo de 2015, que el tipo de violencia obstétrica es “*Cualquier acto o trato deshumanizado que ejerza el personal de salud sobre las mujeres en la atención médica que se les ofrece durante el embarazo, el parto y puerperio, tales como omitir atención oportuna y eficaz de las urgencias obstétricas, obstaculizar el apego precoz del niño con la madre sin causa médica justificada, alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración, y practicar el parto vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural, estas dos últimas, sin obtener el consentimiento informado de la mujer*”.²⁹

La Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas, publicada en el periódico oficial el 23 de marzo de 2009, dispone en el artículo 6, fracción VII que el tipo de violencia obstétrica es la *“Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural”*³⁰

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, publicada en el periódico oficial el 28 de febrero de 2008, determina en el artículo 7, fracción VI que el tipo de violencia obstétrica es la *“Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”*³¹

El día 7 de abril de 2016 se publicó la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, con el objeto de contribuir a corregir las desviaciones que afectan la calidad de la atención en salud y señalar pautas específicas a seguir para disminuir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal. Si bien, este documento normativo no emplea

el término violencia obstétrica, es enfático en la perspectiva de derechos humanos, colocando en el centro del proceso de atención el respeto a la dignidad, a la cultura y a la autonomía de las mujeres, así como el derecho a recibir una atención de calidad. En este sentido, en diferentes párrafos del texto se insiste sobre la importancia de la información completa, veraz, clara y oportuna como elemento indispensable para la participación autónoma de la mujer, incluyendo las decisiones relacionadas con el autocuidado.

En relación con la erradicación de los malos tratos durante la atención obstétrica el numeral 5.5.3 señala lo siguiente: *“Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.”* Otros numerales atienden en forma específica las recomendaciones que diferentes organismos internacionales han señalado como prácticas que mejoran la calidad de la atención y aquellas que deben evitarse o que no deben realizarse en forma rutinaria. Considerando que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, la Norma establece la importancia de la prevención, detección oportuna de factores de riesgo y manejo adecuado de las complicaciones y de las urgencias obstétricas como una prioridad permanente.³²

Tipificación del delito de violencia obstétrica

El Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave, a partir de abril de 2010, en el artículo 363 tipifica el delito de violencia obstétrica, señalando que *“comete el delito de violencia obstétrica el personal de salud que: No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas; II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad; V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarlo o de amamantarlo inmediatamente después de nacer; y VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas. A quien realice las conductas señaladas en las fracciones I, II, III y IV, se le impondrán de tres a seis años de prisión*

y multa de hasta trescientos días de salario; y quien incurra en los supuestos descritos en las fracciones V y VI será sancionado con prisión de seis meses a tres años y multa de hasta doscientos días de salario. Si el sujeto activo del delito fuere servidor público, además de las penas señaladas se le impondrá destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos”.³³

El Código Penal para el Estado de Chiapas, a partir de diciembre de 2014, tipifica el delito de violencia obstétrica. Al respecto señala en el artículo 183 Ter que “Comete el delito de violencia obstétrica el que se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizador, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales, generando como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad. Con independencia de las lesiones causadas, al responsable de violencia obstétrica, se le impondrá la sanción de uno a tres años de prisión y hasta doscientos días de multa, así como suspensión de su profesión, cargo u oficio, por un término igual al de la pena privativa de libertad impuesta, y el pago de reparación integral del daño”.³⁴

En el artículo 183 Quater del citado ordenamiento tipifica a la violencia obstétrica equiparada y señala que “se equipara a la violencia obstétrica y se sancionará con las mismas penas a quien: I. Omite la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; II. Obstaculice el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer; III. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; y IV. Practique una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural”.³⁴

El Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero señala en el artículo 202, Violencia de género que “Se le impondrán de dos a ocho años de prisión y multa de doscientos a quinientos días de salario mínimo a quien por razones de género, cause a persona de otro sexo, daño o sufrimiento económico, físico, obstétrico, patrimonial, psicológico, sexual o laboral tanto en el ámbito privado como en el público, afectando los derechos humanos o la dignidad de las personas”.³⁵

El artículo 203, Definiciones, fracción III, especifica que para efectos del delito de violencia de género, se entenderá por violencia obstétrica al “Acto u omisión que impida u obstaculice la atención oportuna y eficaz en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas o altere sus procesos reproductivos sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”.³⁵

Cabe destacar que el Estado mexicano formalizó en el año 2011, la reforma constitucional más trascendental de su vida institucional en materia de derechos humanos. Con motivo de tal reforma, el párrafo primero del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala “En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece”.³⁶

Con fundamento en lo anterior, las disposiciones internacionales en las que el Estado Mexicano es parte, en cuyos supuestos quepa la violencia obstétrica, forman parte del marco jurídico de protección de los derechos humanos de las mujeres en el Estado Mexicano.

El tercer párrafo del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, señala que “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”.³⁶

El Estado mexicano cuenta con un marco legal que protege los derechos humanos de las mujeres, incluido su derecho a la protección de la salud y a la vida libre de violencia. La violencia obstétrica es una violación a los derechos humanos de las mujeres derecho que, de conformidad con nuestra Carta Magna, el Estado tiene obligación de prevenir, investigar, sancionar y reparar.

Los colegios de especialistas en ginecología y obstetricia

El 10 de junio de 2015 la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C. (FEMECOG) emitió un comunicado a propósito de las modificaciones legislativas en distintas entidades federativas sobre la llamada violencia obstétrica.³⁷ En este documento se hace un pronunciamiento en nombre de la FEMECOG y de las 76 agrupaciones que la conforman en el que se exponen una serie de declaraciones a modo de premisas que destacan el ejercicio de la Ginecología y Obstetricia. Se dice: “Los ginecoobstetras mexicanos estamos de acuerdo en que toda acción médica debe realizarse con estricto apego a los derechos de igualdad, no discriminación, respeto, así como a ser precedida por la disposición de información adecuada y suficiente, siempre tutelando la vida y preservando la integridad y

autonomía de las mujeres durante el proceso reproductivo y sobre las decisiones respecto a su fertilidad.” En otro párrafo se hace el señalamiento de que la atención hospitalaria del nacimiento ha contribuido a disminuir sustancialmente la mortalidad y morbilidad materna y perinatal, de lo que deriva la preocupación porque corrientes ideológicas sin sustento científico puedan poner en riesgo la vida y la salud de las mujeres y sus hijos al proponer prácticas riesgosas de eficiencia y seguridad no demostradas. Más adelante se menciona que todos los ginecoobstetras mexicanos están “completamente de acuerdo en intervenir solo en los casos en que se requiera para salvaguardar el bienestar de la madre y de su hijo” para de ahí manifestar el total desacuerdo con el uso del término *violencia obstétrica* para designar “la intervención médica o la realización de procedimientos operatorios que cuentan con una validación y sustento científico y que demuestran el beneficio en la vida y la salud de la madre y de su hijo...” conforme a lo señalado en la normatividad vigente. En los párrafos siguientes se expone que uno de los principales obstáculos para mejorar la calidad y calidez de la atención obstétrica se encuentra en las condiciones y carencias de la actual infraestructura hospitalaria de la que los ginecoobstetras no son responsables. La parte final del documento se refiere al carácter pernicioso de las medidas de carácter punitivo en contra de los médicos, de donde se propone que antes que tipificar el delito de violencia obstétrica se deben buscar medidas de tipo administrativo y de políticas públicas. La declaración de la FEMECOG concluye con una manifestación de respaldo, solidario y legal, a cualquier especialista en Ginecología y Obstetricia que sea señalado por su quehacer científicamente validado y oficialmente normado.

En el sitio web del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C. (COMEGO) se encuentra un documento titulado *Propuesta del COMEGO para eliminar el término de “Violencia Obstétrica”*³⁸ en el que el Colegio por medio de su Comité de Biojurídica manifiesta a la comunidad médica que la práctica de la medicina en lo general y de la Ginecología y Obstetricia en lo particular está por una cultura del trato digno y respeto a los Derechos Humanos de las pacientes y sus familiares, así como por el respeto mutuo entre los que intervienen en el acto médico. En los párrafos siguientes se hace el señalamiento de que “el término erróneo *“Violencia Obstétrica”* ha causado confusión y desprestigio dentro de la Medicina, al no corresponder con los principios éticos que la rigen bajo las premisas elementales de beneficiar siempre o al menos no dañar...dicho término resulta falaz y nocivo ya que no solo se planteó de manera intrusiva e irresponsable por personas carentes de conocimiento médico sino que también fue aprovechado y magnificado por grupos

diversos para abanderar, promover o reivindicar sus propios intereses.” El COMEGO emite su aval para que el documento de la OMS “*Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centro de salud*”¹³ sea considerado en todos sus términos. Por lo anterior se propone eliminar el término “*Violencia Obstétrica*” y sustituirlo por el de “*Falta de respeto y maltrato durante la atención del parto*”.

Algunas experiencias de intervención

El informe “Con todo al aire” resultado de una investigación realizada en Rosario, Argentina por el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), recoge los testimonios de mujeres de barrios pobres que se atienden en hospitales, maternidades y centros de salud públicos, en los que se evidencia la existencia de tratos crueles, inhumanos y degradantes a las mujeres por parte del personal de salud, incluyendo obstétricas, enfermeras y médicas. Es decir, se trata de un discurso transversal por lo que no es raro ver mujeres del personal sanitario maltratando a las mujeres que acuden solicitando atención obstétrica. “Con todo al aire” tomó el título de los relatos de mujeres que aseguran ser obligadas a permanecer desnudas en el parto, sin respeto a su intimidad o privacidad. Todos los testimonios constituían casos de discriminación por género, por clase social y muchas veces por origen étnico. A partir del informe de resultados se generaron acciones, orientadas a sensibilizar a la población en general y a estudiantes de medicina a través de una obra de teatro y un cortometraje, como un primer paso que contribuiría a alcanzar una atención de mejor calidad y buen trato a las usuarias. Dos premisas que sostienen las investigadoras de dicho informe son: “a) el trato digno no depende de la calidad de los recursos y b) respetar no cuesta, no ser respetadas sí tiene altos costos”.³⁹

En 2010 se publicó una revisión de la evidencia sobre la falta de respeto y los malos tratos que reciben las mujeres durante la atención institucional del parto, en la que se incluyeron estudios cuantitativos y cualitativos de diversos países. En este estudio se concluyó que el trato irrespetuoso y abusivo es un poderoso disuasivo para la utilización de las habilidades necesarias para el cuidado del parto, con un impacto negativo mayor que las barreras financieras o geográficas. En este informe se hace mención a maltrato físico evidente, humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo en la admisión en establecimientos de salud, negligencia durante la atención del

parto, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago. Este estudio presenta un análisis minucioso de los potenciales factores involucrados en el abuso y falta de respeto durante la atención del parto, señalando que existen aspectos de políticas en salud, leyes, ética y derechos humanos, pérdida en los estándares de atención y supervisión en la atención obstétrica y un conjunto de características del personal de salud que contribuyen a la presencia de este fenómeno entre las que se encuentran: prejuicios del propio personal, problemas de capacitación del personal, desmotivación relacionada con un débil sistema de salud que contribuye a la falta de oportunidades de movilidad y precarización laboral, además aspectos relacionados con abasto de insumos y condiciones de infraestructura en las unidades de salud. Además, las autoras identificaron que el trato irrespetuoso y ofensivo es más probable que ocurra en las mujeres adolescentes, solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las mujeres positivas a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Aun a pesar de la ausencia relativa de evidencia respecto de las intervenciones enfocadas a la eliminación del trato irrespetuoso y el maltrato durante la atención del parto debido a que muchas de ellas fueron realizadas en el contexto de la mejora en la calidad de los servicios utilizando el nivel de satisfacción de la usuaria como resultado, el reporte concluye presentando una serie de intervenciones para disminuir o erradicar este fenómeno, entre las que se encuentran intervenciones dirigidas al personal de salud.⁴⁰

En México, durante 2013 se realizó una intervención con el personal de salud que labora en hospitales públicos del estado de Morelos, en los que previamente se había identificado una prevalencia de abuso de 21%. Esta intervención estuvo orientada a sensibilizar al personal sobre la facilidad con la que se incurre en la violación de los derechos humanos de las pacientes embarazadas y el ejercicio de la violencia como parte de la cultura hospitalaria. Esta propuesta está sustentada conceptualmente en el marco de los derechos humanos, específicamente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, la perspectiva de género, y un abordaje de la cultura del buen trato.

A partir de esta experiencia se diseñó en 2014 la Estrategia de *capacitación para la promoción del buen trato durante la atención del embarazo, parto y puerperio en las salas de obstetricia de los servicios de salud*, operada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, la cual consistió en un curso de capacitación de 40 horas para formar a facilitadores y facilitadoras en 24 estados del país.⁴¹

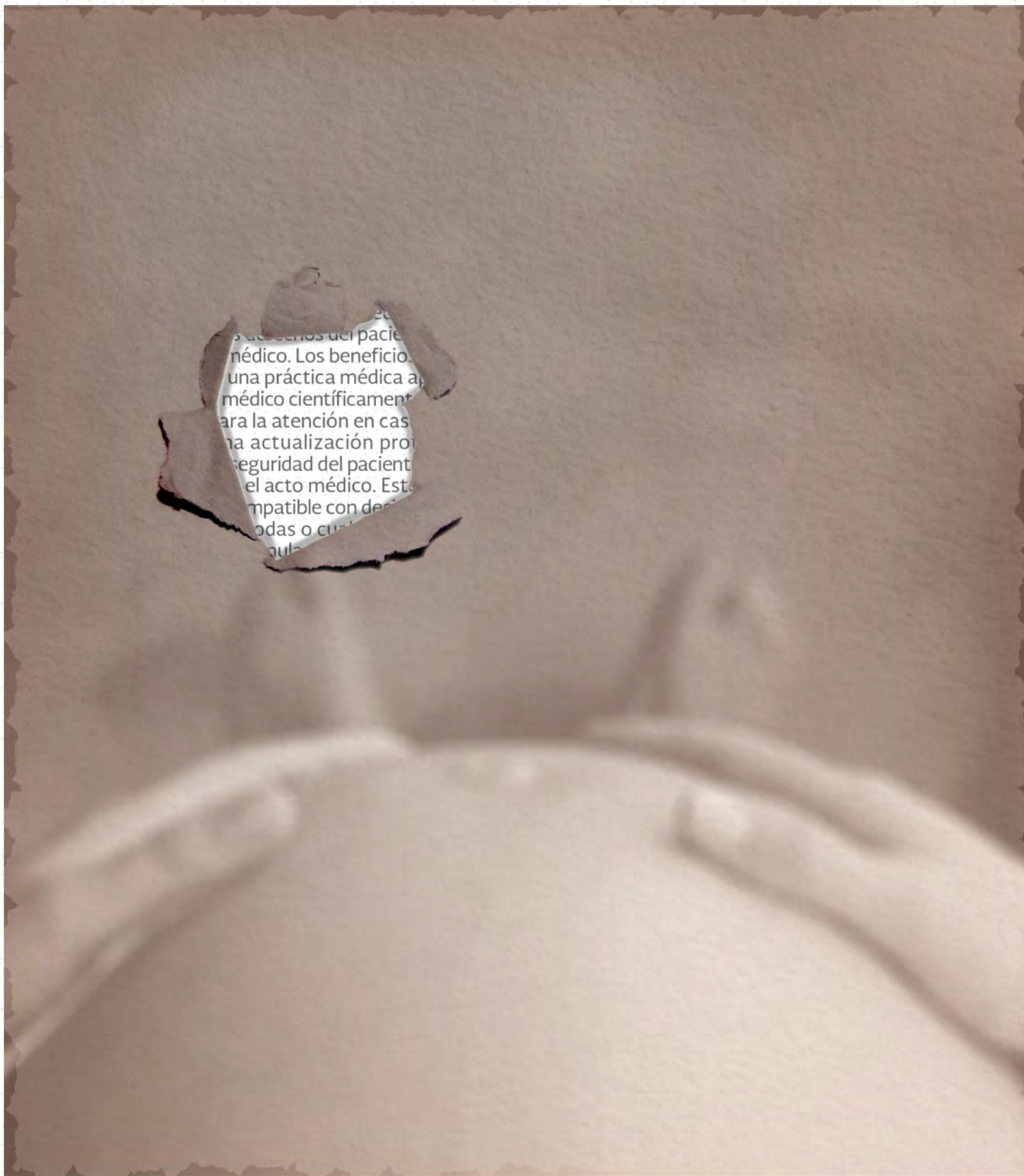
Discusión

Diversas formas de violación de los derechos humanos son vivencias continuas y compartidas por un gran número de personas en todo el mundo. Los espacios antes considerados salvaguardias como el hogar, la escuela o el hospital no siempre lo son. Las amenazas, la intimidación y la humillación pueden estar detrás de sus puertas y ventanas, ocultas a la mirada de los demás. En 2014, la OMS emitió una declaración para prevenir y erradicar la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud. El documento inicia con un llamado de atención global sobre el panorama alarmante de trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el proceso de atención obstétrica, lo cual acarrea consecuencias adversas tanto en la madre como en el bebé.¹⁴

El término violencia obstétrica representa un constructo que atañe a formas específicas de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud, a la autonomía reproductiva y a vivir una vida libre de violencia. Representa el producto de la concurrencia de múltiples factores que incluyen violencia de género, violencia institucional, deficiencias estructurales y organizacionales que impiden una atención universal y oportuna a servicios de atención obstétrica con estándares adecuados de calidad, así como fallas en la formación y en la actuación de los profesionales de la salud.¹¹

Queda claro que se trata de acciones u omisiones que involucran en diferentes niveles de responsabilidad al sistema de salud, sin embargo en las LAVLV de los estados de la república mexicana que han incluido el término pareciera que es el personal de salud, particularmente el médico, quien por acción u omisión intencional o por negligencia, daña, lastima o denigra a las mujeres embarazadas. Es decir, de acuerdo con la redacción de estas leyes, el médico actúa con la intención deliberada de provocar daño físico o psicológico en sus pacientes hasta demostrar lo contrario, lo cual nos parece es una forma errónea de interpretar y buscar solución al problema.

Por otra parte, preocupa el hecho de que algunos párrafos de estas leyes relativos a la definición de violencia obstétrica contengan elementos discursivos de proclama política difíciles de traducir en formas jurídicas, lo cual, además de no aportar, solo contribuye a agudizar en forma inespecífica la presión sobre los profesionales de la salud, además de generar conflictos de diverso signo y complicar la formulación de políticas públicas para su prevención, erradicación e incluso sobre el propio establecimiento de responsabilidades: “*apropiación del cuerpo y procesos reproductivos*”, “*medicalización*”, “*patologización*”, etcétera.



Sin hacer de lado la responsabilidad de quienes incurren en prácticas abusivas en contra de sus pacientes, muchos de los problemas éticos y jurídicos que se desprenden de estas situaciones no provienen exclusivamente del profesional de la salud, sino de la forma de organización de los servicios. Para superar los defectos institucionales que están en la base de muchas quejas de la población usuaria de los servicios de salud, la ética pública debe afrontar tanto la promoción de la ética institucional como el control de las políticas públicas y las formas en las que se construyen las relaciones entre el sistema de salud y las exigencias y necesidades de la sociedad. Insistimos, sin soslayar la responsabilidad del trabajador de la salud, estos son aspectos que se encuentran más allá de las características personales o de los grupos profesionales.

Quienes insisten en señalar características comunes en todos los médicos como la causa de este problema incurren en forma tendenciosa o ingenua en la falacia de generalización, cuando falsa y apresuradamente atribuyen a toda la clase la propiedad que se conoce de algunos integrantes de dicha clase. Una generalización apresurada no tiene consistencia alguna para concluir afirmando la veracidad plena de ella, por cuanto un conocimiento por inducción incompleta permite una proyección hipotética o, en el mejor de los casos, si la inducción es consistente, un conocimiento de grado probable.⁴² Más allá de la reflexión pretendidamente académica, es aún más peligroso legislar en esos términos.

En el caso de las intervenciones como la episiotomía o la cesárea, la realización rutinaria o no indicada de éstas debe eliminarse. Sin embargo, la evidencia científica sustenta que son procedimientos que pueden ser útiles bajo algunas circunstancias, siempre justificadas en el expediente clínico y habiendo solicitado el consentimiento de la paciente. Es decir, estas intervenciones como tales no deben ser demonizadas, lo que es cuestionable es si el procedimiento fue correctamente indicado, informado y realizado. Cuando se practican en forma rutinaria o sin indicación, se está frente a una mala práctica médica que debe ser prevenida, corregida o sancionada desde el ámbito educativo, profesional o institucional pero el procedimiento en sí no representa un acto de violencia. Si se estigmatizan con ánimo de queja o demanda judicial intervenciones médicas que, siendo indicadas y realizadas correctamente, han demostrado su eficacia en la prevención de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, se corre el riesgo de obtener, paradójicamente, el resultado opuesto al buscado en la política pública y en la proclama política. Para el caso de las intervenciones en las que no se ha demostrado efectividad o que incrementan riesgos innecesarios, no debe dudarse en su eliminación ya que al insistir en su realización se está incurriendo en mala práctica médica.

En los casos de mala práctica se ven afectados derechos humanos de las mujeres, sin embargo las fallas en el diseño e implantación de políticas públicas orientadas a garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva seguros, aceptables y de buena calidad atentan contra los derechos humanos más elementales como son el derecho a la vida, a la salud, al respeto sobre la vida sexual y reproductiva y a la no discriminación, situaciones que exigen un mayor compromiso de los gobiernos y de sus instituciones.

Así, el concepto violencia obstétrica incluye desde su definición actos concretos constitutivamente armados en el diseño institucional y las formas institucionales. Romper el paradigma de atención no es algo que se vaya a lograr en lo individual ni con fórmulas penales que estigmatizan y predisponen en forma directa y negativa al personal de salud, que no promueven un cambio de mentalidad, no resuelven las fallas estructurales, ni mucho menos atienden la necesidad de una política pública sobre los derechos de las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio.¹¹

En forma paradójica, los reclamos judiciales y mediáticos dirigidos contra los médicos provoca que se practique lo que se ha denominado medicina defensiva.⁴³ En este escenario las decisiones de los médicos están orientadas a su protección legal frente a un eventual reclamo del paciente, lo que provoca un incremento sustancial en los costos de atención derivados de intervenciones diagnósticas que exceden las habituales y terapéuticas no justificadas, para evitar tanto un diagnóstico equivocado como que se les pueda imputar omisión o abandono en un proceso de queja o demanda, lo cual no solo afecta la relación entre el paciente y el médico sino que agrega nuevos riesgos derivados de los actos sin fundamento. Si bien este fenómeno no explica en forma completa la práctica exagerada de las cesáreas en México, sí constituye un elemento que configura el problema y representa un buen ejemplo de la ineficacia e ineficiencia de las decisiones médicas tomadas en el contexto de la medicina defensiva.

Las teorías modernas del derecho penal sostienen que la criminalización de una conducta debe ser la última medida a utilizar para lograr el respeto y garantía de los derechos humanos y el orden social. Por lo tanto, antes de criminalizar deberían buscarse medidas de tipo administrativo y de política pública que refuercen el marco normativo y de derechos humanos. En su caso, el incumplimiento o violación de los derechos humanos tendría que sancionarse por la vía administrativa o civil. En todo caso, se debe considerar un tipo penal solamente cuando se busque sancionar ciertas conductas como la esterilización forzada o cuando exista una intención deliberada de dañar.¹¹

Un cambio en el modelo de atención requiere que el acceso a servicios de calidad no sea prerrogativa de unas pocas, que los recursos se distribuyan reconociendo

la dignidad de las personas sin discriminación de ningún tipo y que las mujeres tengan la posibilidad de elegir. Para lograrlo es necesario modificar la formación del personal de salud, atender las deficiencias estructurales y crear una nueva cultura organizacional basada en los derechos humanos con una perspectiva ética, de género e interculturalidad que desnaturalice las expresiones violentas dirigidas en contra de las pacientes durante su atención y la violencia en la formación-educación del personal de salud como prácticas institucionalmente toleradas y protegidas.

En México, Tena y Sánchez⁴⁴ elaboraron una construcción teórica a la que denominaron medicina asertiva, definida por cuatro cualidades del acto médico: buena comunicación, sujeción del acto médico a la *lex artis ad hoc*, respeto de los derechos del paciente y respeto de los derechos del médico. Los beneficios de este modelo saltan a la vista: una práctica médica apegada a lo que el conocimiento médico científicamente fundamentado recomienda para la atención en casos específicos (lo cual exige una actualización profesional continua) y a criterios de seguridad del paciente reduce la probabilidad de error en el acto médico. Este tipo de práctica profesional es incompatible con decisiones basadas en complacencias, modas o cualquier forma de medicina defensiva. La reformulación de la comunicación en la relación clínica hacia modalidades asertivas supone una negación del modelo autoritario y reconocer los derechos de todos los involucrados.

Solo en un marco de respeto y ejercicio de los derechos se podrá concretar el principio de autonomía, bajo el cual la paciente tiene derecho a participar en la toma de decisiones en forma responsable e informada de acuerdo con sus propios intereses y valores. En este contexto, resulta fundamental que las mujeres conozcan sus derechos y el Estado implemente mecanismos eficaces para que aquellos se hagan vigentes.⁴

De tal manera, es necesario reforzar los sistemas de atención a quejas que permitan atender en forma arbitrada y transparente los conflictos derivados del acto médico y, en los casos en los que se demuestren prácticas abusivas, se tomen las acciones disciplinarias efectivas, sean personas o instituciones quienes afecten con sus actos u omisiones las condiciones de calidad y seguridad de las mujeres que solicitan atención obstétrica. Es de la mayor importancia acentuar que el análisis y cauce de las quejas debe realizarse en todos los casos con apego a criterios de justicia y no por presiones mediáticas, políticas o de cualquier otro tipo. No existe posibilidad de una medicina asertiva al margen del reconocimiento y respeto a los derechos del personal de salud por parte de usuarios, instituciones y autoridades en general.

La dinámica de los avances científicos y tecnológicos, los modelos actuales de organización de los servicios

asistenciales y las modalidades actuales de trabajo de los profesionales de la salud carecen de precedentes y representan condiciones que afectan la relación entre los pacientes, el personal y los servicios de salud. Cuando se considera a las mujeres que solicitan un servicio médico como personas libres y autorrealizadas, la estructura de la relación clínica necesita que la información y participación se realicen sintiendo las necesidades e intereses de las mujeres, lo cual conduce a establecer mecanismos que promuevan y protejan el respeto a la integridad de las personas a través de un ejercicio profesional digno y respetuoso de los profesionales de la salud y la tutela del derecho de todas las personas a la protección de la salud.

Si hemos transitado del otorgamiento de garantías individuales a la obligación del Estado de reconocer, respetar y proteger los derechos humanos por tratarse del origen de la dignidad y el valor de la persona humana; y si todas las mujeres tienen derecho a la igualdad, a la salud, a la autonomía reproductiva y a la información, entonces, todas las prácticas violatorias de los derechos humanos que ocurren en la atención institucional del embarazo, parto y puerperio como negar el acceso a los servicios médicos, los tratos inhumanos o degradantes y las intervenciones invasivas sin consentimiento, representan actos de violencia institucional, y su prevención, erradicación y resolución es responsabilidad de los gobiernos.

Hacia un nuevo modelo de atención materna y perinatal

De todo lo anterior se desprende la necesidad de crear un modelo de atención materna con perspectiva de género e interculturalidad como parte de una Política Pública sobre la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio. Para lograrlo se proponen las siguientes líneas estratégicas:

1. Universalizar la atención del parto incluyendo la atención de las emergencias obstétricas y fortalecer la creación de redes funcionales de servicios que optimicen la capacidad instalada y permitan ofrecer una atención oportuna y adecuada.
2. Construir un modelo de maternidad segura y respetada:
 - a. Subsana las deficiencias en plantilla y recursos materiales en las unidades de atención obstétrica.
 - b. Destinar espacios adecuados para la atención humanizada del parto y capacitar al personal en lo que representa un nuevo modelo de provisión de servicios maternos y perinatales.
 - c. Incluir en forma ordenada, regulada y financiada la participación de personal de salud no médico calificado en la atención del embarazo,

- parto y puerperio de bajo riesgo tanto en el ámbito comunitario como institucional: enfermeras obstetras, parteras profesionales, parteras tradicionales y educadoras perinatales.
- d. Impulsar la creación y asegurar el financiamiento de escuelas públicas de partería a nivel profesional que cumplan con estándares internacionales.
 - e. En la discusión sobre los cambios necesarios para avanzar hacia un modelo de maternidad segura y respetada, deben participar todos los involucrados en el tema: organizaciones de mujeres, cuerpos médicos colegiados y asociaciones de profesionales no médicos.
3. Erradicar la violencia contra las mujeres en el ámbito de los establecimientos de salud centrándose en el comportamiento de los profesionales de la salud, los entornos clínicos y los sistemas de salud: consentimiento informado, información a las mujeres sobre sus derechos, sensibilizar y capacitar al personal en perspectiva de género y derechos humanos, mecanismos de reparación del daño a las mujeres o familias afectadas de violación de derechos y garantía de un alto nivel de provisión de asistencia clínica profesional.
 4. Documentar la magnitud del problema, así como diseñar investigaciones que permitan definir intervenciones efectivas para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas violatorias de los derechos humanos de las mujeres.
 5. Evaluación permanente y sistemática de las quejas derivadas de la atención obstétrica, y de los casos de morbilidad materna muy grave y mortalidad materna que permita identificar las causas raíz subyacentes más allá del diagnóstico clínico, con el objeto de iniciar acciones correctivas y preventivas específicas, efectivas y eficientes.
 6. Promoción de un cambio en el modelo educativo de los profesionales de la salud basado en la sujeción a una práctica clínica fundamentada en la mejor evidencia disponible y en una buena comunicación, con enfoque de respeto a los derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.
 7. Prevenir, identificar y rehabilitar el desgaste laboral en los profesionales de la salud por representar una condición que afecta la salud de los profesionales sanitarios, su productividad, la calidad de su servicio y sus relaciones interpersonales, tanto dentro como fuera del establecimiento de salud. Uno de los rasgos característicos del burnout en los profesionales de la salud es la pérdida de interés por los pacientes y el trato deshumanizado. La prevención y la corrección de esta condición deben enfocarse principalmente en la organización como fuente de estrés crónico sin descuidar los factores personales que pudieran participar en su aparición.

8. No promover la judicialización del acto médico, evitar la medicina defensiva y promover los métodos alternativos para la solución de controversias como los que ofrece la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, logrando que los conflictos sean solucionados lo más óptimamente posible y que la impartición de justicia sea pronta, eficiente y eficaz. Lo anterior en ningún caso implica eximir de responsabilidad a los profesionales de la salud responsables de violaciones o incumplimientos de la normatividad. Solo que si se ha de sancionar que sea de acuerdo a la gravedad de la desviación, al nivel de responsabilidad y nunca antes de realizar una investigación completa, profesional, confidencial e imparcial sobre el caso.

REFERENCIAS

1. Restrepo LC. Violencia médica. Disponible en http://www.terapia-neural.com/Articulos/Violencia_medica.htm
2. Lozano EM. La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente. Manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las nuevas tecnologías reproductivas. ("tesis doctoral"), Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2001.
3. Zubía GM. Mujer y derechos humanos, una desigualdad institucionalizada. En: de la Torre J (editor). Mujer, mujeres y bioética. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2010.
4. Páez MR. Los derechos humanos y la bioética: una perspectiva desde Latinoamérica. Disponible en: <http://www.bioetica.unam.mx/assets/ricardo-paez.pdf>
5. Chervenak FA, McCullough LB. Ethics in obstetrics and gynecology. An overview. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997;75: 91-94
6. Álvarez Díaz JA. ¿Qué es la dignidad humana? En: Álvarez-Díaz JA, López Moreno (Coords) Ensayos sobre ética de la salud. Volumen 1: Aspectos clínicos y biomédicos. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2014.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre Violencia y la Salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2002. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
8. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Disponible en: <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/ambito-internacional/cedaw>
9. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
10. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará). Disponible en: <http://inmujeres.gob.mx/index.php/ambito-internacional/convenccion-de-belem-do-para>
11. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). Capítulo 3. Violencia Obstétrica. En: Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México. México: GIRE, 2015.

12. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_171215.pdf
13. Villanueva-Egan LA. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Rev CONAMED* 2010; 15:147-151.
14. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. [OEA/Ser.L/V/II.Doc. 69, 7 de junio de 2010], Washington, 2010.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: OMS [WHO/RHR/14.23], 2014. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
16. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Disponible en: http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley_mujer.pdf
17. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO* 2013; 1 (7): 25-34. Disponible en: http://www.unesco.org/uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
18. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5299465
19. Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018 http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343064&fecha=30/04/2014
20. <http://sil.gobernacion.gob.mx/Busquedas/Basica/ResultadosBusquedaBasica.php?SID=af5be0d6a06acf0300e7f7a916915fd3&Serial=4ce4fa4ef83514a361f559020b0dfee1&Reg=7&Origen=BB&Paginas=15#1>
21. Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal. Disponible en: <http://cgsservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/5598.pdf>
22. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato. Disponible en: <https://portal.pgjuanajuato.gob.mx/PortalWebEstatal/Genero/Media/estatal/LEYDEACCESO DELASMUJERESAUNAVIDALIBREDEVIOLENCIA-1-2015.pdf>
23. Ley Estatal de Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Disponible en: <http://www.chihuahua.gob.mx/attach2/justiciapenal/uploads/LeyMujeresVidasinViolencia2010.10.02.pdf>
24. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Colima. http://congresocol.gob.mx/web/Sistema/uploads/LegislacionEstatal/LeyesEstatales/mujeres_vida_libre_violencia_19Mmar2016.pdf
25. Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. Disponible en: http://poarchivo.tamaulipas.gob.mx/leyes/Leyes_Estado/Ley_Violencia_Mujeres.pdf
26. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Quintana Roo. Disponible en: http://www.conapred.org.mx/leyes/ley_de_acceso_de_las_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_QRoo.pdf
27. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí. Disponible en: <http://www.aseslp.gob.mx/Contenido/Leyes%20y%20C%C3%B3digos/LEYES/ACCMUJER/30062015.pdf>
28. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo. Disponible en: <http://mujeres.hidalgo.gob.mx/wp-content/uploads/2015/10/4normatividad.pdf>
29. Instituto Estatal de las Mujeres. Disponible en: <http://mujerduranguense.gob.mx/consultamem.php>
30. Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas. Disponible en <http://www.sedem.chiapas.gob.mx/leyes>
31. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Disponible en: <http://www.ivermujeres.gob.mx/files/2014/11/LEY-acceso.pdf>
32. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5950/salud12_C/salud12_C.html
33. Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave. Disponible en: <http://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/PENAL050216.pdf>
34. Código Penal para el Estado de Chiapas. Disponible en: http://www.congresochiapas.gob.mx/new/InfoParlamentaria/LEY_0012.pdf?v=NA
35. Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero. Disponible en: <http://i.administracion2014-2015.guerrero.gob.mx/uploads/2014/12/CPEGN499.pdf>
36. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_29ene16.pdf
37. Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C. Pronunciamento sobre violencia obstétrica, 10 de junio 2015. Disponible en: <http://www.femecog.org.mx/docs/FEMECOG%20pronunciamento.pdf>
38. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C. Propuesta del COMEGO para eliminar el término "Violencia Obstétrica". Disponible en: <http://www.comego.org.mx/index.php/component/content/article/19-comego/379-propuesta-del-comego-para-eliminar-el-termino-de-qiolenia-obstetrica>
39. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos Argentina: INSGENAR-CLADEM, 2003. Disponible en: <http://www.unc.edu.ar/extencion/vinculacion/genero/acciones-realizadas/salud-y-derechos-sexuales-y-reproductivos/foros-de-mortalidad-materna-y-derechos-humanos/4o-foro-de-mortalidad-materna-y-derechos-humanos/unc-seu-foro-iv-contodo-al-aire.pdf>
40. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: report of a landscape analysis. USAID/TRAction Project; 2010. Disponible en: http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf
41. Imparte la Ssa en 24 estados taller de buen trato en atención al embarazo [en línea]. México: La Jornada; 11 de mayo de 2015 [fecha de acceso 11 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2015/05/11/sociedad/035n1soc>
42. Mixán MF. Razonamiento incorrecto: falacias y paralogismos. *Themis* 1995; (31): 133-141. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/themis/article/view/11516/12036>
43. Revuelta-Iglesias AV. El riesgo de la judicialización de la medicina. *Educación Médica* 2006; 9 (supl. 1):S55-S64.
44. Tena-Tamayo C, Sánchez-González JM. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73:553-9.