

Violencia obstétrica. ¿Es el término, o sus implicaciones?

Obstetric violence. Is it the term, or its implications?

José Antonio Moreno Sánchez*

RESUMEN

* Asesor Médico.

Correspondencia: JAMS, drjamoreno@gmail.com

Conflicto de intereses: el autor declara que no tiene conflicto de intereses.

Citar como: Moreno SJA. Violencia obstétrica. ¿Es el término, o sus implicaciones? Rev CONAMED. 2023; 28(3): 148-154. <https://dx.doi.org/10.35366/113067>

Financiamiento: este artículo no recibió ningún tipo de financiamiento.

Recibido: 19/06/2023.

Aceptado: 19/06/2023.

La violencia obstétrica, más allá del término inapropiado e ignominioso, se interpreta como toda una problemática con múltiples aristas, asociadas al maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente. Se presenta en los lugares que prestan servicios médicos y podemos encontrarla en todas las esferas de la sociedad. En las unidades médicas existe la obligación de proveer servicios de salud materna desde la perspectiva de derechos humanos y garantizar el acceso a la atención profesional durante el parto y el periodo posterior, respetando las necesidades específicas, usos y costumbres, así como las decisiones de las mujeres. Algunas maniobras o procedimientos que se han incorporado al contexto son: cesárea injustificada, existiendo las condiciones para realizar un parto natural, sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; obligar a parir acostada o inmovilizada; negar u obstaculizar la posibilidad de cargar y amamantar al bebé o la bebé inmediatamente al nacer; no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que ese maltrato no sólo viola el derecho de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también puede poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física y a no ser objeto de discriminación.

Palabras clave: violencia obstétrica, derechos humanos, maltrato, falta de respeto durante el parto.

ABSTRACT

Obstetric violence beyond the inappropriate and ignominious term, is interpreted as a whole problem with multiple edges, associated with the mistreatment suffered by pregnant women when they are judged, frightened, humiliated or physically and psychologically hurt. It occurs in places that provide medical services and we can find it in all spheres of society. In the medical units, there is an obligation to provide maternal health services from a human rights perspective and guarantee access to professional care during childbirth and the subsequent period, respecting the specific needs, uses and customs, and the decisions of women. Some maneuvers or procedures that have been incorporated into the context are: unjustified caesarean section, when the conditions exist to perform a natural birth, without the voluntary, express and informed consent of the woman; force to give birth lying down and/or immobilized; denying or hindering the ability to hold and breastfeed the baby immediately upon birth; failure to attend to obstetric emergencies in a timely and effective manner. The World Health Organization (WHO) has recognized that this mistreatment not only violates the right of women to respectful care, but can also endanger their right to life, health, physical integrity and not to be subjected to discrimination.

Keywords: obstetric violence, human rights, mistreatment, disrespect in pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Una modalidad más de violencia institucional contra la mujer ampliamente discutida y poco aceptada en la comunidad médica, especialmente entre obstetras, es la mal denominada de origen «violencia obstétrica», término importado, desafortunado e inapropiado en el contexto de la atención del embarazo, parto y puerperio, que tuvo un gran impacto mediático, primero por su simplicidad y ligereza al referirse a ella y, segundo, por la facilidad para encuadrarla en un conjunto de formas clasificadas de violentar a la mujer.

Resulta inverosímil y paradójico considerar que, en el acto médico, pudiera existir violencia implícita; sin embargo, cuando se analiza más a fondo el significado del concepto, se puede percibir aquella ancestral y comúnmente desapercibida conducta, que transcurrió ignominiosamente ignorada durante décadas: el maltrato y la falta de respeto por parte del personal de salud hacia las mujeres antes, durante y después del embarazo, que hoy se analiza y comenta en un contexto diferente.¹

Dado que los servicios de salud en general operan bajo esquemas asistenciales diversos, observamos cómo muchas mujeres sin cobertura de servicios de salud, a punto de parir buscan afanosamente el ingreso a una unidad médica y, cuando son recibidas, se enfrentan a una serie de prácticas —muchas rutinarias— por parte del personal de la unidad médica (desde el personal que cuida el acceso, hasta quien conduce a las pacientes al sitio donde pueden ser vistas por una enfermera o un médico) orientadas en muchas ocasiones, más a desahogar el trabajo acumulado, bajo condiciones frecuentemente desfavorables que impiden un buen desempeño profesional y poco concordantes con la naturaleza del evento, con la intensidad de la experiencia que viven en ese momento las pacientes y sus familiares, sobre todo por la esperanza de recibir la atención médica para sentirse fuera de peligro, más aún cuando perciben que este proceso es por demás despersonalizado, bajo un esquema asimétrico donde se hace patente una diferencia entre quienes padecen la dolencia y los que tienen el conocimiento y los medios para su alivio, todo esto agravado por el desconocimiento o el miedo a reclamar sus derechos y, como consecuencia, recibir peor trato.²

El problema ciertamente es grave, pero el tema resultó tan atractivo y redituable en términos mediáticos para un gran número de personajes y agrupaciones que aprovecharon el fenómeno ancestral vigente, además de cotidiano en las áreas de consulta externa y hospitalización, donde se atienden mujeres embarazadas o puérperas, por el ya conocido maltrato, que puso de manifiesto la grave inequidad en las relaciones de saber/poder que regula la práctica médica dominante en los procesos reproductivos, sin importar si quien lo genera es hombre o mujer.

Lo preocupante es que estos comportamientos continúen sucediendo y además que sean vistos como parte de la normalidad por las mujeres y sus familiares, especialmente cuando acuden a servicios de salud gratuitos toda vez que consideran que someterse a tratos diferenciados, irrespetuosos o indignos es parte del precio que deben pagar por tener la fortuna de acceder a una unidad médica pública para recibir atención médica gratuita o de muy bajo costo, como si fuera una dádiva que privilegia a quien llega primero o tiene la fortuna de encontrar una cama disponible para su atención.

Desafortunadamente, estos comportamientos se hicieron parte de lo cotidiano y así, para muchas mujeres todavía en la actualidad, les resulta muy difícil levantar la voz para reclamar el respeto a sus derechos primordiales, más aún cuando ni siquiera los conocen. Esta situación es más notoria en los casos de mujeres en condición de pobreza, o por su pertenencia a diferentes etnias y grupos vulnerables.

Si, a todo lo anterior sumamos las dificultades para el arribo a las unidades médicas debido a la distancia, falta de medios de transporte, gastos de traslado y alimentación, después los obstáculos para ingresar a estas y, ya estando dentro, la serie de interrogatorios, revisiones, condicionamientos, restricciones, criterios cambiantes de manejo; a esto le podemos agregar algunas maniobras y procedimientos que, aunque en su naturaleza no son violentos, sí en muchas ocasiones resultan excesivos, innecesarios o inapropiados (la tricotomía, los tactos vaginales frecuentes —sobre todo no justificados, o relativamente justificados en los casos de procesos de enseñanza o capacitación—, la aplicación de enemas, el uso rutinario de oxitocina —peligroso en manos inexpertas—, la amniorrexia

con presentación libre —riesgo de prolapso de cordón, hipoxia y muerte fetal—, la aplicación de fórceps electivo, la episiotomía sistemática y la cesárea sin indicación); maniobras o procedimientos que al requerir autorización previa para ejecutarlos, al no hacerlo provocan un reforzamiento en la idea popular de «agresión o violencia» durante el proceso del parto, generada como concepto simple y útil para quien lo menciona así, pero denostador y hasta irracional para quien efectivamente resuelve los problemas obstétricos, más aún cuando se percibe como un fenómeno en donde se conjuntan bajos niveles de desarrollo socioeconómico y cultural por parte de quien acusa y un nivel de desarrollo moral cuestionable por quien juzga sin razón, dentro de un sistema de salud tradicionalmente poco favorecido y altamente demandado, pero frecuentemente con capacidad rebasada.

Dado que uno de los momentos en los que se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, por medio de agresión verbal o psicológica, es durante el parto; estas agresiones las perciben a través de conductas de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, a través de diversas formas como la infantilización de la parturienta, la discriminación y los malos tratos o también mediante comentarios humillantes.³

Otras formas de trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se manifiestan al negar la atención de urgencia o la falta de confidencialidad, el consentimiento informado incompleto, sesgado, en lenguaje inadecuado, la negativa a administrar analgésicos, la falta de privacidad o el realizar procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), el retener a las mujeres y sus recién nacidos en el hospital por falta de pago. Esto puede acentuarse más en las adolescentes, solteras, a veces con nula capacidad económica para solventar gastos, o las que pertenecen a una minoría étnica, inmigrantes o que padecen VIH, entre otras.³

Ante esto, han surgido puntos de vista distintos a la cultura médica dominante, como lo expresado por Feltri y Arakaki: «Las acciones sanitarias, especialmente las intervenciones médicas, no son neutras. En ellas se producen y reproducen relaciones y enfrentamientos de poder, políticos, económicos, de saberes, de culturas, en la extensa

*variedad que la sociedad genera. Estas relaciones reflejan claramente una asimetría entre los actores formales e institucionalizados de la cultura dominante frente a las personas que se acercan sólo porque necesitan ayuda médica».*⁴

En este orden de ideas surge la necesidad de establecer nuestro punto de vista como profesionales de la obstetricia apegados a la práctica generalmente aceptada que guía los criterios de diagnóstico y tratamiento fundamentados en la literatura científica avalada internacionalmente, equilibrado con un comportamiento ético y con pleno respeto a los derechos humanos de las pacientes, de los compañeros de trabajo y colaborando para construir el prestigio gremial e institucional.

La actuación profesional, ética, científica y humana se impone como el deber ser en el ejercicio de la obstetricia; sin embargo, no sucede así en todos los casos. Siempre que hay omisiones o desviaciones de las pautas de actuación en cualquier aspecto, es entonces cuando surge la duda, la inconformidad, la desconfianza, la rivalidad, el repudio y hasta la queja, por lo que es conveniente reflexionar un momento sobre cada una de las intervenciones en salud, antes, durante y después de la gestación, ya que deben estar fundamentadas y universalmente aceptadas; por todo esto, el arte consiste no sólo en identificar exactamente cuándo está indicado hacer algo y cuándo no, sino también en la forma de conducirnos frente a los demás y el acompañamiento que debemos brindar tanto a la paciente como a los familiares y el apoyo que requieren los compañeros de trabajo.

No obstante, un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo, y en particular el parto, plantean un panorama desagradable y a veces alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo siguen sufriendo un trato descuidado, irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en clínicas y hospitales.⁵

La ruptura de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, desincentiva que ellas busquen asistencia médica o que reaccionen negativamente ante ésta, por lo que, para lograr que las mujeres se acerquen a las unidades médicas para la vigilancia y atención del embarazo y el parto, es indispensable pugnar porque, durante todas las etapas del proceso reproductivo, se elimine el trato denigrante o despótico.

Para eso se requiere tener en mente dos ideas: la vulnerabilidad especial de la mujer durante el parto y los daños graves o permanentes en la salud de la madre y de su hijo, como producto de prácticas anómalas.

POSTURA ÉTICA Y DIGNIDAD DE LA PERSONA HUMANA

La forma de apreciar el problema y de asimilarlo, no depende sólo de la frecuencia o intensidad de los hechos, sino de la forma de pensamiento y de criterio ético relacionado con una corriente que detenta quien lo valora. Para quien reconoce y respeta la dignidad de las personas es de esperarse que su primera consideración sea siempre la persona misma, el reconocimiento y respeto de su condición humana, por lo que jamás aceptará que en el ámbito médico una mujer sea maltratada, humillada y mucho menos utilizada como medio para obtener un beneficio personal o grupal. Esta postura permea hacia todas las esferas de su vida y defiende la igualdad jurídica, social, familiar, laboral y política.

DERECHOS HUMANOS

Es indispensable recalcar que los Derechos Humanos han tomado una importancia capital en la vida de la sociedad mexicana. Hoy no hay temas concernientes a las personas que omitan dichos derechos.

Constitucionalmente plasmados en el artículo primero de la carta magna, se reivindican las garantías individuales y traspasan la barrera de lo elementalmente jurídico hacia la naturaleza que le da origen y legitimidad a todos los demás derechos, es decir, la defensa de la vida, la salud, la libertad, la individualidad y la educación, tal como se expresa a continuación:

Art. 1º.- «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. Las normas relativas a los

*derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia».*⁶

DEBERES DEL MÉDICO HACIA SU PACIENTE

Un referente mundial de principios éticos para los miembros de la profesión médica es el Código Internacional de Ética Médica elaborado por la Asociación Médica Mundial (AMM). Acorde con la Declaración de Ginebra, el Juramento del Médico y las mismas propuestas de la AMM, define y aclara los deberes profesionales de los médicos hacia sus pacientes, otros médicos, profesionales de la salud y la sociedad en general.

Este código parte de que el médico debe conocer las leyes, normas, reglamentos y criterios éticos, que los rigen, sin menoscabo del compromiso con los principios éticos internacionales que debe analizarse y aplicarse en su conjunto, e insta a todos los profesionales de la salud a adoptarlos.

Entre otros deberes con los pacientes, propone tres fundamentales, relacionados con el trato a las pacientes:

1. El médico debe prestar atención médica con respeto por la dignidad, la autonomía y respetar el derecho del paciente a aceptar o rechazar libremente la atención, conforme a sus valores y preferencias.
2. El médico debe comprometerse con la primacía de la salud y el bienestar (sindéresis), así como en el interés superior del paciente (antrópico). Al hacerlo, debe esforzarse en prevenir o minimizar daños y buscar un equilibrio positivo (proporcionalidad) entre el beneficio previsto al paciente y los posibles daños.
3. El médico debe respetar el derecho del paciente a ser informado en cada fase del proceso de atención y obtener su consentimiento informado voluntario antes de efectuarle cualquier procedimiento o maniobra, asegurándose de que el paciente reciba y comprenda la información que necesita para tomar una decisión independiente e informada (autonomía) sobre la atención propuesta; dicho consentimiento podrá mantenerse o retirarse en cualquier momento y por cualquier motivo.⁷

CÓDIGO DE CONDUCTA PARA EL PERSONAL DE SALUD

Este código fue producto de trabajo conjunto entre varias instituciones; planteó desde su elaboración entre muchos otros preceptos de corte ético, la forma en que deben comportarse los profesionales de la salud. A pesar de que pareciera que todo mundo sabe cómo comportarse frente a una paciente que además de llevar una carga emocional considerable, cansancio, dolor, angustia, incertidumbre, temores, todavía recibe agresión o indiferencia; es por esto que en cualquier momento dentro del proceso de atención a la salud y en este caso para el momento del parto se consideren las siguientes pautas de referencia conocidas como: estándares de trato social (se refieren al tipo de comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes, sus familiares y responsables legales).⁸

1. «La relación profesional será amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes y quien tutele sus derechos, a los que habrá que dirigirse por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades».
2. «El trato de los integrantes del equipo de salud habrá de ser digno y considerado respecto de la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales, con acato a su intimidad y pudor, independientemente de su edad, género y circunstancias personales».
3. «Los profesionales de la salud deberán evitar comentar en público aspectos médicos y sociales de los pacientes o de la institución resaltando su propia persona».

Con estos tres ejemplos dejamos claro que el ejercicio de la profesión demanda no sólo conocimiento científico, sino también una actitud de respeto, conciencia del otro, tolerancia, solidaridad y compasión por el enfermo.

Vale la pena hacer mención de la Recomendación General No 31/2017 Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud,⁹ emitida en la Ciudad de México el 31 de julio de 2017, ya que contiene en su fundamentación una serie de antecedentes muy importantes y hace referencia a

la situación y progreso normativo que ha tenido la violencia obstétrica a nivel nacional e internacional.

Es de incumbencia para todos nosotros que, desde entonces, quedó establecido entre los componentes específicos de la citada recomendación, cuyos destinatarios principales fueron los titulares de las Secretarías de Salud, Gobernadores de las entidades federativas, Jefe de Gobierno de la Ciudad de México. Directores Generales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), y que del contenido podemos mencionar los detalles más importantes que deberíamos considerar:

- a) Diseñar y poner en práctica una política pública de prevención de violaciones de derechos fundamentales de las gestantes, centrada en su reconocimiento como protagonistas en la relación materno-fetal, vinculada con sus derechos humanos y de género.
- b) Capacitación y sensibilización permanente del personal de salud involucrado en la atención gineco-obstétrica, para abatir la discriminación de las mujeres y favorecer el cumplimiento de las leyes; así como proporcionarles información sobre sus derechos y cómo ejercerlos.
- c) Hacer un análisis y reflexión tras los casos que se han presentado en la CNDH y en las comisiones estatales, para poner en relieve el trato que en algunas ocasiones reciben las mujeres.
- d) Es indispensable que las instituciones de salud realicen un diagnóstico y análisis para detectar las necesidades materiales, de infraestructura y de personal que se requieran para satisfacer las demandas obstétricas, con calidad y calidez, para informarlo a las autoridades legislativas y doten de los recursos necesarios para solucionar las limitantes del sector salud.
- e) Las citadas autoridades deben asumir acuerdos sobre requerimientos técnicos y humanos, para que se programe el presupuesto necesario con el fin de ampliar y mejorar la infraestructura hospitalaria; que en urgencias se cuente con médicos que atiendan en forma adecuada.
- f) Que la atención médica sea digna, respetuosa y con perspectiva de género.

- g) Implementar en todas las instituciones el «Modelo de atención a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro», de la Secretaría de Salud.
- h) Difundir los Derechos Humanos de las mujeres, durante la atención del embarazo, parto y puerperio; fortalecer la vinculación de las parteras y parteros tradicionales al Sistema Nacional de Salud, y se integre el estudio de la violencia obstétrica en los congresos, cursos o cualquier otra modalidad académica talleres, orientados al desarrollo académico de médicos o especialistas, tomando en cuenta esta recomendación general.
- i) Que las instituciones públicas de educación superior, formadoras de médicos cirujanos, especialistas en ginecoobstetricia y enfermería, impartan a los alumnos del pregrado y postgrado, talleres de sensibilización en materia de Derechos Humanos; en el marco de la atención obstétrica y atendiendo los enfoques de género e interculturalidad.

Es indudable que queda un enorme reto pendiente toda vez que en esta era de posthumanismo pareciera que el conocimiento científico es lo único que importa y se dejan de lado las actividades para el desarrollo ético como estrategia principal para comprender, aceptar y respetar de los derechos humanos en general y en particular los de las mujeres.

LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA PROFESIONAL Y TENDENCIAS ACTUALES EN LA ATENCIÓN DEL PARTO

El ejercicio de la obstetricia es ahora muy diferente, los tiempos cambiaron y algunas prácticas han caído en desuso por temor, prisa, tecnificación excesiva, abreviación de procesos, comodidad, protagonismo y hasta afán de lucro, por lo que hoy más que nunca, resulta indispensable el apego a las evidencias mediante Guías de Práctica Clínica, consensos, lineamientos, literatura científica, además de la recomendación siempre fundamentada de poner un cuidado especial en documentar el acto médico y vigilar directa o indirectamente su cumplimiento.

El conocimiento se acrecienta, los conceptos cambian, hay nuevas clasificaciones, nuevos

fármacos, la tecnología avanza incesantemente y esto representa un reto para la práctica de la medicina y demás profesiones de la salud. Los cambios de criterios o las prácticas novedosas también pueden generar discrepancias de criterios y el acceso a la información mediante las diferentes herramientas tecnológicas inducen en los usuarios cambios de actitud, mayores exigencias y llegan a poner en tela de juicio la opinión o las recomendaciones de los médicos.

A pesar de que existan discrepancias justificadas o no en la parte técnica, los aspectos que permanecerán inmanentes serán siempre el trato humano, cálido, comprensivo racional, honesto y respetuoso durante el todo el proceso reproductivo desde antes del inicio hasta su concreción exitosa, así como en las previsiones que demanda la salud sexual.

Además de lo anterior, existe una responsabilidad institucional, los gobiernos están obligados para generar condiciones óptimas tanto para el personal de salud como para las mujeres con capacidad de gestar y deben considerar ampliar y mejorar la infraestructura, el material y los recursos humanos necesarios, asumiendo que la salud reproductiva es un derecho y un servicio esencial que debe ser garantizado.

Un aspecto no menos importante será asegurar que las víctimas tengan acceso a la justicia, por lo que es esencial identificar las responsabilidades atribuibles a los involucrados, por parte de quienes han visto vulnerados sus derechos en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio. Todo esto se facilitaría más si se llevara a cabo una supervisión permanente y se contara con áreas especializadas y comprometidas para atender y resolver quejas e inconformidades con acciones correctivas inmediatas y eficaces, encuestas de salida a pacientes y familiares, así como admitir las denuncias por todo tipo de maltrato o falta de respeto dentro de las unidades médicas.

CONCLUSIONES

1. Los esfuerzos para prevenir el trato ofensivo o degradante por parte de algunos profesionales de la salud deberían partir de la necesidad impostergable de inculcarles valores éticos, principalmente el respeto a los todos los seres humanos y particularmente a la mujer, tanto en

su libertad como en su autonomía, para evitar malas prácticas durante el embarazo, parto o puerperio.

2. Para transformar esta realidad, se requiere modificar las percepciones y actitudes que tienen tanto los prestadores directos como los administradores de los servicios de salud, acerca de las mujeres en trabajo de parto y de los derechos reproductivos, dentro de un ambiente de trabajo en condiciones frecuentemente críticas y con grandes carencias, particularmente frente a las urgencias obstétricas.
3. La «Calidad en la atención» debería centrarse más hacia los hábitos, conductas y costumbres que se proyectan durante la atención a la ciudadanía; en este sentido es mejor aceptar que la violación de derechos reproductivos de las mujeres es un epifenómeno ancestral que ha dañado la imagen de la obstetricia como especialidad, en el que ocurre un ominoso encuentro entre una deficiente y viciada administración de los servicios de salud y las prácticas obstétricas ancestrales aún prevalecientes.
4. El reto principal probablemente será contribuir para que las autoridades de salud identifiquen y combatan aquellas violaciones a derechos humanos de las mujeres en ocasión de la atención obstétrica, sin que ello implique criminalizar ni estigmatizar la labor médica.
5. Finalmente, como mensaje último respecto al incómodo término «violencia obstétrica» me gustaría expresarles que: llámesele como se le llame, el problema no es el término, sino su esencia, lo que implica, sus condicionantes, sus

repercusiones y, sobre todo, las acciones aún pendientes para combatirla y en eso sí, debemos ocuparnos.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. 2014.
2. Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Rev CONAMED*. 2014; 19 (1): 37-42.
3. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*. 2013; 1 (7): 25-34.
4. Feltri AA, Arakaki J, Justo LF, Maglio F, Pichún FJ, Spinelli H et al. Salud reproductiva e interculturalidad. *Salud Colectiva*. Buenos Aires. 2006; 2 (3): 293-310.
5. Coordinación para la Atención de los Derechos Humanos del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca. Violencia obstétrica: violación a los derechos de las mujeres. 2018. Disponible en: https://www.oaxaca.gob.mx/sinfra/wp-content/uploads/sites/14/2019/02/Violencia_obstetrica.pdf
6. Diario Oficial de la Federación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última Reforma publicada DOF 28-05-2021.
7. Asociación Médica Mundial. Código Internacional de Ética Médica de la AMM. 73ª Asamblea General de la AMM, Berlín, Alemania, octubre 2022. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>
8. Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud. Código de Conducta para el personal de Salud. México 2002.
9. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General No. 31/2017, Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. Ciudad de México, a 31 de julio de 2017.